



Eulália Sofia Rodrigues Luís

## **Relatório de Trabalho de Projeto**

“A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da docente orientadora Elsa Monteiro.

abril, 2014



Eulália Sofia Rodrigues Luís

## **Relatório de Trabalho de Projeto**

“A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da docente orientadora Elsa Monteiro.

abril, 2014

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

---

Setúbal, .... de ..... de .....

“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.  
Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito”.

*Aristóteles*

A realização do presente relatório resultou de dedicação e esforço pessoais, tendo-se tornado possível pelo apoio e incentivos de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto o meu mais profundo apreço.

À Professora E.M., pela orientação estimulante e acompanhamento ao longo deste trabalho.

A professora A.R. pela disponibilidade e ajuda demonstrada.

A todos os professores deste curso, que me enriqueceram com os seus ensinamentos.

Aos Conselhos de Administração das Instituição de Saúde, onde foram efetuados os estágios e o estudo;

À Diretora de Enfermagem,  
Ao Diretor de Serviço e à Enfermeira Responsável de serviço,  
pela colaboração e facilidades concedidas.

À Enfermeira S.M. pelas palavras de coragem e incentivo nos momentos mais difíceis de todo este percurso.

À minha Mãe, pela paciência e apoio demonstrado, pelo seu amor, carinho, compreensão e apoio incondicional.

A todos os meus amigos a quem dei menos atenção durante a elaboração deste estudo, mas que, ainda assim, me deram força para continuar.

E a todos os colegas de curso, por todos os momentos bem passados e pela partilha de experiências.

A todos vós, o meu MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

Este relatório tem em vista a descrição do percurso realizado no âmbito da frequência do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), durante o qual foi desenvolvido o trabalho de projeto. “Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação” (Nunes, 2010, p.4). Da metodologia de projeto fazem parte cinco etapas: 1) Diagnóstico de situação; 2) Definição de objetivos; 3) Planeamento; 4) Execução e avaliação; 5) Divulgação dos resultados. A aplicação da metodologia de projeto concretizou-se durante a realização dos estágios I, II e III através efetivação do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) – “Humanização dos Cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em Situação Crítica”. A UCI é uma das áreas de eleição na abordagem à pessoa em situação crítica. Assim, foi criada a norma de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, sendo esta uma componente fundamental da prestação de cuidados. Foi também realizado o Projeto de Aquisição de Competências (PAC) no âmbito da Emergência e Catástrofe – na concretização do póster de ativação do plano de emergência interno - “Em caso de Emergência...”; no âmbito do controlo de infeção foi realizada uma formação dirigida à equipa de assistentes operacionais acerca da importância da correta utilização dos equipamentos de proteção individual - “Equipamentos de Proteção Individual – Saber usar para o melhor cuidar” e da realização de um desdobrável de apoio acerca da utilização dos equipamentos de proteção individual dirigido às visitas à pessoa em situação crítica submetida a isolamento – “Ajude-nos a prevenir as infeções!”

**Palavras-Chave:** Humanização, UCI, Família, Pessoa de Referência, Enfermagem

Médico-Cirúrgica, Competências, Metodologia de trabalho de projeto

## ABSTRACT

This abstract intends to describe the accomplished path within the second Masters frequency in Medical-Surgical Nursing at Escola Superior de Saúde (ESS) of the Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), during which it was developed the work project. "This process is not based only on a sustainable research of a certain problem but in the attempt of the intervention, therefore, the work project is quite close of the research-action" (Nunes, 2010, p.4). The designed methodology has five stages: 1) Diagnostic Situation; 2) Goals Definition; 3) Planning; 4) Execution and Evaluation; 5) Results Disclosure. The application of the project methodology took place during the internships I, II and III through the effectiveness of the Project of Intervention in Service (PIS) - "The Humanization of Nursing Cares - Visits to the Person in Critical Condition Welcoming and Accompaniment". The Intensive Unit Care is one of the main areas in the approach to the person in critical condition. Thus, it was created the Welcoming and Accompaniment standard to the visits to the person in critical condition, being this a main element of the care providing. It was also performed the Skills Acquisition Project under the Emergency and Catastrophe - materialized in a poster of activation of the intern emergency plan - "In case of emergency...". Under the infection control, a training was performed to the operational assistants team about the importance of the correct equipment use of individual protection - "Individual Protection Equipments" - Know how to use to better know how to take care" and the implementation of a support leaflet about the use of individual protection equipments driven to the visits to the person in critical condition submitted to isolation - "Help us to prevent the infections!"

**KEY WORDS:** Humanization, IUC, Family, Reference Person, Medical-Surgical Nursing, Skills, Work Project Methodology

## **CHAVE DE SIGLAS**

**CA** – Conselho de Administração

**CCIs** – Comissões de Controlo de Infecção

**CIE** – Conselho Internacional de Enfermeiros

**CNQ** – Conselho Nacional da Qualidade

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EEEPSC** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

**EPIs** – Equipamentos de Proteção Individual

**ESS – IPS** – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

**FMEA** - Failure Mode and Effects Analysis

**IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**MEMC** – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**NPR** – Nível de Prioridade de Risco

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PAC** – Projeto de Aprendizagem Clínica

**PEI** – Plano de Emergência Interno

**PIS** – Projeto de Intervenção em Serviço

**PNCI** – Plano Nacional de Controlo de Infecção

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**UC** – Unidade Curricular

**UCIs** – Unidades de Cuidados Intensivos

**UT** – Unidade Temática

**VE** – Vigilância Epidemiológica

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Pedido de autorização formal para realização do estudo

APÊNDICE 2 – Guião de Entrevista Semiestruturada

APÊNDICE 3 – Consentimento Informado e Questionário

APÊNDICE 4 – Análise de conteúdo e Tratamento de Dados

APÊNDICE 5 – FMEA

APÊNDICE 6 – Diagnóstico de Situação – PIS

APÊNDICE 7 – Planeamento PIS

APÊNDICE 8 – Norma de Procedimento “Humanização dos cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

APÊNDICE 9 – Lista de verificação da Norma de Procedimento

APÊNDICE 10 – Nota de Acolhimento

APÊNDICE 11 – Relatório do Estágio de Opção

APÊNDICE 12 – Aviso de realização da sessão

APÊNDICE 13 – Plano de sessão PIS

APÊNDICE 14 – Apresentação da sessão

APÊNDICE 15 – Artigo Científico PIS

APÊNDICE 16 – Definição de Objetivos - PAC

APÊNDICE 17 – Planeamento - PAC

APÊNDICE 18 – PAC - Póster “Em caso de emergência...”

APÊNDICE 19 – Definição de Objetivos - PAC

APÊNDICE 20 – Planeamento PAC

APÊNDICE 21 – PAC - Folheto Informativo “Aos visitantes... Ajude-nos a prevenir as infeções”

APÊNDICE 22 - Aviso de sessão “Equipamentos de Proteção Individual – saber usar para o melhor cuidar”

APÊNDICE 23 – Plano de sessão PAC

APÊNDICE 24 – Apresentação da sessão “Equipamentos de Proteção Individual – saber usar para o melhor cuidar”

APÊNDICE 25 – Avaliação da Formação

## ÍNDICE

0. Introdução	12
1. Enquadramento Conceptual	17
1.1. Referencial Teórico: Jean Watson – Teoria do Cuidado Transpessoal	18
1.2. A Humanização dos Cuidados de Enfermagem em UCI – Acolhimento e Acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica	20
1.3. Projetos de Melhoria Contínua	26
2. Projeto de Intervenção em Serviço - PIS	32
2.1. Diagnóstico de Situação	32
2.2. Planeamento	39
2.3. Execução	42
3. Projetos de Aprendizagem Clínica	45
3.1. Diagnóstico de Situação	45
3.1.1. Planeamento	51
3.1.2. Execução	52
3.2. Diagnóstico de Situação	52
3.2.1. Planeamento	55
3.2.2. Execução	57
4. Análise de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	60
5. Análise de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica	77
6. Análise de Competências de Mestre em Enfermagem	86
7. Reflexão Final	92
Referência Bibliográficas	95

## 0. INTRODUÇÃO

---

A realização do presente relatório enquadra-se no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico frequentado e pretende relatar o trabalho realizado no decorrer dos estágios I,II e III - Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II; mencionar as competências adquiridas e desenvolvidas na assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica; clarificar as linhas que orientam o desempenho para uma prática sustentada; refletir sobre as ações realizadas e suas implicações éticas e sociais para a essência do cuidar.

A redação de um relatório faz parte integrante da atividade de qualquer profissional em enfermagem, quer na sua formação, quer no exercício da profissão. O relatório é o documento através do qual é relatada a forma como foi realizado determinado trabalho, tendo como objetivo comunicar/transmitir ao leitor e registar para memória futura, a experiência acumulada pelo autor na realização do trabalho e os resultados que obteve (L.Correia, 2001). Assim, o presente documento adequa a narração das aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados, tendo os mesmos decorrido numa UCI de um Hospital da região sul, no período de 21 de Novembro de 2012 a 4 de Outubro de 2013, sob orientação institucional da Enfermeira S.M.-Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e nos dias 11 e 12 de Junho de 2013 numa UCI polivalente da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob orientação do Enfermeiro P.B.-Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A carga horária total dos estágios I, II e III foi definida em trezentas e setenta e seis horas de presença em estágio e quatrocentas e seis horas de trabalho autónomo e contou com a orientação académica da Professora E.M. – Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Dos estágios realizados resultaram a realização de um PIS e um PAC que foram realizados de acordo com a Metodologia de Projeto que “ (...) tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Nunes, 2010, p.4).

No exercício profissional de enfermagem, o contacto com novas situações torna necessária a aquisição constante de novos conhecimentos, sendo estes a origem do desenvolvimento de aptidões e competências possibilitadoras da capacidade de dar a resposta mais adequada possível às necessidades da pessoa alvo de cuidados.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é, por isso, um estímulo constante para os profissionais que exercem a sua atividade em contexto de cuidados intensivos, sendo que, segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro no artigo n.º 4, alínea 3 – Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem (p.8), que reconhece ao Enfermeiro Especialista “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Em conformidade com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é um mestrado profissionalizante, enquadrado no ensino politécnico, que se rege por um modelo baseado no desenvolvimento de competências, quer de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas), quer de natureza específica, associadas à área de formação, valorizando a componente experimental de projeto.

De acordo com o artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, integra “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”.

O trabalho de projeto envolve diversas componentes: o trabalho de pesquisa, o trabalho de campo e respetivos tempos de planificação, de reflexão, de intervenção e avaliação (Cardoso, Peixoto, Serrano e Moreira, 1996). Por conseguinte, este trabalho foi elaborado de acordo com o Guia emitido pelo Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal – Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalho de Projeto (Maio 2012).

A metodologia de projeto, desenvolvida ao longo do mestrado, tem como objetivo a resolução de problemas através da elaboração e concretização de projetos em situação real,

que em última instância proporcionam a aquisição de competências, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática (Nunes, 2010).

Dado o referido, o presente relatório tem como objetivos:

1. Descrever as etapas do PIS;
2. Descrever as etapas do PAC;
3. Analisar criticamente o PIS e o PAC, enquadrando a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica;
4. Efetuar análise crítica e reflexiva sobre a aquisição de competências de mestre ao longo do ciclo de estudos realizado.

Evocando os objetivos do curso, este ciclo de estudos culmina na aquisição de competências de mestre, às quais acresce a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e, concomitantemente, de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. A aquisição das competências referidas conduziu o caminho percorrido durante o mestrado, tendo sido iluminado pela teoria de enfermagem de Jean Watson enquanto peça basilar no pensamento e praxis de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

O emergir da enfermagem como profissão autónoma conduziu a que ao longo dos tempos e na tentativa de melhorar as condições de vida das populações se investisse não só no aperfeiçoamento das técnicas, mas também na relação de proximidade entre o cuidador formal e a pessoa alvo de cuidados. A abordagem da ciência humana sobre o cuidar é necessária para a prática de enfermagem de hoje e no futuro. Enfermagem em cuidados de saúde de qualidade exige hoje em dia um respeito humano pela unidade funcional do ser humano. Segundo Watson (2002) o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano para humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenho, valores humanos, compromisso pessoal e social do enfermeiro no tempo e no espaço.

Na perspetiva de Hesbeen (1997) “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (p.37).

O referencial teórico eleito para fundamentação do presente trabalho foi o de Jean Watson, pois na teoria do cuidado transpessoal a enfermagem assume a promoção e restauração da saúde através do cuidado holístico para uma vida de qualidade, praticado de forma interpessoal. Esta teórica defende um enfoque humanístico no cuidado, cujos elementos conceptuais principais da teoria são os fatores de cuidado, as relações interpessoais de cuidado e momento/ocasião do cuidado. Desta forma considerou-se ser este o referencial que melhor sustentaria a realização de um projeto destas dimensões.

Este relatório encontra-se dividido em sete partes. Na primeira é realizada a contextualização do trabalho e apresentados os referenciais tidos em conta para realização do trabalho: modelo teórico de Jean Watson – Teoria do cuidado transpessoal; A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica; Qualidade em Enfermagem/Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem; Na segunda parte é apresentado o Projeto de Intervenção em Serviço (Diagnóstico de Situação; Planificação e Execução); Na terceira parte é apresentado o Projeto de Aprendizagem Clínica/Competências (Diagnóstico de Situação; Planificação e Execução do PAC); Na quarta parte é realizada a Análise de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Na quinta parte é realizada a Análise de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica; Na sexta parte é realizada a Análise de Competências de Mestre em Enfermagem; Na sétima parte é apresentada a Reflexão Final (onde é apresentada a síntese e reflexão do conteúdo trabalhado e a análise dos objetivos do trabalho), sendo de seguida realizada a apresentação das Referências Bibliográficas (onde são elencados o conjunto de documentos consultados para a realização do trabalho). A referência bibliográfica tem por base as Normas da American Psychological Association, 6.ª Edição (American Psychological Association, 2009; Correia, Lima & Mouro, s.d.).

A proteção dos direitos dos elementos que colaboraram neste projeto, bem como a instituição onde foi desenvolvido exigem anonimato, sendo as pessoas identificadas pelas iniciais do nome e a instituição denominada como Hospital da região sul.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

---

Com os avanços da tecnologia assiste-se à constante busca de diagnósticos mais específicos, terapêuticas mais direcionadas para a resolução de quadros sintomatológicos que causam problemas de saúde muitas vezes incapacitantes, tornando o enfermeiro insubstituível na assistência à pessoa como um todo, englobando as suas dimensões biopsicosocioculturais e espirituais (Collière, 1999).

A busca da especificidade da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de conhecimento e saber técnicos e científicos próprios; e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais (Henderson, 1969).

Em simultâneo com avanço tecnológico da medicina, surge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica, que aconteceu nas décadas de 70 e 80. A tecnicidade passa a ser um objetivo da formação, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989; Kéroutac et al., 1996). Esta valorização da vertente técnica surgiu em Portugal numa fase em que ocorreram alterações sociopolíticas que puseram em causa o conjunto de valores que tinham suportado a formação ético/moral dos enfermeiros até aí. Falava-se da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, no entanto, falar de valores de forma abstrata, como por exemplo de humanização dos cuidados no hospital, de autonomia da enfermagem, ou de metodologias ativas na escola, se não se traduzir em ações concretas e assumidas na prática de cuidados e na prática pedagógica, de nada serve como nos dizem Lourenço (1997) e Ribeiro (1998).

Com o D.L. n.º 191/96 de 4 de Setembro foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que veio fortalecer a oportunidade de os enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem. No REPE afloram-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No seu número 1, do artigo 8º pode ler-se: "no exercício das suas

---

funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos".

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de atuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contractos sociais. A par da criação da OE (Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

As teorias de enfermagem fundamentam a prática profissional uma vez que introduzem no quotidiano de trabalho a ação geradora de cuidado, com consequente renovação e ampliação do conhecimento científico (Watson, 1999). Desta forma foi tido em consideração o referencial teórico de Jean Watson de forma a sustentar o projeto desenvolvido.

### 1.1. Referencial Teórico: Jean Watson – Teoria do Cuidado Transpessoal

Na teoria do cuidado transpessoal de Watson, a enfermagem assume a promoção e restauração da saúde através do cuidado holístico para uma vida de qualidade, exercido de forma interpessoal (Watson, 1999).

Neste modelo é dado um enfoque humanístico ao cuidado, cujos elementos conceptuais centrais são os fatores de cuidado, as relações interpessoais de cuidado e o momento da prestação de cuidado (Watson, 1999). Além dos citados anteriormente, são também tidas em consideração as visões expandidas do *self* e da pessoa (mente-corpo-espírito), a visão transpessoal do ser, a consciência e intencionalidade para o cuidar, a promoção da cura, a consciência do cuidado como sendo a energia do campo ambiental, a consciência

---

fenomenológica e as estratégias avançadas do cuidado e da cura (Watson, 1999). Segundo esta teoria, o cuidar é entendido como uma relação que envolve elevada consideração pela pessoa e o seu estar-no-mundo. Assim, se o cuidado de enfermagem é entendido como um processo que ocorre por meio de ações, interações, atitudes e gestos desenvolvidos para a manutenção da vida humana.

Torna-se relevante considerar a concepção de Jean Watson como condição necessária para conhecer o modo como o cuidado é realizado, os objetivos das ações desenvolvidas, o significado do cuidado para a vida humana, de forma a abonar os enfermeiros para a qualificação das suas ações nos conceitos e bases teóricas (Watson, 1999). Em cuidados intensivos a aplicação do modelo de cuidado transpessoal é considerado a partir da sua complexidade. A sua significância é percebida no ambiente de cuidado que apresenta diversas particularidades, nomeadamente a vulnerabilidade da pessoa alvo de cuidados, a par com a preocupação dos profissionais que desenvolvem os seus cuidados com competências e habilidades conscientes (Watson, 1999).

O modelo transpessoal é amplo no que concerne ao campo de possibilidades de utilização uma vez que atinge diferentes áreas do conhecimento científico permitindo o desenvolvimento da prática de enfermagem progressivamente mais consciente, integrada e humanizada (Watson, 1999). Enquanto estrutura teórica do cuidado de enfermagem, o modelo de Jean Watson, tratando-se de um modelo humanístico, preserva os valores éticos, morais e oferece possibilidades na busca de fundamentos teórico-filosóficos que possam orientar o agir do enfermeiro nas unidades de cuidados intensivos.

Jean Watson tem-se dedicado ao desenvolvimento da profissão de Enfermagem nos últimos 30 anos, e apesar da transformação recente pela qual sua teoria passou, seus propósitos sempre focaram o cuidado de enfermagem. Este não se preocupa com a cura como objetivo final, pois se tal acontece transpessoalmente, com envolvimento do *self* da enfermeira, com o *self* da pessoa alvo de cuidados e ambos atingirem um estado na relação na qual mente, corpo e espírito possam ser um só, o processo de auto-cura acontecerá, ele será o resultado do cuidado e não seu objetivo principal.

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (Watson, 2007).

A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeiro e pessoa alvo de cuidados, visando ao cuidado terapêutico (Watson, 2007).

Desta forma é perceptível a aplicabilidade do modelo apresentado neste contexto específico uma vez que o cuidado é considerado como único, competente, que deve ser contextualizado à pessoa alvo de cuidados, aproximando os valores como a afetividade, o respeito, o acolhimento e a compreensão.

## 1.2. A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica

Segundo Moraes (2004), ao conceito de saúde estão inerentes os conceitos de cuidar e de humanização, sendo esta entendida como uma forma de alcançar o respeito à vida humana em condições sociais, éticas e psíquicas específicas.

Neste contexto, é necessário adotar uma prática em que o profissional e a pessoa alvo de cuidados considerem o conjunto de aspetos inerentes como sendo parte da prestação humanizada (Silva, 2000).

Assim, possibilita uma orientação ética de respeito, com a capacidade de ser frágil, de assumir a vulnerabilidade, tendo em simultâneo o vigor e o espírito de luta, de resistência e compreensão que permitam a deteção da complexidade da relação entre o corpo, a mente e o espírito (Silva, 2000).

A nível institucional, a área da saúde caracteriza-se pelo trabalho de natureza relacional, sendo que esta requer a consideração dos aspetos da humanização, nomeadamente a aceitação e articulação de aspetos subjetivos associados aos aspetos físicos e biológicos, ou seja, a postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites de cada um (Hudak, 1997). O ponto-chave do trabalho da humanização está portanto, em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico com a necessidade de acolher e explorar o imprevisível, o incontrolável.

A humanização envolve o processo vivencial que procura dar à pessoa o devido tratamento, dentro das circunstâncias em que se encontra (Rizzotto, 2002).

A tarefa de cuidar é um dever do ser humano e não somente da classe profissional de enfermagem, considerada a arte e a ciência do cuidar (Silva, 2000). O enfermeiro tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente mais humano uma vez que este não pode ser apenas considerado do ponto vista da estrutura física, tornando-o favorável à interação enfermeiro-pessoa-família/pessoa significativa. Lopes (2004, p.123) fala numa “perspetiva de um ambiente ético em que o enfermeiro manifesta comportamentos de cuidar, tais como o respeito e a igualdade para todos, confirmando o compromisso para uma prática ética”. Neste processo é suposto que haja interação entre quem cuida e quem é cuidado, ocorrendo desse modo trocas de informações e sentimentos.

Segundo Stefanelli (1993) a comunicação verbal e não-verbal está intimamente ligada à humanização, sendo que através dela é que é estabelecida, com a pessoa alvo de cuidados, a capacidade de compreensão que o prestador de cuidados detém, a sua visão do meio, o seu modo de pensar, sentir e agir. Neste contexto, a comunicação é considerada como uma necessidade básica, sem a qual a vivência humana não seria possível. Segundo (Silva, 2000), conversar, tocar e ouvir são por si só instrumentos terapêuticos.

Stefanelli (2005) diferencia a comunicação humana e terapêutica, sendo a primeira entendida “como um processo de compreender, partilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas” (p.29). A segunda, como sendo o uso da

comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas (Stefanelli, 2005).

As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras, trata-se da linguagem não-verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras, referindo-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhes são próprios e que é importante conhecer em cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005).

Pensar hoje nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais (Phaneuf, 2005). O cuidado não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, mas também no sentido de ser, expresso por atitudes, dado o cuidado de enfermagem ser sobretudo relacional. A função da enfermagem não é, pois, suscetível de ser compreendida sem ter em conta esta dimensão da sua prática, sob pena de se ver comprometido todo o processo de cuidar. A comunicação terapêutica permite uma interação entre enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados/familiar/ pessoa de referência ao proporcionar a oportunidade de um relacionamento humano que atinja os objetivos da prática de cuidar, de acordo com Nascimento e Trentini (2004).

A UCI é muitas vezes considerada um local frio, sombrio, agressivo e invasivo devido às situações de risco de morte eminente, da presença de monitores, ventiladores e dos ruídos que lhe estão inerentes. No interior destas unidades vive-se um ambiente pouco familiar pela restrição de entrada a objetos da pessoa em regime de internamento, sendo por isso passíveis de humanização através do respeito pela privacidade, da abordagem personalizada, da prestação de cuidados individual, proporcionando um maior conhecimento acerca da pessoa alvo de cuidados (Medina, 2002).

Compreender a UCI é fundamental para a pessoa em situação crítica e para a sua família/pessoa de referência, sendo uma etapa fundamental para superar a doença. A equipa é orientada relativamente ao respeito e à dignidade, estabelecendo e divulgando a humanização em cada uma das suas intervenções. Pela orgânica de funcionamento, a UCI impõe rotinas às pessoas em regime de internamento, ocorrendo a separação dos familiares e dos amigos,

podendo à mesma ser amenizada através dos períodos de visitas diárias onde é fomentada a interação da família/pessoa de referência com a pessoa alvo de cuidados e com a equipa prestadora de cuidados, apoiando e participando nas decisões médicas (Ferrari, 2008).

Sempre que possível, deve ser a pessoa submetida a internamento que deve tomar as decisões, desde que seja detentora de nível de consciência para tal. A família/pessoa de referência pode ser chamada a participar no processo, sendo que algumas decisões são tomadas pelo médico (Vila, 2002).

Em conformidade com as rotinas estabelecidas, algumas decisões e procedimentos são executados com a maior brevidade possível devido à eminência do risco, podendo esta pressão fazer com que a abordagem à pessoa alvo de cuidados não seja a mais adequada (Vila, 2002).

Uma exigência que deve ser tida em conta para a humanização dos cuidados em UCI's é manter a família/pessoa de referência informada acerca do estado do seu familiar, de se proceder em colaboração à correta preparação para a visita à UCI, fornecendo as informações de forma apropriada, com palavras simples e adequadas ao nível sociocultural dos familiares/pessoas de referência, sendo que a participação do enfermeiro é indispensável (Vila, 2002).

O familiar/pessoa de referência, no momento da visita, normalmente não está preparado para ver a pessoa envolvida em todos os equipamentos de monitorização. Consequentemente ficam chocados, podendo eventualmente sentir-se mal ou apresentar elevada labilidade emocional pelo desconhecimento da situação e pela falta de informação (Nascimento e Trentini, 2004).

Durante o período de internamento, pode ocorrer desequilíbrio da estrutura familiar devido ao impacto da doença nas atividades diárias da família. Neste contexto, o Enfermeiro tem o dever de “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; e Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” de acordo com o descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros (1998) no Artigo 84.º, alínea a) e c).

Aos Enfermeiros são pedidas informações relacionadas sobre como é que o seu familiar se alimenta, como é que passou a noite, se tem dores, o que é que consegue fazer, ou seja, informações relacionadas com os designados cuidados de manutenção: cuidados quotidianos e habituais ligados às funções de manutenção e da continuidade de vida. Como classifica Collière (1999), informar é justificar a utilização de todos os instrumentos referidos, através da relação entre pessoa em situação crítica, família e profissionais de saúde. Os cuidados não podem ser atos isolados; não podem ser separadas a relação e a técnica, caso contrário, a técnica fica desprovida de conteúdo: “Todo o instrumento de reparação exige uma justificação para ser usado” (Collière, 1999, p.266).

A atenção para com as necessidades da família em UCI não é recente. São diversos os autores que, ao longo dos anos, têm procurado identificá-las, sendo unânime que o envolvimento das famílias no processo de cuidar é essencial, tendo efeito positivo sobre a pessoa em situação crítica e sobre os membros família. Este cuidado holístico permite uma interação e relação entre familiar, pessoa em situação crítica e Enfermeiro, diminuindo a distância entre todos e auxiliando na satisfação das necessidades. “Se cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida... estimular, desenvolver capacidades... manter, conservar e compensar o que não está bem..., supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja situar o que torna os cuidados necessários” (Collière, 2003, p.134).

Collière (2003) defende que o diagnóstico da necessidade sentida pelos familiares da pessoa em situação crítica em regime de internamento em UCIs pode ser feito formalmente (através da aplicação de escalas, entrevistas) mas, também deve ser feito informalmente (através da relação que se estabelece com a família – o saber escutar; em vez de perguntar, saber recolher informações ao longo da relação; estar atento à parte não verbal) pois a utilização de ambos fornece dados para diagnósticos mais próximos do real.

Segundo Collière (1999, p.312), “os cuidados de enfermagem veiculam um poder redutor de cada vez que há redução das capacidades dos utilizadores, da sua família, isto é, de cada vez que se não identifica o que podem ou sabem fazer por si próprios e que se não utiliza tudo o que os motiva, os mobiliza, lhes dá desejo e gosto de viver, lhes faz descobrir a sua própria capacidade, ganhar confiança em si próprios e construir um sentimento de valorização pessoal”, devendo por isso os familiares serem incentivados a participar nos cuidados à pessoa

em situação crítica. A família cuja necessidade de informação vai sendo satisfeita e que se torna parceira dos cuidados garante à pessoa em situação crítica, cuidados personalizados e de qualidade; reflete que “o poder veiculado pelos cuidados de enfermagem é libertador de cada vez que: permite aos utilizadores utilizar o poder que lhes resta; restitui ou aumenta um poder de ser, de autonomia; reconhece o saber das pessoas tratadas” (Collière, 1999, p.314).

Inaba et al. (2005) referem que não é suficiente promover a presença da família na UCI e proceder ao alargamento do horário de visitas: é necessário ir ao encontro da família, estabelecer uma relação, questionar sobre as dúvidas existentes e assim dar informações dirigidas e personalizadas a cada um sobre o que precisam e estão preparados para saber.

“A orientação dos conhecimentos a adquirir não se centra já na patologia e na doença em si, mas na compreensão das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos” (Collière, 1999, p.155).

O facto de chamar a pessoa em situação crítica pelo nome que gosta de ser tratada é realçado como um indicador positivo. Citando Collière (1999, p.149), “conhecer melhor a pessoa tratada, reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objeto incondicional dos cuidados, mas como sujeito é a essência do cuidar”. Prestar cuidados sem conhecer a pessoa, “a experiência interiorizada e vivida no seu próprio corpo” (Collière, 1999, p.47), leva-nos apenas a tratar de um corpo objeto em vez de cuidarmos do corpo sujeito, afastamo-nos assim do cuidar, que passa pelo toque, pela palavra, pela relação com o outro, que garante o seu conhecimento. Os cuidados deixam de ter o carácter de prazer e agrado que os deviam caracterizar e são associados apenas a mais sofrimento e dor. Os verdadeiros cuidados de enfermagem estão assim associados a uma satisfação da necessidade de confiança dos familiares que sabem que tudo está a ser feito e da melhor forma.

Parafraseando o conceito de familiar cuidador de Collière (1999, p.307) esta refere que o cuidado é uma “ajuda prestada por uma pessoa pode ser a da enfermeira, mas também pode ser de outra pessoa, como um membro da família com o apoio da enfermeira”.

Os enfermeiros podem assim atenuar o stress dos familiares fornecendo-lhes informação e envolvendo-os na tomada de decisão e nos cuidados à pessoa em situação crítica. Tais procedimentos, baseados em evidência, irão engrandecer o papel das famílias durante o internamento e conseqüentemente, minimizar as suas necessidades e contribuir para a recuperação da pessoa em situação crítica. Mas como é possível cuidar a pessoa apenas com

---

“os rudimentos conhecimentos respeitantes à família”? (Collière, 1999, p.128) É essencial conhecer “o conjunto da situação vivida individualmente pelo doente” e pela família. É necessário conhecer a família e suas necessidades, daí a elevada relevância dos inúmeros estudos que já existem sobre este tema. (Collière, 1999, p.133)

Desta forma, é determinante a estimulação para colaboração da pessoa no tratamento, tornando-a progressivamente consciente de todos os cuidados que lhe são prestados, sendo esta uma forma de assegurar a manutenção de cuidados de enfermagem de qualidade, integrados em projetos de melhoria contínua.

### 1.3. Projetos de Melhoria Contínua

Consequência dos avanços técnicos e científicos, a dignidade da pessoa, em contexto de saúde, é aparentemente projetada para segundo plano. A doença é muitas vezes priorizada, passando a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, mas de certa forma desarticulada do Ser que a abriga e no qual ela se desenvolve (Martin, 2003).

Nesta linha de pensamento, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (2001). A enfermagem viu assim atingido um dos seus desafios importantes pois estes configuram-se como um enorme desafio não só a nível do reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, mas também face à necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

O processo de cuidar pode ser compreendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Assim, o processo de cuidar é um processo interativo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou em determinado momento, que tem o poder de conduzir à transformação (Waldow, 1998).

Sendo a enfermagem uma profissão em que as pessoas (enfermeiros) prestam cuidados a outras pessoas, é importante a qualidade da relação interpessoal e intencional entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, inerente ao ato de cuidar. Watson (1985) relaciona

intimamente o processo de cuidar com um processo de interação entre seres humanos, sendo o cuidar humano a dimensão da prática profissional. É esta relação interpessoal que a autora chama da essência dos cuidados de enfermagem, sendo que segundo a mesma, só através da sua relação com o outro, o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais como segurança, estabilidade, amor, pertença, autoestima e autorrealização.

Para que os profissionais de enfermagem possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro e a condição humana que lhe está inerente, necessitam também manter a sua condição humana respeitada, ou seja, trabalhar em adequadas condições, com o reconhecimento das suas atividades, intervenções e iniciativas (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2010).

Assim, a necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ). Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária assumindo-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local, adequada aos diferentes contextos do exercício da profissão (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2010).

Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, uma vez que existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenho destes em prol da qualidade, exigindo esta profundos exercícios de reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2010).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que

---

ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes<sup>1</sup>, dos outros profissionais, do público e dos políticos, sendo eles: A satisfação do cliente - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; A promoção da saúde - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde; A prevenção de complicações - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes; O bem-estar e o autocuidado - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; A readaptação funcional - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; A organização dos cuidados de enfermagem - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2010).

Em contexto de UCI's, a referência a qualidade envolve não só o atendimento em si, com protocolos, equipa multidisciplinar comprometida, inovação, tecnologia, segurança, efetividade, eficiência, mas também uma gestão estratégica clara, que defina objetivos, que possibilitem o cumprimento de uma proposição de valores, um conjunto de benefícios para as pessoas alvo de cuidados, que devem ser o foco central da missão da unidade; escolhas corretas baseadas em análises anteriores que mostrem como se encaixam os elementos das atividades da unidade. Os domínios dos padrões de qualidade ainda fornecem ferramentas para implementação de projetos de melhoria continua no ambiente de UCI's, daí a necessidade do seu conhecimento e análise (*Joint Commission on Accreditation Organizations - JCAHO*):

1 - Qualidade e estrutura - Existe uma aceitação entre intensivistas que a tecnologia e a estrutura têm impacto no processo de atendimento, sendo no entanto de difícil mensuração. Equipamentos específicos como ventiladores e monitores cardíacos são necessários. Porém,

---

<sup>1</sup> No texto é utilizado o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, de acordo com a terminologia utilizada no documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” emitido pela OE.

não adianta um excelente ventilador sem que se conheça e utilize todos os seus recursos, através de processos bem descritos e protocolos bem desenhados (Vincent, 1997).

A utilização de recursos da tecnologia da informação é uma realidade em ambiente de UCI. Um modelo ideal de uso de *hardware* e *softwares*, que recolha e relacione os dados de monitoração, ventilação mecânica, infusão de fármacos, colheita de dados inseridos por profissionais da saúde num prontuário eletrónico para análise, está longe de ser encontrado. No entanto, existem já iniciativas de gravação eletrónica de dados, prescrição eletrónica, sistemas de suporte de decisão com “lembretes” para médicos. Estudos que avaliaram o uso de prescrição médica eletrónica mostraram resultados incongruentes.

Se por um lado houve redução de eventos adversos relacionados à administração de fármacos, por outro, houve tendência a aumento de mortalidade em virtude de falhas de processos como cancelamento de medicações, intervalos inexplicáveis de doses de antibióticos, autorização do uso de medicamentos e procedimentos não atempada, ordens confusas geradas por mau funcionamento do sistema informático (Vincent, 1997). As tecnologias de informação em UCIs são ferramentas imprescindíveis, no entanto, necessitam de melhoria e adequação à realidade de cada serviço.

Os recursos humanos devem estar alinhados com os objetivos da unidade. De acordo com os modelos atuais, uma UCI coordenada, conduzida por intensivistas (modelo fechado), é reconhecida como relacionada à melhoria dos resultados (Pronovost, 2009). Porém, estudo em curso questiona esse modelo (Levy, 2008). A limitação do desenho do estudo, a presença de fatores de confusão mostra que qualquer conclusão a respeito do resultado final desse trabalho seria precipitada. A segmentação da UCI em setores de especialidades e o conceito de “UCI sem fronteiras”, concretizado por experiências com excelentes resultados como o tempo de resposta rápida (Chen, 2009), podem gerar um novo modelo de UCI no futuro, mais eficiente e capaz de utilizar de maneira mais abrangente os recursos de uma equipa multidisciplinar. O acompanhamento conjunto de especialidades, conduzam do ponto de vista clínico a pessoa alvo de cuidados. A formação de intensivistas e da equipa multidisciplinar deve ser enfatizada como fator fundamental de melhoria (Chen, 2009).

A participação da farmácia clínica em visitas multidisciplinares, deve ser lembrada para a redução de erros no uso de medicamentos, dupla confirmação de medicação e controlo de risco em prescrições médicas (Amaral, 2009). A tomada de decisão deve ser realizada em visitas multidisciplinares, frequentemente monitorizadas por folha de metas, reavaliando a qualquer momento a situação da pessoa alvo de cuidados, com participação de profissionais envolvidos no atendimento, coordenados pelo médico líder (Amaral, 2009).

2 - Qualidade e processos - A definição de processo vem da área de administração e da teoria da gestão. Pode-se dizer que são uma série de ações dirigidas a um fim. Uma série de medidas coordenadas, conduzidas pela estrutura do setor, primordialmente pelos recursos humanos, aplicando a tecnologia disponível, com o objetivo de atingir a sua missão. Medidas de processos são particularmente úteis quando intervenções específicas reconhecidamente se relacionam a melhoria na qualidade do atendimento (Gallesio, 2008).

3 - Qualidade e resultados - Os resultados centrados na pessoa alvo de cuidados são medidas de qualidade final. Mortalidade e qualidade de vida são marcadoras fundamentais que são valorizadas. Por definição, um serviço médico de alta qualidade é aquele que resulta em melhoria no desfecho (Pronovost, 2009). A mortalidade relacionada à probabilidade de óbito, em determinado período, é a forma mais comum de mensuração de desfecho. Existem algumas limitações para uso desta metodologia em cuidados intensivos. O risco ajustado de mortalidade permanece como um componente-chave para definir, reportar e melhorar a qualidade do atendimento. Esta ferramenta tenta resolver o problema da heterogeneidade de dados entre centros, ou seja, locais com utentes mais graves, podem apresentar pior resultado, consequentemente aparentam oferecer um pior atendimento. Ajustando a gravidade da doença por um modelo multivariado, a linha de base do risco de óbito entre instituições é matematicamente equalizado. Então, pode-se concluir que diferenças em desfecho seriam atribuídas às diferenças em estrutura e processos (Pronovost, 2009). Atualmente existe extensa evidência de literatura que demonstra falta de confiabilidade nesta ferramenta, relacionada ao viés de aplicação, definição de gravidade da doença e risco. Outra limitação de medidas de desfecho é seu uso relacionado somente ao óbito e algumas vezes, tempo de permanência (Pronovost, 2009). Embora existam outras medidas de desempenho que interessem a

médicos, famílias e entidades financiadoras, essas não são avaliadas e medidas de rotina, que são mais difíceis de serem interpretadas. De qualquer forma, iniciativas no sentido de selecionar mensurações de processos e não apenas desfechos já estão a ser realizados (Pronovost, 2009). Importa frisar que muitas vezes não haverá relação de medidas de processos com desfecho. Isso ocorre provavelmente porque tratamentos conduzidos em protocolos restritos de estudos clínicos (eficácia), podem não funcionar no mundo real (efetividade). Apesar disso, no momento atual da saúde mundial, onde os gestores constantemente questionam a relação custo excessivo com qualidade do serviço prestado, autores tentam definir modelos de excelência para a saúde, como Porter (2007). No seu livro “Repensando a Saúde”, que especificamente na área de cuidados intensivos, cita a análise de desfecho (SMR – Standardized Mortality Rate obtida através do índice APACHE II), como o principal mensurador de qualidade final de atendimento. Uma alternativa mais abrangente de avaliação de desempenho seria a análise de processos e criação de indicadores para análise crítica. Além disso, a efetividade na resolução rápida e adequada do caso, com redução de tempo de permanência na UCI, também deve ser um objetivo. Cuidados paliativos adequados, evitando uso desnecessário de recursos e permitindo a boa prática médica, oferecendo qualidade no final de vida é modelo de melhor prática e deve ser empreendido (Porter, 2007).

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO - PIS

---

O PIS surge como resposta ao plano de estudos e o mesmo, tal como preconizado, foi desenvolvido no âmbito dos estágios I, II e III do MEMC. O seu desenvolvimento visava a aquisição e aprofundamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Como tal, era suposto que o PIS fosse desenvolvido com base na metodologia de projeto que se “(...) baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. (...) É promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ferrito, 2010, p.2).

Seguidamente descrever-se-á de acordo com as etapas que constituem este tipo de metodologia

### 2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto, visando a descrição da realidade acerca da qual se pretende atuar e modificar, devendo por isso ser sistémico, interpretativo e prospetivo. (Nunes, 2010)

A pertinência do PIS emerge da concordância entre o diagnóstico e as necessidades, sendo este o primeiro desafio de reflexão ético inerente ao trabalho de projeto uma vez que o seu início deve convergir para o avanço da ciência ou dar resposta a problemas concretos da prática (Martins, 2008).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica não pode conduzir à perda de perspectiva do cuidar em enfermagem. Deste modo, procurou-se fazer coincidir o rigor técnico, baseado nos conhecimentos adquiridos, na pesquisa efetuada e na experiência profissional, com uma perspectiva humanista e global dos cuidados de enfermagem, assumindo como centro dos cuidados não apenas o doente, mas também a pessoas significativas,

procurando desenvolver atividades e competências nos domínios verbais, procedimentais e atitudinais tal como foram definidos por Carvalho (2002).

A fase de diagnóstico de situação é marcada pela observação no contexto de prestação de cuidados, das pessoas, das suas ações, intenções e intervenções, sendo este o conjunto de motivos que constituiu o ponto de partida para a correta e fiável escolha e conveniente utilização dos instrumentos de diagnóstico, com o objetivo de identificar e validar o problema a dar resposta (Nunes, 2010). Esta fase foi determinante na sensibilização, participação, envolvimento e motivação dos elementos da equipa para a importância do projeto a desenvolver e dos problemas identificados para intervir (Tavares, 1990).

Através das observações realizadas em diferentes momentos, foi possível notar que na UCI de nível II<sup>2</sup> onde foi realizado o estágio, o acolhimento era realizado pela Enfermeira Responsável de serviço (quando se encontra no serviço no turno da manhã). Dado o exposto, não era o enfermeiro responsável pelo doente a realizar o acolhimento e acompanhamento das visitas; de relevar também a ausência do mesmo nas reuniões de transmissão de informação com o médico, o que poderia suscitar eventuais falhas no circuito de informações fornecidas, na continuidade de cuidados, limitando o papel do enfermeiro na prestação de apoio e/ou encaminhamento no contexto do acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, sendo que tal ocorre por inexistência de sistematização do procedimento.

Com o objetivo de validar a pertinência da temática que se pretende desenvolver no PIS, optou-se por realizar uma entrevista semiestruturada à Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul uma vez que a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e o sujeito em estudo. Neste tipo de entrevista os temas a abordar são definidos, à partida, pelo entrevistador, sob a forma de questões abertas, tendo por base um guião adaptável e orientador, que permitirá ao entrevistador manter o controlo no decurso de todo o processo, sendo que este intervém quando o entrevistado não aborda

---

<sup>2</sup> UCI nível II: tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; não proporciona acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, pelo que garante articulação com Unidades de nível superior. Tem presença permanente de médico com preparação específica. A equipa de enfermagem é constituída por 21 elementos, dos quais 8 são chefes de equipa (Ministério da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento, 2003).

espontaneamente o que é suposto tratar, evitando grandes dispersões, mas nunca impedindo que as informações surjam livremente (Savoie-Zajc, L., 2003). Para que o guião de entrevista seja um instrumento de colheita de dados fiável, indo de encontro à problemática, foi necessário validá-lo de modo a detetar possíveis erros de formulação das questões e despistar enviesamentos.

No que se refere ao guião da entrevista, era composto por quatro questões e tinha como objetivos validar a importância atribuída pela Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul, acerca da temática; sondar o que na opinião da mesma poderia ser melhorado na área do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica; averiguar a importância atribuída à criação de uma política de visitas na UCI-Hospital do Sul, e qual a pertinência atribuída à realização de eventos formativos acerca da temática. Em concordância com a orientadora académica deste estudo achou-se que o guião da entrevista estava adequado, reunindo assim condições para ser aplicado.

Segundo Fortin (1999, p. 307) “A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger o direito dos sujeitos.”

Desta forma, a ética é considerada pela mesma autora, como “ (...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

A realização de um estudo deste tipo exige atenção a diversos aspetos éticos por parte do autor. No limite, estes prendem-se com o respeito pela pessoa inquirida que, a não se verificar, conduzirá a um estudo eticamente inaceitável (Fortin, 2000). Assim, o autor deve, necessariamente, conferir ao inquirido os seguintes direitos:

- Direito à autodeterminação – Permitir que o entrevistado decida se participa ou não no mesmo;
- Direito à intimidade – Garantir a menor invasão possível;

- Direito ao anonimato e à confidencialidade – Garantir que a identidade do entrevistado não é relacionada com as respostas obtidas;
- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – Garantir a proteção da pessoa contra os inconvenientes suscetíveis de a prejudicarem ou lhe fazerem mal física, psicológica, legal ou economicamente.
- Direito a um tratamento justo e equitativo – O entrevistado deve receber este tratamento ao longo de todas as fases do estudo. Deve ser informado sobre a natureza, o fim e a duração do mesmo, para poder decidir, de forma esclarecida, sobre a sua participação (Fortin, 2000). Por isso, será conveniente o prévio envio, ao potencial participante, de toda a informação considerada necessária.

De acordo com os aspetos éticos supracitados, efetuou-se o pedido de autorização formal, dirigida à Enfermeira Diretora do Hospital do Sul para permitir a realização deste projeto na UCI (APÊNDICE 1), foi posteriormente entregue à Enfermeira Responsável da mesma unidade, assim como a explicitação do PIS, tendo a mesma autorizado a consecução do mesmo.

Garantidos todos os aspetos éticos relativamente à aplicação da entrevista, a mesma foi efetuada num ambiente calmo e de privacidade, por se considerar que deste modo mais facilmente se cria uma atmosfera que estimula a espontaneidade das respostas, uma vez que o entrevistado se sente mais à vontade para expressar as suas opiniões de forma direta e honesta.

A entrevista foi realizada a 1 de Março de 2013, pelas 15h38m, teve a duração de aproximadamente 30 minutos, de acordo com a disponibilidade da Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul e a forma de registo utilizada foi a escrita (APÊNDICE 2).

De acordo com Fortin (1999), a análise de dados em investigação qualitativa constitui parte integrante do processo de investigação, surgindo aliada a um período de colheita de dados. O objetivo da análise consiste em sintetizar as observações completas para que seja possível dar respostas às perguntas da pesquisa (Selltiz et al, 1987).

Segundo Vala (1986), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Para Fortin (1999, p. 364), ela consiste numa “(...) estratégia que serve para identificar um conjunto de características essenciais.”

Para a análise de conteúdo deste trabalho foi utilizado o modelo descrito por Bardin, o qual “(...) valoriza grandemente qualquer pesquisa exploratória, em virtude de emergir tendencialmente para a descoberta” (Bardin, 1991, p.43).

Da análise de conteúdo da entrevista realizada, pôde-se concluir que a temática era de toda a pertinência, sendo inclusivamente um dos projetos que a Enfermeira Responsável da UCI pretendia propor para ser desenvolvido.

No sentido de explorar esta temática e conhecer a opinião dos enfermeiros da UCI do Hospital do Sul relativamente à temática, optou-se por construir um questionário e o respetivo consentimento informado para ser aplicado à equipa de enfermagem do serviço supracitado.

Um questionário “(...) é um instrumento para recolha de dados constituído por um conjunto mais ou menos amplo de perguntas e questões que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar.” (Hoz, 1985:58).

A aplicação do pré-teste ocorreu no período de 6 a 9 e Fevereiro de 2013. Com esta aplicação, foi possível notar que a primeira questão estaria mal colocada, dando origem a respostas ambíguas, tendo por esse motivo sido retirada do instrumento construído para o efeito.

O questionário foi aplicado a 17 dos 21 profissionais de enfermagem da equipa da UCI-Hospital do Sul (por se encontrarem três elementos de férias e um elemento de atestado), de 11 de Fevereiro de 2013 a 18 de Fevereiro de 2013, tendo sido colocados na bancada central da sala de trabalho com correspondente listagem para sinalização após respondido. Este questionário foi aplicado sendo que, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos foram assegurados única e exclusivamente à realização deste PIS. A salientar que foram cumpridas todas as questões éticas inerentes a um estudo desta natureza.

O questionário era constituído por três partes, sendo que a primeira parte pretendia caracterizar a amostra; com a segunda parte do questionário pretendia-se conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo e o nível de formação que possuíam na área em estudo; na terceira parte tinha como objetivo conhecer o grau de concordância relativamente ao acompanhamento das pessoas significativas dos doentes internados na UCI. O consentimento informado precedia o questionário (APÊNDICE 3).

Após recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento dos mesmos, recorrendo ao programa informático Excel 2010, sendo possível concluir: (APÊNDICE 4)

1. Que a equipa era unânime em considerar o momento das visitas à pessoa em situação crítica como importante;
2. Quando questionados se realizaram formação na área do acolhimento e acompanhamento de visitas, 53% referem que não e 47% que sim.
3. Dos 47% dos elementos que tiveram formação acerca da temática, o tempo mínimo a que foi realizada foi há 4 anos, e o tempo máximo há 7 anos, sendo a maioria dos eventos formativos em contexto de formação em serviço, seguido dos eventos formativos considerados aquando da formação de base.
4. No que se refere à pertinência da existência de uma política de visitas na UCI, 82% dos inquiridos concorda totalmente e 18% concorda parcialmente com a mesma.

Tendo em conta os dados obtidos, considerou-se que esta seria uma problemática real, com necessidade de intervenção através deste projeto.

Para estabelecer prioridades de intervenção foi utilizada a ferramenta de gestão – FMEA, sendo as prioridades organizadas de acordo com a seguinte ordem: (APÊNDICE5)

- 1 – Realizar pesquisa Bibliográfica sobre “A Humanização dos cuidados de Enfermagem na UCI – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

2 - Elaborar norma de procedimento sobre o acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica, assim como a lista de verificação da mesma e a nota de acolhimento ao familiar/pessoa de referência;

3- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o acolhimento às visitas/pessoa de referência da pessoa em situação crítica através da realização de um evento formativo para o efeito. Desta forma, o problema que serviu de partida para a realização deste PIS foi a inexistência de norma de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, e como problemas parcelares foi identificada:

1. Falta de sistematização da receção e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica;

2. Inexistência de enfermeiro de referência responsável pelo acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica;

4. Falta de formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica.

Dado o exposto, terminada a fase de diagnóstico de situação (APÊNDICE 6) delinearam-se como objetivos para este PIS:

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na UCI.

Objetivos Específicos:

a) Elaborar norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica; a lista de verificação da norma e o modelo de acolhimento do familiar/pessoa de referência;

b) Formar a equipa acerca de: “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em Situação Crítica”.

## 2.2. Planeamento

O planeamento do PIS, que consiste na segunda fase da metodologia de projeto, permitiu delinear um esboço das atividades a desenvolver, os recursos humanos, materiais e temporais, as estratégias a implementar para alcançar os objetivos delineados, os critérios de avaliação e a previsão de possíveis constrangimentos e formas para os ultrapassar (Nunes, 2010).

Assim, a sua elaboração foi concretizada tendo em conta a revisão sistemática da literatura que “(...) é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico” (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004, p.550). O processo base de uma revisão sistemática da literatura passa por: converter as necessidades em questões claras, procurar a melhor evidência que responda a essas questões, apreciá-la criticamente e aplicá-la na prática avaliando a sua implementação. Explicar os passos que permitiram chegar ao resultado (metodologia) é essencial.

As atividades de planeamento foram desenvolvidas durante o estágio III conforme delineado no início das atividades, de acordo com o cronograma apresentado. A realização do estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica no local de exercício profissional revelou-se uma excelente oportunidade de reflexão sobre a prática clínica. Permitiu questionar algumas práticas instituídas e aceites, tendo, através da observação *in loco* e da respetiva reflexão sobre a prática, sido identificadas falhas na organização e na concretização dos cuidados de enfermagem. Como tal, esta temática foi alvo de um projeto de intervenção tendo em vista a melhoria da qualidade neste âmbito, e que será agora desenvolvida em detalhe. A sua concretização exigiu que fosse realizado o levantamento dos recursos disponíveis, a avaliação das necessidades e o controlo da gestão dos mesmos (Frederico & Leitão, 1999). (APÊNDICE 7)

Tendo em vista a concretização do objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul;

Foi delineado o planeamento, de acordo com os objetivos específicos delineados, sendo o primeiro:

a) Elaborar norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, a lista de verificação da norma e o modelo de acolhimento do familiar/pessoa de referência;

Para a concretização do primeiro objetivo específico, foram delineadas as seguintes atividades:

1. Pesquisa bibliográfica;
2. Realizada a norma de uniformização do procedimento de acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica, assim como a lista de verificação da norma e o modelo de acolhimento do familiar/pessoa de referência;
3. Agendada reunião com a Professora E.M. para apresentação dos documentos produzidos e recolha de sugestões sobre os mesmos e respetivas alterações.
4. Pedida autorização à enfermeira responsável para apresentação e implementação da norma e restantes documentos realizados no âmbito do PIS à equipa de enfermagem.

Relativamente aos recursos humanos com que se articularam trocas e partilhas de informações contou-se com a Enfermeira Responsável da UCI e com os Enfermeiros da Equipa.

Dos recursos materiais utilizados enumera-se o computador com ligação à Internet; biblioteca e bloco de anotações.

Como indicadores de avaliação foram estabelecidos os seguintes:

1. Norma de procedimento, lista de verificação da norma e o modelo de acolhimento do familiar/pessoa de referência disponíveis;
2. Realizada reunião com enfermeira responsável da unidade para auscultação da sua opinião e adequação de alterações necessárias;
3. Pedida autorização para implementação da norma realizada;
4. Norma Implementada.

Para o cumprimento do segundo objetivo específico:

- b) Formar a equipa acerca da temática;

Foram delineadas as seguintes estratégias:

1. Pesquisa bibliográfica;
2. Construída a apresentação de slides a utilizar no evento formativo;
3. Apresentados os slides à Professora E.M.;
4. Realizadas as alterações conforme sugestões;
5. Marcada a data da sessão de apresentação à equipa de enfermagem;
6. Realizada divulgação da sessão;
7. Elaborado o plano de sessão;
8. Realizada a sessão;
9. Avaliada a formação.

Relativamente aos recursos humanos com que se articularam consultas, trocas e partilhas de informações contou-se com a Enfermeira Responsável da UCI, com a Enfermeira Orientadora do estágio e a Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço.

Dos recursos materiais utilizados enumera-se o computador com ligação à Internet; biblioteca e bloco de anotações

Como indicadores de avaliação foram estabelecidos os seguintes:

1. Apresentação de power point finalizada;

2. Realizada reunião com Professora E.M. e Enfermeira M.V. para apreciação do trabalho desenvolvido para auscultar opinião das mesmas, no sentido de proceder a correções/melhoria do trabalho desenvolvido;
3. Data da Sessão marcada;
4. Plano de sessão elaborado;
5. Divulgada sessão junto do público-alvo;
6. Sessão realizada;
7. Sessão avaliada.

Desta forma, procedeu-se à sistematização do procedimento de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, através da criação da norma de acolhimento (APÊNDICE 8), da lista de verificação da norma de acolhimento (APÊNDICE 9) e a nota de registo do acolhimento (APÊNDICE 10). Foi também preparada uma sessão de apresentação da temática, dos resultados da entrevista e questionários aplicados e dos documentos construídos, a ser realizada na fase de execução.

### 2.3. Execução

A execução do PIS constitui a terceira etapa da metodologia de projeto, em que o planeamento é colocado em prática. A materialização do planeado evoca a motivação, o desejo de concretização, a visualização do perspectivado (Nunes, 2010).

Neste contexto, foi pedido estágio de observação na UCI de um hospital de referência nacional, com o objetivo de subsidiar o PIS, tendo o mesmo sido calendarizado para o período temporal do Estágio III.

A componente curricular – Estágio de Opção - tem um papel fundamental no processo de formação, no contexto do MEMC, permitindo ao estudante conhecer outros locais de desempenho profissional e concomitantemente alargar os seus conhecimentos, fazer análises críticas de situações às quais no local onde exerce funções muitas vezes não se está desperto.

A concretização deste estágio tornou-se assim uma mais-valia para a consolidação do PIS, permitindo o equilíbrio entre os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas. A realização da lista de verificação da norma e a nota de acolhimento surgiram durante a realização deste estágio, tratando-se de documentos de exponencial valor no que confere à continuidade e excelência dos cuidados prestados (APÊNDICE 11).

De forma a dar cumprimento ao objetivo específico de “Formar a equipa acerca da temática”, após pesquisa bibliográfica preparou-se a sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem, intitulada “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”. Após validação com a Professora E.M., foi agendada a data de apresentação junto à Enfermeira Responsável da UCI e da Enfermeira Responsável da Formação, tendo sido realizada divulgação da data e hora da sessão de formação à equipa de enfermagem. A divulgação foi feita através de aviso escrito (elaborado em articulação com o elemento responsável pela formação em serviço) (APÊNDICE 12), tendo sido colocado na capa do livro de ponto, e afixado na copa da UCI, por ser um local de passagem de todos os enfermeiros da equipa.

Após ser realizado o plano da sessão (APÊNDICE 13), a primeira sessão ocorreu no dia 31 de Outubro de 2013, teve início por volta das 13h30m no auditório da instituição. Compareceram sete dos vinte elementos da equipa de enfermagem e a enfermeira responsável da equipa. Após apresentada a sessão, foram exibidos os documentos produzidos, tendo sido previamente fornecidos aos elementos presentes para ser realizada exploração dos mesmos em grupo. À medida que os documentos foram apresentados, houve da parte dos presentes adesão aos conteúdos apresentados uma vez que foram tecendo feedbacks positivos tanto relacionados com a temática como com os diferentes conteúdos apresentados, nomeadamente a nível das intervenções delineadas. Outro documento que suscitou feedback positivo foi a lista de verificação do procedimento, sendo este uma garantia da continuidade dos cuidados. A sessão teve a duração aproximada de 45 minutos, e terminou por volta das 14h15 minutos (APÊNDICE 14).

O desenvolvimento do PIS implicou portanto um processo de capacitação da equipa de enfermagem para a segurança das práticas e desenvolvimento de competências (Abreu, s.d.).

Nesta fase, é possível afirmar que os objetivos delineados no planeamento do PIS foram alcançados com êxito. A implementação do PIS fomentou o pensamento crítico e reflexivo, exigindo uma revisão literária ajustada às necessidades formativas, que permitiu a definição de objetivos, atividades e estratégias, bem como critérios de avaliação, incitando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.

O desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica foi também incrementado, nomeadamente, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou de falência orgânica e à sua família, através da mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (Regulamento n.º124/2011).

Com o desenvolvimento das competências nos momentos de estágio - planeamento do PIS - e tendo em conta as estratégias de aquisição e melhoria de competências a nível dos diferentes domínios do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, é essencial suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, tendo sido elaborado o artigo científico relativo ao PIS (APÊNDICE 15). Assim, com uma postura proactiva e dinamizadora, é impreterível buscar a melhoria contínua nos domínios pessoal e profissional através da realização do Projeto de Aprendizagem de Competências/Clinica (PAC).

### 3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA/COMPETÊNCIAS (PAC)

---

No âmbito do 2º Mestrado em EMC da ESS do IP, era proposta a realização de um PAC que visasse a aquisição de competências específicas do EEEM.

De acordo com a OE (2010) um EEEMC deve ter como competências específicas:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil adequadas.

Desta forma, e tendo em conta que com a realização do PIS foi desenvolvida a competência: a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Com o desenvolvimento do PAC desenvolver-se-ão as competências b) e c).

À semelhança do que foi feito ao longo do PIS descrever-se-á o desenvolvimento do PAC por competência tendo em conta as etapas que constituem a Metodologia de Projeto.

#### 3.1. Diagnóstico de Situação

Segundo a OMS (2012), em situações de catástrofe ou emergência multivítima, a intervenção deve ser direcionada para os campos com a ajuda humanitária e social, sendo eles: aconselhamento à população e a grupos de risco; comunicação social e gestão de situações específicas de pessoas em risco.

Neste sentido, o enfermeiro especialista “Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (OE, 2011).

Os edifícios hospitalares, assim como quaisquer outros, estão sujeitos a diversos tipos de acontecimentos, os quais podem originar situações de emergência. A principal característica destes edifícios é o tipo de ocupação e ainda as atividades que neles se desenvolvem. No que diz respeito ao tipo de ocupação, este confere um elevado número de ocupantes em condições de deficiente capacidade de perceção e reação a uma situação de alarme, fazendo com que, em termos de segurança destas instalações, o processo de evacuação seja fortemente comprometido. No que confere às atividades desenvolvidas, algumas delas envolvem riscos particulares, dadas as condições particularmente vulneráveis que as caracterizam. Assim, a principal preocupação, no que se refere à segurança deste tipo de edifícios, deve ser a de prevenir a ocorrência de situações indesejáveis, ou, no caso de elas ocorrerem, limitar ao máximo a sua propagação, de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com exceção da zona afetada (PEI, 2008).

Todavia, nem sempre as medidas de prevenção adotadas são suficientes para assegurar a inexistência de situações potencialmente causadoras de estados de emergência. Assim, o objetivo do plano de emergência interno é o de assegurar a capacidade de intervenção própria do hospital, no sentido de reduzir ao mínimo as consequências originadas por situações de risco que, apesar das medidas preventivas adotadas, tenham evoluído para sinistros potencialmente causadores de situações de emergência (PEI, 2008).

A fim de garantir a implementação correta e eficaz do plano de emergência interno, é necessário manter as condições de segurança das instalações e edifícios, de modo a prevenir no dia-a-dia os riscos. Para tal, os elementos intervenientes na organização de segurança, enquanto colaboradores do estabelecimento hospitalar, devem, na execução das suas tarefas diárias, contribuir para a manutenção das condições de exploração em segurança do estabelecimento (PEI, 2008).

A ativação do plano de emergência implica a realização de um conjunto de ações, através das quais, se garante a concretização dos objetivos previstos no plano de emergência interno. Estas ações resumem-se, de um modo geral, em três tipos de operações – Alarme, Alerta e Intervenção – que têm por objetivo garantir a intervenção das pessoas e dos meios implicados na sua estrutura, sendo:

- Alarme – tem por função transmitir a descoberta de um sinistro e de dar essa informação às equipas de emergência de uma forma rápida. Podem ser distintos três níveis de alarme, sendo:

- Alarme inicial – acionado quando a situação de emergência é detetada por meios humanos ou automáticos; independentemente da forma como é descoberta, é fundamental transmitir essa informação de modo a que possam ser tomadas as medidas adequadas de controlo e limitação das consequências. Qualquer detetor que entre em alarme é assinalado localmente, ativando o bésouro, e remotamente na central de deteção de incêndio, localizada na central de segurança. Dada a possibilidade de se poder tratar de um alarme falso, a central de segurança pede a confirmação humana da situação, por telefone, ao responsável do serviço ou ao elemento mais próximo da zona em alarme, pertencente à equipa de intervenção. Confirmando-se o alarme, deverá ser ativado o botão manual de alarme mais próximo e ser contactada a central de segurança pelo número 1115. Se a irregularidade for detetada por meios humanos, qualquer pessoa que descubra um princípio de incêndio ou qualquer tipo de sinistro, durante o dia ou noite, deve contactar a central de segurança pelo número 1115, referindo o tipo de sinistro e o local da ocorrência.

- Alarme restrito – após confirmação do alarme inicial, o operador da central de segurança deverá deslocar-se à sala do sistema de som e proceder à difusão de mensagens codificadas, pré-definidas, identificativas do tipo de ocorrência e da zona do edifício em alarme, com o objetivo de informar os diversos intervenientes na gestão de emergências. Este alarme é transmitido de imediato ao diretor de emergência (presidente do conselho de administração), ao chefe de intervenção, à equipa de intervenção e à equipa de apoio técnico que se deslocam ao local. São também informadas as equipas de evacuação e os coordenadores de evacuação da área afetada. No caso de ser impossível o contacto dos

intervenientes na gestão de emergências, deverá ser nomeado um mensageiro que percorre o edifício e avisa o pessoal (PEI, 2008).

Ao ouvirem o alarme restrito (megafonia) as equipas de emergência entram em estado de prevenção e iniciam os preparativos para a eventual atuação:

- Equipa de intervenção e equipa de apoio técnico: interrompem ou não iniciam quaisquer tarefas ou operações que exijam a sua presença para serem concluídas; dirigem-se ao local se forem convocadas pela megafonia;

- Equipas de evacuação: iniciam a identificação e preparação de auxílios para pessoas que necessitem de apoio para a evacuação; procedem ao desimpedimento das vias de evacuação; procedem à abertura de portas; informam os visitantes no local;

- Coordenadores de evacuação: interrompem ou não iniciam quaisquer tarefas ou operações que exijam a sua presença para serem concluídas; mantêm-se atentos a comunicações posteriores provenientes da central de segurança; aguardam instruções;

- Equipa de apoio médico: preparam material de socorro; mantêm-se contactáveis; aguardam instruções;

- Equipa de apoio logístico: mantêm-se contactáveis; aguardam instruções.

(PEI, 2008)

- Alarme geral – tem por objetivo informar os membros das equipas de emergência e todos os ocupantes do edifício em geral, de que deverá ser iniciada a evacuação. O alarme geral do hospital é dado pelo toque das sirenes de alarme geral e por meio de mensagens pré-gravadas, a difundir pelo sistema de megafonia. Ao ouvir o alarme geral, as equipas/intervenientes executam as atuações previstas nas respetivas instruções especiais de segurança (PEI, 2008).

O Alerta – caso haja previsão que o sinistro venha a evoluir para dimensões consideráveis, difíceis de controlar com os meios próprios, deverá ser emitido Alerta às

entidades adequadas para controlar a emergência, nomeadamente os bombeiros, a polícia e a proteção civil (PEI, 2008).

Na situação durante o dia, a decisão sobre a emissão de um alerta cabe ao diretor de emergência e/ou chefe de intervenção, em função da evolução previsível do sinistro. Na situação durante a noite, qualquer alarme inicial recebido na central de segurança implica o alerta imediato aos meios de socorro externo, através do telefone (PEI, 2008).

- A intervenção: deve ser rápida, para assegurar a maior eficácia e limitação das consequências. As ações de primeira intervenção são da responsabilidade de todo e qualquer membro do pessoal do hospital, que recebe treino e formação especializada, até à chegada da equipa de intervenção. A segunda intervenção inicia-se com a chegada ao local da equipa de intervenção, constituída por elementos habilitados a utilizar extintores portáteis e os carretéis de calibre reduzido, assume a responsabilidade das ações de extinção de incêndios. Fica assim assegurada uma elevada cobertura de todas as áreas ocupadas, permitindo uma intervenção quase imediata após deteção de eventual sinistro. A terceira intervenção é definida como a intervenção efetuada por meios de socorro externos. Este nível de intervenção será assegurado por equipas com meios específicos e de maior capacidade do que os existentes no hospital, sendo eles os bombeiros, a polícia e a proteção civil (PEI, 2008).

No caso de ausência do diretor de emergência, as funções do mesmo serão asseguradas pelo diretor clínico, e na sua ausência pelo enfermeiro diretor. Na ausência dos anteriores substitutos, assume as funções de diretor de emergência o vogal executivo do CA. No caso de ausência do chefe de intervenção o seu substituto é o enfermeiro responsável do serviço de esterilização, que assumirá a efetividade do cargo (PEI, 2008).

O fim da emergência acontece quando o sinistro tenha sido completamente dominado e não existir risco de se produzirem novos incidentes que afetem o pessoal ou as instalações, não sendo necessária a presença de equipas de emergência, o chefe de intervenção informará o diretor de emergência sobre a situação. O diretor de emergência será o único que pode declarar o fim da emergência, que deve ser anunciado por telefone ou mensageiro às equipas de emergência que depois transmitem a informação às demais pessoas. O elemento

relações públicas deve comunicar o fim da emergência aos organismos ou pessoas, que tenham sido informadas da mesma (proteção civil, familiares, etc) (PEI, 2008).

Uma vez finalizada a emergência, os membros das diferentes equipas recolherão o material utilizado, e os respetivos chefes informarão por escrito o diretor de emergência, sobre o estado do material (equipamentos deteriorados, equipamentos que devem ser substituídos, etc.). Após estes trabalhos, o diretor de emergência e o chefe de intervenção realizarão um relatório sobre o acidente (PEI, 2008).

Para a realização do presente PAC, foi estabelecido contato com os elementos da equipa de emergência intra-hospitalar com o objetivo de articular procedimentos em conformidade com o pré-estabelecido pela equipa.

Este contato foi difícil de concretizar devido à indisponibilidade dos elementos, tendo sido possível uma única reunião de trabalho conjunto (PEI, 2008).

No que diz respeito ao orçamento realizado para este projeto, o mesmo foi cumprido de acordo como o previsto.

A reunião com o elemento da equipa de emergência intra-hospitalar possível ocorreu em horário de expediente, de acordo com o que havia sido planeado. Na UCI nunca foi realizado nenhum simulacro de evacuação; o plano de emergência interno é anterior à abertura da UCI, não havendo até à data qualquer referência ao plano de evacuação da UCI. Quando questionados, os elementos da equipa multidisciplinar assumem não ter conhecimento do comportamento a assumir em caso de emergência.

Por esse motivo pensou-se intervir nesta área e elaborar um cartaz informativo, de consulta rápida, acerca da ativação do plano de emergência interno, para que haja uniformização e segurança em situações não esperadas de emergência e catástrofe.

Para dar cumprimento ao desenvolvimento da competência específica do EEEMC “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;”, identificou-se como necessidade do serviço a falta de sistematização do procedimento de ativação do plano de emergência interno.

Após o diagnóstico de situação emergiu a necessidade de definir objetivos no âmbito do PAC, nesta área de intervenção de enfermagem, sendo delineados (APÊNDICE 16):

Objetivo Geral: Partilhar conhecimentos com a equipa multidisciplinar da UCI sobre ativação do plano de emergência interno, em situação de emergência e catástrofe;

Objetivo Específico: Elaborar um póster de consulta rápida dos procedimentos de atuação para evacuação da UCI em situação de emergência e catástrofe.

### 3.1.1.Planeamento

Uma vez definidos os objetivos do PAC, foi delineado o planeamento (APÊNDICE 17) com definição das atividades e estratégias a desenvolver ao longo do estágio III e o respetivo cronograma, de acordo com o objetivo específico: - Elaboração de um póster de consulta rápida dos procedimentos de atuação para evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos em situação de emergência e catástrofe.

Assim, das atividades a desenvolver delineou-se:

- a) Pesquisa bibliográfica;
- b) Proceder à construção e organização da informação a constar no póster;
- c) Apresentar o protótipo à Enfermeira E.M., à Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M., e aos elementos da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R;
- d) Proceder a alterações conforme sugestões, caso necessário;
- e) Realização do pedido de autorização para implementar o póster;
- f) Impressão do póster “Póster “Em caso de emergência...””;

Os recursos humanos inicialmente projetados são a Enfermeira Responsável da UCI – E.M.; a Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M.; a Professora E.M. e os elementos da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R.

Os recursos materiais a utilizar são o Computador com ligação à Internet; a Biblioteca; o Bloco de Anotações; Impressora a cores.

O indicador de avaliação estabelecido é o póster com algoritmo de atuação para evacuação da UCI em situação de emergência e/ou catástrofe.

### 3.1.2. Execução

Para a realização do póster com algoritmo de atuação para evacuação da UCI em situação de emergência e/ou catástrofe, realizou-se pesquisa bibliográfica que sustentasse a realização do póster. Após a mesma, procedeu-se à construção e organização da informação a constar no póster, tendo sido o protótipo apresentado à Enfermeira Responsável de serviço E.M., à Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M., assim como aos elementos da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R, tendo sido auscultadas e consideradas propostas de alterações pertinentes. Após as alterações sugeridas, foi realizado pedido de autorização para implementação do póster, estando neste momento a aguardar-se a resposta ao mesmo para a sua apresentação (APENDICE 18).

## 3.2. Diagnóstico de Situação

A OMS reconhece as IACS como uma importante causa de aumento da morbilidade e mortalidade, com repercussões no aumento do consumo de recursos hospitalares e da comunidade (World Health Organization, 2005). Assim, as IACS constituem atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa (DGS, 2007).

Neste sentido, o Conselho da União Europeia recomendou a priorização estratégica de longo prazo da prevenção e controlo das IACS nas instituições de cuidados de saúde (Conselho da União Europeia, 2009).

Em Portugal, o Programa Nacional de Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) visa sistematizar o registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde. Esta sistematização permite conhecer a realidade nacional e de forma organizada e concertada, promover a diminuição da incidência da IACS a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente (DGS, 2007).

A Comissão de Controlo de Infecção é, segundo o Despacho da Direção-Geral de Saúde publicado no Diário da República n.º 246, II Série, de 23 de Outubro de 1996, um órgão de assessoria técnica da gestão, com competências na área da prevenção, deteção e controlo das infeções na unidade de saúde, em articulação com os vários departamentos, serviços, unidades e outros órgãos técnicos.

A nível hospitalar é efetuada a VE das infeções na UCI, da infeção do local cirúrgico, das infeções nosocomiais da corrente sanguínea e das infeções por microrganismos epidemiologicamente significativos, incluindo os multirresistentes, o que permite detetar precocemente surtos de infeção e monitorizar periodicamente os dados de avaliação de progresso. Esta prática repercute-se na adesão dos profissionais que prescrevem e prestam cuidados, às recomendações de boa prática, corrigindo ou melhorando práticas específicas e avaliando o seu impacto (DGS, 2008b).

A UCI tem capacidade para receber seis pessoas em situação crítica, dispondo de cinco unidades em espaço aberto e uma unidade de isolamento. A equipa de enfermagem é composta por vinte elementos. Durante o estágio na UCI a observação não-estruturada, que consiste em realizar uma observação simples, espontânea, informal ou não planificada (Sellitz et al., 1987) dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica permitiu reconhecer o cumprimento das intervenções delineadas no protocolo para alcançar o objetivo de prevenção das infeções nosocomiais. Este abarca uma multiplicidade de intervenções que abrangem várias áreas, nomeadamente, a formação dos profissionais de saúde e o seu envolvimento na prevenção da infeção, a VE, a prevenção de transmissão de microrganismos incluindo Esterilização/Desinfeção e manutenção de equipamentos e dispositivos, prevenção de

---

transmissão de microrganismos pessoa-pessoa e ainda, as precauções de prevenção de aspiração (CDC, 2003).

Na UCI onde foi realizado o estágio, constatou-se que os profissionais da equipa multidisciplinar têm cuidados importantes com a higienização das mãos; no entanto, o mesmo não se verifica relativamente à utilização do EPI's.

Nas observações realizadas foi possível perceber que algumas vezes os profissionais de saúde da UCI nem sempre utilizam os EPI's necessários, e quando utilizam, não o fazem de forma correta. Desta forma, optou-se por atuar nesta área e direcionar o evento formativo à equipa de assistentes operacionais por serem elementos de fundamental importância na prestação de cuidados. O facto de serem funcionalmente dependentes do enfermeiro, faz com que passem muito do seu tempo junto à pessoa alvo de cuidados, acompanhando-os na prestação de cuidados. As tarefas de limpeza e manutenção de superfícies fazem com que entrem e saiam muito frequentemente nas diferentes unidades, podendo essa facto representar um risco de quebra da segurança dos cuidados prestados.

Neste contexto, e quando em contacto com as visitas da pessoa em situação crítica submetida a isolamento, foi verificado que não compreendiam o motivo pelo qual tinham que ir para junto do seu familiar só após a colocação dos EPI's, acabando por causar um impasse e demora na sua colocação. Por se ter considerado esta uma área de grande interesse, foi realizado um folheto de apresentação dos EPI's e da sua correta utilização, dirigido às visitas da pessoa em situação crítica submetida a isolamento.

Após o diagnóstico de situação emergiu a necessidade de definir objetivos no âmbito do PAC, nesta área de intervenção de enfermagem, sendo delineados APÊNDICE 19):

Objetivo Geral: Dotar a equipa de Assistentes Operacionais e a Técnica Administrativa da UCI de conhecimentos sobre os Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento, de modo a contribuir para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Objetivo Específico: Transmitir conhecimentos sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento à equipa de Assistentes Operacionais e à Técnica Administrativa da UCI.

### 3.2.1 Planeamento

Uma vez definidos os objetivos do PAC, foi delineado o planeamento (APÊNDICE 20) com definição das atividades e estratégias a desenvolver ao longo do estágio III, de acordo com os objetivos pré-estabelecidos:

a) Elaborar folheto informativo sobre a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual em situações de isolamento, destinado às visitas da pessoa em situação crítica;

1. Realização de pesquisa bibliográfica;
2. Construção do folheto informativo acerca da importância da utilização dos equipamentos de proteção individual em situações de isolamento;
3. Apresentação do folheto à Enfermeira Responsável da UCI, à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira da CCI e aos elementos da equipa de forma a recolher opiniões acerca do mesmo;
4. Introdução das alterações necessárias;
5. Impressão do folheto;
6. Realização do pedido autorização para a implementação do folheto informativo à Enfermeira Diretora e à Enfermeira Responsável;

Para a concretização do folheto os recursos materiais utilizados foram computador com ligação à internet, biblioteca, papel e caneta, a duração da concretização foi de 8 meses e o indicador delineado é a existência do folheto na UCI (APÊNDICE 21).

b) Formar a equipa de assistentes operacionais e a secretária da unidade de cuidados intensivos acerca da importância da utilização dos equipamentos de proteção individual em situações de isolamento, destinado às visitas da pessoa em situação crítica;

1. Realização de pesquisa bibliográfica;
2. Construção dos slides da apresentação a realizar no evento formativo;
3. Apresentação dos slides à Enfermeira Responsável da UCI, à Enfermeira Orientadora, à Professora Orientadora do estágio, à Enfermeira da CCI e aos elementos da equipa de forma a recolher opiniões acerca do mesmo;
4. Alteração dos slides conforme sugestões, caso necessário;
5. Marcação da data da sessão;
6. Divulgação da sessão;
7. Elaboração do plano de sessão;
8. Divulgação da sessão;
9. Realização da formação;
10. Avaliação da formação.

No que confere aos recursos humanos, projeta-se articular as atividades a desenvolver com a Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos, a Enfermeira Orientadora do Estágio, as Enfermeiras Elo de ligação da Comissão de Controlo de Infeção.

A nível de recursos materiais, projeta-se a utilização de Computador com ligação à Internet; Biblioteca; Bloco de anotações e Impressora a cores.

Como indicadores para esta fase foram delineados os indicadores:

1. Plano de sessão realizado;
2. Cartaz de divulgação;
3. Apresentação concluída;
4. Sessão marcada;
5. Relatório de avaliação;

### 3.2.2. Execução

A realização deste projeto de forma articulada com a CCI do hospital do sul decorreu ao longo de 8 horas, com o acompanhamento da Enfermeira R. e permitiu a compreensão da dinâmica da CCI.

A sua importância na elaboração e divulgação de políticas e procedimentos institucionais, recorrendo a recomendações internacionais e de sociedades científicas como padrão de referência, na implementação de medidas de prevenção e controlo baseadas na evidência científica e ainda na Vigilância Epidemiológica (VE). As mesmas ocorrem quer a nível hospitalar, quer nacional através da Rede Nacional de Registo, quer a nível internacional, através da Rede Europeia de Vigilância Epidemiológica (em que se incluem os programas HELICS Cirurgia e HELICS UCI). Este foi fundamental para o desenvolvimento dos projetos apresentados:

Relativamente à elaboração do folheto informativo “Ao Visitante... Ajude-nos a prevenir as infeções”, o mesmo foi da minha responsabilidade; após revisão bibliográfica assim como pesquisa e aconselhamento junto aos elementos da CCI, que me concederam total liberdade quer em relação aos conteúdos, quer em relação ao design do folheto; foi apresentado o folheto à Enfermeira Responsável da UCI, à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira da CCI e aos elementos da equipa de forma a recolher opiniões acerca do mesmo; introduzidas as alterações necessárias; imprimido o folheto e pedida autorização para a implementação do folheto informativo à Enfermeira Diretora e à Enfermeira Responsável;

Conforme previsto foi realizado em horário pós-laboral, em tempo de trabalho autónomo, sendo que, não houve qualquer custo à instituição.

Para a realização do momento formativo subordinado ao tema: “Equipamentos de Proteção Individual: saber usar para o melhor cuidar” foi realizada pesquisa bibliográfica; produzidos os slides da apresentação a utilizar no evento formativo; apresentados os slides à Enfermeira Responsável da UCI, à Enfermeira Orientadora, à Professora Orientadora do

estágio, à Enfermeira da CCI e aos elementos da equipa de forma a recolher opiniões acerca do mesmo; realizadas alterações dos slides conforme sugestões; agendada e marcada a data da sessão; divulgada a sessão através da afixação de um aviso da realização da sessão na copa da UCI (APÊNDICE 22); elaborado o plano de sessão (APÊNDICE 23); realizada no dia 14 de Outubro de 2013, por volta das 14 horas e 45 minutos, na sala de reuniões da UCI (APÊNDICE 24); avaliada a formação (APÊNDICE 25).

Na formação participaram quatro das sete assistentes operacionais a quem era dirigida a formação (as restantes não compareceram, 2 porque estava dentro do seu horário laboral e 1 porque se encontrava de férias), a técnica administrativa e a Enfermeira Responsável de serviço, tendo sido convidadas para o mesmo a Enfermeira elemento de ligação da UCI na CCI, a Enfermeira Orientadora Institucional do estágio e a Médica Coordenadora da CCI, tendo as mesmas não comparecido por motivos profissionais. Durante a apresentação da sessão preparada, foram dados exemplos da realidade em que ocorrera a observação de determinados comportamentos desajustados, tendo as participantes no evento partilhado as suas dúvidas relativamente às precauções necessárias quando em situações de isolamento de contacto, de isolamento de gotícula e de via aérea. Após escutar as partilhas foi chamada a atenção das presentes, para o facto de que elas poderiam ser junto dos seus pares e serem agentes promotores de mudança, de forma a garantir às pessoas a quem colaboram na prestação de cuidados o máximo de segurança, uma vez que são pessoas em variadas situações de vulnerabilidade e dependência. A sugestão foi aparentemente compreendida, tendo as mesmas assumido que teriam ficado esclarecidas.

Em relação aos constrangimentos ultrapassados, é de referir, conforme havia sido previsto, que a marcação da data da formação às assistentes operacionais e secretária de unidade (por possuírem horários laborais distintos) foi complicada, tendo-se optado (conjuntamente com a Enfermeira Responsável da UCI e equipa de assistentes operacionais) por realizar a formação de forma faseada, para que todas pudessem participar.

As atividades delineadas convergiram para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos nas áreas definidas no PAC.

As competências não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas e da reconstrução permanente de uma

identidade pessoal e profissional. Assim, o capítulo seguinte é dedicado à reflexão sobre a aquisição de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica ao longo do percurso profissional e formativo.

#### 4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS

---

Legalmente, um enfermeiro especialista é um “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”. As suas competências são resultantes de “um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2). Tal definição foi aprovada pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010, sob proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, sendo publicado em Diário da República (2.ª Série, n.º 35 a 18 de Fevereiro de 2011). Neste documento ficou ainda definido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, partilham quatro domínios, ou competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, sejam primários, secundários ou terciários. Estas são demonstradas por meio da sua “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.3). Estes, correspondem aos domínios de:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados, e
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desta forma, seguidamente apresenta-se uma análise descritiva das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo da realização do PIS.

## Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio, para a aquisição de competências teve um contributo importante da Unidade Temática (UT) de Ética de Enfermagem incluída na Unidade Curricular (UC) de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, que foi lecionada no ciclo de estudos do MEMC, assim como dos Módulos Direito da Enfermagem e Ética em Investigação integrados na UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e o Módulo Segurança e Gestão do risco nos Cuidados de Enfermagem integrado na UC Enfermagem, e ambos integrados no MEMC. A reflexão proporcionada permitiu um crescimento profissional e pessoal que seria difícil de igualar sem este contributo, permitindo assim dar resposta às unidades de competência previstas no Regulamento das Competências Comuns para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Durante a realização do PIS, pode-se enumerar a realização dos pedidos de autorização para realização do estudo dirigidos às entidades gestoras da instituição, assim como o consentimento informado construído e aplicado à equipa de enfermagem aquando do questionário de sustentação da pertinência da temática em estudo.

### Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

“Demonstra um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem. Durante a prática clínica há constante confronto com problemas de difícil resolução, e que requerem uma análise criteriosa. Especialmente no início da carreira, enquanto principiantes que caminham na direção de peritos, o processo de tomada de decisão segue um caminho formal que implica a recolha de informação preliminar.

Equacionando várias hipóteses de resolução do problema, com posterior análise dos prós e contras das várias hipóteses, escolhe-se a que for favorecida por maior evidência, e que posteriormente será avaliada em termos de efeitos e consequências. Apenas mais tarde se obtém uma compreensão profunda da situação global, em que se compreende de maneira intuitiva cada situação e se apreende diretamente o problema, evitando um leque excessivo de opções que inclua situações supérfluas e estéreis (Nunes, 2006; Benner, 2005).

Durante a construção do percurso profissional em enfermagem vão sendo interiorizados os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, nomeadamente o primado do Ser Humano, procurando que todos os cuidados prestados respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana. Como tal, o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa alvo e cuidados e a tomada de decisão em equipa permitem o respeito pelos princípios éticos inerentes à profissão. Tal implica que o corpo de conhecimentos em que se baseia a tomada de decisão seja o mais alargado, mas acima de tudo, o mais atualizado possível, para que as respostas mais apropriadas sejam fornecidas a partir de um amplo leque de opções (Nunes, 2006; Oliveira, 2007).

A nível pessoal sempre houve procura de conhecimentos mais recentes relativamente à área de exercício profissional: a pessoa em situação crítica. Tal permite gerir o equilíbrio na tomada de decisão que implica o respeito pelas necessidades e características da pessoa em situação crítica, a prática da enfermagem baseada na evidência, sempre norteada pelos princípios éticos inerentes à profissão.

Para obter a melhor adesão da pessoa ao projeto de saúde, procura-se que o mesmo seja estabelecido em parceria com a pessoa e com a sua família, para além da equipa de saúde. Embora por vezes tal seja difícil, pelas características da área e especialmente do serviço – UCI de um Hospital do Sul - durante a realização do estágio, pôde confirmar-se que a adoção desta prática contribui de forma decisiva para a melhoria do estado de saúde da pessoa alvo de cuidados. No entanto, nem sempre tal é realizado da melhor forma, pois o tempo limitado de contacto com a pessoa não permite conhecer as suas reais características e necessidades, fragilizando todo este processo.

A existência de elementos na equipa de enfermagem com mais tempo de experiência e com experiências anteriores diferentes permite um crescimento de toda a equipa, através da partilha de experiências e auxílio no processo de tomada de decisão de elementos mais novos. Contudo, é de realçar que o investimento pessoal que cada um faz na melhoria da qualidade dos seus cuidados faz toda a diferença. Neste âmbito não pode deixar de ser salientada a importância que a UT de Supervisão de Cuidados teve ao simularmos o processo de tomada de decisão em situações complexas em pequenos grupos, cuja experiência passada dos elementos era bastante diversificada, o que permitiu abrir os horizontes. De igual forma a orientação fornecida por parte das professoras nesta UT permitia balizar sempre as decisões tomadas em consenso, tendo em conta todas as dimensões, nomeadamente as éticas, deontológicas e legais, bem como a vontade da pessoa alvo de cuidados.

Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

“Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE no artigo 78.º, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Nele são expressos os princípios gerais à luz dos quais se identificam os valores associados à profissão e os princípios orientadores da mesma. Implica a consciencialização da responsabilidade profissional, que deverá ter em conta, reconhecendo e respeitando, o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida na atividade profissional (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Por esse motivo é considerado que a informação é um dever, em respeito para com a autonomia, a dignidade e a liberdade da pessoa alvo de cuidados. Todas as intervenções

---

delineadas enquanto enfermeira se regem por este princípio, procurando-se, sempre que possível, que a pessoa alvo de cuidados consinta as intervenções que se pretendem realizar depois de lhe ser explicada a importância das mesmas, quais os riscos associados e alternativas. Considera-se que, somente dessa forma se poderá trabalhar com a pessoa alvo de cuidados enquanto parceira dos cuidados de saúde, contribuindo para a sua satisfação. A principal dificuldade nesta área é lidar com a linha tênue que separa a pessoa da sua família. Para a ultrapassar, procura-se estimular a pessoa a comunicar com a família durante o momento da visita, sempre que é possível devido à condição da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, ao efeito secundário das terapêuticas utilizadas e da vulnerabilidade da pessoa alvo de cuidados ao uso das mesmas. Ainda assim, é fundamental apoiar as famílias nesse momento de fragilidade, fazer com que se sintam unidas e essenciais para a recuperação da pessoa em situação crítica. Promovendo a individualidade e valorizando a dignidade a que cada pessoa tem direito, diligencia-se a privacidade possível. Não obstante esta dificuldade, há ainda o esforço em integrar na prática clínica o dever de sigilo e o respeito pela intimidade. O dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa foi um exercício que implicou profundos conhecimentos pessoais. Possuir valores que eventualmente possam entrar em conflito com os das pessoas alvo de cuidados não é impeditivo da prática de excelência. É para isso necessário deter a noção exata desses mesmos valores, garantindo assim a excelência dos cuidados prestados.

O respeito pelos direitos humanos foi lembrado durante a realização do PIS, tendo sido respeitada a autonomia, a dignidade e a liberdade dos intervenientes. Foi garantido o anonimato durante a aplicação dos instrumentos de colheita de dados e explicado qual o objetivo dos mesmos para a obtenção de autorização junto dos responsáveis. A criação da norma de procedimento não tem o objetivo de responsabilizar as pessoas, mas sim de incentivar e assegurar que as visitas à pessoa em situação crítica são acompanhadas, esclarecidas e encaminhadas sempre que sejam identificadas necessidades que tal aconteça, garantindo desta forma a prestação de cuidados humanizados e de qualidade.

A gestão do risco nos cuidados em enfermagem é de fundamental importância nos contextos de trabalho e no âmbito da responsabilidade profissional. Os erros acontecem e se a mentalidade associada for castradora haverá tendência para a sua ocultação em detrimento da sua análise. Aquando da realização do estágio e após a frequência do Módulo de Segurança e

Gestão do Risco nos cuidados de Enfermagem integrado na UC de Enfermagem do plano de estudos do MEMC procurou atualizar-se sobre quais os instrumentos de prevenção de risco que podem ser utilizados no local de trabalho e como contribuir para a análise dos mesmos. Por isso mesmo, a divulgação e incentivo de utilização dos instrumentos que existem a nível institucional para reportar acidentes, incidentes ou quase-incidentes. Apenas com uma adequada divulgação e preenchimento destes instrumentos se poderá concluir que situações que poderão parecer um erro isolado, eventualmente poderão ser falhas mais amplas e que, caso não seja detetada a sua real origem, se poderão repetir e com consequências mais graves.

### Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. São estas que podem definir os padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões. No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da OE, tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade. Estes permitirão refletir a melhoria que se pretende atingir dos cuidados de enfermagem a fornecer às pessoas alvo dos cuidados e proporcionam um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2010)-

Contudo não são só os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados que estão envolvidos. As organizações onde estes exercem funções devem satisfazer as necessidades dos enfermeiros, favorecendo desta forma o seu esforço em prol da qualidade. Para tal tem de adequar os recursos e criar as estruturas necessárias a um exercício profissional com qualidade. Contudo tal não pode ser um fim em si mesmo, uma vez que sem um ambiente favorável à implementação e consolidação dos projetos de qualidade, corre-se o risco destes entrarem em conflito com a rotina em lugar de se tornarem parte desta (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Para a aquisição desta competência é difícil destacar conteúdos específicos lecionados no MEMC. Contudo, a UT de Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade integrada na UC Gestão de Processos e Recursos e a UT Segurança e Gestão de Risco nos Cuidados de Enfermagem, que se encontrava integrada na UC de Enfermagem, destacam-se das demais ao fornecerem ferramentas que permitem identificar oportunidades de melhoria da qualidade, bem como de identificação e prevenção de potenciais riscos.

O desenvolvimento do PIS e do PAC apresentados, só por si representam projetos de melhoria contínua e que foram objetos de trabalho. A colaboração com outros colegas da equipa na implementação dos seus projetos na área do controlo de infeção e prevenção do risco podem igualmente ser consideradas.

Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

“Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Todos os profissionais de saúde devem contribuir para a implementação de projetos institucionais na área da qualidade. O PIS realizado no âmbito do MEMC permite auxiliar o serviço e conseqüentemente o hospital na prossecução de objetivos que lhe sejam meritórios de referência.

A realização deste projeto permitiu o desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, para além de permitir colaborar na realização de atividades na área da qualidade dos cuidados de enfermagem. A realização da norma de “Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica” representa um contributo importante neste domínio.

Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

“Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Tendo em consideração que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem implica constante análise e revisão das práticas, considerando os resultados das auditorias realizadas, procura-se tomar conhecimento destes resultados, incorporando os novos dados na prestação de cuidados.

O PIS realizado no âmbito do MEMC de acordo com o cronograma pré-estabelecido e de acordo com a disponibilidade da equipa permitiu desenvolver competências na área da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Neste foi necessário identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, seleccionar estratégias adequadas aos objetivos estabelecidos e coordenar a sua implementação. A completa implementação de qualquer projeto institucional é atingida com a supervisão da mudança e avaliação do impacto do projeto na qualidade dos cuidados prestados.

Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

“Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Ao pensar em gestão de risco facilmente se faz associação com proteção da integridade física do cliente. No entanto, a componente física do cliente é apenas uma pequena porção do que compõe a pessoa a quem é realizada a prestação de cuidados. Como

---

tal, os enfermeiros respeitam a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do cliente, pelas necessidades espirituais do mesmo e envolvendo a família nesse sentido. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Historicamente o erro na área da saúde era encarado como resultado de incompetência ou negligência e como tal a análise de risco focava-se nos trabalhadores como fontes de erro. No final dos anos 90 vários estudos demonstraram que a maioria dos erros na área da saúde não resultava de descuidos individuais, mas sim de falhas básicas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Vários fatores foram então identificados enquanto contribuintes para a incidência de efeitos adversos durante a prestação de cuidados, nomeadamente a falta de cultura, de responsabilização, a ausência de relatos de erros cometidos e problemas encontrados, os riscos de infecção nosocomial e a falta de recursos humanos. Como tal, cada vez mais as instituições se preocupam com estes riscos, encarando a sua minimização como uma necessidade com vista à melhoria dos cuidados prestados. No caso do hospital existe uma equipa multidisciplinar responsável pela Gestão de Risco, que permite a existência de uma abordagem estruturada e sistemática à gestão do risco na organização, resultando em sistemas de trabalho mais seguros, práticas e instalações mais seguras e uma maior consciência do perigo e das responsabilidades potenciais. É por isso cada vez mais de vital importância a capacidade de assumir os erros, procurando desta forma discernir sobre a sua causa e implementando medidas preventivas (Delaune & Ladner, 2011a; Ordem dos Enfermeiros, 2006; CHKS, 2010).

## Domínio da Gestão dos Cuidados

Como não podia deixar de ser a aquisição de competências neste domínio teve uma forte influência dos contributos lecionados tanto no MEMC. Ressalva-se no entanto os contributos da UT Supervisão de Cuidados integrada na UC de Enfermagem Médico-

Cirúrgica II e os módulos de Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem, integradas na UC Gestão de Processos e Recursos, que permitiram o desenvolvimento de competências enquanto líder de equipa, fornecendo valiosos instrumentos com vista à melhoria da qualidade na gestão de cuidados. A realização da norma “Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica” representa também um importante contributo para a organização e gestão dos cuidados de enfermagem.

Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar

“Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. Como tal, é expectável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para o efeito é sobejamente importante que seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional e reconhecendo quando é necessária a referência para outros prestadores de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

O processo de tomada de decisão é um processo complexo e requer experiência, bem como conhecimentos teóricos da matéria em apreço e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Contudo, não adianta estabelecer um excelente plano de cuidados, que cumpra todos os objetivos estabelecidos e que tenha em conta todos os diagnósticos da pessoa caso esta não seja envolvida no processo. Sem esta parceria e sinergia muito dificilmente se obterão ganhos de saúde para a pessoa, pois desta forma, dificilmente aderirá ao plano terapêutico estabelecido (Mutzebaugh, 2007).

Segundo Nunes, Amaral & Gonçalves (2005), a delegação de tarefas implica a responsabilização pelas mesmas, constituindo um dever deontológico do enfermeiro. Contudo, a escolha de delegar uma tarefa não é fácil. É necessário ter em conta as condições necessárias para a decisão de delegação, implicando encontrar a tarefa certa a delegar, nas circunstâncias certas e à pessoa certa. É necessário que a transmissão de informação seja efetuada correctamente garantindo a compreensão das indicações transmitidas. Tal pressupõe a posterior orientação e supervisão do que foi delegado, nunca esquecendo que apesar de delegada a responsabilidade é partilhada.

A delegação apenas pode ocorrer ou com colegas, por exemplo durante a ausência para alimentação, ou com terceiros funcionalmente dependentes dos enfermeiros. Neste último caso todas as responsabilidades são assumidas por quem delega. (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005)

O contexto de cuidados intensivos requer que haja uma adequada tomada de decisão para uma consciente delegação de tarefas, quando possível. Sem o auxílio proporcionado pelas assistentes operacionais que assumem postos de trabalho funcionalmente dependentes, não seria possível a concretização de algumas responsabilidades e intervenções. Consequentemente ficaria comprometida a qualidade dos cuidados prestados, pois seria impossível cumprir o plano de cuidados estabelecido no tempo útil do turno. De igual forma, o auxílio proporcionado por quem é funcionalmente dependente dos enfermeiros no serviço é imprescindível. Contudo esta situação requer que a delegação seja precedida pela garantia de que o delegado se encontra capaz de executar a tarefa, requerendo por vezes instruções mais detalhadas ou demonstração prática das tarefas, assegurando sempre a sua supervisão e orientação (Nunes, 2005; Amaral & Gonçalves, 2005).

A priorização correta dos cuidados prestados é uma preocupação fulcral. O exercício de funções num ambiente complexo, com elevada capacidade de lidar com o stress, requer atenção redobrada e capacidade de decisão clínica. Lidar com pessoas em situação crítica requer tempos de atuação imediatos e eficazes. A gestão dos processos de doença de uma pessoa em situação crítica é desafiante, sendo consumidor de tempo, requerendo vigilância contínua e atuação rápida para que se possa ajudar a pessoa alvo de cuidados da melhor forma. É necessária avaliação pormenorizada de cada situação, tendo em conta a

especificidade de cada pessoa, formulando os diagnósticos que irão guiar as intervenções delineadas, avaliando rápida e corretamente os resultados obtidos face aos esperados. É um processo que se desenvolve naturalmente e que à medida que se cresce, enquanto enfermeiro se torna mais fácil, pois o background de situações similares pode ser utilizado como guia para a prática, tal como é esperado de um enfermeiro proficiente ou perito. É preciso não esquecer que os enfermeiros têm um tempo e energia limitados para a prestação de cuidados- Daí que manter o ambiente seguro e comunicar com os outros profissionais de saúde, é mandatório pelo que a delegação de tarefas que não requeiram tomada de decisão ou avaliação da pessoa a quem é dele funcionalmente dependente, permite ao enfermeiro concentrar-se em intervenções mais complexas, libertando-o para as situações de emergência (Mutzebaugh, 2007; Benner, 2005).

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

“Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A utilização eficiente dos recursos existentes, que implica alcançar máxima qualidade com o menor consumo de recursos possível, é cada vez mais essencial na prestação de cuidados. O principal recurso existente é o ser humano, que enquanto indivíduo, desenvolve atividade laboral num grupo social e onde a sua motivação assume enorme importância para o seu nível de eficiência. A liderança assume neste sentido um papel mais importante do que a gestão, uma vez que liderança é o processo interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos propostos. Desse modo, “gestão” será o concretizar das tarefas, seja pelo próprio ou por outros. Assim para se ter sucesso enquanto líder é necessário um bom planeamento, boa capacidade de organização, capacidade de incentivar os outros, boa capacidade de controlo situacional e por último, boa capacidade de decisão. No entanto sem

uma liderança eficaz não será possível motivar e inspirar os outros para o alcance dos objetivos estabelecidos (Sousa& Barroso, 2009; Grimm, 2010; Lourenço & Trevizan, 2002).

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram a realização do PIS e do PAC na medida em que os recursos humanos e materiais envolvidos se tornam indispensáveis para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, visando a otimização da qualidade dos cuidados prestados a todos os níveis, nomeadamente, à pessoa em situação crítica através do acolhimento e acompanhamento dos visitantes (PIS); da informação detalhada e adequada à utilização dos EPI's direcionada aos mesmos (PAC); da sistematização da ativação do plano de emergência interno (PAC); e da correta utilização do EPI's pela equipa de assistentes operacionais e técnica administrativa (PAC).

A liderança pode ser essencialmente de três tipos: autocrática, ou seja, focada no líder que mantém um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; democrática, em que todos os membros do grupo participam na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos; e por último, laissez-faire, em que o líder assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder. Não se considera que qualquer um destes estilos de liderança tem vantagem sobre o outro, possuindo todos eles vantagens e desvantagens. Como tal, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias e eventos presentes, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas (Sousa& Barroso, 2009; Grimm, 2010; Lourenço & Trevizan, 2002).

A realização de um PIS implica sempre liderança, que sendo eficaz, é essencial para uma mudança de comportamento. A intervenção a esse nível tem sido atuar como agente de mudança de forma a motivar a equipa, salientando que apesar de haver mais uma tarefa a realizar, é relativamente simples e fácil face aos benefícios que poderá trazer se for corretamente executada. A inclusão da equipa ao ser consultada e convidada a fornecer a sua opinião enquanto peritos, durante a execução do projeto, faz com que a equipa sinta que faz parte integrante do mesmo, motivando-a para participar. Tal pode ser confirmado através da adesão ao preenchimento da folha de verificação da norma de acolhimento (APÊNDICE 10).

## Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

---

Neste domínio a aquisição de competências deve-se principalmente ao investimento pessoal para manter atualização científica, e ao desejo que o crescimento profissional seja acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal. Ser enfermeira exige a aquisição de competências de diversificados âmbitos, entre eles, âmbito emocional, comunicacional e relacional. São de salientar a este nível os contributos teóricos lecionados nos módulos de Psicossociologia das Organizações na UC de Ambientes em Saúde e de Liderança de Equipas na UC Gestão de Processos e Recursos, na medida em que, os conflitos nem sempre são inevitáveis e tornam-se essenciais competências para os saber gerir.

Ao serem adquiridos novos conhecimentos científicos, para além da preocupação de serem aplicados na prática diária, deve ter-se presente a disseminação do conhecimento. A produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou transmissão aos semelhantes contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este aspeto foi-me lembrado na UC de Investigação integrada no MEMC. A realização de um artigo sobre o PIS aqui apresentado é uma forma de poder dar o meu contributo neste âmbito (APÊNDICE 15), assim como a realização das pesquisas bibliográficas realizadas para a execução dos projetos apresentados.

### Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

“Demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O autoconhecimento afeta todos os aspetos da vida, incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte do que nos torna únicos, implica autoavaliação nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, variando ao longo do tempo e consoante o contexto de cada situação. É o guia referencial para perceber e entender o mundo e embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um. O

---

conhecimento dos valores pessoais consente a base para reconhecer e desenvolver valores profissionais, estes em última instância fornecem um guia para como exercemos enfermagem. Por isso sem uma constante consciência de quais são os valores pessoais e profissionais em cada momento da vida é impossível o estabelecimento de objetivos, o reconhecimento dos recursos e dos limites pessoais e profissionais (Carroll, 2007).

O ambiente hospitalar torna-se propício à ocorrência de conflitos. Embora estes possam instigar mudanças positivas, os envolvidos terão de aprender a geri-los construtivamente. Uma gestão adequada de conflitos é aquela que alcança um entendimento e aumenta as interações futuras. Para isso o entendimento tem de ser justo e durável e ter em conta os interesses de todos os envolvidos. Tal é impossível sem uma adequada avaliação do conflito e um adequado conhecimento de si e de quais os objetivos pessoais e institucionais. (Carroll, 2007)

Não existe um estilo de gestão de conflitos que seja universalmente eficaz. Em algumas situações um estilo competitivo ou de acomodação poderá ser eficaz, enquanto noutras um estilo que evite o conflito, que force um compromisso ou inicie uma colaboração será mais eficaz. (Carroll, 2007).

A gestão destes conflitos em UCI é complexa, requerendo um elevado conhecimento pessoal para manutenção de relação cordial, começando muitas vezes por ter de explicar aos familiares que se encontram com elevados níveis de ansiedade, o modelo de organização da instituição, assim como o fornecimento das informações relativas ao funcionamento da UCI. Demonstrar disponibilidade para escutar tanto os familiares como as pessoas alvo de cuidados é normalmente útil, pois diminui a carga negativa inerente à situação de possível conflito. Mas o estabelecimento de uma relação empática não se inicia apenas aquando do início do conflito, mas sim desde o primeiro contacto. O cuidar não pode ser visto como um ato isolado. Cuidar é “o conjunto de um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social e económica, assim como das inter-relações e das influências que se estabelecem entre elas” (Collière, 2003, p.241). A mesma autora reforça que “o campo de competência da Enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao

acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe.” Collière (1999, p.290)

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

“Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A excelência na prestação de cuidados deve ser uma busca constante. Para o efeito, após serem diagnosticadas as necessidades formativas, devem ser estabelecidas metas e objetivos a atingir de forma a serem avaliados se foram eficazes ou não, alterando caso necessário, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. O exercício de funções em UCI implica não só uma consciência ético-deontológica apurada, mas também uma constante atualização técnico-científica.

Para o efeito, ao longo do percurso profissional realizado foi essencial a frequência de formações teórico-práticas, que serviram para a formação de uma sólida base de conhecimentos na área do atendimento à pessoa em situação crítica. As formações realizadas foram selecionadas tendo em conta as necessidades pessoais e a qualidade da formação de entidades credíveis.

Este mesmo percurso foi reconhecido com o convite para participação como formador num curso de primeiros socorros promovido por uma entidade público/privada local. Como forma de facilitar o desempenho do papel de formador tornou-se premente as competências já adquiridas na área da formação, sendo que já havia sido realizado o curso de Formação de Formadores que alertou para a importância de saber transmitir a informação de modo a que seja corretamente apreendida pela população-alvo. Os conhecimentos de pedagogia adquiridos facilitam igualmente a educação para a saúde realizada na prática clínica diária.

Têm sido colocados vários desafios a nível profissional e um deles prende-se com a orientação de estudantes em contexto de ensino clínico. Tal representa um desafio pessoal, pois exige tutelar a prestação de cuidados de enfermagem do estudante, orientando o seu crescimento e maturação profissional.

Um outro desafio é a colaboração na integração de colegas. As últimas situações de integração de elementos na equipa têm sido essencialmente recém-licenciados. Este aspeto representa um grande desafio, na medida que implica ajudar na gestão de sentimentos gerados pela entrada da pessoa no mundo de trabalho, que nem sempre corresponde aos ambientes vividos durante os ensinamentos clínicos. Uma das principais noções a transmitir é a necessidade de permanente atualização dos conhecimentos científicos, uma vez que é um valor universal de enfermagem a competência e o aperfeiçoamento profissional. Este não é um processo que fique concluído aquando do finalizar do período de integração. Implica a formação em contexto de trabalho sempre que uma oportunidade de aprendizagem surja e favoreça o crescimento profissional dos colegas.

Durante o MEMC foram ainda desenvolvidos projetos concebidos a pensar nas oportunidades de melhoria contínua da qualidade. O PIS proporcionou momentos desafiantes que levaram a pensar em estratégias de resolução de problemas, incentivou o desenvolvimento de competências de gestão, liderança e de formação. As dificuldades encontradas e ultrapassadas incitaram o crescimento pessoal e profissional, levando a valorizar todo o trabalho desenvolvido.

A pesquisa efetuada para a realização do PIS teve em conta critérios de pertinência e atualidade científica. Para o devido efeito recorreu-se às orientações nacionais, emanadas pela DGS, sendo o mesmo colmatado, com pesquisas bibliográficas baseadas em princípios da revisão sistemática da literatura e documentos oficiais existentes emanados pela OE que serviram de suporte à construção dos documentos que foram partilhados com a equipa.

## 5. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

---

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) foram aprovadas em Assembleia Geral extraordinária da OE a 20 de Novembro de 2010, por proposta apresentada pelo Conselho Diretivo após aprovação em Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de Setembro de 2010. Foi publicado em Diário da República 2ª série nº 35, a 18 de Fevereiro de 2011 constituindo uma comunicação aos cidadãos do que podem esperar de um EEEPSC.

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b, p.1). Assim os cuidados de enfermagem a estas pessoas são altamente qualificados sendo prestados de forma contínua, permitindo manter as funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades. Todavia e não menos importante é a competência igualmente valorosa de assumir capacidade de resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, bem como, a prevenção e controlo de infeção.

As competências específicas do EEEPSC incluem (OE, 2010b, p.2):

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, e
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Neste capítulo pretende-se realizar uma reflexão sobre a aquisição destas competências ao longo dos estágios realizados e dos projetos desenvolvidos, o que implica um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e

---

das capacidades. As três competências específicas referidas acima contemplam várias unidades de competência, que por sua vez, se concretizam em critérios de avaliação. Estes são entendidos como evidência do desempenho do enfermeiro.

### Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2010<sup>a</sup>, p.3)

A UCI do hospital do sul é uma unidade de adultos, destinada a doentes com patologia médica/coronária, cirúrgica e a politraumatizados sem lesão neurocirúrgica. Funciona 24 horas por dia de forma ininterrupta. Rege-se pelos critérios de organização que definem a “UCI fechada”, isto é, embora reconhecendo a multidisciplinariedade da medicina intensiva, a responsabilidade da admissão, transferência ou alta da UCI, cabe exclusivamente responsável/diretor da UCI e na sua ausência, ao médico de escala em serviço de urgência presente na UCI. Ainda neste contexto, todas as decisões sobre o tratamento a pessoas internadas na UCI são da exclusiva responsabilidade do responsável/diretor da UCI e dos restantes médicos que nela trabalham, sendo por eles desejada e solicitada a colaboração de outras especialidades médicas e cirúrgicas, sempre que o achem necessário. (NP-41/2006).

Cuidados de Enfermagem Intensiva são cuidados minuciosos e qualificados prestados de forma contínua ao longo das 24 horas, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades. A observação intensiva de enfermagem é a colheita e procura contínua, minuciosa e de forma sistematizada de dados, com a finalidade de conhecer em cada momento a evolução da situação do doente, previsão e deteção precoce das complicações, permitindo atuar no momento preciso, de modo eficiente. A sua resolução tanto pode implicar apenas cuidados mínimos, como medidas de reanimação

ou até mesmo ensino ao cliente ou família, encaminhamento adequado e conhecimento de implicações ético-deontológicas (MacPhail, 2001).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e que permita antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica implicam a aquisição de conhecimentos e habilidades altamente específicos. Para o efeito ao longo do percurso profissional foi de vital importância a realização de cursos teórico-práticos com sucesso que visassem suprir estas necessidades. Assim, a aquisição de competências em Suporte Básico de Vida foi iniciada em 2003, tendo sido recertificada em 2005, 2009 e 2012, associada às competências adquiridas no curso suporte imediato de vida em 2010, realizado pouco tempo após a integração na UCI constituíram a base da pirâmide a partir da qual foi iniciado desenvolvimento da capacidade de execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. A realização dos Estágios I, II e III na UCI, sob a orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu o aperfeiçoamento das respostas às necessidades da pessoa em situação crítica, sendo extremamente benéfico para o crescimento profissional.

Considerar a dor como 5º sinal vital é um reflexo da preocupação do enfermeiro em relação a este âmbito, uma vez que a avaliação é o início do processo para o controlo da dor (Circular Normativa n.º9/DGCG-DGS). A dor é a queixa que mais frequentemente leva a pessoa a procurar cuidados de saúde, quer de foro agudo, quer de foro crónico ou crónico agudizado. Como tal o alívio da dor e do sofrimento deverá ser uma das prioridades iniciais no atendimento à pessoa alvo de cuidados (Guia Orientador de Boas Práticas – OE, 2008, p.9). Infelizmente há por vezes tendência para protelar o tratamento da dor por receio que o mesmo possa atrasar ou complicar a observação ou exame a realizar (Pessini, 2012).

Na prática clínica, sempre que possível, a pessoa alvo de cuidados é incluída enquanto parceira estratégica. É o melhor avaliador da sua própria dor e o único que é capaz de fornecer com exatidão as características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência. A atenção às formas de comunicar a dor ou às expressões de dor do cliente é uma constante, nomeadamente, as não-verbais (através da monitorização da frequência cardíaca, da agitação motora, etc.). Para o efeito é essencial a capacidade de utilizar adequadamente as escalas da avaliação da dor, nomeadamente a escala de avaliação

---

analógica, a escala qualitativa e a escala de comportamentos faciais em casos de pessoas em situação crítica impedidas de comunicar.

Com o objetivo de desenvolver esta unidade de competência, participou-se na formação preparada para a equipa de enfermagem acerca da implementação da escala de avaliação da dor em doentes sedados, colaborando também com a equipa na adequada utilização da mesma.

Para a prestação correta de cuidados ao cliente com dor implica o conhecimento da farmacologia utilizada nomeadamente dos três principais grupos de analgésicos (opioides, não opioides e adjuvantes) e qual o seu mecanismo de ação, efetividade, formas de administração, duração da ação, efeitos adversos e interações medicamentosas. Sem estes conhecimentos é impossível a gestão de medidas farmacológicas podendo com isso colocar a pessoa alvo de cuidados em risco. Desta forma considera-se ter desenvolvido as unidades de competência K.1.1. e K.1.2.

Aparte dos protocolos terapêuticos complexos que implicam intervenções de enfermagem interdependentes, o enfermeiro pode prescrever e implementar intervenções autónomas para gestão da dor e do bem-estar. Estas podem ser de foro cognitivo-comportamental; físico; ou de suporte emocional. Na prática clínica, aquelas com que são obtidos melhores resultados têm sido a aplicação de frio e calor e a massagem, no âmbito nas físicas, conforto e toque terapêutico no âmbito do suporte emocional, e a distração e auxílio da pessoa na utilização das estratégias de coping já conhecidas pelo próprio no âmbito cognitivo-comportamental (Trautman, 2001).

A situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais. A aquisição de competências – K.1.1. implica saber gerir a ansiedade e medo vividos pela pessoa e ser capaz de facilitar os processos de luto, contribuindo para a dignificação da morte. Tal requer o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família, sabendo gerir a comunicação interpessoal que a fundamenta. Como tal, o desenvolvimento de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica são essenciais, selecionando, utilizando e avaliando o processo de relação de ajuda, e reconhecendo o seu

impacto junto da pessoa/família que vivencia a situação. Neste sentido os conteúdos teóricos lecionados no MEMC, mais propriamente a UT Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem; a UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem; a UT Cuidados ao Cliente em Fim de Vida; a UT Cuidados em Situação de Crise ao Cliente e Família; a UT Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica foram sobejamente importantes. A conclusão destas UT com sucesso, permitiu a melhoria da prestação de cuidados, ao facilitarem o aperfeiçoamento das capacidades de escuta ativa, de respeito e aceitação incondicional, de congruência e de empatia para com o cliente. O estabelecimento de uma relação terapêutica é um processo difícil que, sem os adequados aportes teóricos e orientação por enfermeiros com maior experiência na área, falha na prossecução dos seus objetivos.

As unidade de competência – K.1.4.; K.1.5. e K.1.6. foram trabalhadas com o desenvolvimento do PIS cuja temática é “Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”. Tendo como base a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, os cuidados de enfermagem têm enfoque humanístico cujos elementos conceptuais principais da teoria são os fatores de cuidado, a relação interpessoal de cuidado e o momento/ocasião do cuidado. São também consideradas as visões expandidas *do self* e da pessoa (mente-corpo-espírito), a visão transpessoal do ser, consciência e intencionalidade para cuidar e promover a cura, consciência do cuidado como energia do campo ambiental, consciência fenomenológica e modalidades avançadas de cuidado-cura. O cuidar é entendido como uma relação que envolve uma elevada consideração pela pessoa e seu estar-no-mundo. (Watson, 1999).

#### Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítimas, da Conceção à Ação

“Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

A urbanização, com aumento do número de pessoas que vivem em espaços cada vez mais delimitados, juntamente com o aumento do movimento de pessoas derivado do turismo e migração, a produção, transporte e uso de materiais perigosos, incluindo substâncias radioativas e ou inflamáveis são fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multivítimas. Da mesma forma, a possibilidade de ocorrência de catástrofes naturais representa um risco significativo, assim como o aumento do terrorismo a nível global, contribuindo para o aumento dos receios de situações semelhantes (PEI, 2008).

Neste contexto, a prestação de cuidados em UCI implica a obrigatoriedade de se estar preparada para a possibilidade de intervir em situações inesperadas. O objetivo perante estas situações será o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível. Para que tal possa ser atingido são necessários dois pontos: alocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização adequada dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento. O principal receio numa situação destas será sempre o de os recursos disponíveis serem insuficientes para as necessidades imediatas de cuidados de saúde, situação que poderá comprometer a prestação de cuidados de saúde com a consequente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes, situação que não se verificaria caso os recursos fossem suficientes (Lennquist, 2012).

A realização com sucesso da formação interna do Plano de emergência interno – utilização e adequação do uso de extintores (em 2012), foi de extrema utilidade, tendo fornecido os princípios de atuação em situações de catástrofe e permitido a distinção entre os vários tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde. Como curso teórico-prático, com uma elevada componente prática, envolveu simulacro que permitiu o treino e reforço da aquisição de capacidades relativas à sistematização das ações a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência. Para a realização deste curso foi reforçada a necessidade de conhecer o plano de emergência interno do hospital (que foi elaborado em 2008) como forma de estar preparada para qualquer eventualidade. Porém, foi apenas aquando da UT Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação de Urgência (UT Opcional), com a realização do curso de Suporte Avançado de Vida do Seminário de Peritos – Abordagem ao Politraumatizado - realizado no último semestre do MEMC que houve maior atenção para a

importância do conhecimento do Plano Distrital e Nacional de catástrofe e emergência. Este possibilita a criação de uma unidade de direção e controlo, que garante a coordenação das ações a desenvolver e a gestão dos meios e recursos mobilizáveis, face a um acidente grave ou catástrofe, de origem natural ou tecnológica, tendo em vista minimizar os prejuízos e perdas de vidas e o restabelecimento da normalidade. Este plano articula-se a nível nacional com o Plano Nacional de Emergência e Catástrofe, da responsabilidade da Autoridade Nacional de Proteção Civil.

A gestão dos cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe é uma competência que foi adquirida, como referido anteriormente através da realização de cursos teórico-práticos. Ser capaz de atuar em situação de catástrofe ou multivítimas é essencial, mas é igualmente essencial a capacidade para a prevenção das mesmas. A realização do curso de Segurança Contra Incêndios, realizado no hospital tem como objetivo limitar a propagação do fogo e suas consequências possibilitando uma atuação rápida e eficaz. Da mesma forma o conhecimento dos pontos de corte de gases medicinais, do quadro de eletricidade, dos extintores de pó químico ABC, dos extintores de Dióxido de Carbono, da localização das lanternas e das saídas de emergência, garantindo a sua praticabilidade poderá significar a diferença entre uma situação controlada e um acidente multivítimas de grandes proporções. A divulgação de normas de segurança através de correio eletrónico tem sido regular, facilitando o conhecimento de todos os envolvidos dos planos de emergência do hospital.

Ao ser desenvolvido o póster de consulta rápida dos procedimentos de atuação para evacuação da UCI em situação de emergência e catástrofe no âmbito desta competência, foi possível trabalhar as unidades de competência K.2.1., K.2.2. e K.2.3.

Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida

da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.4)

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde tem como principal objetivo “identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários, trabalhadores contratados) e consequentemente diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável” (Costa, Silva & Noriega, 2007, p.6).

O Despacho nº 18 052/2007 da Direção Geral de Saúde revê a constituição e a operacionalização das CCI em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do PNCI, que são vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, e formação dos profissionais. Como forma de maximizar a eficiência todas as recomendações internas e planos de ação emitidas pelas CCI tenham carácter vinculativo, e não meramente consultivo. É por isso responsabilidade das CCI a implementação de uma cultura de segurança, com intuito de que a prevenção e controlo das IACS sejam encarados como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do cliente.

Durante a realização dos Estágios I, II e III, e com o intuito de dar resposta a esta competência foi frequentado o curso de Precauções Básicas e Controlo de Infeção. Este foi delineado pela CCI do hospital do sul visando que o profissional de saúde saiba reconhecer os riscos e desenvolva um sentido de responsabilidade relativamente à sua segurança, dos seus colegas de trabalho e clientes. Neste curso foram revistos conceitos base de IACS, bem como, as precauções básicas de controlo de infeção, o que incluiu um exercício prático da técnica de higiene das mãos e de colocação e remoção do equipamento de proteção individual.

Tais conhecimentos não são suficientes sem uma cultura organizacional que favoreça a sua implementação na prática clínica. Para o efeito a CCI implementou algumas medidas, que passaram pela divulgação de pósteres informativos da World Alliance for Patient Safety sobre a higiene das mãos, estrategicamente colocados nos locais próprios para higienização das mãos. Estes pósteres refletem as mais recentes evidências científicas e são de dois tipos:

um divulga a técnica correta de higiene das mãos, seja com lavagem das mãos, seja com fricção antisséptica (solução alcoólica), enquanto o segundo divulga os cinco momentos para a higiene das mãos. Após realização de pesquisa bibliográfica nesta área e realizada consulta de documentos existentes na UCI aquando da realização do estágio, houve uma maior sensibilização para esta área. Assim, foi assumido o papel de formador informal e como tal, foi reforçada a presença de solução alcoólica para fricção antisséptica, encontrando-se distribuída pelo serviço em locais estratégicos, nomeadamente uma por cada unidade do doente. Desta forma foi desenvolvida a unidade de competência K.3.2.

No que diz respeito à UCI a equipa conta com dois elementos designados de ligação à CCI, em que um deles também é colaborador na observação dos momentos de higienização das mãos aquando da prestação de cuidados. Estes elementos da equipa atuam como dinamizadores, tendo recebido formação específica para o efeito.

Durante o MEMC foram adquiridos e aprofundados conhecimentos no âmbito do controlo de infeção ao frequentar a UT Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas, inserida na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, tendo sido complementado com o módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem inserido na UC Enfermagem que se revelou de extrema importância no aperfeiçoamento das capacidades nesta área. Dos conteúdos lecionados apreendeu-se que o enfermeiro especialista tem responsabilidades redobradas para questionar, ponderar e procurar constante atualização na área de prevenção e controlo da infeção perante as vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Apenas cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poder-se-á contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estas pessoas. Desta forma, considera-se ter desenvolvido a unidade de competência K.3.1.

## 6. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

---

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março institui que, em termos de ensino politécnico, o grau de mestre deverá corresponder à aquisição de uma especialização de natureza profissional. No caso específico da Enfermagem e mais concretamente da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tal implica que em complemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possua um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica. Terá de ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas relativas à Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo esse o objetivo do curso de MEMC da ESS do IP. Desta forma, será realizada uma descrição analítica e reflexiva sobre o trabalho desenvolvido ao longo do curso supracitado, que permitiu que fossem desenvolvidas as competências de Mestre em EMC.

### Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de Enfermagem

A conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem encontram-se patentes no processo de enfermagem. Este implica a realização de uma avaliação exaustiva da pessoa, das famílias e das comunidades, formulando os diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e prescrevendo as intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias. Contudo este processo não é um fim em si mesmo, implicando a avaliação de todo o processo, garantindo que os resultados obtidos são os resultados esperados, revendo os diagnósticos de enfermagem iniciais e alterando as intervenções com o evoluir da situação de saúde da pessoa alvo de cuidados (Cardoso, 1996).

A tomada de decisão inerente às competências clínicas específicas tem sempre uma dimensão ética e deontológica inerente, assegurando cuidados de saúde de qualidade de forma equitativa. O respeito pela autonomia do cliente, o respeito da sua vontade e considerando-o

como um parceiro no seu processo de saúde é inerente à prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Cardoso, 1996).

Segundo Benner (2005), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do cliente, sem se perder por um largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Enquanto profissional em enfermagem numa UCI a atuação perante a pessoa em situação crítica é direcionada primariamente aos problemas que esta experiencia no momento, agindo de forma rápida, segura e tendo em conta todos os dados da avaliação efetuada. Embora nestes contextos seja fácil divagar nos cuidados de natureza técnica e interdependentes, não são descurados os cuidados de enfermagem independentes, sendo os mesmos contribuintes para a rápida recuperação da pessoa alvo de cuidados.

Através da realização do PIS, foram desenvolvidas competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de Enfermagem. Estas permitiram apurar a temática contemplada, nomeadamente através dos diferentes momentos de observação realizados; na tomada de decisão fundamentada aquando da escolha da temática; na conceção e gestão durante a concretização das fases da metodologia de projeto que levaram à criação da norma de procedimento e à preparação do momento formativo proporcionado à equipa de enfermagem.

Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A frequência no MEMC contribuiu de forma decisiva para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, permitindo desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, ajudando a basear a prática clínica enquanto enfermeira especialista em conhecimentos sólidos e válidos. Contudo, a auto e heteroformação enquanto componente essencial do desenvolvimento nunca foram descuradas, procurando sempre manter os conhecimentos atualizados dentro do domínio da prática especializada.

Atualmente os acessos a bases de dados eletrónicas fidedignas de forma rápida permitem o esclarecimento de dúvidas pontuais, incentivando a autoformação como forma de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

A capacidade de se ser proactiva, implica elevado conhecimento pessoal, como foi referido na análise das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Requer o domínio dos conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de Enfermagem, como forma de suportar a sua atividade na área de especialização e aplicando os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares. Implica também estar disponível enquanto consultora especializada na sua área de intervenção, fomentado o trabalho em colaboração com outros profissionais de saúde.

O investimento efetuado com a especialização na área da pessoa em situação crítica é reconhecido, pela solicitação recebida por parte da equipa de enfermagem relativamente à prática clínica, bem como pela consultadoria requerida pela Enfermeira Responsável da UCI em algumas situações pontuais, proporcionando desta forma uma motivação extra para ser considerada como um elemento válido, pró-ativo e com conhecimentos permanentemente atualizados na área de especialização realizada. Para a sua manutenção, importa referir que durante os momentos de pesquisa foram tidos em conta os princípios da revisão sistemática da literatura.

Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

O processo de tomada de decisão é uma competência multidimensional, constituída por um processo mental ou cognitivo. Implica capacidade de raciocínio, que permita a análise

de toda a informação e ideias disponíveis à vista de um corpo de conhecimentos sólido de forma sistemática, reflexiva, racional e direcionada. É um processo consciente que deverá ser exercido de forma sistemática e organizada, implicando o recurso a competências que se desenvolvem ao longo do tempo através da prática, experiência e esforço. Estas competências incluem a capacidade de interpretação, análise, inferência e autorregulação, bem como o raciocínio lógico (Johnson & Temple, 2010).

Em Enfermagem este processo é usado como forma de validar os dados obtidos e a veracidade dos diagnósticos efetuados, permitindo a prescrição de intervenções de enfermagem independentes conforme a sua efetividade. É de extrema importância a utilização de fontes credíveis na construção do corpo de conhecimentos necessários bem como uma avaliação ativa e melhoria constante do processo de pensamento. Acima de tudo implica a coragem para se auto questionar e um forte senso ético e deontológico de forma a minimizar os efeitos decorrentes dos valores pessoais e profissionais, garantindo desta forma o respeito pelos princípios da autonomia, justiça, beneficência e reconhecendo a dignidade da vida humana (Johnson & Temple, 2010).

A utilização do processo de tomada de decisão deve ser efetuada em todos os contextos de exercício profissional, pois independentemente do contexto, cada pessoa deve ser vista como única e dinâmica, devendo também ser encarado como um todo enquanto alvo de cuidados (Johnson & Temple, 2010). O processo de tomada de decisão encontra-se desenvolvido num enfermeiro proficiente, mas é típico de um enfermeiro perito, permitindo a gestão de situações complexas de uma forma notável (Benner, 2001).

A concretização do PIS e do PAC de acordo com a metodologia de projeto foram fundamentais para o desenvolvimento desta competência. A fase de diagnóstico de situação, a fase de definição de objetivos, a fase de planeamento, as fases de execução/avaliação e a respetiva divulgação foram realizadas tendo sempre presentes a capacidade de interpretação, análise, inferência e autorregulação assim como raciocínio lógico, tendo desta forma permitido a sua realização.

Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A realização do PIS irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCI, no âmbito da prática especializada da pessoa em situação crítica. A utilização da metodologia de projeto juntamente com os contributos das evidências mais recentes na temática em questão permitiu a elaboração de um PIS atual e pertinente, com um claro contributo para a prática. De igual forma, a sua divulgação será uma importante forma de contribuição para a prática de enfermagem baseada na evidência. Segundo Ferrito (2004), a prática baseada na evidência ao permitir a revisão e a reconstrução do exercício profissional de enfermagem fundada em provas válidas, úteis e procedentes da investigação, constitui um instrumento facilitador para a melhoria da eficiência. Em conformidade com esta perspetiva e considerando a validade dos resultados tendo em vista a sua adequação à ciência de enfermagem, este é um instrumento pertinente a aplicar na procura da excelência dos cuidados.

Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

O percurso profissional desenvolvido até ao momento permitiu a aquisição de competências a este nível. Além da frequência do MEMC foi importante a realização de formações de curta duração, das quais se obtiveram instrumentos essenciais ao nível da capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação nível formativo, bem como de pedagogia.

Tal foi reconhecido, como foi dito em capítulos anteriores, na confiança demonstrada com a orientação de estudantes em contextos de ensino clínico e na colaboração na integração de novos profissionais na UCI. Nestes papéis procuram-se integrar não só os

contributos da formação, mas igualmente as políticas de saúde inerentes ao local onde ocorre o exercício de funções, de forma a ser alcançado o nível de excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

As formações realizadas e promovidas no contexto do MEMC foram pontos essenciais para as mudanças de comportamentos dos elementos das equipas a quem foram direcionados. Relativamente ao PIS, na equipa de enfermagem nota-se já que há maior abertura da parte dos profissionais para a realização do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica. Segundo a OE (2010), “é competência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Com o desenvolvimento do PAC e a formação direcionada à equipa de assistentes operacionais e à técnica administrativa, a formação também foi um momento marcante pois com as observações realizadas até ao momento, há maior rigor no que diz respeito à utilização adequada dos EPI’s, dando cumprimento à norma n.º 029/2012 (DGS), atualizada a 31 de Outubro de 2013, no número 4 – “Utilização de Equipamento de Proteção Individual” (EPI) refere que “Os EPI’s devem proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar”.

## 7. REFLEXÃO FINAL

---

Ao terminar este ciclo de estudos, fica o sentimento de que o caminho inicia-se agora...

A formação contínua é uma responsabilidade ética e deontológica da profissão de enfermagem, envolvida no compromisso para com a sociedade.

A realização de uma análise retrospectiva do percurso académico realizado permite desmistificar o conjunto de medos e ansiedades sentidas no início desta aventura, sendo com satisfação que é apreciado o conjunto de experiências que houve oportunidade de beneficiar. Estas ganham agora forma com a implementação do PIS no serviço onde é exercida a atividade profissional, permitindo o acompanhamento e a monitorização de cada uma das fases de mudança.

A frequência do MEMC foi estimulante para o crescimento pessoal e profissional, enriquecido pela componente teórica, pelos momentos de aprendizagem em estágio e pela estimulação para realização da revisão da literatura, bem como da promoção do pensamento reflexivo e crítico.

Os objetivos estabelecidos foram alcançados com êxito através da realização da descrição crítica e reflexiva de cada uma das etapas do PIS e do PAC, assim como a aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Com a implementação do PIS na UCI, foi dada uma resposta válida a um problema identificado e validado pela equipa de enfermagem.

Através da utilização da metodologia de projeto, foi possível o estabelecimento de uma dinâmica entre a teoria e a prática, sendo que nesta, o investigador tem ação no próprio campo de investigação (Nunes, 2010), tornando-se a produção de conhecimento efetiva com a divulgação dos resultados obtidos, o que se torna possível com a publicação do artigo produzido.

Cuidar, exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa. Nesta linha de pensamento, o momento do acolhimento e o acompanhamento realizado assim

como a percepção da pessoa alvo de cuidados, o familiar de referência/pessoa significativa acerca dos cuidados prestados contribui de forma determinante para a melhoria dos mesmos. Isto porque, o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, o familiar de referência/pessoa significativa “(...) são parceiros ativos e determinantes no processo de cuidar” (Watson, 2002, p.56).

Segundo Jean Watson (2002) é da competência do profissional em enfermagem o tratamento holístico do indivíduo para uma melhor prestação de cuidados. Watson (citado por Tomey, et al, 2004): “(...) enfatiza os cuidados mas vai buscar a perspectiva existencial fenomenológica à psicologia e às humanidades e apresenta a enfermagem como uma ciência humana (...)” (p. 22). Esta autora contribui para a enfermagem através da sensibilização dos praticantes individuais para aspetos e cuidados humanistas.

Conceptualmente os EPI's destinam-se a proteger os trabalhadores dos fatores de risco presentes no local de trabalho (Pina, 2007). A utilização de EPI's deve ser uma opção complementar de proteção individual, respeitando os princípios de precauções padrão. Segundo Pina (2007), os profissionais de saúde, assim como as visitas à pessoa em situação crítica, correm o risco de adquirir infeções por exposição, correndo o risco de poder ser portadores e/ou transmissores de agentes patológicos a outros doentes e profissionais. Por esse motivo torna-se fundamental que os EPI's sejam utilizados adequadamente, de forma a garantir ambiente seguro.

No que diz respeito à gestão em situações de emergência e/ou catástrofe, à capacidade de atuar em contexto de prestação de cuidados está inerente o conhecimento do PEI da instituição, assim como das orientações de evacuação do local. O objetivo perante estas situações é o de reduzir ou anular as baixas humanas, possíveis diminuições de saúde ou os subsequentes efeitos físicos ou psicológicos. Para que tal possa ser atingido é necessário: a relocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados (Lennquist, 2012).

A análise reflexiva e crítica das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, inspirada no Código Deontológico do Enfermeiro, no Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

---

Neste contexto, considero decisiva a aquisição e o aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do enfermeiro em enfermagem em pessoa em situação crítica, assim como as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica que, ao longo da componente teórica do ciclo de estudos foi modeladora do pensamento reflexivo e crítico, ao longo da componente prática, com a implementação dos projetos realizados, reuniu contributos decisivos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados com base na evidência, levando ao cumprimento dos objetivos delineados.

A prática baseada em evidência, ao permitir a revisão e a reconstrução do exercício profissional de enfermagem fundada em provas válidas, úteis e procedentes da investigação, constitui um instrumento facilitador para a melhoria da eficiência (Ferrito, 2004).

Apesar de reconhecer que foram atingidas as competências enunciadas e apresentadas, sinto que a ambição é promotora do êxito, existindo por isso motivação para a continuidade da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Inerente a um percurso com estas características há ainda a enunciar as limitações sentidas. As mesmas podem enumerar-se desde a espera do tempo de respostas aos pedidos de autorização; a espera para agendamento e marcação de reuniões com os elementos da CCI e com os elementos da equipa de emergência interna da instituição; a calendarização dos momentos formativos junto às equipas a quem foram direcionados, etc. no entanto, a perseverança sempre se manteve e as limitações foram-se superando com resiliência.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

---

- Abreu, W. (2001). Entidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Abreu, W. (s.d.). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. Acedido em Lusomed em Maio 5, 2013: <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (5.ª ed.), Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem (pp. 3-13). Loures: Lusociência;
- Amaral AC, Rubenfeld GD. The future of critical care. *Curr Opin Crit Care*, 2009;15:308-313.
- American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association (6ª ed.). Washington, DC: Author.
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S, Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14 (3), 202-210. Acedido em Outubro20,2013 em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bbece6-52d1-4317-bda6-d90134814768%40sessionmgr12&vid=31&hid=7>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. In Benner, P. (2.ª ed.), De Iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem (pp.39-59). Coimbra: Quarteto;

Blanchard, D. & Alavi, C. (2008). Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 13 (5), 225-231. Acedido em outubro 20, 2013 em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=85fdcae6-2b97-4730-80de-051c7ec03fe0%40sessionmgr11&vid=2&hid=14>

Cardoso, A., Peixoto, A., Serrano, M. & Moreira, P. (1996). O movimento de autonomia do aluno: repercussões a nível da supervisão. In Alarcão, I. (Ed.) *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora, Lda.

Carroll, T. (2007). Chapter 22 – Manage Yourself for a more Fulfilling Career. In Jones, R., *Leadership and Management: theories, processes and practice* (pp. 360-374). Philadelphia: F.A.Davis Company;

Carvalho, Fernando (2002). *Servir. A sociedade de hoje, a enfermagem e a visão holística da pessoa*. Vol.50, n.º5 (Set.-Out.), p.254-256.

Centers for Disease Control and Prevention (2003). Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia: Recommendations of the centers for disease control and prevention healthcare infection control practices advisory committee . *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53: RR03, pp. 1-36. Acedido em Centers for Disease Control and Prevention, em Maio 30, 2012: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>

Chen J, Bellomo R, Flabouris A, et al. The relationship between early emergency team calls and serious adverse events. *Crit Care Med*, 2009;37:148-153

Collière. M. F., (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª ed. Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda e SEP. ISBN: [972-757-109-3](https://www.isbn.pt/ISBN/972-757-109-3)

Collière. M. F., (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: [972-8383-53-3](https://www.isbn.pt/ISBN/972-8383-53-3)

Conselho de União Europeia (2009). *Recomendação do conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos paciente, incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. *Jornal Oficial da União Europeia*, C151, pp. 1-6. Acedido em Conselho da União



- A norma n.º 029/2012 (DGS), atualizada a 31 de Outubro de 2013, Direção-Geral de Saúde (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção. [on-line] website Direção Geral de Saúde, acessado em Novembro 1, 2013 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0292012-de-28122012-png.aspx&ei=82x4Uui3Cc2ShQfawYC4CQ&usg=AFQjCNE0OBr-2ESVtEl7D63ve2cobplt4w&sig2=x9FYdIZePpNYTLUtXofWnw&bvm=bv.55980276,d.d2k>
- Ecklund, M. & Stamps, D. (2002). The synergy model in practice: promoting synergy in progressive care. *Critical Care Nurse*, 22 (4), 60-66.
- Eggenberger, S. & Nelms, T. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628. Acessado a outubro 10, 2013 em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bbece6-52d1-4317-bda6-d90134814768%40sessionmgr12&vid=66&hid=7>
- Engström, Å. (2006). Close relatives of critically ill persons in Intensive Care: The experiences of close relatives and of critical care nurses. Licenciative Thesis, Luleå University of Technology, Department of Health Sciences, Division of Nursing. Acessado a outubro 10, 2013 em <http://epubl.ltu.se/1402-1757/2006/22/LTU-LIC-0622-SE.pdf>
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). Princípios de administração para enfermeiros. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Galvão, C., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A., (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12 (3), 549-56. Acessado a outubro 7, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- Gallesio AO. Improving quality and safety in the ICU: a challenge for the next years. *Curr Opin Crit Care*, 2008;14:700-707.
- Henderson, Virginia (1969) - The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education. New York: The Macmillan Company.
-

- Henneman, E. & Cardin, S. (2002). Family-Centered Critical Care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22 (6), 12-19. Acedido a outubro 17, 2013 em <http://ccn.aacnjournals.org/content/22/6/12.full>
- Hesbeen, W. (1997). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Inaba, L. C., Silva, M. J. & Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (4), 423-9. Acedido a outubro 17, 2013 <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v39n4/07.pdf>
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (2012). Guia orientador para a elaboração de trabalhos. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem.
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (Maio, 2012) – Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalho - Guia emitido pelo Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Johnson, J. Y., & Temple, J. S. (2010). Critical Thinking, Ethical Decision Making, and the Nursing Process. In Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (12.th ed.), Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (pp. 22-40). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins
- Lazure, H. (1994). Viver a Relação de Ajuda, teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: (1.ªed.) Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2;
- Lennquist, S. (2012). Capítulo 1 – Major Incidents: definitions and demands on the health-care system. In Lennquist, S., *Medical Response to Major Incidents and Disasters: a practical guide for all medical staff* (pp. 1-7). Estocolmo: Springer;
- Levy MM, Rapoport J, Lemeshow S, et al. Association between critical care physicians management and patient mortality in the intensive care unit. *Ann Intern Med*, 2008;148:801-809.

- Lopes José Carlos- Relação enfermeiro – Instituição -- In Neves M. , Pacheco S.- Para Uma Ética Da Enfermagem . Desafios.(2004) p. 109-125. Coimbra: G.C.-Gráfica de Coimbra 2- publicações Lda. 582p ISBN: 972-603-326-8
- MacPhail, E. (2001). Capítulo 1 – Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy, S. (4.<sup>a</sup> ed.), Enfermagem de Urgência: da teoria à prática (pp. 3-15). Loures: Lusociência;
- Martin LM. (2003). A ética e a humanização hospitalar. O Mundo da Saúde, abril/junho; 27(2): 206-18.
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem,12:2, pp. 62-65.
- Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento; Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 72 p. ISBN: 972-675-097-0
- Monteiro, Manuela – A metodologia de trabalho de projeto In <http://www.cienciahoje.pt/35123>
- Moraes, M. C. Pensamento Eco-Sistémico: Educação, Aprendizagem E Cidadania No Século Xxi. Petrópolis: Vozes, 2004.
- Mutzebaugh, C. (2007). Chapter 21 - Delegation: an art of professional practice. In Jones, R., Leadership and Management: theories, processes and practice (pp. 345-356). Philadelphia: F.A.Davis Company;
- Nightingale, F. (1974. First published 1859). “Introduction by Joan Quixley”. In “Notes on Nursing: What it is and what it is not. Glasgow & London: Blackie & Son Ltd. ISBN: 0-216-89974-5.
- Nightingale, F. (2005). Notas sobre Enfermagem. 1<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, ISBN: 978-972-8383-92-3
- Nunes, L.(2006).IICongresso Ordem dos Enfermeiros:Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.(s/l):Ordem dos Enfermeiros.Acedido a 22deOutubrode2013,em[http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf)
-

- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos (pp.19-454). (s/l): Ordem dos Enfermeiros;
- Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. Percursos , 15, pp. 1-37.
- Organização Mundial de Saúde, acessido em Maio 10, 2012 em <http://www.euro.who.int/en/home/familyconcepts>
- Oliveira, P. H. (2007). Bioética e a Filosofia de Kant. In Malagutti, W., Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas (pp. 117-128). Rio de Janeiro: Editora Rubio;
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Desenvolvimento profissional - que futuro? certificação de competências e especialidades. Apresentado no Fórum Nacional Descentralizado, Lisboa, Portugal, acessido em Ordem dos Enfermeiros em Maio 10,2012em:[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ExpressOE\\_Set\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ExpressOE_Set_2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acessido a 19 de Outubro de 2013, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acessido a 19 de Outubro de 2013, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. [on-line] Web site Ordem de Enfermeiros,
-

acedido Maio 15, 2013 em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Pessini, L. 2012. Humanização da Dor e Sofrimento Humanos no Contexto Hospitalar. [on-line]:  
obtido de Universidade Federal de Pelotas. acedido Maio 15, 2013 em:  
<http://www.Ufpel.Tche.Br/Medicina/Bioetica/Humanizacao%20da%20dor.Pdf>

Porter M, Teisberg E. Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir Custos.  
Ed Bookman, 2007.

Pronovost A, Rubenfeld G. Quality in Critical Care. In: Chiche JD. Patient Safety and Quality of Care  
in Intensive Care Medicine. 1st Ed, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.  
2009;127-139.

Savoie-Zajc, L.(2003). A entrevista semidirigida, in Investigação Social-da problemática à colheita  
de dados. Gauthier, B. (orgs.).Loures. Lusociência, p.280-301.

Silva, G. (2005). O Método 5s. [on-line] Web site Agência Nacional de Vigilância Sanitária Acedido em  
Outubro 10, 2013, em: [www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo\\_5S.pdf](http://www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5S.pdf)

Smith, G.; Veazie, M. – Les principes de prévention: L’approche «Santé publique» de la réduction du  
nombre des lésions corporelles sur le lieu de travail. In BIT-Encyclopédie de Sécurité et de  
Santé du Travail. Genève: Bureau International du Travail, 2000. ISBN 92-2-209815-3. cap.  
56.

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de  
enfermagem. Loures: 5ªed. Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6;

Trautman, D. (2001). Capítulo 16 – Controlo da Dor. In Sheehy, S. (4.ª ed.), Enfermagem de Urgência:  
da teoria à prática (pp. 191-198). Loures: Lusociência.

Vincent JL, Suter P, Bihari D, et al. Organization of intensive care units in Europe: lessons from EPIC  
study. Intensive Care Med, 1997;23:1181-1184.

- World Health Organization (2005). World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands. Geneva: World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Acedido em World Health Organization em Maio 22, 2012 em: [http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf)
- Waldow, Vera R. (1998) – Examinando o conhecimento na enfermagem. In Meyer et al. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed.
- Watson, Jean (1985) - Nursing: the philosophy and science of caring. 2ª ed., Boulder, Colorado: Associated University Press.
- Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro: Lusociência; 1999.
- Watson, Jean (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem. Loures, Lusociência.
- Watson J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto & Contexto Enferm.; 16(1):129-35.

## REFERÊNCIAS LEGAIS

- Decreto-Lei n° 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;
- Decreto-Lei n.º 104/98. DR 93/98 SÉRIE I-A de 1998-04-21
- Decreto-Lei n° 74/2006 de 24 de Março. Diário da República n° 205 – I Série A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Diário da República (2.ª Série, n.º 35 a 18 de Fevereiro de 2011)

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República nº 180 – I Série. Assembleia da República.  
Lisboa.

## **DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

Plano de Emergência Interno, 2008

Norma de Procedimento-41/2006



## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO FORMAL

PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exma. Senhora:

Enfermeira Diretora do Hospital do Sul

Eulália Sofia Rodrigues Luís, Enfermeira com o número mecanográfico 0000, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul, estudante do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, sob tutoria institucional da Enfermeira Especialista S.M. e orientação académica da Professora E.M., docente da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para poder desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço, intitulado “*A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica*”, que tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no âmbito da comunicação e acompanhamento às mesmas.

Na fase de diagnóstico de situação que se encontra a desenvolver, foi realizada uma entrevista à enfermeira responsável do serviço, Enfermeira E.M., que considerou a abordagem da temática de elevada pertinência. No sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem da unidade supramencionada será necessária a aplicação de um questionário aos elementos, de forma a ser confirmada a pertinência da temática. Os documentos referidos são remetidos em anexo, com o respetivo consentimento informado.

Mais informo que serão asseguradas todas as questões éticas inerentes a um trabalho deste tipo, nomeadamente a confidencialidade dos dados, o anonimato das fontes e, caso seja de interesse, a divulgação dos resultados.

Mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento necessário.

Aguardando uma resposta o mais breve possível, agradeço antecipadamente a Vossa atenção.

Eulália Sofia Rodrigues Luís

Telemóvel: 000000000

Pede deferimento

Santiago do Cacém, 3 de Fevereiro de 2013

\_\_\_\_\_  
(Eulália Luís)

## APÊNDICE 2 – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

## GUIÃO DA ENTREVISTA

Eulália Sofia Rodrigues Luís, Enfermeira com o número mecanográfico 0000, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do hospital do sul, estudante do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, sob tutoria institucional da Enfermeira Especialista S.M. e orientação académica da Professora E.M., docente da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, vem por este meio solicitar a sua participação para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço, intitulado “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”, que tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no âmbito da comunicação e acompanhamento às mesmas.

Na fase de diagnóstico de situação que se encontra a desenvolver, é suposta a realização de uma entrevista

à enfermeira responsável do serviço, Enfermeira E.M., no sentido de validar a pertinência que a mesma atribui ao tema acerca do qual se pretende desenvolver o Projeto de Intervenção em Serviço. “A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido que o seja, no Plano Nacional de Saúde” (PNS, 2011-2016). (...) “Os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões” (PNS, 2011-2016).

Watson (2002, p.52) declara que “a enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. (...) O fenómeno da saúde/doença tem de ser abordado a partir de uma base conceptual ampla”.

As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...) (Conselho de Enfermagem, 2001).

Neste sentido solicito que responda às seguintes questões:

## QUESTÕES:

1. Qual a importância por si atribuída à receção e acompanhamento dos familiares de referência/pessoas significativas que se deslocam para visitar a pessoa em situação crítica, pelos enfermeiros?
2. O que acha que poderá ser feito ou melhorado na área do acolhimento das visitas nesta unidade de forma a obter o nível máximo de qualidade nos cuidados prestados?
3. Considera importante haver uma política de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica?
4. Acha pertinente a realização de eventos formativos à equipa acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica? Porquê?

Grata pela sua colaboração,

Atenciosamente,

---

(Eulália Luís)

APÊNDICE 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO

E QUESTIONÁRIO

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eulália Sofia Rodrigues Luís, Enfermeira do hospital do sul com o número mecanográfico 00000, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, estudante do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, sob tutoria institucional da Enfermeira Especialista S.M. e orientação académica da Professora E.M. da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, vem por este meio solicitar a sua participação no preenchimento do presente questionário realizado no âmbito da *“Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”*, após ter sido realizado o pré-diagnóstico junto da enfermeira responsável, e a contextualização da temática como área de grande relevo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para consolidação e fundamentação do diagnóstico de situação, necessitamos de conhecer a opinião da equipa acerca desta temática de forma a proceder ao desenvolvimento do trabalho. Assim, preconizámos a aplicação do questionário que se segue, sendo o mesmo constituído por três partes: na primeira pretende-se obter informação que permita a caracterização socioprofissional da equipa de enfermagem; na segunda parte pretende-se obter dados que permitam conhecer o nível de pertinência que os enfermeiros atribuem ao estudo e o nível de formação que possuem na área; e na última parte pretende-se conhecer a opinião da equipa relativamente ao acolhimento.

Desde já asseguramos que serão cumpridas todas as questões éticas inerentes a um trabalho deste tipo, nomeadamente a confidencialidade dos dados e o anonimato das fontes. A sua participação é livre e poderá desistir em qualquer momento sem qualquer prejuízo para si, sendo de salientar a importância da sua participação.

Mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento necessário.

Grata pela sua atenção,

Eulália Sofia Rodrigues Luís

Telemóvel: 96 407 2410

Após leitura do presente documento:

- Aceito responder a este questionário.
- Não aceito responder a este questionário.

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## QUESTIONÁRIO

“A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

A humanização é referida como a ação ou o efeito de humanizar; humanizar é caracterizado como o acto de “tornar humano, tornar sociável e tornar-se mais compassivo”<sup>3</sup>.

Nas Unidades de Cuidados Intensivos os utentes, na sua maioria, encontram-se inconscientes e incapacitados de satisfazer as suas necessidades humanas básicas: cabe aos enfermeiros a satisfação das mesmas, propiciando o bem-estar da pessoa em situação crítica.

### PARTE I

“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”<sup>4</sup>.

Com a resposta às seguintes questões pretende-se obter informação que permita a caracterização socioprofissional da equipa de enfermagem.

#### 1. Caracterização Socioprofissional

1.1. Idade (assinale **X** na sua opção):

25 – 30 anos     31 – 36 anos     37-42 anos     ≥ 43 anos

1.2. Tempo de Exercício em Unidade de Cuidados Intensivos (assinale **X** na sua opção):

<3 anos     3-6 anos     >6 anos

### PARTE II

Com a utilização de tecnologias de ponta nas Unidades de Cuidados Intensivos, assistimos a progressivas melhorias e ganhos em Saúde. Perante o internamento neste

---

<sup>3</sup> (Clayton, 2000; p.65)

<sup>4</sup> (REPE) - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, CAPÍTULO II, Artigo 4.º, N.º2.

contexto, as pessoas de referência do utente desejam obter informações de forma a esclarecer as suas dúvidas, a apaziguar as suas ansiedades e a manter o contacto o mais próximo possível com a pessoa em situação crítica, procurando o enfermeiro.

Comunicando, os enfermeiros relacionam-se com os utentes e pessoas de referência e “à medida que os enfermeiros aperfeiçoam a sua capacidade de comunicação e se tornam mais confiantes, evoluem na sua competência, de novatos a peritos”<sup>5</sup>.

Nesta parte do questionário pretendemos conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo e o nível de formação que possuem na área.

**1. Atribui importância ao momento de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica?** (assinale **X** na sua opção)

Sim  Não

**2. Realizou formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica?** (assinale **X** na sua opção)

Sim  Não

**2.1. Se respondeu sim,**

**2.2. Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**2.3. Em que contexto?** (assinale **X** na sua opção)

Licenciatura

Pós-Graduação

Formação em serviço

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**3. Durante o seu período de integração nesta unidade foi abordado o assunto do acolhimento e acompanhamento às visitas à pessoa em situação crítica?** (assinale **X** na sua opção)

Sim  Não

### PARTE III

“As visitas hospitalares têm um papel importante no apoio psicológico e afectivo aos doentes internados. (...) Torna-se, assim, necessário que as equipas de saúde considerem a

---

<sup>5</sup> Riley, J. (2004) – Comunicação em Enfermagem. 4ª Edição. Loures: Lusociência

família como parceiro na prestação de cuidados (...). Estas duas vertentes – visitas e acompanhamento familiar – inserem-se na humanização dos cuidados e integram a componente assistencial devendo, por conseguinte, serem consideradas um direito do doente. Considera-se acompanhante familiar a pessoa pertencente ou não à família do doente, por princípio escolhida sempre pelo próprio, excepto se não se encontrar em condições para este efeito.”<sup>6</sup>

Deste modo, pretende-se com esta parte do questionário conhecer o grau de concordância relativamente ao acompanhamento das pessoas significativas dos doentes internados na UCI. Assim numa escala de 1 a 5 em que **1** corresponde a **“Não concordo totalmente”**; **2** a **“Não concordo parcialmente”**; **3** a **“Indiferente”**; **4** a **“Concordo Parcialmente”** e **5** a **“Concordo Totalmente”**.

	Não concordo Totalmente	Não concordo Parcialmente	Indiferente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1- O enfermeiro de referência do turno deve participar nas reuniões do médico com os familiares de referência da pessoa alvo de cuidados, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.					
2. Os enfermeiros organizam as suas intervenções de forma a estarem disponíveis para o acolhimento das visitas das pessoas alvo dos seus cuidados.					
3. Conheço o circuito de encaminhamento dos doentes para os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar (dietista, psicóloga, assistente social, fisioterapeutas, etc.)					
4-Considero pertinente a existência de uma Política de Visitas nesta unidade.					

<sup>6</sup> Direção Geral de Saúde – Circular Normativa N° 4/DSPCS, de 28/01/00.

APÊNDICE 4 – ANÁLISE DE CONTEÚDO e TRATAMENTO  
DE DADOS

**Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal**

Departamento de Enfermagem

**2º Mestrado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**

Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica I

Análise da Entrevista e dos Questionários aplicados à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados

Intensivos:

“A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

**Realizado por:** Eulália Luís, Estudante de Mestrado n.º 110519041

**Enfermeira Orientadora:** Enfermeira S. M.– Hospital do Sul.

**Professora: E. M.**– Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal

**Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal**

Departamento de Enfermagem

**2.º Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica**

Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica I

Análise da Entrevista e dos questionários aplicados à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos:

“A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

**Realizado por:** Eulália Luís, Estudante de Mestrado n.º 110519041

**Enfermeira Orientadora:** Enfermeira S.M.– Hospital do sul

**Professora:** E.M. – Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal

Setúbal

Fevereiro/2013

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	5
2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	5
2.1. – Guião da Entrevista	6
2.1.1 – Análise de Conteúdo	8
2.2. – Questionário	12
2.2.1 – Apresentação dos Resultados	13
3 – CONCLUSÃO	21
5 – APÊNDICES	22

APÊNDICE I - Guião de Entrevista semiestruturada à Enfermeira Responsável de Serviço

APÊNDICE II – Ofício de pedido de autorização para realização do estudo à Enfermeira Diretora

APÊNDICE III - Ofício de pedido de autorização para realização do estudo à Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul

APÊNDICE IV - Transcrição da Entrevista à Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul

APÊNDICE V - Matriz de redução dos dados referentes à opinião da Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul

APÊNDICE VI - Questionário Realizado à equipa de enfermagem e respetivo consentimento

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Idade dos Elementos da Equipa de Enfermagem_____	14
Gráfico 2 – Tempo de exercício em Unidade de Cuidados Intensivos_____	14
Gráfico 3 – Importância atribuída ao momento de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica_____	15
Gráfico 4 – Formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica_____	16
Gráfico 5 – Tempo a que foi realizada a formação_____	16
Gráfico 6 – Contexto em que foi realizada formação_____	17
Gráfico 7 – Abordagem do assunto do acolhimento e acompanhamento às visitas à pessoa em situação crítica durante o período de integração_____	17
Gráfico 8 – Conhecimento da legislação de acompanhamento das visitas em contexto de Cuidados Intensivos_____	18
Gráfico 9 – Participação do enfermeiro de referência do turno nas reuniões do médico com os familiares de referência da pessoa alvo dos cuidados_____	19
Gráfico 10 – Organização das intervenções dos Enfermeiros de forma a estarem disponíveis para o acolhimento das visitas às pessoas alvo dos seus cuidados_____	19
Gráfico 11 – Conhecimento do circuito de encaminhamento dos doentes para os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar_____	20
Gráfico 12 – Pertinência da existência de uma política de visitas na UCI_____	20

## 1 – INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II decorrente da frequência no 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, e de acordo com o plano de estudo, está previsto a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço de acordo com a Metodologia de Projeto. Neste sentido, a área temática que me propus desenvolver enquadra-se na “Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”, na medida em que no contexto de exercício profissional se constatou a inexistência de sistematização relativa ao acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica internada na UCI do Hospital do Sul.

No sentido de validar a pertinência do desenvolvimento do presente Projeto de Intervenção em Serviço, foi construído um guião de entrevista semiestruturada, sendo, após validação com a Enfermeira Orientadora e com a Professora E.M., aplicada à Enfermeira Responsável da UCI do Hospital do Sul.

Para consolidação e fundamentação do diagnóstico de situação, foi necessário conhecer a opinião da equipa acerca da temática supracitada de forma a proceder ao desenvolvimento do trabalho. Após construção de um instrumento de colheita de dados, de ser oficializada a informação à Enfermeira Diretora da instituição e ter sido pedida autorização para realização do estudo à responsável do Serviço, procedeu-se à aplicação do questionário.

Assim, após a realização da entrevista e recolha dos questionários procedeu-se ao tratamento de dados dos mesmos, servindo o presente documento para explicar os tratamentos dos dados obtidos.

## 2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O presente estudo debruça-se sobre o conhecimento da opinião dos Enfermeiros da U.C.I. – Hospital do Sul acerca da sua prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, tendo em conta o valor que atribuem à humanização dos mesmos, através da forma como realizam o acolhimento e acompanhamento às visitas.

## **2.1. – Guião de Entrevista**

Com o objetivo de validar a pertinência da temática que se pretende desenvolver no PIS, optou-se por realizar uma entrevista semiestruturada à Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul uma vez que a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os sujeitos em estudo. Neste tipo de entrevista os temas a abordar são definidos, à partida, pelo entrevistador, sob a forma de questões abertas, tendo por base um guião adaptável e orientador, que permitirá ao entrevistador manter o controlo no decurso de todo o processo, sendo que este intervém quando o entrevistado não aborda espontaneamente o que é suposto tratar, evitando grandes dispersões, mas nunca impedindo que as informações surjam livremente (Powney, 1987 in Lessard-Hébert, 1990)<sup>7</sup>.

Porém, para que o guião de entrevista seja um instrumento de colheita de dados fiável, indo de encontro à problemática, foi necessário validá-lo de modo a detetar possíveis erros de formulação das questões e despistar enviesamentos.

No que se refere ao guião da entrevista, era composto por quatro questões e tinha como objetivos validar a importância atribuída pela Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul, acerca da temática; sondar o que na opinião da mesma poderia ser melhorado na área do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica; averiguar a importância atribuída à criação de uma política de visitas na UCI-Hospital do Sul, e qual a pertinência atribuída à realização de eventos formativos acerca da temática. Em concordância com a orientadora académica deste estudo achou-se que o guião da entrevista estava adequado, reunindo assim condições para ser aplicado.

Segundo Fortin (1999:307)<sup>8</sup>, “A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger o direito dos sujeitos.”

Desta forma, a ética é considerada pela mesma autora, como “ (...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

A realização de um estudo deste tipo exige atenção a diversos aspetos éticos por parte do autor.

---

<sup>7</sup> Powney (1987), in Lessard-Hebert 1990, Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas, Lisboa, Instituto Piaget.

<sup>8</sup> Fortin, M. (1999), O Processo de Investigação: da Concepção à Realização, Lisboa, Lusociência; p.307

No limite, estes prendem-se com o respeito pela pessoa inquirida que, a não se verificar, conduzirá a um estudo eticamente inaceitável (Fortin, 2000)<sup>9</sup>. Assim, o autor deve, necessariamente, conferir ao inquirido os seguintes direitos:

- Direito à autodeterminação – Permitir que o entrevistado decida se participa ou não no mesmo;
- Direito à intimidade – Garantir a menor invasão possível;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade – Garantir que a identidade do entrevistado não é relacionada com as respostas obtidas;
- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – Garantir a proteção da pessoa contra os inconvenientes suscetíveis de a prejudicarem ou lhe fazerem mal física, psicológica, legal ou economicamente.
- Direito a um tratamento justo e equitativo – O entrevistado deve receber este tratamento ao longo de todas as fases do estudo.

Deve ser informado sobre a natureza, o fim e a duração do mesmo, para poder decidir, de forma esclarecida, sobre a sua participação (Fortin, 2000)<sup>10</sup>. Por isso, será conveniente o prévio envio, ao potencial participante, de toda a informação considerada necessária.

De acordo com os aspetos éticos supracitados, efetuou-se a solicitação de autorização, por escrito, dirigida à Enfermeira Diretora do Hospital do Sul para permitir a realização deste projeto na Unidade de Cuidados Intensivos (Anexo II), tendo posteriormente sido entregue à Enfermeira Responsável da mesma unidade, assim como a explicitação do Projeto de Intervenção em Serviço, por demora da resposta. (Anexo III) que deu autorização para a consecução do mesmo.

Garantidos todos os aspetos éticos Relativamente à aplicação da entrevista, foi efetuada num ambiente calmo e de privacidade, por se considerar que deste modo mais facilmente se cria uma atmosfera que estimula a espontaneidade das respostas, uma vez que o entrevistado sente-se mais à vontade para expressar as suas opiniões de forma direta e honesta.

---

<sup>9</sup> Fortin, M. (2000), O Processo de Investigação: da Conceção à Realização, Lisboa, Lusociência

<sup>10</sup> Fortin, M. (2000), O Processo de Investigação: da Conceção à Realização, Lisboa, Lusociência

A entrevista foi realizada a 1 de Março de 2013, pelas 15h38m, teve a duração de aproximadamente 30 minutos, de acordo com a disponibilidade da Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul e a forma de registo utilizada foi a escrita.

### 2.1.1 - Análise de Conteúdo

De acordo com Fortin (1999)<sup>11</sup>, a análise de dados em investigação qualitativa constitui parte integrante do processo de investigação, surgindo aliada a um período de colheita de dados. O objetivo da análise consiste em sintetizar as observações completas para que seja possível dar respostas às perguntas da pesquisa (Selltiz et al, 1987)<sup>12</sup>.

Segundo Vala (1986)<sup>13</sup>, a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Para Fortin (1999: 364)<sup>14</sup>, ela consiste numa “(...) estratégia que serve para identificar um conjunto de características essenciais.”

Para a análise de conteúdo deste trabalho foi utilizado o modelo descrito por Bardin, o qual “(...) valoriza grandemente qualquer pesquisa exploratória, em virtude de emergir tendencialmente para a descoberta” (Bardin, 1991:43)<sup>15</sup>.

Antes de se proceder à análise de dados obtidos através da entrevista, foi feita a transcrição da mesma (Anexo IV). A transcrição da entrevista diz respeito ao conjunto de documentos tidos em conta para serem analisados – *corpus* de análise (Bardin, 1977)<sup>16</sup>.

Anteriormente à análise de conteúdo foi feita uma leitura flutuante do *corpus*, sendo este constituído pelos dados adquiridos na entrevista.

Segundo Bardin (1991)<sup>17</sup>, o *corpus* é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras. Posteriormente à constituição do *corpus* procedeu-se à codificação, sendo esta, segundo Holsti (1969)<sup>18</sup>, um processo

---

<sup>11</sup> Fortin, M. (1999), O Processo de Investigação: da Conceção à Realização, Lisboa, Lusociência;

<sup>12</sup> Selltiz, W. (1987), Métodos de pesquisa nas relações sociais, São Paulo, 2ª. Edição, EPU.

<sup>13</sup> Vala, J. (1986), Análise de Conteúdo, Lisboa, Edições Afrontamento.

<sup>14</sup> Fortin, M. (1999), O Processo de Investigação: da Conceção à Realização, Lisboa, Lusociência;p.364

<sup>15</sup> Bardin, L. (1991), Análise de Conteúdo, Rio de Janeiro, Edições 70, p.:43

<sup>16</sup> Bardin, L. (1977), Análise de conteúdo, Lisboa, Edições 70.

<sup>17</sup> Bardin, L. (1991), Análise de Conteúdo, Rio de Janeiro, Edições 70.

através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Esta etapa compreende três escolhas: recorte (escolha das unidades), enumeração (escolhas das regras de contagem) e agregação (escolha das categorias), de modo a esclarecer o analista acerca das características do texto.

Para ser feita a codificação foi necessário selecionar os dados de modo a agrupá-los em unidades de registo e de contexto. A unidade de registo, segundo Bardin (1991)<sup>19</sup>, corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade para a base, visando a categorização e a contagem frequencial. Como unidade de registo será considerado o recorte de nível semântico, ou seja, o tema. Quanto à unidade de contexto, esta permite apreender o significado exato da unidade de registo, tendo como objetivo esclarecer qualquer dúvida durante o processo de recorte e de agrupamento das unidades de registo. No que se refere ao recorte, este compreende a escolha das unidades, a enumeração, a escolha das regras de contagem, a classificação, a agregação assim como a escolha das categorias.

Para procedermos a uma análise rigorosa e concisa do conteúdo da entrevista teremos por base as regras definidas por Bardin inerentes à elaboração de unidades de análise. A categorização, segundo esta autora, “surge como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.” (Bardin, 1991:117)<sup>20</sup>

Para iniciar a análise de conteúdo, optou-se por definir como unidade de contexto: Receção e Acompanhamento dos familiares de referência/pessoas significativas que se deslocam para visitar a pessoa em situação crítica pelos enfermeiros; Melhorarias na área do acolhimento das visitas na UCI para obtenção do nível máximo de qualidade nos cuidados prestados; Importância da existência da política de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica; Pertinência de realização de eventos formativos à equipa acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica. (Anexo V)

Tendo em conta a receção e acompanhamento dos familiares de referência/pessoas significativas que se deslocam para visitar a pessoa em situação crítica pelos enfermeiros, e procedendo

---

<sup>18</sup> Holtis, O. (1969), *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*, New York, John Wiley and Sons.

<sup>18</sup> BARDIN, L. (1991), *Análise de Conteúdo*, Rio de Janeiro, Edições 70

<sup>19</sup> BARDIN, L. (1991), *Análise de Conteúdo*, Rio de Janeiro, Edições 70; p.117

à interpretação das unidades de registo referentes a esta unidade de contexto, podemos verificar que a Enfermeira Responsável considera ser importante a temática do presente Projeto de Intervenção em Serviço. Tal pode ser demonstrado pelo seguinte registo U.R.1- *“Considero e sempre considerei de extrema importância quer a receção quer o acompanhamento pelos enfermeiros, dos familiares de referência/pessoa significativa, durante a permanência da pessoa internada em qualquer contexto das organizações de Saúde e especialmente quando se encontram em situação crítica.”*

No que diz respeito às melhorias na área do acolhimento das visitas na UCI para obtenção do nível máximo de qualidade nos cuidados prestados, é referido pela enfermeira responsável na U.R.2 - *“(...) princípios orientadores da nossa profissão e descritos na documentação que nos regula/orienta desde sempre, como podemos constatar no REPE (...); Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (...) A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. (...) várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente (...). No sentido de otimizar o exercício profissional, frequentemente os enfermeiros alargam o conceito de cliente, e portanto a relação de parceria, à família e à comunidade (...).”*

De acordo com a anterior unidade de registo, pode-se considerar que através da realização do presente Projeto de Intervenção em Serviço será uma forma de alcançar melhorias na área do acolhimento das visitas na UCI.

Relativamente à importância da existência da política de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, a enfermeira responsável afirma na U.R.3 - *“Considero fundamental. (...) “As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, (...)”*, sendo esta também um argumento a favor do desenvolvimento do presente Projeto de Intervenção em Serviço.

Quando questionada acerca da pertinência de realização de eventos formativos à equipa acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, a enfermeira responsável do serviço reconhece na U.R.4 - *“Sem dúvida. Na minha opinião, não faz qualquer sentido, cuidar da pessoa sem o envolvimento da família/pessoa significativa. (...) colegas especialmente que trabalham nas áreas da pessoa em situação crítica, têm mais dificuldade em apropriarem-se destes princípios fundamentais especialmente os mais jovens uma vez que tentam com maior rapidez interiorizar os conhecimentos tecnológicos-científicos por forma a responder em tempo útil ao restabelecimento das funções vitais da pessoa a quem prestam cuidados. (...) No entanto, no decorrer do internamento, o desenvolvimento de “laços”- interação entre o familiar/pessoa significativa e o enfermeiro são uma constante. (...) Um dos meus grandes objetivos é conseguir que a equipa preste (alguns) cuidados à pessoa internada em situação crítica, com o*

*familiar presente (com a devida preparação e aceitação mútua) e posteriormente com a sua colaboração em parceria. (...) Por todas estas razões as oportunidades: formativas, de discussão, de partilha de experiências entre colegas, referentes a esta temática, serão sempre bem-vindas e eu estarei sempre disponível para as facilitar e acompanhar.”*

Perante o anteriormente exposto, penso que se reúnem todas as condições necessárias para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço que me proponho realizar: “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”.

Desta forma no sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem da UCI foi construído um questionário.

## **2.2.- Questionário**

Um questionário “... é um instrumento para recolha de dados constituído por um conjunto mais ou menos amplo de perguntas e questões que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar.” (Hoz, 1985:58)<sup>21</sup>.

Assim, depois de construído o questionário e de ter sido aplicado o respetivo consentimento informado, após pedido de autorização ao CA procedi à aplicação de Pré-teste no período de 6 a 9 de Fevereiro de 2013. Com esta aplicação, foi possível notar que a primeira questão estaria mal colocada, dando origem a respostas ambíguas, tendo por esse motivo sido retirada do instrumento construído para o efeito.

O questionário foi aplicado à equipa de Enfermagem da UCI-Hospital do Sul.<sup>22</sup> de 11 de Fevereiro de 2013 a 18 de Fevereiro de 2013, tendo sido colocados na bancada central da sala de trabalho com correspondente listagem para sinalização após respondido. A salientar que foram cumpridas todas as questões éticas inerentes a um estudo desta natureza.

O questionário era constituído por três partes, sendo que a primeira parte pretendia caracterizar a amostra; com a segunda parte do questionário pretendia-se conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo e o nível de formação que possuíam na área em estudo;

---

<sup>21</sup> Hoz, Arturo (1985) Investigación Educativa: Dicionário Ciências da Educação, Madrid:Ediciones Anaya, S.A.; p.58

<sup>22</sup> Unidade de Cuidados Intensivos – Hospital do Sul

na terceira parte tinha como objetivo conhecer o grau de concordância relativamente ao acompanhamento das pessoas significativas dos doentes internados na UCI.

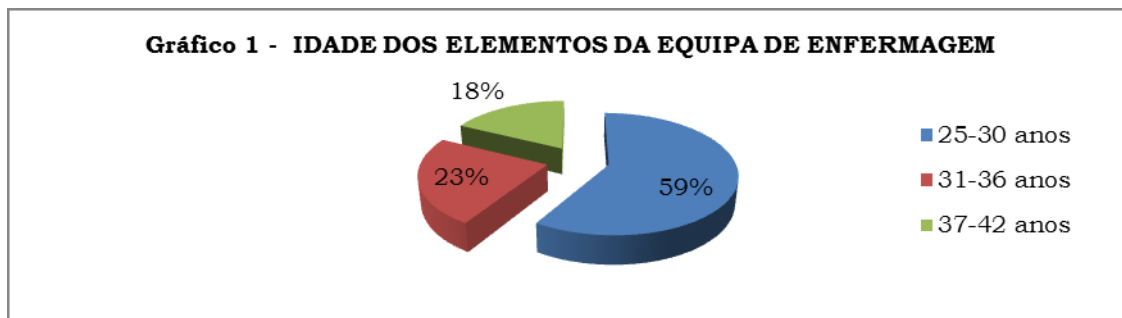
Após recolha dos instrumentos de colheita de dados, procedi ao tratamento dos mesmos, recorrendo ao programa informático Excel 2010, os quais passarei agora explicar de acordo com as etapas dos questionários. (Anexo VI)

### 2.2.1 - Apresentação dos Resultados

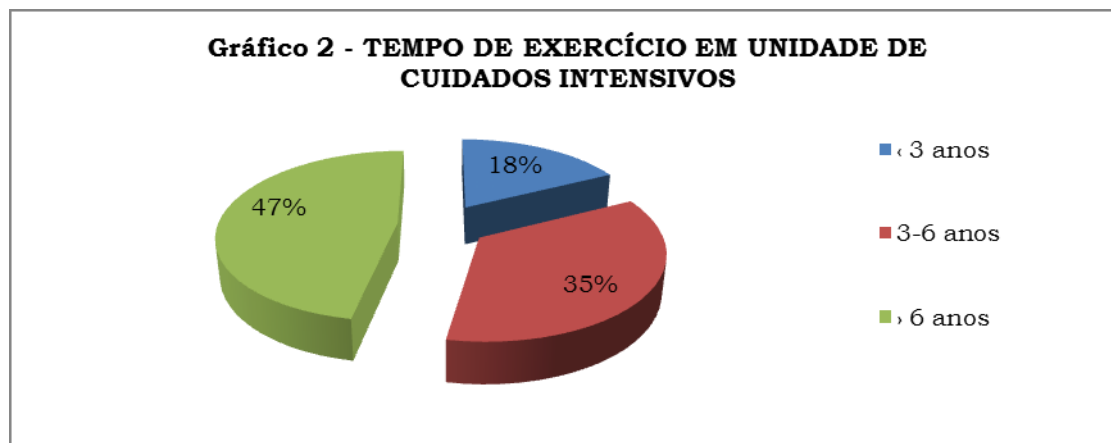
#### **PARTE I**

A primeira parte pretendia caracterizar a amostra.

Dos 17 enfermeiros que constituíam a amostra podemos inferir que 59% dos enfermeiros que a constituem têm idades compreendidas entre os 25 e 30 anos de idade, 23% tem idades compreendidas entre os 31 e os 36 anos de idade e 18% entre os 37 e os 42 anos.



Quando questionados relativamente aos anos de exercício profissional em contexto de unidade de cuidados intensivos, constatamos que 47% dos inquiridos tem mais de 6 anos de prestação efetiva no contexto citado, 35% tem entre 3 e 6 anos e 18% menos de 3 anos de exercício profissional em Cuidados Intensivos.



De acordo com Patrícia Benner (2001:p.53)<sup>23</sup>, “A enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. (...)”

Assim, para a enfermeira competente, um plano estabelece uma perspetiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema.” A mesma autora defende ainda que “A enfermeira perita (...) tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação a apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. É difícil fazer-se uma boa ideia das suas capacidades, porque ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global.” Para a referida autora, os enfermeiros peritos são aqueles que contam com mais de cinco anos no mesmo contexto profissional.

Assim, perante os dados obtidos e tendo em conta a classificação de Patrícia Benner, pode considerar-se a equipa da UCI – Hospital do Sul<sup>24</sup> como sendo formada por enfermeiros competentes e peritos.

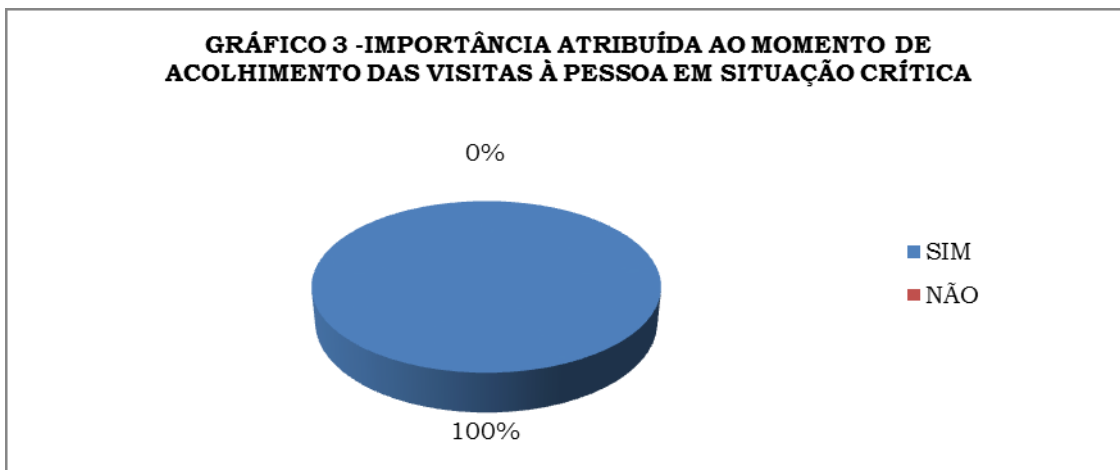
## PARTE II

Nesta parte do questionário pretendia-se conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo e o nível de formação que possuíam na área em estudo.

Assim, quando questionados acerca da importância atribuída ao momento de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica, a resposta foi unânime, tendo 100% apontado o tema como importante.

<sup>23</sup> Benner, Patrícia (2001): De Iniciado a Perito; Quarteto Editora; Coimbra; 2001; p.53.

<sup>24</sup> Unidade de Cuidados Intensivos – Hospital do Sul



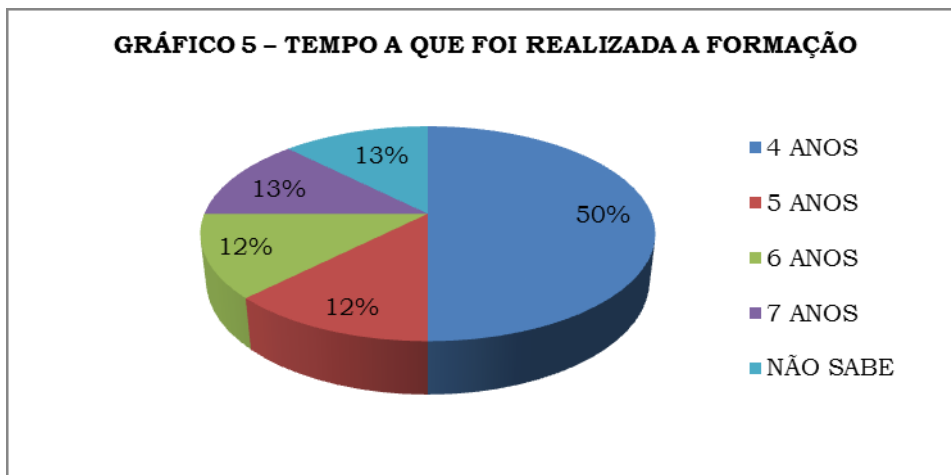
Tratando-se de uma equipa jovem, é de salientar a unanimidade atribuída à importância do momento de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica, sendo que a mesma se poderá justificar pela inexistência de regulamentação do procedimento.

Acerca da realização de formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, 53% dos inquiridos respondeu que não havia realizado formação acerca da referida temática e 47% respondeu que sim, que havia realizado formação na referida área temática.

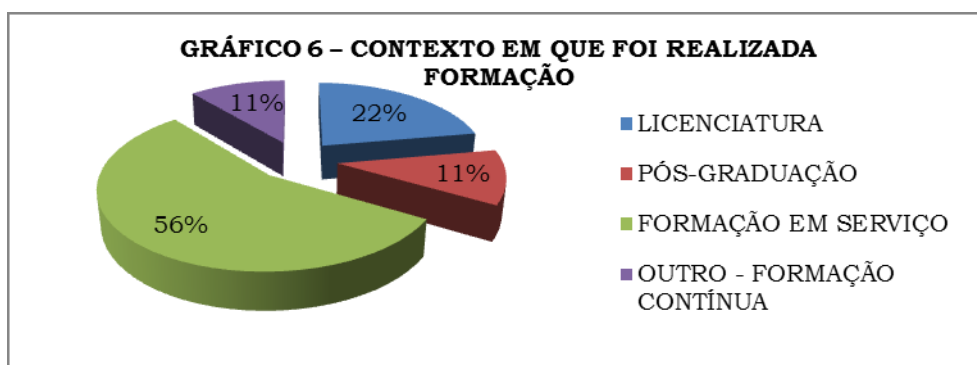


Foi possível notar que mais de metade da equipa (53%) nunca teve formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica. Dos 47% dos elementos que tiveram formação acerca da temática, o tempo mínimo a que foi realizada foi há 4 anos, e o tempo máximo há 7 anos, sendo a maioria dos eventos formativos em contexto de formação em serviço, seguido dos eventos formativos considerados aquando da formação de base (licenciatura).

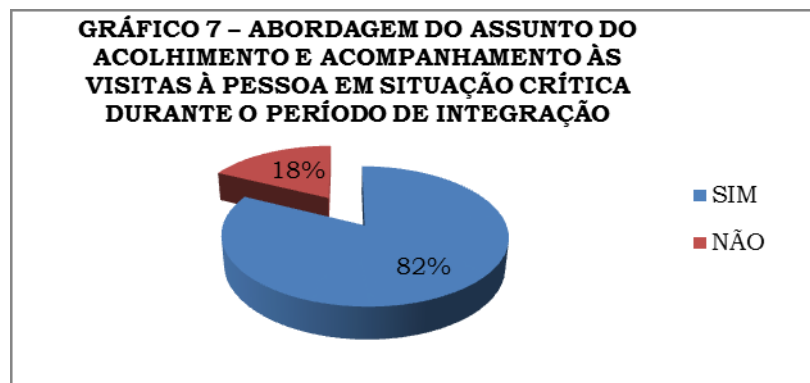
Dos elementos que responderam ter realizado formação na área do acolhimento às visitas, 50% respondeu ter sido há 4 anos, 13% há 7 anos, 13% respondeu não saber, 12% há 6 anos e 12% há 5 anos.



Dos 47% que responderam ter realizado formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, 56% foi em contexto de formação em serviço, 22% em contexto do curso de base (Licenciatura), 11 % em contexto de Pós-Graduação e 11% em outro contexto (formação contínua).



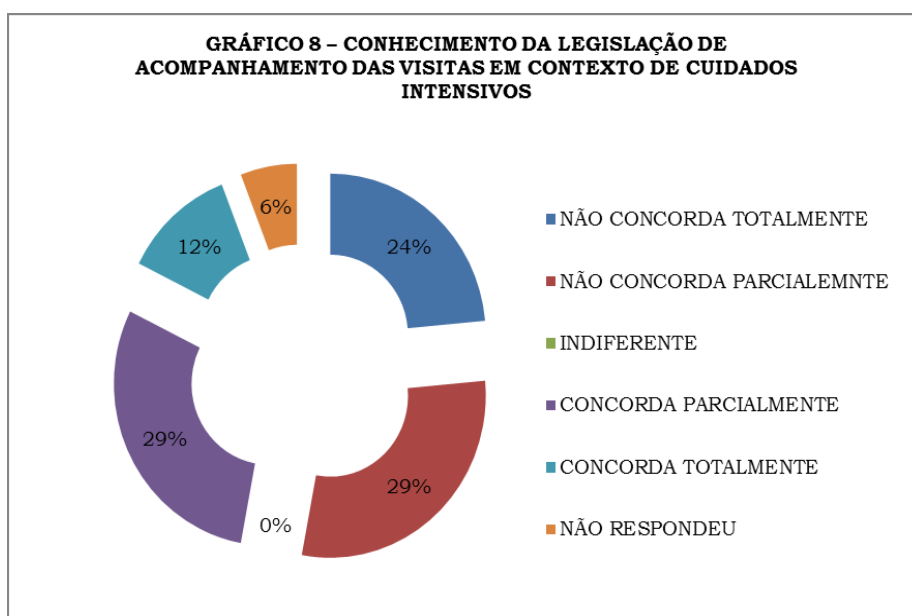
Quando questionados se durante o período de integração na unidade de cuidados intensivos foi abordado o assunto do acolhimento e acompanhamento às visitas à pessoa em situação crítica, 82% respondeu que sim, tendo 18% assumido não ter sido abordada esta temática durante o mesmo.



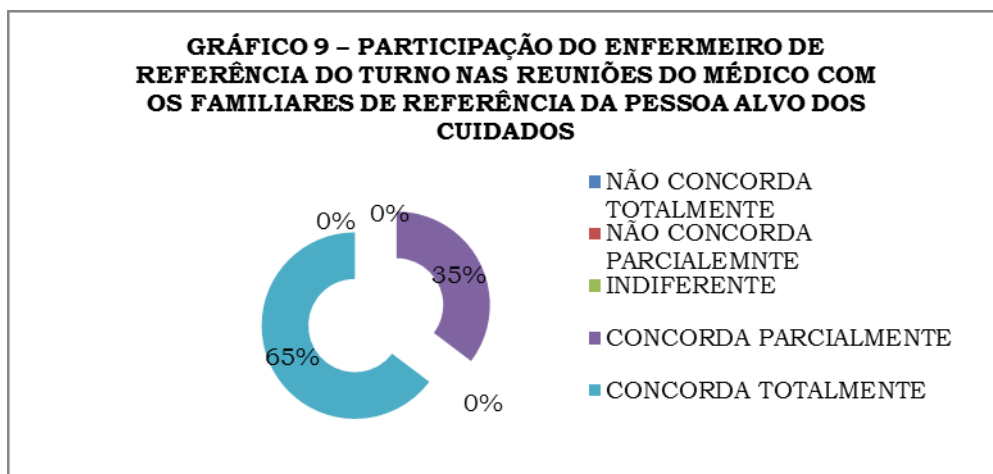
### PARTE III

Com a terceira parte do questionário pretendia-se conhecer o grau de concordância relativamente ao acompanhamento das pessoas significativas dos doentes internados na UCI. Assim numa escala de 1 a 5 em que 1 correspondia a “*Não concordo totalmente*”; 2 a “*Não concordo parcialmente*”; 3 a “*Indiferente*”; 4 a “*Concordo parcialmente*” e 5 a “*Concordo totalmente*”, era solicitado que fossem assinaladas com um X as respostas que se coadunassem com a opinião do inquirido.

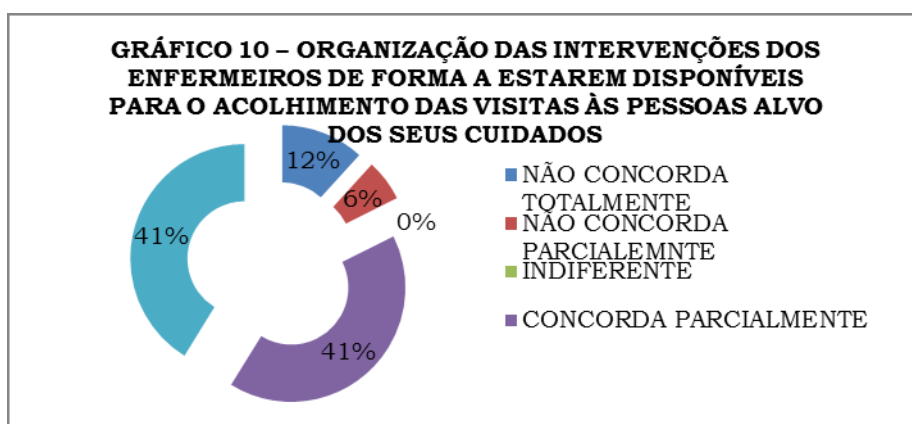
Da análise realizada, face ao primeiro ponto de pesquisa, 29% dos inquiridos assumiu não concordar parcialmente com o conhecimento da legislação aplicável ao acompanhamento das visitas em contexto de cuidados intensivos, 29% assumiu concordar parcialmente com o mesmo, 24% assumiu não concordar totalmente e 12% assumiu concordar totalmente.



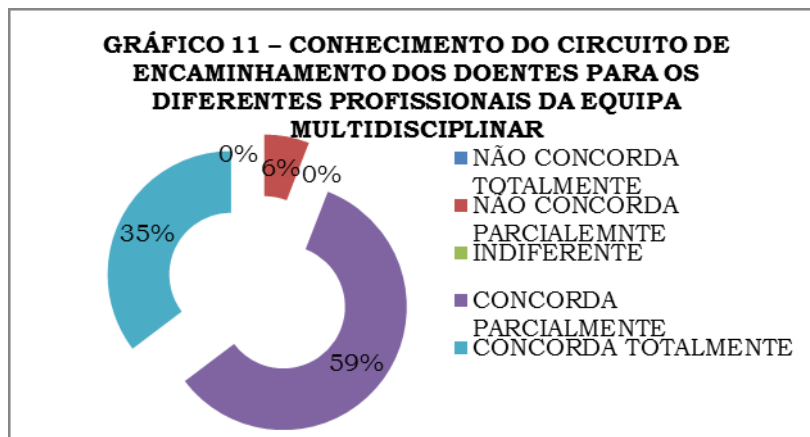
Acerca da participação do enfermeiro de referência do turno nas reuniões do médico com as visitas de referência da pessoa alvo de cuidados, 65% concorda totalmente que os enfermeiros devem estar presentes nas referidas reuniões e 35% concorda parcialmente.



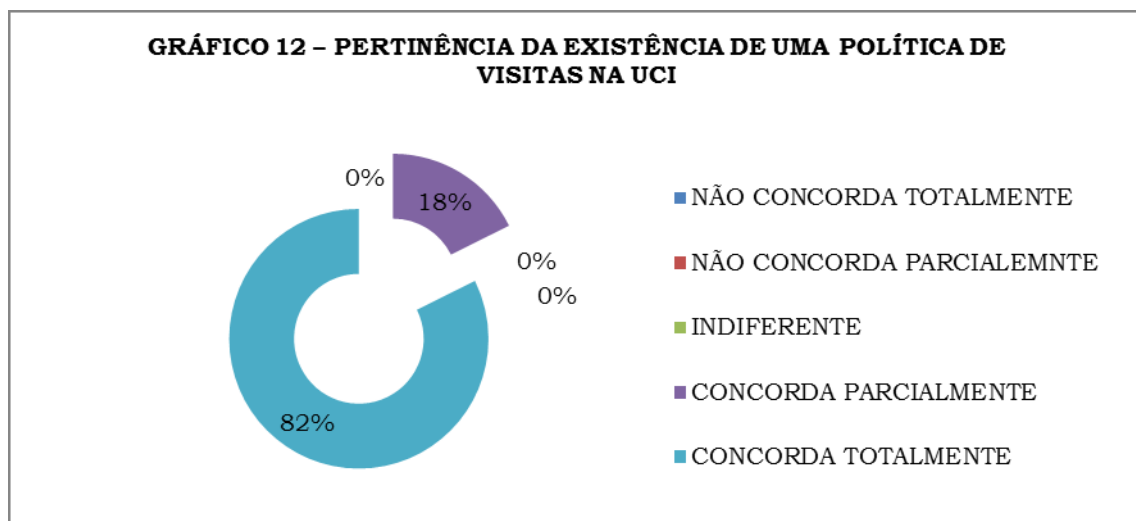
Quando questionados acerca da organização das intervenções dos enfermeiros de forma a se encontrarem disponíveis para o acolhimento das visitas às pessoas alvo dos cuidados, 41% concorda totalmente, 41% concorda parcialmente, 12% não concorda totalmente e 6% não concorda parcialmente.



Sobre o conhecimento do circuito de encaminhamento da pessoa em situação crítica e visitantes de referência para os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, 59% dos inquiridos concorda parcialmente que conhecem os recursos para onde os podem encaminhar, 35% concorda totalmente e 6% não concorda parcialmente.



No que se refere à pertinência da existência de uma política de visitas na UCI-Hospital do Sul, 82% dos inquiridos concorda totalmente e 18% concorda parcialmente com a mesma.



#### 4 - CONCLUSÃO

Considerando os dados obtidos, penso haver neste âmbito um longo caminho a percorrer dado o manancial de fragilidades e necessidades reconhecidos pela equipa que sendo jovem, se

empenha na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, não só às pessoas em situação crítica como às pessoas de referência (familiares ou não) que as acompanham durante a fase decisiva de internamento em cuidados intensivos.

Assim, após análise de dados projetamos como objetivos:

**Objetivo Geral:**

Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul.

**Objetivos Específicos:**

Elaborar norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica;

Formar a equipa acerca de: “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

## APÊNDICE 5 - FMEA

**ANÁLISE FMEA**

ETAPA	MODO DE FALHA POTENCIAL	S E V	EFEITO	O C O R	CAUSA	D E T	N P R	AÇÕES A DESENVOLVER
1 - Acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica	Inexistência de regulamentação para a receção e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica	10	Receção e acompanhamento realizados de forma não uniformizada	10	Inexistência de procedimento de enfermagem na área do acolhimento e acompanhamento das visitas	10	1000	1.Realizar pesquisa bibliográfica;  2. Formar a equipa acerca da temática de acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica
2- Implementação da assistência do enfermeiro de referência na reunião do corpo médico com as visitas de referência da pessoa em situação crítica	Risco de não deteção de potenciais focos de intervenção de enfermagem em situações de instabilidade das visitas da pessoa em situação crítica, em tempo útil	10	Ineficaz intervenção junto das visitas da pessoa em situação crítica	8	Ausência do Enfermeiro aquando da reunião de transmissão de informação acerca da situação clínica da pessoa em situação crítica à pessoa de referência	10	800	1.Realizar pesquisa bibliográfica;  2.Elaborar norma de procedimento para o acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica.

## APÊNDICE 6 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO – PIS

## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Eulália Sofia Rodrigues Luís
<b>Instituição:</b> Hospital do Sul
<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intensivos
<b>Título do Projeto:</b> “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica.”
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</b> <p>Com a utilização de tecnologias de ponta nas Unidades de Cuidados Intensivos, assistimos a progressivas melhorias e ganhos em Saúde. Perante o internamento neste tipo de unidades, os familiares/pessoas de referência da pessoa em situação crítica em regime de internamento na UCI – Hospital do Sul, desejam obter informações de forma a esclarecer as suas dúvidas, a apaziguar as suas ansiedades, tendendo a manter o contacto o mais próximo possível com os enfermeiros, na medida em que estes profissionais são os que, segundo a Ordem dos Enfermeiros, constituem atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001). Presentemente, assiste-se a uma valorização crescente perante a humanização dos cuidados de saúde, sendo esta exigida pelos utentes do serviço nacional de saúde a todos os níveis de atendimento. Segundo o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.7) “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.</p> <p>Na UCI-Hospital do Sul, o acolhimento é realizado pela Enfermeira Responsável de serviço (quando se encontra no serviço no turno da manhã).</p> <p>Não sendo o enfermeiro responsável pelo doente a realizar o acolhimento e acompanhamento das visitas, sendo de relevar também a ausência do mesmo nas reuniões de transmissão de informação com o médico, pode levar a eventuais falhas no circuito de informações fornecidas, limitando o papel do enfermeiro na prestação de apoio e/ou encaminhamento no contexto do acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, sendo que tal ocorre por inexistência de uniformização do procedimento.</p>

Perante o exposto, pretende-se desenvolver um PIS na área do acolhimento pois de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Maio/2010), este projeto envolve os quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De referir ainda que a realização deste projeto permitirá também o desenvolvimento de competências específicas, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Novembro/2010), nomeadamente a k.1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; na unidade de competência k.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; na k.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; na k.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

### **Diagnóstico de Situação**

#### **Definição geral do problema**

Inexistência de norma de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul.

**Análise do problema** (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

A prestação de cuidados ao doente crítico não pode conduzir a perda de perspetiva do cuidar em enfermagem. Deste modo, procurou-se fazer coincidir o rigor técnico, baseado nos conhecimentos adquiridos, na pesquisa efetuada e na experiência profissional, com uma perspetiva humanista e global dos cuidados de enfermagem, assumindo como centro dos cuidados não apenas o doente, mas também a pessoas significativas, procurando desenvolver atividades e competências nos domínios verbais, procedimentais e atitudinais tal como foram definidos por Carvalho (2002).

Com a utilização de tecnologias de ponta nas Unidades de Cuidados Intensivos, assistimos a progressivas melhorias e ganhos em Saúde. Perante o internamento neste contexto, as pessoas de referência do utente desejam obter informações de forma a esclarecer as suas dúvidas, a apaziguar as suas ansiedades e a manter o contacto o mais próximo possível

com a pessoa em situação crítica, procurando o enfermeiro. Comunicando, os enfermeiros relacionam-se com os utentes e pessoas de referência e “à medida que os enfermeiros aperfeiçoam a sua capacidade de comunicação e se tornam mais confiantes, evoluem na sua competência, de novatos a peritos” (Riley, 2004)

“As visitas hospitalares têm um papel importante no apoio psicológico e afectivo aos doentes internados. (...) Torna-se, assim, necessário que as equipas de saúde considerem a família como parceiro na prestação de cuidados (...). Estas duas vertentes – visitas e acompanhamento familiar – inserem-se na humanização dos cuidados e integram a componente assistencial devendo, por conseguinte, serem consideradas um direito do doente. Considera-se acompanhante familiar a pessoa pertencente ou não à família do doente, por princípio escolhida sempre pelo próprio, excepto se não se encontrar em condições para este efeito.” (Direcção Geral de Saúde – Circular Normativa Nº 4/DSPCS, de 28/01/00)

Perante o exposto, na UCI-Hospital do Sul o âmbito de prestação de cuidados interdisciplinar é pautado por algumas limitações, sendo uma delas, a ausência de sistematização no que concerne ao acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica. No sentido de explorar esta temática, foi pedida autorização à Enfermeira Diretora do Hospital do Sul para realização do presente estudo, entregue previamente à realização do mesmo. Para atestar a pertinência da temática proposta para o Projeto de Intervenção em Serviço e proceder à validação da mesma junto da Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos, realizou-se a entrevista semiestruturada, cujo guião foi construído para esse fim. Da análise de conteúdo realizada, pôde-se concluir que a temática era de toda a pertinência, sendo inclusivamente um dos projetos a desenvolver pela Enfermeira Responsável da UCI.

Posteriormente, no sentido de auscultar a opinião da equipa de enfermagem acerca da temática apresentada, foram aplicados questionários construídos para este estudo.

Estes eram constituídos por três partes: a primeira parte pretendia caracterizar a amostra; a segunda parte pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo e o nível de formação que possuíam na área; a terceira parte tinha como objetivo conhecer o grau de concordância relativamente ao acompanhamento das pessoas significativas dos doentes internados na UCI.

Cada questionário foi entregue com o respectivo consentimento informado, no sentido de respeitar as questões éticas inerentes a este tipo de trabalhos, após ter sido entregue o pedido de autorização à Enfermeira Responsável da UCI-Hospital do Sul e à Enfermeira Diretora da mesma instituição. Antes da sua aplicação foi realizado o pré-teste, no período de 6 a 9 de Fevereiro/2013, tendo sido necessário retirar uma pergunta por a mesma se encontrar colocada de forma ambígua. Deste modo após aplicação dos questionários no período de 11 a 18 de Fevereiro/2013, procedeu-se à análise e tratamento de dados através do programa EXCEL 2010, sendo de salientar que a amostra era constituída por 17 enfermeiros. Da análise realizada destaca-se: Trata-se de uma equipa muito diversificada em termos de idades e pouco experiente; perante os dados obtidos e tendo em conta a classificação de Patrícia Benner (2001), pode considerar-se a equipa da UCI – Hospital do Sul como sendo formada por enfermeiros competentes e peritos, uma vez que 47% dos inquiridos tem mais de 6 anos de prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos, sendo que 35% tem entre 3 e 6 anos. De salientar a unanimidade atribuída à importância do momento de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica.

Acerca da realização de formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, 53% dos inquiridos respondeu que não havia realizado formação acerca da referida temática e 47% respondeu que sim.

Dos 47% dos elementos que tiveram formação acerca da temática, o tempo mínimo a que foi realizada foi há 4 anos, e o tempo máximo há 7 anos, sendo a maioria dos eventos formativos em contexto de formação em serviço, seguido dos eventos formativos considerados aquando da formação de base.

Quando questionados se durante o período de integração na unidade de cuidados intensivos foi abordado o assunto do acolhimento e acompanhamento às visitas à pessoa em situação crítica, 82% respondeu que sim, tendo 18% assumido não ter sido abordada esta temática durante o mesmo.

Quando questionados acerca da organização das intervenções dos enfermeiros de forma a se encontrarem disponíveis para o acolhimento das visitas às pessoas alvo dos cuidados, 41% concorda totalmente, 41% concorda parcialmente, 12% não concorda totalmente e 6% não concorda parcialmente. Sobre o conhecimento do circuito de encaminhamento da pessoa em situação crítica e visitantes de referência para os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, 59% dos inquiridos concorda parcialmente que conhecem os recursos para onde os podem encaminhar, 35% concorda totalmente e 6% não concorda parcialmente.

No que se refere à pertinência da existência de uma política de visitas na UCI-Hospital do Sul, 82% dos inquiridos concorda totalmente e 18% concorda parcialmente com a mesma.

Considerando os dados obtidos, penso haver neste âmbito um longo caminho a percorrer dado o manancial de fragilidades e necessidades reconhecidos pela equipa que se empenha na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, não só às pessoas em situação crítica como às pessoas de referência (familiares ou não) que as acompanham durante a fase decisiva de internamento em cuidados intensivos.

Para estabelecer prioridades de intervenção foi utilizada a ferramenta de gestão – FMEA, sendo que inicia-se a análise pela etapa de RPN mais elevado (a etapa 2 – NPR=1000), que consiste na Implementação da assistência do enfermeiro de referência na reunião da equipa médica com as visitas de referência da pessoa em situação crítica. Segue-se a etapa de Acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica à (etapa 1 – NPR= 800 pontos) cuja interpretação e estratégias de intervenção se encontram na tabela em anexo.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

- Falta de sistematização da receção e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica;
- Inexistência de enfermeiro de referência responsável pelo acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica;

### **Determinação de prioridades**

1 – Realizar pesquisa Bibliográfica sobre “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

2 - Elaborar norma de procedimento sobre o acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica;

3- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o acolhimento às visitas/pessoa de referência da pessoa em situação crítica através da realização de um evento formativo para o efeito.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

#### **OBJECTIVO GERAL**

Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

#### **OBJECTIVOS ESPECIFICOS**

- Elaborar norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica;

- - Formar a equipa acerca de: “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”.

#### **Referências Bibliográficas** (Norma Portuguesa)

Carvalho, Fernando (2002). Servir. A sociedade de hoje, a enfermagem e a visão holística da pessoa. Vol.50, n.º5 (Set.-Out.), p.254-256.

Collière, M-F. (1999). Promover a Vida, da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

D'Espiney, L. (1999). Aprender a Aprender Pela Experiência: A Formação Inicial de Enfermeiros. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.

Festas, C. (1999). Cuidar no 3.º milénio, *Servir*, Volume n.º47, n.º2, pp.60-66.

Henderson, Virginia (1969) - The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education. New York: The Macmillan Company.

Nightingale, F. (1974. First published 1859). "Introduction by Joan Quixley". In "Notes on Nursing: What it is and what it is not. Glasgow & London: Blackie & Son Ltd. ISBN: 0-216-89974-5.

Pires, A. R. (1999). Inovação e desenvolvimento de novos produtos. Lisboa: Edições Silabo.

Roy, C. e Andrews, H. (1999). The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement. Norwalk. Appleton e Lange.

Santos, A. (2001). Ética nas Unidades de Cuidados Intensivos. In: ARCHER, L., et. al. (2001). *Novos Desafios à Bioética*. Porto. Porto Editora.

Sorensen, L. (1998). *Enfermagem Fundamental – Abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta. ISBN: 9789729661068

### **Documento Legais**

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (1996): Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto - Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

## APÊNDICE 7 – PLANEAMENTO PIS

### Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

<b>Estudante:</b> Eulália Sofia Rodrigues Luís	<b>Orientador:</b> S.M.
<b>Instituição:</b> Hospital do Sul	<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intensivos
<b>Título do Projeto:</b> “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”	
<b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJETIVO GERAL:</u></b> Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul	
<b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></b> - Elaborar norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica; - Formar a equipa acerca da temática.	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos – E.M. Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço – M.V. Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M. Enfermeira Responsável pela Formação – M.V.	
<b>Data:</b> 15/ 03/2013	<b>Assinatura:</b> Eulália Luís

**Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço**

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar norma sobre o acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica de forma a uniformizar o procedimento;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Realização da norma de uniformização do procedimento de acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica;</li> <li>- Reunir com Enfermeira E.M. para apresentar a norma e recolher sugestões sobre a mesma;</li> <li>- Proceder a alterações caso necessário;</li> <li>- Pedir autorização para implementar a norma realizada;</li> </ul>	Enfermeira responsável da unidade Enfermeiros da equipa	Computador com ligação à Internet Biblioteca Bloco de anotações	5 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Norma de procedimento disponível;</li> <li>-Realizada reunião com Enfermeira responsável da unidade para auscultação da sua opinião e adequação de alterações</li> </ul>

	- Implementar a norma.				necessárias; -Pedida autorização para implementação da norma realizada; -Norma Implementada.
Formar a equipa acerca da temática;	- Pesquisa bibliográfica; -Proceder à construção dos slides da apresentação a realizar no evento formativo; -Apresentar os slides à Enfermeira E.M.; - Proceder a alterações conforme sugestões, caso necessário; -Marcar data da sessão; -Divulgar a sessão;	Enfª Chefe Enfª orientadora Enfª responsável pela formação	Computador com ligação à internet Biblioteca Bloco de notas	5 Meses	- Apresentação de power point finalizada; - Realizada reunião com Enf.ªE.M. e M.V. para apreciação do trabalho desenvolvido para auscultar opinião das mesmas, no sentido de proceder a correções/melhoria do

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar plano de sessão</li> <li>- Divulgar a sessão;</li> <li>- Realizar a formação;</li> <li>- Avaliar a formação.</li> </ul>				<p>trabalho desenvolvido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Data da Sessão marcada;</li> <li>- Plano de sessão elaborado;</li> <li>- Divulgada sessão junto do público-alvo;</li> <li>-Sessão realizada;</li> <li>-Sessão avaliada.</li> </ul>
--	---	--	--	--	---

**Cronograma:**

Objetivo	Atividades	Nov 2012	Dez 2012	Jan 2013	Fev 2013	Mar 2013	Abr 2013	Mai 2013	Jun 2013	Jul 2013	Set 2013	Out 2013
Elaborar norma sobre o	Pesquisa bibliográfica;											



	Proceder a alterações conforme sugestões, caso necessário											
	Marcar data da sessão											
	Divulgar a sessão											
	Elaborar plano de sessão											
	Divulgar a sessão											
	Realizar a formação											
	Avaliar a formação											

**Orçamento:**

Recursos Humanos:

- A criação da norma de procedimento é relativa ao acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, pelo que será desenvolvido em horário de trabalho, por conseguinte, não serão necessários gastos acrescidos.
- A realização das reuniões com os elementos da equipa multidisciplinares ocorrerá igualmente em horário de trabalho, sendo de destacar que a formação será agendada em contexto de formação em serviço, pelo que não se preveem custos para o início da sistematização deste procedimento.

**Recursos Materiais:**

- A nível do acesso telefónico, secretária, cadeiras, material informático, material multimédia e canetas, são materiais que existem já no serviço e que serão utilizados, pelo que não haverá dispêndio a esse nível.

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

- Inexperiência na metodologia de projeto – Forma de ultrapassar: Pesquisa bibliográfica sobre a temática e esclarecimento de dúvidas com a Professora Elsa Monteiro e com a Enfermeira Orientadora de Estágio Susana Machado.

- Resistência à mudança por parte da equipa de enfermagem face ao projeto, podendo daí advir fraca adesão da equipa devido à reduzida autonomia dos profissionais neste contexto de exercício profissional. – Forma de ultrapassar: pretendo realizar a formação várias vezes em horário estratégico, para que todos os elementos da equipa da UCI possam participar e pretendo divulgar pessoalmente a data de formação no decorrer da passagem de turno.

Data: 18/03/2013

Assinatura: Eulália Luís

Docente: \_\_\_\_\_

APÊNDICE 8 – NORMA DE PROCEDIMENTO: “Humanização dos  
Cuidados de Enfermagem na UCI – Acolhimento e Acompanhamento às  
Visitas da Pessoa em Situação Crítica”

<b>Serviço UCI</b>	Norma de Procedimento N.º	<b>Elaborado em:</b>	18/06/2013
		<b>Revisão n.º</b>	/ /
		Próxima Revisão	/ /

**ASSUNTO:** Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica internada na UCI do Hospital do Sul

**DESTINATÁRIOS:** Equipa multidisciplinar da UCI

**OBJETIVO :** Uniformizar a atuação da equipa multidisciplinar no que respeita ao acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica.

**CONCEITO:**

Acolher de uma forma humanizada pressupõe o estabelecimento de uma relação humana de qualidade, podendo dar início a uma relação de ajuda. A primeira imagem/impressão com que se fica de um local desconhecido é de grande importância para as pessoas; o transmitir segurança através de uma imagem de que se sabe o que está a dizer, de alguém que domina o ambiente onde a pessoa se encontra; de disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e no fornecimento de informações; de alguém que está presente sempre que o outro necessita, é o início de uma relação de confiança. O enfermeiro que acolhe deve estar empenhado em estabelecer uma relação verdadeira com a família/convivente significativo, de forma a tentar aliviar os sintomas de inadaptação e tornar menos impessoal o processo de internamento (Matumoto S., 2007).

**ABREVIATURAS:** UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## **OBJECTIVOS:**

- 1 – **INFORMAR** sobre o funcionamento do serviço, designadamente horários de visitas, contactos telefónicos, médicos e enfermeiros responsáveis.
- 2 – **RECOLHER** informação necessária sobre a pessoa em situação crítica de forma a proceder ao planeamento e prestação de cuidados atendendo às diferentes dimensões do SER PESSOA, nomeadamente, o nome pelo qual a pessoa gosta de ser chamada.
- 3 – **CRIAR** as condições facilitadoras ao estabelecimento de uma relação de ajuda que será concretizada ao longo do internamento.
- 4 – **FORNECER** o guia de acolhimento.

## **DESCRIÇÃO: INFORMAÇÕES GERAIS - ACOLHIMENTO**

### A – QUEM EXECUTA

- O Enfermeiro Responsável pela prestação de cuidados, de acordo com o protocolo da UCI.

### B – HORÁRIO

- No primeiro contacto com os familiares/ pessoas significativas da pessoa em situação crítica, independentemente do horário.

### C – ORIENTAÇÕES GENÉRICAS QUANTO À EXECUÇÃO

- O guia de acolhimento deve constar na contracapa do processo da unidade vaga que se encontra preparada para a admissão;
- Enquanto o acolhimento não for realizado, o guia permanecerá na contracapa do processo, o que informará todos os profissionais de que ainda não houve qualquer contacto com familiares/pessoas significativas da pessoa em situação crítica;
- As atividades desenvolvidas no âmbito do acolhimento constarão dos registos de

- Os Enfermeiros poderão utilizar a “Sala de Reuniões” para a realização do acolhimento e da entrevista inicial.
- Os Enfermeiros Chefes de Turno referenciarão essa informação na passagem de turno.
- As situações de impossibilidade de cumprimento desta norma serão resolvidas pelos Enfermeiros Chefes de Turno.

#### D – PROCEDIMENTO

- O Enfermeiro deve:
  1. Dirigir-se à pessoa significativa/familiar e apresentar-se pelo seu nome.
  2. Encaminhar a pessoa significativa/familiar para a “Sala de Reuniões” para realizar a entrevista inicial.
  3. Fornecer e apresentar o Guia de Acolhimento, explicando a informação constante do mesmo, preenchendo e assinando antes da entrega.
    - Chamar a atenção aos horários das visitas, prevendo as exceções ao mesmo. Explicar que podem existir alterações ao horário e quais as razões previsíveis/habituais para tal acontecer.
    - Informar o número de visitas que o doente poderá receber.
    - Disponibilizar o número de contacto da Unidade, constante no guia, para informações, explicando o procedimento (informações telefónicas, número de pessoas que contactam, etc).
  4. Informar-se sobre a história da situação que justificou o internamento.
  5. Recolher os dados e registar na folha de registo de enfermagem colhendo as informações mais relevantes no primeiro contacto: antecedentes de saúde; alergias conhecidas; nome pelo qual o doente gosta de ser chamado; contactos telefónicos do familiar/convivente significativo assim como o nome dos mesmos e o grau de parentesco/proximidade.
  6. Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas.
  7. Informar como vai encontrar o doente (aparência, grau de consciência, meio envolvente, etc) disponibilizar-se para acompanhar o familiar/convivente significativo até ao mesmo, explicando os procedimentos necessários ao controlo da infeção.
  8. Registar e transmitir toda a informação relevante no impresso Colheita de Dados ou em registos de enfermagem.

## **DESCRIÇÃO: INFORMAÇÕES GERAIS – ACOMPANHAMENTO SUBSEQUENTE**

### **A – QUEM EXECUTA**

- O Enfermeiro responsável pela pessoa em situação crítica

### **B – HORÁRIO**

- Das 13h30 às 14h30;
- Das 18h00 às 19h00;
- Outros horários considerados convenientes ou necessários;

### **C – ORIENTAÇÕES GENÉRICAS QUANTO À EXECUÇÃO**

- A presença ou ausência de familiares/pessoas significativas no acompanhamento da pessoa em situação crítica deve constar nos registos de enfermagem;
- As situações de impossibilidade de cumprimento desta norma serão resolvidas pelo Enfermeiro Chefe do Turno.

### **D – PROCEDIMENTO**

- O Enfermeiro deve:
  1. No momento da visita, receber e acompanhar os familiares/pessoa significativa dos doentes pelos quais é responsável, disponibilizando-se para esclarecer dúvidas existentes.
  2. Registrar o grau de parentesco/afinidade do convivente significativo e a reação do doente ao mesmo em registos de enfermagem.
  3. Transmitir e registar a informação, no que respeita aos cuidados de enfermagem, de forma a garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados.

**Elaborado por:**

Eulália Luís

**Revisto por:**

\_\_\_\_\_

**Aprovado por:**

\_\_\_\_\_

APÊNDICE 9 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DA NORMA DE  
PROCEDIMENTO

Serviço <u>UCI</u>	LISTA DE VERIFICAÇÃO DA NORMA DE ACOLHIMENTO	Admitido a:	___/___/___ Às ___H___min
		Admitido por:	Enfermeiro(a) _____

**ETIQUETA DO DOENTE**

	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Registou o grau de parentesco do familiar/pessoa significativa a quem foi feito o acolhimento.			
Entregou o guia de acolhimento.			
Sublinhou o nome pelo qual o doente gosta de ser chamado na etiqueta de identificação da folha de registos de enfermagem diária do doente e em impresso próprio na folha de contactos.			
Registou o contacto do familiar/pessoa significativa em folha própria existente no processo clínico.			
Registou a entrevista inicial e as informações consideradas importantes fornecidas pelos familiares/pessoas significativas através da mesma entrevista.			

APÊNDICE 10 – NOTA DE REGISTO DO ACOLHIMENTO

Serviço <u>UCI</u>	NOTA DE ACOLHIMENTO	Admitido a:	___/___/___ Às ___H___min
		Admitido por:	Enfermeiro(a) _____

**ETIQUETA DO DOENTE**

DIAGNÓSTICO DE INTERNAMENTO:

\_\_\_\_\_

FAMILIAR DE REFERÊNCIA/PESSOA SIGNIFICATIVA (riscar o que não se aplicar):

\_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO/ NÍVEL DE RELACIONAMENTO (riscar o que não se aplicar):

\_\_\_\_\_

CONTACTOS:

Telefone: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

APÊNDICE 11 – RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE OPÇÃO



**Departamento de Enfermagem**



**2º Mestrado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**

**Unidade Curricular:** Enfermagem Médico-Cirúrgica II

**Módulo:** Estágio III

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OPÇÃO**

**Docente:**

E.M.

**Discente:**

Eulália Luís



**Departamento de Enfermagem**

**2º Mestrado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**

**Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica II**

**Módulo: Estágio III**



# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OPÇÃO**

**Docente:**

E.M.

**Discente:**

Eulália Luís

**Ano Letivo 2012/2013**

**Setúbal, Junho de 2013**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>168</b>
<b>DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>169</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>177</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>178</b>

## INTRODUÇÃO

---

A realização deste relatório surge no âmbito do 2.º Mestrado de Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com a sua elaboração, pretendo realizar a descrição e análise crítica do estágio de opção/observação realizado nos dias 11 e 12 de Junho de 2013, numa a Unidade de referência de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo.

A escolha do local do estágio de opção/observação, não foi ocasional. Ao longo do meu percurso profissional até à presente data, foi-me possível aceder a saberes teóricos e experienciais quer a nível dos cuidados de saúde primários quer diferenciados, sendo que, encontrando-me atualmente em exercício profissional na área de cuidados intensivos, esta unidade surge como uma referência no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A Unidade de referência é um serviço que recebe com frequência doentes provenientes de diversos hospitais. Neste contexto considerarei que sendo uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente proporcionar-me-ia um contexto rico de situações clínicas que me levariam ao desenvolvimento de competências na área da especialidade, devido à complexidade de cuidados especializados que os doentes requerem.

No presente relatório faço a descrição objetiva do percurso efetuado, ou seja, os acontecimentos e atividades observadas durante o estágio, fazendo uma análise crítica e reflexiva das mesmas.

Este é estruturado da seguinte forma: introdução, desenvolvimento e conclusão.

No desenvolvimento é narrada a sequência de ocorrências vivenciadas durante os dois dias de estágio.

Na conclusão faço uma análise retrospectiva e reflexiva sobre o trabalho desenvolvido durante o percurso de estágio e também a apreciação e sugestões em relação aos locais onde este foi realizado.

## DESENVOLVIMENTO

---

Uma Unidade de Cuidados Intensivos define-se como um *«conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde os doentes em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia»* (NATÁRIO [et al] 2003, p.6). Estes doentes são aqueles *«em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica»* (SPCI e ORDEM DOS MÉDICOS 2008, p.9). Assim, Natário [et al] (2003, p.6) define o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos como *«um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si»*.

O estágio de opção/observação decorreu numa unidade de referência de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo tido a duração de dois dias. Os doentes admitidos neste serviço necessitam de um elevado nível de assistência técnica e terapêutica, pois o seu estado de saúde está em risco, quer seja por doença ou traumatismo. Assim, tracei como objetivos para este estágio:

1º Dar-me a conhecer e integrar-me na equipa;

2º Observar a organização e dinâmica da prestação de cuidados da equipa de enfermagem:

3º Assistir às reuniões de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica;

A unidade de referência tem como lotação 12 camas de cuidados intensivos e 8 camas de cuidados intermédios, possibilitando o acompanhamento permanente da pessoa em situação crítica por parte do profissional, no período de transição e evolução do processo de doença.

Nesta Unidade, a equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e oito enfermeiros, distribuídos por cinco equipas. O método de trabalho é o individual, que consiste na atribuição de doentes no rácio de 1:2 nos cuidados intensivos e de 1:4 nos cuidados intermédios; apesar da metodologia de trabalho, é promovido o trabalho em equipa. Em cada turno existe um chefe de equipa que não tem doentes atribuídos, mas tem como funções efetuar a distribuição dos elementos (enfermeiros e assistentes operacionais), orientar, colaborar e supervisionar a prestação de cuidados de enfermagem em cada unidade, na integração de novos profissionais entre outros, de modo a fomentar a supervisão clínica em enfermagem. Esta é *«atualmente uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência»* (ABREU 2007, p.177).

Na unidade de referência está protocolado efetuar o acolhimento e acompanhamento dos familiares/pessoa(s) significativa(s) que visitam a pessoa em situação crítica. Este processo é efetuado em sala própria e é iniciado com a apresentação e cumprimento do(a) enfermeiro(a) responsável pelo doente. O mesmo explica o funcionamento do serviço, incluindo horário de visitas, como os familiares vão encontrar o doente, esclarecimento de

dúvidas, entre outros. Durante o contacto é entregue o guia de acolhimento existente e feita a recolha de informação que está normalizada entre as quais saliento o nome a qual o doente gosta de ser chamado, os nomes de duas pessoas significativas com os respectivos números de telefone, os antecedentes pessoais do doente e alergias. Para além da colheita de dados normalizada, o enfermeiro recolhe toda a informação que achar importante para o contexto.

*«Acolhimento é atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar» (MARTINS [et al] 2008, p.2).*

O acolhimento visa diminuir a ansiedade da família/pessoa significativa, recolher informação necessária e preparar e acompanhar a família para o encontro com o doente, pois numa Unidade de Cuidados Intensivos, este encontra-se rodeado de equipamentos que por si só, ou aliada à patologia do doente é assustador para quem se confronta com a mesma. Assim, na primeira visita e sempre que possível, entram duas pessoas em simultâneo, acompanhadas pelo enfermeiro, sendo este um elemento fundamental para reduzir a ansiedade e responder a eventuais dúvidas que possam surgir.

MARTINS [et al] (2008, p.2), refere que *«atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a coresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro (...) são ingredientes básicos para efectivar o acolhimento.»*

No primeiro dia de estágio, fui acolhida pelo enfermeiro orientador que prontamente me atribuiu um cacifo para colocação dos meus materiais de estágio. Após vestir a minha indumentária de estágio, e durante o acolhimento efetuado pelo enfermeiro orientador, foi-

me explicado pelo mesmo que por ele fazer horário fixo (ou seja o turno da manhã, em dias úteis) e que por entrar de férias no dia seguinte à minha chegada, informou-me que eu iria ficar independente, a efetuar o horário da manhã, privilegiando assim, as relações interpessoais com a equipa e autonomia para aceder ao que me era prioritário observar. Se numa primeira instância me pareceu como desvantagem (uma vez que ficava mais distante do orientador e sem nenhuma referência a quem pudesse expor as minhas dúvidas), verifiquei que foi uma mais-valia e que contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências nomeadamente nas relações interdisciplinares. Fui também informada de que dos 3 dias preconizados para a realização do estágio, não era conveniente que eu estivesse presente no último uma vez que era feriado municipal (dia de Santo António), estando a equipa a funcionar com os mínimos, não era conveniente eu permanecer no serviço sem acompanhamento garantido. Após os esclarecimentos enunciados, efetuei entrevistas informais ao enfermeiro orientador sobre a dinâmica do serviço, recursos humanos e materiais existentes, visitei os quartos de internamento (nomeadamente os de isolamento) e a Unidade de Diálise Intra-Hospitalar. Esta Unidade funciona segundo agendamento das pessoas em programa de diálise que se encontram sob regime de internamento nos diversos serviços do Hospital, sendo deslocados a esta unidade para realização de tratamento dialítico, seguindo após terminus do mesmo para o serviço de onde provém. Fui apresentada à equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, entre outros), de forma gradual, pois é um serviço, com uma equipa numerosa.

A autonomia que me foi conferida, no que diz respeito aos momentos de observação que me suscitaram interesse, foi concretizada com a possibilidade de assistir a um único momento de acolhimento inicial às visitas de uma pessoa em situação crítica recém-admitida. Este momento foi único por variadas razões, entre as quais saliento o facto de não haver admissões no turno em que me encontrava, ou elas existirem mas não se encontrarem familiares presentes no momento. O momento do acolhimento, do meu ponto de vista é essencial pois a família/pessoa significativa, sente-se muito fragilizada, a

precisar de apoio emocional e em simultâneo, angustiada em relação ao estado clínico da pessoa em situação crítica.

No acolhimento inicial, a enfermeira responsável pela pessoa em situação crítica recém-admitida dirigiu-se à sala de reuniões onde é realizado o acolhimento, apresentou-se e cumprimentou as familiares presentes (esposa e filha), estabelecendo á priori uma relação de empatia que permitiu às familiares a partilha de ansiedades e angústias sentidas pelo motivo de internamento. Após terem sido tranquilizadas pela colega, procedeu à apresentação do guia de acolhimento, dos horários e da política de visitas instituída, nomeadamente acerca da entrada de um elemento de cada vez (excepto na primeira visita em que poderiam entrar as duas), da possibilidade de entrar e sair o número de vezes que quisessem e acerca do funcionamento do serviço. A par destas informações, esclareceu todas as dúvidas em relação ao estado clínico do seu familiar de acordo com a área de competência; Informou-as como iriam encontrar o seu familiar e o meio envolvente. Após este momento, a colega realizou os ensinamentos relativos à importância da higienização das mãos, antes e após a entrada para junto do seu familiar. De seguida acompanhou-as no período de visita, de modo a minimizar a sua ansiedade, validar os seus sentimentos, preocupações e emoções (incerteza acerca do prognóstico, entre outros), promover o esclarecimento de dúvidas dentro da área de competência e o cumprimento dos momentos de silêncio que foram por si valorizados.

Nos restantes dias aquando a visita, a colega que realizou o acolhimento às familiares assume-se como enfermeira de referência para aquela família, mesmo não estando responsável pelo familiar, pois tanto a esposa como a filha a procuram para esclarecimento de dúvidas e partilha de angústias. Desta forma é minimizado o sentimento de culpa e de impotência dos familiares: pela privacidade oferecida e o espaço para a exteriorização de sentimentos e desejos.

Estas familiares, através da colega que havia realizado o acolhimento, fizeram o pedido de contato ao capelão da instituição para o seu familiar em situação crítica receber a

Extrema-unção (a resposta ao pedido foi afirmativa). Estes acontecimentos fizeram com que refletisse na e sobre a minha prática de forma crítica, permitindo-me reconhecer conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família, e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Durante o primeiro dia de estágio, tive ainda a possibilidade de consulta a norma de acolhimento e acompanhamento existente no serviço. Perante esse facto tive oportunidade de desenvolver conhecimento sobre o tema, para a aquisição de novas competências. A leitura de artigos científicos existentes no dossiê de acolhimento foi importante para a aquisição de conhecimento acerca da história, indicações, métodos de abordagem, perspectivas futuras e cuidados de enfermagem especializados para a realização do acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica.

O início do estágio de opção/observação baseou-se em simultâneo em dois pilares: integração na equipa multidisciplinar e desenvolvimento de conhecimentos sobre os procedimentos de acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica. Este processo foi efetuado através de pesquisa bibliográfica, discussão com colegas, mobilização de conhecimentos adquiridos na área curricular do curso, consulta de manuais e assistência aos momentos possíveis de acolhimento na unidade.

No início do segundo dia de estágio, foi-me referido pelo chefe de equipa do turno, que se achasse conveniente poderia assistir à passagem de turno com os chefes de equipa de enfermagem de forma a ter uma visão global dos doentes e da dinâmica do serviço. Perante o referido, assisti à passagem de turno: de salientar que neste turno, fiquei integrada numa equipa jovem (entre os 25 e 33 anos), estando um elemento da mesma a frequentar o Curso de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Durante o presente estágio observei que a equipa de enfermagem estava sensibilizada para a

importância do acolhimento de qualidade à família, mas nalguns casos, este interesse era demonstrado apenas nas primeiras visitas. Ao longo do tempo, a disponibilidade demonstrada, ia-se desvanecendo, observando momentos em que aquando a hora da visita o enfermeiro ausentava-se deixando o familiar sozinho com a pessoa em situação crítica. Após esta constatação e à importância do cuidar profissional no acolhimento, refleti sobre o tema e constatei, que os enfermeiros em alguns casos não se querem envolver emocionalmente com os familiares, outros, derivado às características de uma Unidade de Cuidados Intensivos, centram a sua atenção nos equipamentos e tecnologia, não enfatizando a relação.

No estudo exploratório e de campo sobre o *«Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem»*, de INABA, PAES e TELLES (2005, p.428 e 429) concluem que a:

*«Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objectivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes. Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção (...).*

*O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidá-la para potencializar nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reacções e comportamentos, entender-lhe as emoções.»*

Durante o estágio fui-me dado conta também existem lacunas de comunicação entre enfermeiro e doente. Comunicar com doentes conscientes, neste contexto, na maioria das vezes resume-se ao momento da prestação de cuidados, em que o enfermeiro basicamente pede ou refere ao doente aquilo que lhe vai fazer. Aquando sob efeito de sedação raramente observei comunicação verbal dirigida ao doente. Esta constatação inquietou-se, pois a comunicação é algo complexa e um privilégio sendo através dela que se estabelece a relação terapêutica. Para além de que para o doente, estar sujeito a ventilação invasiva, um dos principais fatores de stress é o comprometimento da comunicação (THELAN [et al] 1996).

Assim, mantive-me atenta aos comportamentos verbais e não-verbais, independentemente do estado de consciência do doente, verifiquei a adequação das técnicas de comunicação utilizadas, de forma a minimizar as barreiras de comunicação. Saliento que algumas vezes aquando a hora da visita, os/as colegas auxiliavam a comunicação entre doente e familiar (dando papel e caneta para o doente escrever, disponibilizando o quadro magnético existente, interpretando a mimica labial, entre outros), pois derivado ao contexto a comunicação entre doente/familiar/pessoa significativa estava comprometida.

Perante este facto conversei com um colega do turno acerca da importância da comunicação com o doente ventilado e ao longo do 2.º dia estágio mantive-me atenta ao comportamento e às técnicas de comunicação utilizadas, de forma a dar-conta das ocorrências a esse nível. Considero que possuir conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família faz a diferença na prestação de cuidados especializados, permitindo a resolução de problemas aparentemente complexos.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz é um contributo para a diminuição da ansiedade e do medo da doença e concomitantemente do internamento, fortalecendo também a relação de ajuda. PHANEUF (2005, p.15) refere que «a comunicação é uma

*ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem».*

Ao longo do estágio reparei que, como enfatizei a comunicação e o acolhimento com a pessoa em situação crítica e família/pessoa significativa, os enfermeiros que se encontravam escalados nos turnos, também se mostravam mais disponíveis com a família/pessoa significativa e com a pessoa em situação crítica. Tive oportunidade de vivenciar esta experiência algumas vezes, com diferentes colegas, o que demonstra efetivamente que podemos ser agentes de mudança.

## CONCLUSÃO

---

Com a realização deste relatório, a pesquisa bibliográfica efetuada e a reflexão profunda sobre a problemática levantada, sinto-me pessoal e profissionalmente mais competente.

A componente curricular – Estágio de Opção - tem um papel fundamental no processo de formação, no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo ao estudante conhecer outros locais de desempenho profissional e concomitantemente alargar os seus conhecimentos, fazer análises críticas de situações, às quais no local onde exerce funções muitas vezes não se está desperto. Por esse motivo este estágio foi muito benéfico para o crescimento profissional e o desenvolvimento de competências, pois todos os ganhos foram transpostos para a minha prática profissional diária.

Os objetivos delineados para este estágio foram alcançados, tendo sido muito ricos os momentos vivenciados durante os dois dias de estágio de observação realizados. Dei-me a conhecer e integrei-me na equipa que me acolheu de forma exemplar, colocando-me desde início à vontade para qualquer esclarecimento; tive oportunidade de assistir, observar e

registar pormenores da prestação de cuidados gerais e especializados, principalmente no âmbito do acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica; assisti a uma única reunião de acolhimento inicial das visitas à pessoa em situação crítica por durante os dois dias de estágio, no turno da manhã, não ter acontecido mais nenhuma.

Considero que neste estágio de opção/observação existiu equilíbrio entre os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, tendo havido crescimento pessoal e profissional considerável, que me permitem adquirir outra postura no meu contexto de exercício profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ABREU, Wilson – **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos teorias e considerações didáticas**. 1ª Edição. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN: 978-972-8485-87-0

INABA, Luciana Sintra; PAES, Maria Júlia; TELLES, Sandra Cristina - Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. vol.39. nº4 (2005), p.423-429. [Consult. 20-06-2013]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reecusp/>

MARTINS, JJ [et al] - **O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional**. Revista Eletronica de Enfermagem [Internet]. Vol.10 (2008). ISSN 1518-1944. [consult. 20-06-2013]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>

NATÁRIO, Adriano [et al] - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Ministério da Saúde. 2003. 72p. [Consult. 20-06-2013]. Disponível em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Unidade\\_de\\_Cuidados\\_Intensivos\\_\(UCI\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Unidade_de_Cuidados_Intensivos_(UCI))

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.**  
Loures: Lusociência. 2005.633p. ISBN: 972-8383-84-3

SPCI e ORDEM DO MÉDICOS - Transporte de Doentes Críticos Recomendações  
(2008) p.1-45 [Consult. 20-06-2013]. Disponível em:  
[http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)

THELAN, Lynne A. [et al.] - **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção** (tradução Fernanda Azevedo Silva). 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1996.1050p. ISBN 972-96610-2-2

APÊNDICE 12 – AVISO DE REALIZAÇÃO DA SESSÃO

# FORMAÇÃO

DA 1ª DE OUTUBRO DE 2012  
ATÉ 31 DE 12

- 1. OBJETIVO DO PLANO DE FORMAÇÃO DA 1ª DE OUTUBRO DE 2012 ATÉ 31 DE 12
- 2. OBJETIVO DE CADA UNIDADE CURSOS - NA FORMA DE SEUS PLANOS ANUAIS
- 3. OBJETIVO DE CADA UNIDADE CURSOS - NA FORMA DE SEUS PLANOS ANUAIS
- 4. OBJETIVO DE CADA UNIDADE CURSOS - NA FORMA DE SEUS PLANOS ANUAIS

Assinado

Assinado  
Assinado  
Assinado

Assinado

Assinado

Assinado

Assinado

Assinado

APÊNDICE 13 – PLANO DE SESSÃO - PIS

## PLANO DE SESSÃO – Projeto de Intervenção em Serviço

**Estudante:** Eulália Sofia Rodrigues Luís

**Orientador:** S.M.

**Instituição:** Hospital do Sul

**Professor:** E.M.

**Tema:** “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

**Duração da Sessão:** 30 min

**Serviço:** UCI-Hospital do Sul

**Público-Alvo:** Equipa de Enfermagem da UCI-Hospital do Sul

Objetivo Geral	Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Sul					
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formar a equipa acerca da temática</li> <li>- Apresentar os resultados obtidos da aplicação do questionário na fase de diagnóstico de situação;</li> <li>- Apresentar a norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, a lista de verificação da norma de acolhimento, a nota de registo de acolhimento.</li> </ul>					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempos Previstos	Avaliação da Aprendizagem
Introdução	Apresentação da temática e dos resultados obtidos da aplicação do questionário na fase de diagnóstico de situação;	Método interrogativo, expositivo e participativo	Voz Apresentação de power point realizada	Exposição dos resultados da aplicação do questionário realizado na fase de diagnóstico	15 min	Formativa

Desenvolvimento	Apresentação e exploração da Norma de Procedimento, da lista de verificação do acolhimento, da nota de acolhimento e do instrumento de colheita de dados de enfermagem realizadas;	Método expositivo	Voz Computador portátil Retroprojector Tela branca	Exposição e discussão da temática	10 min	Formativa
Conclusão	Avaliação do evento formativo	-	Avaliação da sessão: Preenchimento do questionário de avaliação da sessão	-	5 min	Formativa

APÊNDICE 14 – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO

## Projeto de Intervenção em Serviço



### "A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica"

Realizado por:

Eulália Luís, Estudante de Mestrado n.º 110519041 da ESS-IPS

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira S. M. – Hospital do Sul

Professora:

E.M. – Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal



2.ª Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESS-IPS

## Projeto de Intervenção em Serviço

S  
U  
M  
Á  
R  
I  
O

### 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

- 1.1. – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- 1.2. – Código Deontológico
- 1.3. – Direção Geral de Saúde
- 1.4. – A Humanização
- 1.5. – O Acolhimento

### 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

- 2.1. – Fase de Diagnóstico de Situação
  - 2.1.1. – Apresentação sumária dos resultados do questionário aplicado
  - 2.1.2. – Apresentação dos Documentos de Sistematização do Acolhimento e Acompanhamento à Pessoa em Situação Crítica:

- ❖ Norma de Procedimento do Acolhimento e Acompanhamento das Visitas à Pessoa em Situação Crítica
- ❖ Lista de Verificação da Norma de Acolhimento
- ❖ Nota de registo de acolhimento;

### 3. REFLEXÃO FINAL



2.ª Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESS-IPS

## Projeto de Intervenção em Serviço

### REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

(Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, capítulo II, artigo 4.º, n.º2).



[http://www.ordemdesenfermeiros.pt/pt/pt/OrdemDesenfermeiros\\_jsp](http://www.ordemdesenfermeiros.pt/pt/pt/OrdemDesenfermeiros_jsp)

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

2.ª Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESS-IPS



## Projeto de Intervenção em Serviço

### CÓDIGO DEONTOLÓGICO (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro)



[http://www.ordemdesenfermeiros.pt/pt/pt/OrdemDesenfermeiros\\_jsp](http://www.ordemdesenfermeiros.pt/pt/pt/OrdemDesenfermeiros_jsp)

*“(…) Artigo 89.º - Da humanização dos cuidados –  
O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:  
a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”.*

2.ª Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESS-IPS





## Projeto de Intervenção em Serviço

Nas Unidades de  
Cuidados Intensivos

As pessoas, na sua maioria, encontram-se  
inconscientes e incapacitadas de satisfazer as  
suas necessidades humanas básicas

Cabe aos Enfermeiros a satisfação das mesmas, propiciando o  
bem-estar da pessoa em situação crítica

## Projeto de Intervenção em Serviço

### Objetivo Geral:

Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na UCI da ULSLA, EPE.

### Objetivos Específicos:

1. Formar a equipa acerca da temática: "A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica";
2. Apresentar sumariamente os resultados obtidos da aplicação do questionário na fase de diagnóstico de situação;
3. Apresentar a norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, a lista de verificação da norma de acolhimento e a nota de registo de acolhimento;

## Projeto de Intervenção em Serviço

Inexistência de norma de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica na UCI-ULSA, EPE;

Falta de sistematização da receção e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica;

Inexistência de enfermeiro de referência responsável pelo acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica;



## Projeto de Intervenção em Serviço

Para validar a pertinência do desenvolvimento do presente Projeto de Intervenção em Serviço

Foi construído um guião de entrevista semiestruturada

Após validação com a Enfermeira Orientadora e com a Professora, aplicado à Enfermeira Responsável da UCI-ULSLA, EPE

Para consolidação e fundamentação do diagnóstico de situação

Foi necessário conhecer a opinião da equipa acerca da temática de forma a proceder ao desenvolvimento do trabalho

1. Foi oficializada a informação à Enfermeira Diretora e pedido autorização para realização do estudo à Enfermeira Responsável de Serviço
2. Procedeu-se à aplicação do questionário à equipa da UCI-ULSLA, EPE

Após a realização de entrevista e recolha dos questionários procedeu-se ao tratamento de dados:

Análise de Conteúdo segundo Bardin

Tratamento Estatístico



## Projeto de Intervenção em Serviço

A entrevista à Enfermeira Responsável da UCI – ULSLA, EPE:

Composta por quatro questões

- Pretendia validar a importância atribuída pela Enfermeira Responsável da UCI-ULSLA, EPE à temática.



## Projeto de Intervenção em Serviço

O questionário à Equipe de Enfermagem era constituído por três partes:

Primeira Parte

- Pretendia caracterizar a amostra (= 17 enfermeiros)

Segunda Parte

- Pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo e o nível de formação que possuíam na área

Terceira Parte

- Pretendia conhecer o grau de concordância relativamente ao procedimento de acompanhamento das pessoas significativas dos doentes internados na UCI



## Projeto de Intervenção em Serviço

### Perante os dados obtidos...

Da entrevista realizada à Enfermeira Responsável da UCI-ULSLA, EPE – após a efetivação e análise da mesma pode-se considerar que através da realização deste projecto poder-se-á alcançar melhoria na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica na UCI – ULSLA, EPE.

Do questionário à Equipa de Enfermagem - tendo em conta a classificação de Patricia Benner (2001), pode considerar-se a equipa da UCI – ULSLA, EPE como sendo formada por enfermeiros competentes e peritos - 33% dos inquiridos tem entre 3 e 6 anos de exercício profissional em cuidados intensivos e 47% tem mais de 6 anos de prestação de cuidados no mesmo contexto profissional.

No que se refere à pertinência da existência de uma política de visitas na UCI-ULSLA, EPE - 82% dos inquiridos concorda totalmente e 18% concorda parcialmente com a mesma.

100% dos inquiridos consideraram importante o momento de acolhimento e acompanhamentos das visitas à pessoa em situação crítica internada na UCI – ULSLA, EPE.



## Projeto de Intervenção em Serviço

Considerando os dados obtidos e apresentados, pensa-se haver neste âmbito um longo caminho a percorrer...

As fragilidades e necessidades reconhecidas pela equipa, não são impeditivas que se empenhem na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade não só às pessoas em situação crítica mas também às pessoas de referência (familiares ou não) que as acompanham durante a fase de internamento em cuidados intensivos...

"Em contexto de pessoas em situação crítica, espera-se que o Enfermeiro seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar o manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevado nível de qualidade".  
(Leite, 2006, p.4)



## Projeto de Intervenção em Serviço

P  
I  
S

### NOTA DE ACOLHIMENTO

NOTA DE ACOLHIMENTO

Serviço (S)

ETIQUETA DO AGENTE

DIAGNÓSTICO DE DETERMINADO

FAMILIAR DE REFERÊNCIA PESSOA IDENTIFICADA (nome e parentesco)

## Projeto de Intervenção em Serviço

P  
I  
S

### NORMA DE PROCEDIMENTO DO ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS VISITAS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

NORMA - ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO ÀS VISITAS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Atendimento à Pessoa	Atendimento à Pessoa	Atendimento à Pessoa

**OBJETIVOS**

- 1. Realizar o acolhimento e o acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, visando a identificação das necessidades e a oferta de suporte emocional e psicológico.
- 2. Realizar o acolhimento e o acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, visando a identificação das necessidades e a oferta de suporte emocional e psicológico.
- 3. Realizar o acolhimento e o acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, visando a identificação das necessidades e a oferta de suporte emocional e psicológico.

**PROCEDIMENTOS**

- 1. Realizar o acolhimento e o acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, visando a identificação das necessidades e a oferta de suporte emocional e psicológico.
- 2. Realizar o acolhimento e o acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, visando a identificação das necessidades e a oferta de suporte emocional e psicológico.
- 3. Realizar o acolhimento e o acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, visando a identificação das necessidades e a oferta de suporte emocional e psicológico.

## Projeto de Intervenção em Serviço

- Código Deontológico (lei n.º 111/2009 de 16 de setembro)
- Clayton L. Thomas. (2000). Dicionário médico: Enciclopédia Taber. Lusodidacta edições de qualidade, 17ª edição
- Direção Geral De Saúde – Circular Normativa Nº 4/DSPCS, de 28/01/00
- Matamoto S, Mishima SM, Fortuna CM. Welcoming reception: a reflection on alterity in the relation among workers and clients in the work of the basic health network. In: Anais do 8o Simposio Brasileiro de Comunicação Em Enfermeria, 2 e 3 de Mayo,2002; São Paulo, Brasil [anales electrónicos]. São Paulo (SP): USP/EBRP [acesso em: 2013 julho, 16]. Disponível em:  
[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MISC0000000052002000100044&lng-es&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MISC0000000052002000100044&lng-es&nrm=abn)
- Patrícia Benner; *De Iniciado a Perito*; Quarteto Editora; Coimbra; 2001; p.53.]
- Regulamento Do Exercício Profissional Dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, capítulo II , artigo 4.º, n.º2).



## Projeto de Intervenção em Serviço

### "A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos – Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica"

Realizado por:

Eulália Luís, Estudante de Mestrado n.º 110519041 da ESS-IPS

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira S.M. – Hospital do Sul

Professora:

E.M.– Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal



APÊNDICE 15 – ARTIGO CIÊNTÍFICO - PIS

**“A Humanização dos Cuidados de Enfermagem – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”.**

**Luís, Eulália & Monteiro, Elsa**

**RESUMO:** A UCI é uma das áreas de eleição na abordagem à pessoa em situação crítica. Assim, foi criada a norma de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, sendo esta uma componente fundamental da prestação de cuidados, tendo em consideração os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. A aplicação da metodologia de projeto concretizou-se pelo Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) – “Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em Situação Crítica”.

**Palavras-Chave:** Humanização, UCI, Família, Pessoa de Referência

**ABSTRACT:** The IUC is one of the main areas in the approach to the person in critical condition. Thus, is was created the Welcoming and Accompaniment standard of visits to the person in critical condition. This is a fundamental component of the care providing, bearing in mind the Quality Standards in Nursing. The application of the project methodology materialized itself throughout the Project of Intervention in Service (PIS) - "Humanization of Care Nursing - Welcoming and Accompaniment of the visits to the person in Critical Condition."

**KEY WORDS:** Humanization, IUC, Family, Reference Person

## INTRODUÇÃO

A humanização visa nortear a política institucional que representa a razão de ser e existir de um hospital. Focar a humanização no acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica compreende uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida no respeito, atenção e compreensão utilizados. Significa reduzir ao mínimo a rutura entre o ambiente vivido na UCI e a ansiedade sentida pelos familiares/pessoas significativas perante o episódio crítico vivido pela pessoa em situação crítica. Os familiares/pessoas significativas que se deslocam para a visita à pessoa em situação crítica devem ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, os valores que detêm, as suas crenças e os seus sentimentos, tornando a sua permanência junto à pessoa em situação crítica o menos traumática possível (Boff, 1999).

Na prática do exercício profissional de enfermagem, o contacto com novas situações torna necessária a aquisição constante de novos conhecimentos, sendo estes a origem do desenvolvimento de aptidões e competências possibilitadoras da capacidade de dar a resposta mais adequada possível às necessidades da pessoa alvo de cuidados. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é, por isso, um estímulo constante para os profissionais que exercem a sua atividade em contexto de cuidados intensivos, sendo que, segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro no artigo n.º 4, alínea 3 – Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem (p.8), que reconhece ao Enfermeiro Especialista “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Em conformidade com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é um mestrado profissionalizante, enquadrado no ensino politécnico, que se rege por um modelo baseado no desenvolvimento de competências, quer de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas), quer de natureza específica, associadas à área de formação, valorizando a componente experimental de projeto.

De acordo com o artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, integra “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”. O trabalho de projeto envolve diversas componentes: o trabalho de pesquisa, o trabalho de campo e respetivos tempos de planificação, de reflexão, de intervenção e avaliação (Cardoso, Peixoto, Serrano e Moreira, 1996). Por conseguinte, este trabalho foi elaborado de acordo com o Guia emitido pelo Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal – Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalho de Projeto (Maio 2012).

A metodologia de projeto, desenvolvida ao longo do mestrado, tem como objetivo a resolução de problemas através da elaboração e concretização de projetos em situação real, que em última instância proporcionam a aquisição de competências, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática (Nunes, 2010).

## **DESENVOLVIMENTO**

O PIS surge no contexto dos estágios I, II e III do MEMC e o seu desenvolvimento permitiu a aquisição e aprofundamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. O PIS pode ser integrado no ciclo de melhoria contínua da qualidade uma vez que visa a identificação sistemática de problemas e oportunidades no sentido de os solucionar ou melhorar, estabelecendo objetivos desejáveis e realistas, planeando e implementando as mudanças com a respetiva monitorização e avaliação. Este processo de melhoria da qualidade associado ao desenvolvimento profissional é exaltado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, no eixo estratégico da qualidade em saúde (DGS, 2012).

## **Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto, visando a descrição da realidade acerca da qual se pretende atuar e modificar, devendo por isso ser sistêmico, interpretativo e prospetivo (Nunes, 2010).

A pertinência do PIS emerge da concordância entre o diagnóstico e as necessidades, sendo este o primeiro desafio de reflexão ético inerente ao trabalho de projeto uma vez que o seu início deve convergir para o avanço da ciência ou dar resposta a problemas concretos da prática (Martins, 2008). A fase de diagnóstico de situação foi marcada pela observação no contexto de prestação de cuidados, das pessoas, das suas ações, intenções e intervenções, sendo este o conjunto de motivos que constituiu o ponto de partida para a correta e fiável escolha e conveniente utilização dos instrumentos de diagnóstico, com o objetivo de identificar e validar o problema a dar resposta (Nunes, 2010). Esta fase foi determinante na sensibilização, participação, envolvimento e motivação dos elementos da equipa para a importância do projeto a desenvolver e dos problemas identificados para intervir (Tavares, 1990). Através das observações realizadas em diferentes momentos, foi possível atender que na UCI de nível II onde foi realizado o estágio, o acolhimento é realizado pela Enfermeira Responsável de serviço (quando se encontra no serviço no turno da manhã). Dado o exposto, não é o enfermeiro responsável pelo doente a realizar o acolhimento e acompanhamento das visitas; de relevar também a ausência do mesmo nas reuniões de transmissão de informação com o médico, podendo levar a eventuais falhas no circuito de informações fornecidas, na continuidade de cuidados, limitando o papel do enfermeiro na prestação de apoio e/ou encaminhamento no contexto do acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, sendo que tal ocorre por inexistência de sistematização do procedimento.

Pela relevância que a temática possui a nível institucional, e sendo a UCI uma das áreas de destaque na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pensa-se que o presente PIS será uma mais-valia.

## **Definição do Problema de Enfermagem**

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica não pode conduzir à perda de perspectiva do cuidar em enfermagem. Deste modo, procurou-se fazer coincidir o rigor técnico, baseado nos conhecimentos adquiridos, na pesquisa efetuada e na experiência profissional, com uma perspectiva humanista e global dos cuidados de enfermagem, assumindo como centro dos cuidados não apenas o doente, mas também a pessoas significativas, procurando desenvolver atividades e competências nos domínios verbais, procedimentais e atitudinais tal como foram definidos por Carvalho (2002).

O problema de enfermagem identificado que serviu de partida para a realização deste PIS foi a inexistência de norma de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica na UCI.

No sentido de explorar esta temática, foi pedida autorização à Enfermeira Diretora da instituição para realização do presente estudo, que foi entregue previamente à realização do mesmo. A validação da temática foi necessária, tendo para este fim sido realizada uma entrevista semiestruturada à enfermeira responsável e efetuado um questionário aos elementos da equipa de enfermagem. Este questionário foi aplicado a 17 dos 21 profissionais de enfermagem da equipa da UCI, sendo que, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos são destinados única e exclusivamente à realização deste PIS.

Da análise de conteúdo da entrevista realizada, pôde-se concluir que a temática era de toda a pertinência, sendo inclusivamente um dos projetos que a Enfermeira Responsável da UCI pretendia propor para ser desenvolvido.

Do tratamento estatístico realizado aos questionários, podemos concluir:

5. Trata-se de uma equipa diversificada em termos de idades; perante os dados obtidos e tendo em conta a classificação de Patrícia Benner (2001), pode considerar-se a equipa da UCI como sendo formada por enfermeiros competentes e peritos, uma vez que 47% dos inquiridos tem mais de 6 anos de prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos, sendo que 35% tem entre 3 e 6 anos.

6. De salientar a unanimidade atribuída à importância do momento de acolhimento das visitas à pessoa em situação crítica.

7. Acerca da realização de formação na área do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, 53% dos inquiridos respondeu que não havia realizado formação acerca da referida temática e 47% respondeu que sim.

8. Dos 47% dos elementos que tiveram formação acerca da temática, o tempo mínimo a que foi realizada foi há 4 anos, e o tempo máximo há 7 anos, sendo a maioria dos eventos formativos em contexto de formação em serviço, seguido dos eventos formativos considerados aquando da formação de base.

9. No que se refere à pertinência da existência de uma política de visitas na UCI, 82% dos inquiridos concorda totalmente e 18% concorda parcialmente com a mesma.

Considerando os dados obtidos, pensa-se que esta seja uma problemática real, com necessidade de intervenção através deste projeto, havendo desde já marcadas sinergias para a sua implementação.

Como problemas parcelares que compõem o problema geral identificaram-se:

- Falta de sistematização da receção e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica;

- Inexistência de enfermeiro de referência responsável pelo acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica.

Para estabelecer prioridades de intervenção utilizou-se a ferramenta de gestão – FMEA, sendo as prioridades organizadas de acordo com a seguinte ordem:

1 – Realizar pesquisa Bibliográfica sobre “A Humanização dos cuidados de Enfermagem na UCI – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica”

2 - Elaborar norma de procedimento sobre o acolhimento e acompanhamento às visitas da pessoa em situação crítica, assim como a lista de verificação da mesma e a nota de acolhimento ao familiar/pessoa de referência;

3- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o acolhimento às visitas/pessoa de referência da pessoa em situação crítica através da realização de um evento formativo para o efeito.

Realizado o diagnóstico de situação que servirá de sustentação ao PIS, com o qual se pretende contribuir para a melhoria organizacional e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da sua concretização será permitida a gestão do risco inerente aos cuidados à pessoa em situação crítica na presença de pessoas desconhecedoras do ambiente; levará a articular recursos e métodos adequados tanto qualitativamente como quantitativamente, sustentados numa metodologia de projeto sólida, aprovada pelos pares, pelos assessores de cuidados e orientadores do projeto (Martins, 2008).

Os objetivos delineados devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990). O objetivo geral revela o que o formando deve ser capaz de fazer no final do seu percurso formativo (Nunes, 2010).

Dado o exposto, delineou-se para este PIS:

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria do acolhimento às visitas da pessoa em situação crítica internada na UCI.

Objetivos Específicos:

- Elaborar a norma de procedimento acerca do acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, a lista de verificação da norma e a nota de acolhimento do familiar/pessoa de referência;
- Formar a equipa acerca de: “A Humanização dos Cuidados de Enfermagem na UCI – Acolhimento e Acompanhamento das visitas à pessoa em Situação Crítica”.

## **Planeamento**

O planeamento do PIS permitiu delinear um esboço das atividades a desenvolver, os recursos humanos, materiais e temporais, as estratégias a implementar para alcançar os

objetivos delineados, os critérios de avaliação e a previsão de possíveis constrangimentos e formas para os ultrapassar (Nunes, 2010). A sua elaboração foi concretizada tendo em conta a revisão sistemática da literatura que “(...) é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico” (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004, p.550). O processo base de uma revisão sistemática da literatura passa por: converter as necessidades em questões claras, procurar a melhor evidência que responda a essas questões, apreciá-la criticamente e aplicá-la na prática avaliando a sua implementação. Explicar os passos que permitiram chegar ao resultado (metodologia) é essencial (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004, p.550).

As atividades de planeamento foram desenvolvidas durante os estágios I, II e III conforme cronograma realizado no início das atividades, sendo o mesmo dinâmico e suscetível de alterações ao longo da execução do PIS. A realização do estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica no local de exercício profissional revelou-se uma excelente oportunidade de reflexão sobre a prática clínica. Permitiu questionar algumas práticas instituídas e aceites, tendo, através da observação *in loco* e da respetiva reflexão sobre a prática, sido identificadas falhas na organização e na concretização dos cuidados de enfermagem. Como tal, esta temática foi alvo de um projeto de intervenção tendo em vista a melhoria da qualidade neste âmbito, e que será agora desenvolvida em detalhe. A sua concretização exigiu que fosse realizado o levantamento dos recursos disponíveis, a avaliação das necessidades e o controlo da gestão dos mesmos (Frederico & Leitão, 1999). Neste contexto, foi pedido estágio de observação na UCI de um hospital de referência nacional, com o objetivo de subsidiar o PIS, tendo o mesmo sido calendarizado para o período temporal do Estágio III, tornando necessária a redefinição de estratégias e ajuste do cronograma inicial.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica implica a convergência dos vários domínios de competência, nomeadamente a nível da implementação de protocolos de atuação em situações de instabilidade, comunicação, priorização de intervenções e

tomada de decisão clínica e ética, o que reporta para as competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica adquiridas neste ciclo de estudos (Regulamento n.º 124/2011). Assim, procedeu-se à sistematização do procedimento de acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica, através da criação da norma de acolhimento, da lista de verificação da norma de acolhimento e a nota de registo do acolhimento. Foi também preparada uma sessão de apresentação da temática, dos resultados da entrevista e questionários aplicados e dos documentos construídos, a ser realizada na fase de execução.

### **Execução**

A execução do PIS constitui a etapa da metodologia de projeto, em que o planeamento é colocado em prática (Nunes, 2010). A materialização do planeado evoca a motivação, o desejo de concretização, a visualização do perspectivado.

A implementação do PIS na UCI de um hospital da região sul teve início com a divulgação da data e hora da sessão de formação à equipa de enfermagem. A divulgação foi feita através da realização de aviso escrito (elaborado em articulação com o elemento responsável pela formação em serviço), tendo sido colocado na capa do livro de ponto, e afixado na copa da UCI, por ser um local de passagem de todos os enfermeiros da equipa. Apesar de os enfermeiros da equipa de enfermagem de demonstrarem interessados, houve grande dificuldade em agendar uma data em que houvesse adesão ao momento formativo quer por motivos pessoais, quer por motivos profissionais. Assim, e em consenso com a enfermeira responsável, optou-se por fazer a formação de forma faseada, no sentido de se conseguirem reunir pequenos grupos de enfermeiros, com o objetivo de que todos pudessem participar no momento formativo.

O desenvolvimento do PIS implicou portanto um processo de capacitação da equipa de enfermagem para a segurança das práticas e desenvolvimento de competências (Abreu, s.d.).

## CONCLUSÃO

Nesta fase, é possível afirmar que os objetivos delineados no planeamento do PIS foram alcançados com êxito, uma vez que à medida que os enfermeiros vão participando no momento formativo, vão aplicando a norma de procedimento. A implementação do PIS fomentou o pensamento crítico e reflexivo, exigindo uma revisão literária ajustada às necessidades formativas, que permitiu a definição de objetivos, atividades e estratégias, bem como critérios de avaliação, incitando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista. O desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica foi também incrementado, nomeadamente, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou de falência orgânica e à sua família, através da mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º124/2011).

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (s.d.). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. Acedido em Lusomed em Maio 5, 2013: <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boff, L. (1999) *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, Cardoso, Peixoto, Serrano e Moreira, 1996.
- Carvalho, Fernando (2002). *Servir. A sociedade de hoje, a enfermagem e a visão holística da pessoa*. Vol.50, n.º5 (Set.-Out.), p.254-256.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Eixo estratégico qualidade em saúde*. [on-line] Web site Direção-Geral de Saúde, acedido Julho 14, 2013 em:[http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade\\_em\\_Sa%C3%BAde1.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade_em_Sa%C3%BAde1.pdf). A norma n.º 029/2012 (DGS), atualizada a 31 de Outubro de 2013,
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República n.º 205 – I Série A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Galvão, C., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A., (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12 (3), 549-56. Acessado a outubro 7, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12:2, pp. 62-65.
- Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, pp. 1-37.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

APÊNDICE 16 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS - PAC

## Planeamento do Projeto de Aquisição de Competências – Emergência e Catástrofe

<b>Estudante:</b> Eulália Sofia Rodrigues Luís	<b>Orientador:</b> S.M.
<b>Instituição:</b> Hospital do Sul	<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intensivos
<b>Título do Projeto:</b> “Em caso de emergência...”	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b></p> <p>Partilhar conhecimentos com a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos sobre a ativação do plano de emergência interno;</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>- Elaborar um cartaz acerca dos procedimentos de atuação para evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos em situação de emergência e catástrofe.</p>	

APÊNDICE 17 – PLANEAMENTO PAC

## Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica/Competências

<b>Estudante:</b> Eulália Sofia Rodrigues Luís		<b>Orientador:</b> S.M.			
<b>Instituição:</b> Hospital do Sul		<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intensivos			
<b>Título do Projeto:</b> “Em caso de emergência...”					
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b></p> <p>Partilhar conhecimentos com a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos sobre a ativação do plano de emergência interno;</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>- Elaborar um cartaz acerca dos procedimentos de atuação para evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos em situação de emergência e catástrofe.</p>					
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)					
Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos – E.M. Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M. Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R.					
<b>Data: 18/ 03/2013</b> <b>Assinatura: Eulália Luís</b>					
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
- Elaboração de um cartaz de consulta rápida dos procedimentos de atuação para evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos em situação de emergência e catástrofe.	- Pesquisa bibliográfica; -Proceder à construção e organização da informação a constar no cartaz; -Apresentar o protótipo à Enfermeira E.M., à Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M., e aos elementos da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R - Proceder a alterações conforme sugestões, caso necessário; - Realização do pedido de autorização para implementar o cartaz -Impressão do cartaz;	Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos – E.M. Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M. Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R	Computador com ligação à Internet Biblioteca de anotações Impressora a cores	6 meses	Cartaz com algoritmo de atuação para evacuação da UCI em situação de emergência e/ou catástrofe

**Cronograma:**

Objetivo	Atividades	Abr 2013	Mai 2013	Jun 2013	Jul 2013	Set 2013	Out 2013
Elaborar dossiê temático acerca do plano de emergência interno da instituição	Pesquisa bibliográfica						
	Realização do dossiê temático acerca do plano de emergência interno da instituição;						
Elaboração de um cartaz de consulta rápida dos procedimentos de atuação para evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos em situação de emergência e catástrofe.	Pesquisa bibliográfica;						
	Proceder à construção e organização da informação a constar no cartaz;						
	Apresentar o “rascunho” Enfermeira E.M., à Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M., e aos elementos da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Enfermeiro N.C e Doutor. R						
	Proceder a alterações conforme sugestões, caso necessário						
	Marcar data da impressão						
	Avaliar o impacto do cartaz na opinião da equipa multidisciplinar da UCI.						

**Orçamento:**Recursos Humanos:

- A elaboração do cartaz é exclusivamente da minha responsabilidade, após revisão bibliográfica assim como pesquisa e aconselhamento junto aos elementos da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar. Tenciono realizar estas atividades em horário pós-laboral, em tempo de trabalho autónomo, sendo que, não terá qualquer custo à instituição.

Recursos Materiais:

- A nível do acesso telefónico, secretária, cadeiras, material informático, material multimédia e canetas, são materiais que existem já no serviço e que serão utilizados, pelo que não haverá dispêndio a esse nível.
- As reuniões com os elementos da equipa de emergência intra-hospitalar ocorrerão em horário de trabalho dos elementos que a formam.

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

- A marcação da data das reuniões necessárias à elaboração/avaliação dos conteúdos por parte da equipa de emergência intra-hospitalar – tenciono sondar os elementos a fim de se encontrar dias e horários que sejam concordantes com a disponibilidade dos elementos da equipa para que, sendo auscultados, sentir-se-ão mais motivados a participar na mesma.

Data: 24/03/2013

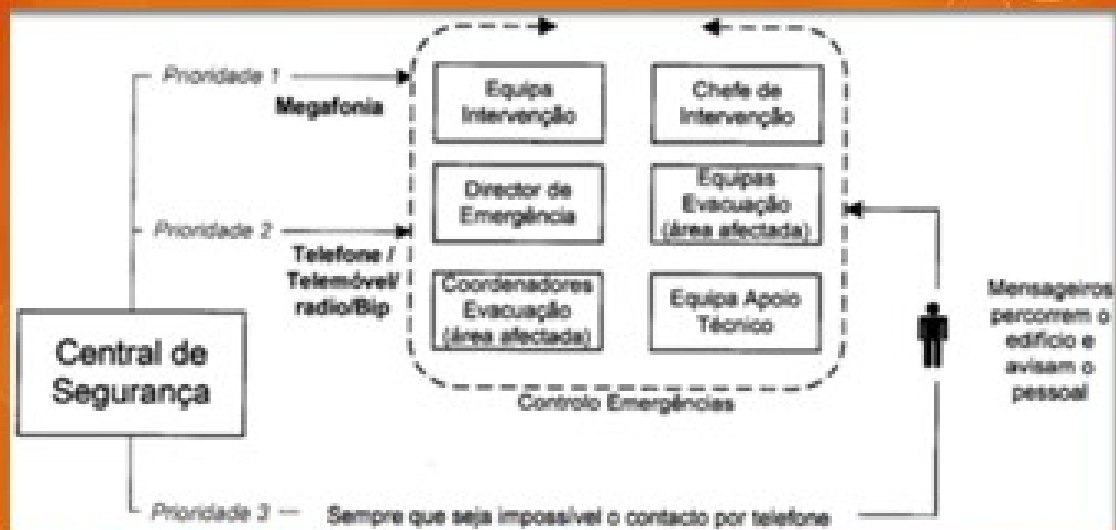
Assinatura: Eulália Luís

Docente: \_\_\_\_\_

APÊNDICE 18 – PÓSTER: “EM CASO DE EMERGÊNCIA...”

# EM CASO DE EMERGÊNCIA...

ACIONAR O **BOTÃO VERMELHO** DA CENTRAL DA SALA ABERTA!



## NA EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCI:

- **COORDENADOR DE EVACUAÇÃO** – CHEFE DE EQUIPA

- **MISSÃO:**

- o Nomear dentro da equipa as funções dos profissionais necessários para a evacuação da unidade;
- o Articular com outros serviços o empréstimo de ventiladores e monitores;
- o Assegurar que a evacuação é total no seu serviço;
- o Transmitir informações ao Chefe de Intervenção (Dr. Ricardo Ferreira/Enfermeira Teresa Ribeiro) e ao Diretor de Emergência (Dr. Piere Paolo);

APÊNDICE 19 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS - PAC

## Planeamento do Projeto de Aquisição de Competências – Controlo de Infeção

<b>Estudante:</b> Eulália Sofia Rodrigues Luís	<b>Orientador:</b> S.M.
<b>Instituição:</b> Hospital do Sul	<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intensivos
<b>Título do Projeto:</b> “Equipamentos de Proteção individual – saber usar para o melhor cuidar”	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJECTIVO GERAL</u></b></p> <p>- Dotar a equipa de Assistentes Operacionais e a Assistente Técnica da UCI-Hospital do Sul de conhecimentos sobre os Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento, de modo a contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na UCI- Hospital do Sul</p> <p><b><u>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>- Transmitir conhecimentos sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento à equipa de Assistentes Operacionais e à Assistente Técnica da UCI- Hospital do Sul</p>	

APÊNDICE 20 – PLANEAMENTO PAC

**Planeamento do Projeto de Aquisição de Competências – Controlo de Infeção**

<b>Estudante:</b> Eulália Sofia Rodrigues Luís	<b>Orientador:</b> S.M.
<b>Instituição:</b> Hospital do Sul	<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intensivos
<b>Título do Projeto:</b> “Equipamentos de Proteção individual – saber usar para o melhor cuidar”	
<b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJECTIVO GERAL</u></b> - Dotar a equipa de Assistentes Operacionais e a Assistente Técnica da UCI-Hospital do Sul de conhecimentos sobre os Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento, de modo a contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na UCI- Hospital do Sul	
<b><u>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</u></b> - Transmitir conhecimentos sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento à equipa de Assistentes Operacionais e à Assistente Técnica da UCI- Hospital do Sul	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos – E.M. Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M. Comissão de Controlo de Infeção – Enfermeiras A.S. e M.F. (elos de ligação com a CCI)	
<b>Data:</b> 18/ 03/2013 <b>Assinatura:</b> Eulália Luís	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar folheto informativo sobre a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual em situações de isolamento, destinado às visitas da pessoa em situação crítica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Realização do folheto informativo acerca da importância da utilização dos equipamentos de proteção individual em situações de isolamento;</li> <li>- Apresentação do folheto à Enfermeira responsável da unidade de cuidados intensivos, à Enfermeira orientadora, à Enfermeira da CCI e aos elementos da equipa de forma a recolher opiniões acerca do mesmo;</li> <li>- Introdução das alterações necessárias;</li> <li>- Impressão do folheto;</li> </ul>	Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos – E.M. Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M. Comissão de Controlo de Infecção – Enfermeiras A.S. e	Computador com ligação à Internet Biblioteca Papel Caneta	8 meses	Folheto

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedido de autorização para a implementação do folheto informativo à enfermeira diretora e à enfermeira responsável</li> <li>- Implementação do folheto.</li> </ul>	M.F. (elos de ligação com a CCI); elementos da equipa de enfermagem			
<p>Formar a equipa de assistentes operacionais e a secretária da unidade de cuidados intensivos acerca da importância da utilização dos equipamentos de protecção individual em situações de isolamento,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Construção dos slides da apresentação a realizar no evento formativo;</li> <li>- Apresentar os slides à Enfermeira E.M., à Enfermeira orientadora, à Enfermeira da CCI e aos elementos da equipa de forma a recolher opiniões acerca do mesmo;</li> <li>- Proceder a alterações conforme sugestões, caso necessário;</li> <li>- Marcar data da sessão;</li> </ul>	<p>Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos – E.M. Enfermeira Orientadora do Estágio – S.M. Comissão de Controlo de Infecção –</p>	<p>Computador com ligação à Internet Biblioteca Bloco de anotações Impressora a</p>	8 meses	<p>Plano de sessão Cartaz de divulgação Apresentação concluída Sessão marcada Relatório de avaliação</p>

destinado às visitas da pessoa em situação crítica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Divulgar a sessão;</li> <li>- Elaborar plano de sessão</li> <li>- Divulgar a sessão;</li> <li>- Realizar a formação;</li> <li>- Avaliar a formação.</li> </ul>	Enfermeiras A.S. e M.F. (elos de ligação com a CCI);	cores		
---	--	--	-------	--	--

**Cronograma:**

Objetivo	Atividades	Mar 2013	Abr 2013	Mai 2013	Jun 2013	Jul 2013	Set 2013
Informar as visitas acerca da importância da temática;	Pesquisa bibliográfica						
	Realização do folheto informativo acerca da importância						

	da utilização dos equipamentos de proteção individual em situações de isolamento;							
	Divulgação do folheto de forma a sensibilizar para a sua aplicação junto das visitas							
Elaboração do folheto informativo	Pesquisa bibliográfica;							
	Formação às assistentes operacionais e à secretária da unidade acerca da temática							
	Sensibilização para a distribuição e análise do folheto em conjunto com a pessoa a quem é entregue							

**Orçamento:**

Recursos Humanos:

- A elaboração do folheto informativo é exclusivamente da minha responsabilidade, após revisão bibliográfica assim como pesquisa e aconselhamento junto aos elementos da CCI. Tenciono realizar estas atividades em horário pós-laboral, em tempo de trabalho autónomo, sendo que, não terá qualquer custo à instituição.

**Recursos Materiais:**

- A nível do acesso telefónico, secretária, cadeiras, material informático, material multimédia e canetas, são materiais que existem já no serviço e que serão utilizados, pelo que não haverá dispêndio a esse nível.
- A realização das reuniões com os elementos da equipa multidisciplinares ocorrerá igualmente em horário de trabalho dos mesmos, sendo de destacar que a formação será agendada em contexto de formação em serviço, pelo que não se preveem custos para a realização deste procedimento.
- A impressão dos folhetos será realizada por mim, sendo que na fase inicial a impressão será de duas páginas A4 na horizontal, frente e verso; a impressão inicial será a cores serão tiradas fotocópias do modelo a cores (com o objetivo de ser mais chamativo e sensibilizar os utilizadores acerca da importância da sua utilização)
- As despesas apresentadas serão comportadas pela instituição.

Impressão a cores	Fotocópias a cores	Total
2x0,20€ (preço unitário de cada impressão) = 0,40€	0,40€x50 (será este o número inicial de cópias para a implementação da utilização do folheto) =20€	20,40€

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

- A marcação da data da formação às assistentes operacionais e secretária de unidade (por possuírem horários laborais distintos) – tenciono sondar os elementos a quem será direcionada a fim de se encontrar um dia que seja concordante com a disponibilidade das participantes interessadas para que, sendo auscultadas, sentir-se-ão mais motivadas a participar na mesma.

Data: 18/03/2013

Assinatura: Eulália Luís

Docente: \_\_\_\_\_

APÊNDICE 21 – PAC - FOLHETO INFORMATIVO “Aos visitantes...  
Ajude-nos a prevenir as infeções”

## AO VISITANTE...

### AJUDE-NOS A PREVENIR AS INFEÇÕES!!

❖ Pense na segurança do seu doente antes de visitar alguém numa instituição de saúde.

❖ Pense também na segurança dos outros doentes internados.

❖ Lave e seque as mãos antes de entrar na sala, em particular após usar as instalações sanitárias.

❖ Junto à cama do seu doente, está disponível uma solução alcoólica para desinfeção das mãos, use-a!

❖ Não contacte fisicamente com os outros doentes.

GRATOS PELA

SUA COLABORAÇÃO

## **AO VISITANTE...**

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano  
Monte do Gilbardinho  
7540-230 Santiago do Cacém  
Portugal  
Telefone: 269 818 100  
Fax: 269 818 156

<http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>

## **AO VISITANTE...**

**DGS - Norma nº 029/2012 de  
28/12/2012 atualizado a 31/10/2013**

## Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

❖ Variedade de barreiras protetoras usadas, sozinhas ou em conjunto, com o objetivo de proteger as mucosas, pele e a roupa do contacto com agentes infecciosos.

Os EPI's incluem luvas, máscaras, respiradores, óculos, viseiras e aventais ou batas.

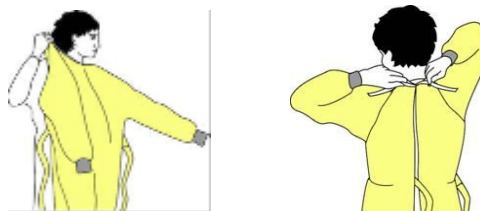
### Considerações Gerais

❖ Os EPI's devem ser colocados corretamente, pela ordem e técnica descritas e sempre antes do contacto com o doente;

❖ A remoção cuidadosa do EPI é muito importante na prevenção da contaminação do visitante. Deve ser efetuada de acordo com as normas a seguir apresentadas e, sempre que possível, sob a supervisão de outro profissional. Durante a manobra de remoção do EPI deve existir um cuidado adicional para evitar contaminação do próprio, dos outros e do ambiente. Deve remover-se em primeiro lugar o equipamento mais contaminado.

## COLOCAÇÃO DOS EPI'S

### 1. BATA



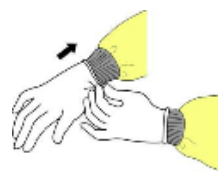
- ❖ Abrir a bata pela parte posterior;
- ❖ Vestir apertando os atilhos atrás;

### 2. MÁSCARA



- ❖ Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo;
- ❖ Ajustar a parte superior ao nariz;
- ❖ Fixar à cabeça com os atilhos ou elásticos;

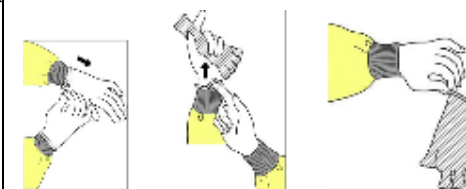
### 3. LUVAS



- ❖ Inserir as mãos nas luvas;
- ❖ Puxar as luvas até prender o punho da bata

## REMOÇÃO DOS EPI'S

### 1. LUVAS



- ❖ Pegar no bordo da luva junto ao punho;
- ❖ Retirar da mão, virando de dentro para fora e segurar;
- ❖ Meter o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remover;
- ❖ Virar a luva do avesso;
- ❖ Descartar em contentor apropriado;

### 2. MÁSCARA



- ❖ Desapertar os atilhos;
- ❖ Retirar da face e descartar;

### 3. BATA



- ❖ Desapertar os atilhos;
- ❖ Puxar a bata pelos ombros;
- ❖ Virar do avesso;
- ❖ Enrolar e descartar;

APÊNDICE 22 - AVISO DA SESSÃO “Equipamentos de Proteção  
Individual: Saber Usar para o melhor Cuidar”

**FORMAÇÃO**  
**Assistentes operacionais**

DIÁ 14 DE OUTUBRO DE 2012  
14h e 30 MIN.

*(Faint text, likely a title or subtitle, possibly: "Atividade de Capacitação de Profissionais")*

PREZADOS

ESTIMAMOS

LEAL-DEI

ESTIMAMOS

*(Signature)*  
ESTIMAMOS

ESTIMAMOS

*(Signature)*  
ESTIMAMOS

FORM  
ADUN  
-COR  
PEL  
TEC

FORM  
ADUN  
-COR  
PEL  
TEC

APÊNDICE 23 – PLANO DE SESSÃO PAC

## PLANO DE SESSÃO – PAC

**Estudante da ESS-IPS:** Eulália Sofia Rodrigues Luís

**Orientador:** S.M.

**Professor:** E.M.

**Instituição:** Hospital do Sul

**Tema:** "Equipamentos de Proteção Individual – Saber usar para o melhor cuidar"

**Duração da Sessão:** 30 min

**Serviço:** Unidade de Cuidados Intensivos

**Público-Alvo:** Equipa de Assistentes

Operacionais e Assistente Técnica da UCI-

Hospital do Sul

Objetivo Geral	Dotar a equipa de Assistentes Operacionais e a Assistente Técnica da UCI- Hospital do Sul de conhecimentos sobre os Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento, de modo a contribuir para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na UCI- Hospital do Sul				
Objetivos Específicos	Transmitir conhecimentos sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento à equipa de Assistentes Operacionais e à Assistente Técnica da UCI-Hospital do Sul				
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempos Previstos
Introdução	Apresentação do tema à equipa;  Enunciar os objetivos da sessão  Apresentação da temática e	Método interrogativo, expositivo e participativo	Slides  Computador data show	Exposição dos slides preparados e partilha de experiências acerca	3 min

	contextualização da mesma em Unidades de Cuidados Intensivos;		Apresentação de power point realizada	da temática	
Desenvolvimento	As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão: Via aérea; Gotículas; Contacto e Contenção; Apresentação e exploração dos EPI's: - Diferentes tipos de máscaras, bata e luvas; Formas de colocação e remoção adequadas dos EPI's;	Método expositivo, demonstrativo e participativo	Slides Computador portátil Retroprojector Tela branca Máscaras (diferentes tipos), bata e luvas	Exposição e discussão da temática;  Demonstração das formas de colocação e remoção dos EPI'S;	20 min
Conclusão	Conclusão e discussão	-	Avaliação da sessão: Preenchimento do questionário de avaliação da sessão		7 min

APÊNDICE 24 – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO “Equipamentos de  
Proteção Individual: Saber Usar para o melhor Cuidar”

Projeto de Aquisição de Competências – Controlo de Infeção

## “Equipamentos de Proteção Individual – Saber usar para o melhor cuidar”

Realizado por:

Estátila Lufé- Estudante de Mestrado n.º 110919041 da ESS-IPS

Est. Enfermeira Orçamentária

Enfermeira S.M. – Hospital do Sul

Professora:

Elsa Monteiro – Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal



2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESS-IPS

### Objetivo Geral

Dotar a equipa de Assistentes Operacionais e a Assistente Técnica do Hospital do Sul de conhecimentos sobre os Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento, de modo a contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde no Hospital do SUI

### Objetivo Específico

Transmitir conhecimentos sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento à equipa de Assistentes Operacionais e à Assistente do Hospital do Sul.



2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESS-IPS

## SUMÁRIO:

### 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

- INFEÇÃO NOSOCOMIAL / INFEÇÃO HOSPITALAR
- INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE – IACS
- INFEÇÃO NOSOCOMIAL / INFEÇÃO HOSPITALAR -IMPACTO IACS
- FATORES QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DE IACS
  - ✓ O Agente Microbiano
  - ✓ Suscetibilidade do Doente
  - ✓ Fatores Ambientais

### 2. DESENVOLVIMENTO

- PRECAUÇÕES BÁSICAS: EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
  - ✓ PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO
  - ✓ ISOLAMENTO DE CONTACTO
  - ✓ ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS/VIA AÉREA
  - ✓ ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

### 3. CONCLUSÃO

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### INFEÇÃO NOSOCOMIAL / INFEÇÃO HOSPITALAR

#### INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE – IACS

- ❖ Adquirida pelos doentes na consequência dos procedimentos e cuidados de saúde prestados; pode também afetar os profissionais de saúde.
- ❖ A elevada taxa de IACS evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis.

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### INFECÇÃO NOSOCOMIAL / INFECÇÃO HOSPITALAR - IMPACTO IACS

❖ Agravamento problemas físicos e psicológicos do doente:

1. Diminuição da qualidade de vida
2. Elevada morbilidade e mortalidade
3. Elevados custos económicos
4. ↑ tempo de internamento
5. ↑ custos indiretos
6. ↑ fármacos
7. ↑ Recursos
8. Necessidade de isolamento



<http://140.40.40.40/...>

*Uma taxa elevada de IACS evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis...*

Programa Nacional de controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. 2007

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL - FATORES QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DE IACS

### ❑ O Agente Microbiano

1. Resistência aos antimicrobianos (novas estirpes)
2. Virulência intrínseca
3. Quantidade de material infeccioso



<http://140.40.40.40/...>



<http://140.40.40.40/...>

### ❑ Susceptibilidade do Doente

1. Idade
2. Diminuição da imunidade (fármacos imunossupressores)
3. Doença de base (cancro, leucemia, SIDA, DM,...)
4. Desnutrição
5. Tipo de intervenção diagnóstica ou terapêutica

Programa Nacional de controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. 2007

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### FATORES QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DE IACS

#### ❑ Fatores Ambientais

1. Instituições de saúde  
(flora microbiana presente)
2. Sobrelotação
3. Transferências frequentes de doentes



Programa Nacional de Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO

### PRECAUÇÕES BÁSICAS

1. Higienização das mãos
2. Uso de Equipamento de Protecção Individual (EPI)
  - 2.1 Luvas
  - 2.2 Máscaras
  - 2.3. Protecção ocular
  - 2.4. Avental ou bata descartável
3. Descontaminação de materiais e equipamentos
4. Prevenção de acidentes com corto-perfurantes
5. Roupa Hospitalar
6. Resíduos Hospitalares



**Não há doentes de risco...há procedimentos de risco!**

Programa Nacional de Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

### Precauções Básicas

#### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



<http://www.infectioes.com.br/controle/controle/precaucoes/2102013ea20132a402001308v30401480e001.jpg>

#### LUVAS NÃO ESTERILIZADAS

1. Usar quando perante a possibilidade de contacto com mucosas, pele não íntegra, sangue, fluidos orgânicos, secreções e quaisquer objetos contaminados
2. MUDAR de luvas ENTRE DOENTES e ENTRE PROCEDIMENTOS no mesmo doente
3. Retirar e descartar as luvas depois do uso, entre doentes e ANTES DE MANIPULAR OBJECTOS NÃO CONTAMINADOS E SUPERFÍCIES AMBIENTAIS
4. Higienizar as mãos após retirar as luvas
5. Não devolver luvas à caixa após terem estado no bolso

Programa Nacional de Controle de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO

### Precauções Básicas

#### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

#### MÁSCARA E PROTEÇÃO OCULAR

- Quando se prevê a ocorrência de aerossóis, salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos



<http://www.infectioes.com.br/controle/controle/precaucoes/2102013ea20132a402001308v30401480e001.jpg>



<http://www.infectioes.com.br/controle/controle/precaucoes/2102013ea20132a402001308v30401480e001.jpg>



<http://www.infectioes.com.br/controle/controle/precaucoes/2102013ea20132a402001308v30401480e001.jpg>

Programa Nacional de Controle de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007



## DESENVOLVIMENTO

### PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

#### ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

- Prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes

#### ISOLAMENTO DE CONTACTO

- Transmissão por contacto direto ou indireto

Programa Nacional de Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO

### PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

#### ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS

- Transmissão através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (<1m) pela tosse espirro, fala e procedimentos com aspiração de secreções
- Não permanecem suspensas no ar

#### ISOLAMENTO VIA AEREA

- Transmissão através de pequenas partículas que permanecem suspensas no ar durante períodos longos e podem ser disseminadas à distância através de corrente de ar

Programa Nacional de Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO

### Precauções de Isolamento

#### ISOLAMENTO DE CONTACTO

Devem ser colocados em isolamento de contacto todos os doentes admitidos em qualquer local do Hospital com suspeita de colonização ou infeção a gentes multirresistentes, transmissíveis por contacto.

Programa Nacional de Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO



Programa Nacional de Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO

### Precauções de Isolamento

#### ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS/ VIA AÉREA

- Gotículas de pequena dimensão ( $>5\mu\text{m}$ )
- Distância inferior ou igual a 1 metro
- Não permanecem suspensas no ar (GOTÍCULAS)
- Podem permanecer horas em suspensão (VIA AÉREA)

Programa Nacional de Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO



Programa Nacional de Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO



Programa Nacional de Controle de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO

### Precauções de Isolamento

#### ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

1. Poster identificador de isolamento
2. Folheto explicativo de procedimento aos visitantes
3. Luvas não esterilizadas
4. Aventais e batas não esterilizadas
5. Máscaras (adequadas ao agente)
6. Compressas não esterilizadas
7. Estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro
8. Saco para lixo branco

Programa Nacional de Controle de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007

## DESENVOLVIMENTO



Programa Nacional de controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde: 2007

## DESENVOLVIMENTO

### Precauções de Isolamento

#### ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

##### REGRAS GERAIS

1. Restrição ao mínimo da saída dos doentes dos quartos e unicamente para realização de procedimentos médico-cirúrgicos
2. Restrição de pessoal e material ao mínimo da entrada no quarto, bem como o contato físico com os doentes
3. Restrição ao mínimo o número de visitas aos doentes
4. Higienização das mãos
5. Utilização de luvas não esterilizadas
6. Individualizar equipamentos (cadeiras sanitárias, urinol...)
7. Utilização de máscaras faciais adequadas (simples, bico de pato, etc)

Programa Nacional de controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde: 2007

## DESENVOLVIMENTO

### **Precauções de Isolamento**

#### **ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO**

##### **REGRAS GERAIS**

1. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência direta aos doentes com indicação para isolamento (ou infetados, mesmo sem indicação para isolamento) não deverão nunca ser responsáveis pela assistência direta a doentes imunodeprimidos, com feridas operatórias recentes ou a recém-nascidos
2. Sempre que seja necessária a sua saída para realização de exames ou procedimentos, devem ser protegidos por bata descartável limpa, cobertores limpos e não devem contactar com outras pessoas, materiais ou superfícies

## DESENVOLVIMENTO

### **Precauções de Isolamento**

#### **ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO**

##### **REGRAS GERAIS**

1. Os locais de destino devem ser informados de forma a programarem o exame ou procedimento com o menor número de pessoas na área em questão e efetuarem limpeza adequada antes da chegada de novos doentes
2. O pessoal acompanhante deve estar devidamente equipado e sempre que possível não deve contactar em superfícies ou equipamentos com as luvas contaminadas, as quais devem ser descartadas em recipientes adequados

## CONCLUSÃO

“Promover a ideia que os cuidados limpos são cuidados mais seguros, não é uma opção: é o **nosso dever** para com os doentes, os seus familiares e os profissionais de saúde (...).

Cada um de nós pode representar um pequeno contributo para a mudança: para alcançarmos uma melhoria importante temos que nos envolver todos”

(Pittet, Didier 2007, p.67)

## BIBLIOGRAFIA

- Programa Nacional de Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007  
Consultado a 21 de Julho de 2013  
Disponível em  
<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0&codjgono=0020AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Pittet D, Harbarth S. The intensive care unit. In: [Hospital Infections](#). Brachman PS and Bennett JV, eds, 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2007.

## APÊNDICE 25 – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

■

## HOSPITAL DO SUL

### – Unidade de Cuidados intensivos -

#### **Formação: “Equipamentos de Proteção Individual: saber usar para o melhor cuidar”**

Estudante de Mestrado Eulália Luís, n.º 110519041

No dia 14 de Outubro de 2013, por volta das 14 horas e 45 minutos, teve lugar, na sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos, o momento formativo subordinado ao tema: “Equipamentos de Proteção Individual: saber usar para o melhor cuidar”, realizado pela estudante do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico - Eulália Luís, sob a orientação académica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, docente da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal e Professora E.M. e sob orientação institucional da Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica S.M.

Na formação participaram quatro das sete assistentes operacionais a quem era dirigida a formação, a técnica administrativa e a Enfermeira Responsável de serviço, tendo sido convidadas para o mesmo a Enfermeira elemento de ligação da Unidade de Cuidados Intensivos na Comissão de Controlo de Infecção, a Enfermeira Orientadora Institucional da estudante de mestrado e a Médica Coordenadora da Comissão de Controlo de Infecção, tendo as mesmas não comparecido por motivos profissionais.

A marcação do dia da formação ocorreu de forma algo inesperada, uma vez que foram realizados grandes esforços para que fosse possível a presença da maioria dos elementos da equipa de assistentes operacionais, uma vez que se encontra um elemento de férias, um elemento em licença de amamentação e um elemento destacado para colaboração na prestação

de cuidados em outro serviço da instituição. Após a enfermeira responsável de serviço ter conseguido reunir consenso para a realização do evento formativo com a maioria da equipa de Assistentes Operacionais para esta data, a estudante Eulália foi informada, tendo prontamente acedido à oportunidade, e solicitado autorização por mensagem de telemóvel (uma vez que já passava das 22horas) à Professora E.M. para realização do evento, tendo a mesma sido conferida por mensagem de email.

Assim, o evento formativo agendado inicialmente para as 14 horas e 30 minutos teve o seu início por volta das 14 horas e 45 minutos devido ao facto de duas das assistentes operacionais se encontrarem dentro do seu horário de trabalho e não terem conseguido disponibilidade para que o evento tivesse o seu início à hora marcada.

Na sala predominava um ambiente descontraído, todas as participantes se encontravam bastante motivadas para a formação e para o tema da mesma. Foram entregues blocos às participantes com a impressão dos slides da apresentação.

Iniciou-se o momento formativo com os agradecimentos pela presença e disponibilidade das participantes. De seguida, foram apresentados os objetivos geral e específico, tendo sido após o mesmo solicitada participação e/ou esclarecimento de dúvidas de forma oportuna, no sentido de tornar o momento formativo num espaço de partilha e esclarecimento de dúvidas.

Durante a apresentação da sessão preparada, a estudante foi dando exemplos da realidade em que ocorrera a observação de determinados comportamentos desajustados, tendo as participantes no evento partilhado as suas dúvidas relativamente às precauções necessárias quando em situações de isolamento de contacto, de isolamento de gotícula e de via aérea; as mesmas foram esclarecidas pela estudante e a enfermeira responsável de serviço apoiou as justificações da estudante, tendo dado reforço positivo. A técnica administrativa também teve participação ativa, nomeadamente ao partilhar que desconhecia as medidas de prevenção dos diferentes tipos de isolamento, tendo assumido que descurava muitas vezes a higienização das mãos à entrada da sala aberta por não perceber qual a pertinência do procedimento. Também ela foi esclarecida pela estudante que frisou (em jeito de reforço do que já havia apresentado), que também a utilização da bata à entrada da unidade era imprescindível aquando da sua

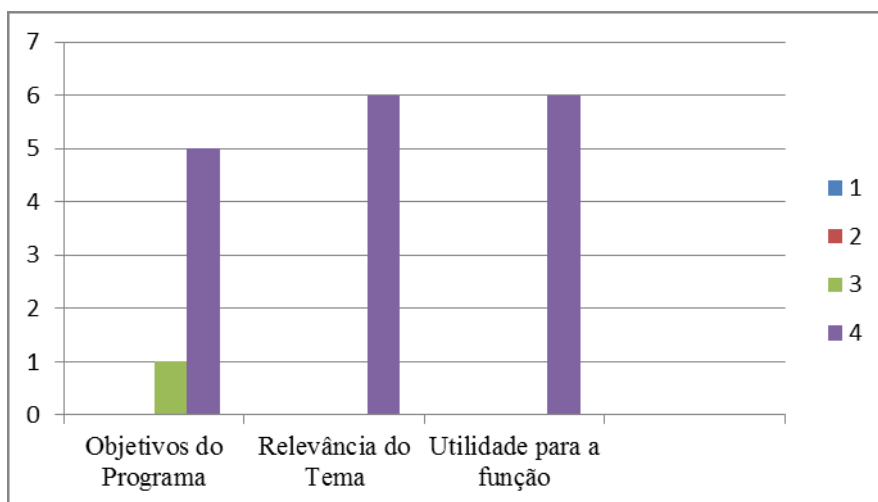
presença na sala aberta. Em jeito de conclusão, a estudante apelou para que todas as presentes tivessem a noção da importância da utilização dos equipamentos de proteção individual, ajustada às diferentes situações com que se vão deparando, não só a nível da unidade de cuidados intensivos mas também quando em outros contextos de prestação de serviço (uma vez que todas elas são escaladas concomitantemente para realizar turnos em outros serviços). Esta apelação trouxe alguma discussão pois foram relatadas pelas assistentes operacionais ocorrências, a nível dos outros serviços, que elas já haviam observado, junto de outras colegas assistentes e junto de outras enfermeiras (os) que não respeitavam as premissas apresentadas. A estudante, após escutar as partilhas chamou a atenção que as presentes, poderiam ser junto dos seus pares agentes promotores de mudança, de forma a garantir às pessoas a quem colaboram na prestação de cuidados o máximo de segurança, uma vez que são pessoas em variadas situações de vulnerabilidade e dependência. A sugestão foi aparentemente compreendida, tendo as mesmas assumido que teriam ficado esclarecidas.

Por fim, foram entregues as folhas da avaliação da sessão, sendo solicitado que pontuassem numa escala de 1 a 4 os pontos enunciados, sendo 1 (não satisfaz); 2(satisfaz pouco); 3(satisfaz) e 4 (bom). Da análise de dados realizada, verificou-se que:

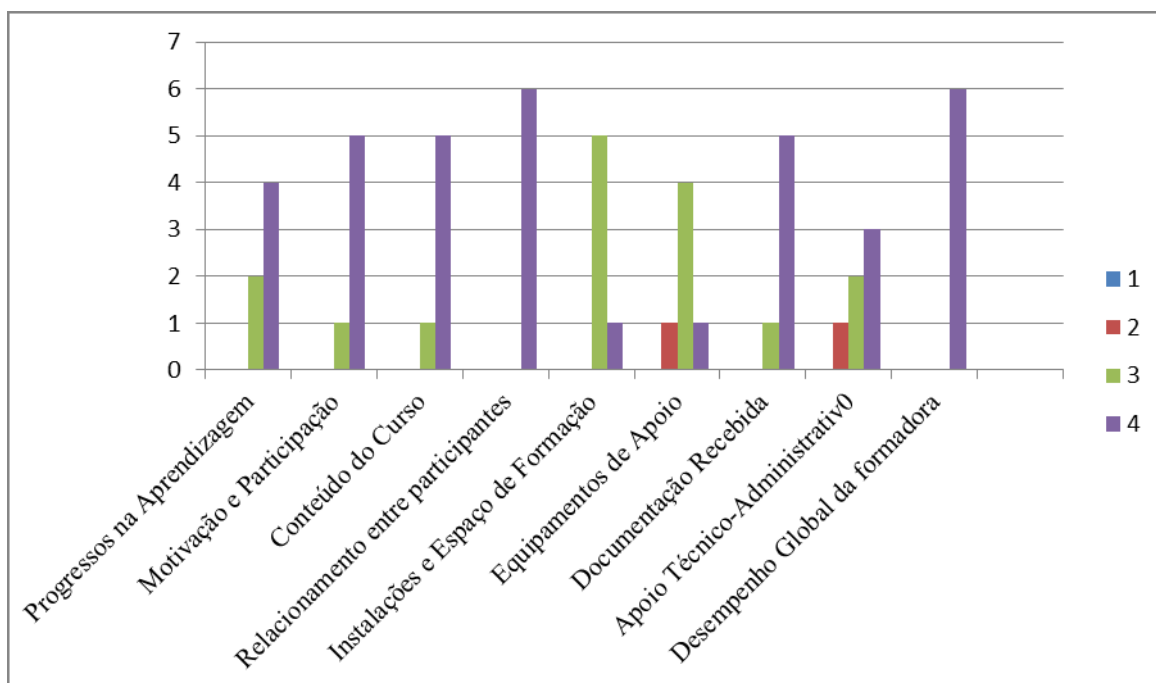
1. Relativamente às expectativas perante o evento formativo:



2. Opinião acerca do Interesse da ação de formação:



3. Relativamente à avaliação da Ação de Formação:



4. Comentários/Sugestões:

- a) “Continuar com as formações em serviço”.
- b) “Formação a repetir a todo o grupo de Assistentes Operacionais”.
- c) “Dar continuidade a alguns itens abordados na mesma e relativa à temática, a estudar e apresentar dentro do próximo trimestre”.
- d) “Promover eventos formativos a nível de outros serviços da instituição”.
- e) “Continuar com novas formações”.
- f) “Dar continuidade a formações ligadas à área profissional”.

Após serem entregues as folhas de avaliação da sessão à estudante, a mesma agradeceu a presença e participação das presentes. A sessão teve a duração de 1 hora.

