



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica na transição
saúde-doença: Intervenção Terapêutica de Enfermagem**
Empowering the family of the Person in Critical Situation in the health-illness
transition: Therapeutic Nursing Intervention

Joana Rita Frade da Rosa

**Lisboa
2024**



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

Relatório de Estágio

**Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica na transição
saúde-doença: Intervenção Terapêutica de Enfermagem**

Empowering the family of the Person in Critical Situation in the health-illness
transition: Therapeutic Nursing Intervention

Joana Rita Frade da Rosa

Orientadora: Professora Doutora Anabela Mendes

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Faz tudo como se alguém te contemplasse
(Epicuro)

Agradecimentos

A mim, porque nunca desisti neste caminho árduo e longo.

À minha orientadora pedagógica, Professora Doutora Anabela Mendes, um muito obrigado pela sua orientação, dedicação e apoio nas fases mais difíceis, tendo sempre uma palavra de conforto e apoio para dar.

À Escola Superior de Saúde de Lisboa, pela aprendizagem proporcionada nesta jornada académica.

Às orientadoras de estágio, pelo contributo positivo nesta jornada, pela partilha de conhecimento e compreensão.

À minha família e em especial ao meu marido, que nunca me deixaram desistir, mesmo nos momentos de maior cansaço, acreditando sempre em mim e nas minhas capacidades.

À minha filha, por ser um ser único especial e, mesmo sendo pequenina, me confortou e deu forças para acabar esta jornada.

E por último a minha estrelinha, a minha Avó, sei que onde estiveres, estarás ao meu lado, a dar forças para acabar tudo o que comecei, com a mesma força e dedicação.

A todos muito obrigada, sem vós nada disto era possível. Esta vitória não é apenas minha, é de todos Nós.

OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

- APA - American Psychological Association
- ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses
- CDE- Código Deontológico
- CHLO- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
- CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS-Direção-Geral da Saúde
- EEMCPSC – Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica
- ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- IACS- Infecções Associadas ao Cuidados de Saúde
- JBI- Joanna Briggs Institute
- MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- PBE- Prática Baseada na Evidência
- PIC- Pressão intracraniana
- PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
- PSC- Pessoa em situação crítica
- RIL - Revisão Integrativa da Literatura
- SABA- solução antisséptica de base alcoólica
- SAV- Suporte Avançado de Vida
- SUB- Serviço de Urgência Básico
- SUG- Serviço de Urgência Geral
- SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- SUP- Serviço de Urgência Polivalente
- UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

A intervenção à Pessoa em Situação Crítica em contexto de urgência, dificulta a integração da família, sendo este um dos principais desafios para os enfermeiros que assumem pela proximidade a responsabilidade. Considerando a família parceira no cuidado intra-hospitalar e posteriormente no regresso a casa, é necessário e importante a sua capacitação durante o internamento da PSC.

Este presente relatório tem como principal objetivo demonstrar o percurso na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à PSC e família, através de uma análise descritiva, reflexiva e fundamentada em contexto de UCI e SUP, tendo como temática em estudo “Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica na transição saúde-doença: Intervenção Terapêutica de Enfermagem”.

Tendo em consideração a importância dos referências teóricos, foram utilizadas a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria da Incerteza na doença de Merle Mishel como orientadora do pensamento e da intervenção terapêutica de enfermagem em contexto clínico e o modelo de Dreyfus de Benner (2001) como orientador no percurso de aquisição de competências.

Durante o percurso académico, na aquisição e desenvolvimento de competências foi impreterível o uso de raciocínio clínico e reflexivo, tendo por base uma prática baseada na evidência, para a aprendizagem e contributo na aquisição de competência para capacitar a família da PSC através de intervenções terapêuticas de enfermagem enquadradas num cuidado centrado na PSC e família.

Palavras-chave: Capacitar; Família; Intervenção Terapêutica de Enfermagem; Transição Saúde-Doença.

ABSTRACT

Intervention for Persons in Critical Situations in an emergency context makes family integration difficult, which is one of the main challenges for nurses who assume responsibility through proximity. Considering the family as a partner in in-hospital care and later on returning home, their training during the PSC hospitalization is necessary and important.

This report's main objective is to demonstrate the path in the acquisition and development of specialist nurse skills in the care of PSC and families, through a descriptive, reflective and based analysis in the context of ICU and SUP, with the theme under study being "Empowering family of the Person in Critical Situation in the health-illness transition: Therapeutic Nursing Intervention".

Taking into account the importance of theoretical references, Afaf Meleis's Theory of Transitions and Merle Mishel's Theory of Uncertainty in Disease were used to guide thinking and therapeutic nursing intervention in a clinical context and Benner's Dreyfus model (2001) as a guide in the process of acquiring skills.

During the academic career, in the acquisition and development of skills, it was essential to use clinical and reflective reasoning, based on evidence-based practice, for learning and contributing to the acquisition of skills to empower the PSC family through therapeutic interventions of nursing within a care centered on PSC and family.

Key-Words: Empowerment; Family; Critical Care Nursing; Health Transition.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL	24
1.1A Pessoa em situação crítica.....	24
1.2Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica.....	25
1.3 Teoria das Transições de Afaf Meleis	27
1.4 Teoria das Transições da incerteza de Mishel	28
1.5 Mapeamento de Conceitos.....	29
2. CAPACITAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	31
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	34
3.1. Unidade de Cuidados Intensivos	34
3. 2 Serviço de Urgência Polivalente	35
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	38
4.1. Aprofundar conhecimentos no cuidado à PSC e família	40
4.2. Identificar as necessidades da PSC e família face à incerteza na situação de doença crítica	42
4.3. Identificar os processos de transição experienciados pela PSC e família no contexto de doença crítica	44
4.4. Desenvolver competências na comunicação/informação à PSC e família na qual se insere.....	46
4.5. Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI e SUP	47
4.6. Construir planos de intervenção terapêutica de enfermagem que possibilitem a participação da família no cuidado à PSC.....	50
4.7. Capacitar a PSC e família no processo de transição saúde-doença.....	51

4.8. Refletir estruturadamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências.....	52
4.9. Disseminar os resultados da RIL, e outros processos de pesquisa em curso, internamente e externamente ao contexto de estágio.....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	58

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma 2º Semestre

APÊNDICE II- Cronograma 3º Semestre

APÊNDICE III – Planeamento de atividades

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado de participação no Webinar intitulado "Decidir para Cuidar – Tomada de Decisão em Enfermagem"

Anexo 2 – Certificado de participação no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem

Anexo 3 - Certificado de participação e conclusão do curso de “Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral”

Anexo 4 - Certificado na participação e conclusão do curso "Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento"

Anexo 5 - Certificado de participação no I International Webinar - Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person - Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care

Anexo 6 - Declaração de participação no curso ATCN

Anexo 7 – Declaração de participação no curso SAVP

Anexo 8 - Certificado de participação no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapeamento de Conceitos30

Figura 2 - Tríade da Capacitação54

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi proposto a realização de um Relatório de Estágio após permanência no contexto clínico de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) durante o 2 e 3 semestre (Apêndice 1 e 2), com o objetivo de descrever e refletir sobre o processo de aquisição de competências

O curso, apresenta como finalidade “desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e seus significativos, que vivenciam situações críticas de saúde em contexto de urgência ou unidades de cuidados intensivos, bem como na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade” (Escola superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2022).

De acordo com o modelo de Dreyfus, descrito por Benner (2001), descreve que o estudante durante a aquisição e desenvolvimento de competências, deve passar por 5 níveis sucessivos de proficiência. No 5º nível de competência (Perita), há uma enorme experiência em que o enfermeiro compreende intuitivamente cada situação, e aprende diariamente os problemas sem se perder em diversas soluções e diagnósticos estéreis. (Benner, 2001).

Este percurso formativo relatado, visou primeiramente, atingir os objetivos do ciclo de estudos do Mestrado referidos no Despacho n.º 11504/2021 de 22 de novembro de 2021 alterado pela Declaração de Retificação n.º 415/2022; descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, o artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 2018 (2018); Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Com a orientação da Professora Doutora Anabela Mendes desenvolvi o tema: Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica na transição saúde-doença: Intervenção Terapêutica de Enfermagem.

A escolha da temática baseou-se na prática clínica enquanto Enfermeira num Serviço de Urgência Geral (SUG), onde diariamente sou confrontada com o

desenvolvimento de sentimentos por parte das famílias, no qual, com pouco ou nenhum tempo de preparação, se deparam com um evento crítico do seu familiar.

Este episódio origina frequentemente uma crise familiar, alteração de papéis, reestruturação familiar e alteração de rotinas, comprometendo as transições familiares no ciclo vital da família (Galinha de Sá e Henriques, 2021).

O SUG é definido, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), parecer nº14 de 2018, como multidisciplinar e multiprofissional com o objetivo da prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médicas, segundo critérios clínicos.

Este serviço pelas características de altamente diferenciado e tecnologicamente desafiante, impõem aos enfermeiros a necessidade de priorizar o cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Neste sentido, o cuidado à família da PSC exige que o enfermeiro detenha competências especializadas na comunicação pelas particularidades e desafios impostos pelo contexto de urgência (Galinha de Sá e Velez, 2021).

É importante ressaltar que durante este percurso, utilizei como referencial teórico a teoria das transições de Afaf Meleis e a teoria da incerteza na doença de Merle Mishel.

Define-se pelo exposto como foco central para este percurso o desenvolvimento de competências de enfermeira perita na Capacitação da família da PSC.

Para o desenvolvimento das competências definidas, estabeleci como finalidade desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC e capacitação da família da PSC no processo de transição saúde-doença.

Considerando a finalidade proposta foram definidos os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos no cuidado à PSC e família;
- Identificar as necessidades da PSC e família face à incerteza na situação de doença crítica;
- Identificar os processos de transição experienciados pela PSC e família no contexto de doença crítica;
- Desenvolver competências na comunicação/informação à PSC e família na qual se insere;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família em contexto de SUG e UCI;

- Construir planos de intervenção terapêutica de enfermagem que possibilitem a participação da família no cuidado à PSC;
- Capacitar a PSC e família no processo de transição saúde-doença;
- Refletir estruturadamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências;
- Disseminar os resultados da RIL, e outros processos de pesquisa em curso, internamente e externamente ao contexto de estágio.

O relatório está arquitetado em 7 elementos integrantes: introdução, enquadramento teórico e concetual, revisão integrativa da literatura, contextualização dos locais de estágio, desenvolvimento de competências, conclusão e referências.

O presente relatório de estágio foi escrito tendo em conta o Guia Orientador para trabalhos escritos disponibilizado pela ESEL (Godinho et al., 2023), seguindo o novo acordo ortográfico e as Normas da American Psychological Association, APA 7ª Edição (APA, 2020).

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O enquadramento teórico, visa elucidar sobre conceitos necessários no desenvolvimento e aquisição de competências durante o meu percurso formativo. Este capítulo estará dividido em 5 subcapítulos, os quais se interligam entre si no seu desenvolvimento. São eles:

- Pessoa em situação crítica
- Capacitar a Família da Pessoa em Situação Crítica
- Teoria das Transições de Afaf Meleis
- Teoria da Incerteza de Merle Mishel
- Mapeamento de Conceitos

1.1 A Pessoa em situação crítica

A PSC segundo Benner (2001), é definida como gravemente doente ou ferida, sendo incapaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica, ou está em alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica, sendo tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos e tecnológicos.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n. °124/2011 de 18 de fevereiro (2011), “evidencia que o conceito de PSC, está relacionado com a dependência provocada pela disfunção fisiológica, realçando a sua necessidade de cuidados de enfermagem especializados e qualificados” (p.8656).

Os cuidados especializados de enfermagem à PSC são definidos segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018) como “cuidados prestados pelo enfermeiro especialista, implicando a observação e procura constante, de forma sistémica e sistematizada de dados, com a finalidade de conhecer a sua situação real, prever e detetar antecipadamente complicações e empreender uma intervenção com qualidade, em tempo útil e adequada (p.19363).

A PSC é um ser individual com as suas particularidades/singularidades e socialmente ativo inserido numa família.

De acordo Minuchin (1988), a família é caracterizada por um complexo sistema com crenças, valores e práticas desenvolvidas, ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca da melhor adaptação possível para a sobrevivência dos seus

membros. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) define a família como as ligações que são estabelecidas entre os membros baseadas na confiança, suporte mútuo, colocando a substância principal no eixo relacional, e sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais.

O enfermeiro em contexto de SUG e UCI presta cuidados à PSC e conseqüentemente ao seu envolvente (família/cuidador), que se encontra a vivenciar juntamente com a PSC processos complexos de doença crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O processo de doença nunca é um acontecimento isolado ao doente, também a sua família vivencia este processo. Por este motivo, o enfermeiro tem de proporcionar um cuidado centrado na PSC e a sua família. De acordo com Mendes (2016) “a família torna-se cliente de enfermagem pela vivência de um processo de transição saúde-doença de um dos seus membros” (p.2).

1.2 Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica

Na minha prática clínica em contexto de SUG, sou confrontada diariamente com o desenvolvimento de sentimentos por parte das famílias após um evento de doença crítica do seu familiar.

Eggenberger e Nelms (2007), afirmam que, a família do doente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional. Incessantemente, a ansiedade é provocada pela falta de comunicação por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Segundo Meleis e colaboradores (2000), os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e suas famílias que atravessam uma transição. Estes compreendem as mudanças e necessidades que as transições trazem para o quotidiano dos utentes e sua família.

De acordo com Abdel-Yildirim e Özlü (2018), a família perante uma situação crítica, do ente querido, tem necessidades específicas associadas à incerteza da situação, à imprevisibilidade da evolução da situação, com risco de vida iminente, e ainda ao ambiente tecnológico desconhecido, sendo necessário a sua capacitação

É necessário que haja o conhecimento das necessidades da família pelo enfermeiro em contexto de situação crítica. De acordo com Mendes (2016) “o

conhecimento das necessidades da família é assim imperativo para os enfermeiros no processo de transição situacional vivenciado por esta. A família deverá ser também um foco da Enfermagem devido à experiência de um processo de transição saúde-doença do seu familiar "(p.1).

O reconhecimento das necessidades da família e a sua integração na prestação de cuidados da PSC é o 1º passo para a capacitação da mesma. Nesta fase existe o estabelecimento de uma relação terapêutica e interajuda. Esta relação ajuda a família a perceber o estado clínico do seu familiar, criando uma esperança real (Kalocsai et.al, 2018). A relação terapêutica é a base essencial para um cuidado de enfermagem de alta qualidade, tornando a família nossa parceira na prestação de cuidados.

Fulbrook e colaboradores (2007) afirma que a complexidade dos cuidados prestados à PSC num serviço desta natureza (SUG e UCI), pode negligenciar em alguns momentos a família. Neste sentido, o cuidado à família da PSC exige que o enfermeiro detenha competências especializadas pelas particularidades e desafios impostos pelos contextos (Galinha de Sá e Velez, 2021).

A capacitação segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (2011), é atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento na saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde e facilitando o desenvolvimento de competências pessoais.

Esta temática explica a importância de capacitar a família no processo de transição saúde-doença e o cuidado à PSC, existindo ainda a necessidade de compreender a experiência emocional e a incerteza na doença vivenciada pela a família aquando do internamento.

De acordo com Mendes (2020) "percebe-se que quando a família encontra resposta às suas necessidades, desenvolve uma enorme capacidade de gerir as situações que se lhe colocam, nomeadamente com estratégias de coping" (p.2).

Segundo Meleis (2010), os enfermeiros vivenciam momentos de transição com as pessoas, quando relacionados com a saúde, o bem-estar, surgindo assim o conceito de Intervenção Terapêutica de Enfermagem. Esta intervenção caracteriza-se pela interajuda/suporte que oferecem aos utentes e suas famílias e ainda às comunidades em que os mesmos se inserem, para conseguirem lidar com as transições de forma saudável.

1.3 Teoria das Transições de Afaf Meleis

O processo de transição da saúde - doença da PSC provoca no seio da família alterações na rotina, sendo necessário a intervenção pela equipa de enfermagem.

De acordo com Meleis (2000) a transição é a passagem entre estados, relativamente estáveis, resultante de eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. A transição é desde logo considerada como uma mudança, um processo ou um resultado, e ocorre tanto a nível pessoal, como familiar. A compreensão das propriedades e condições intrínsecas ao decurso da transição orientam o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, para serem coerentes com a experiência única vivenciada pelo doente e sua família, originando respostas adequadas à transição (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2000), as transições revelam simultaneamente o resultado e o processo de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambiente das pessoas. No entanto, importa salientar que apesar de todas as transições envolverem mudanças, nem todas as mudanças são transições.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é composta pela natureza das transições (tipo de transição; padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais; comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e intervenções terapêuticas de enfermagem. Esta teoria de médio alcance aborda fenômenos e conceitos específicos que se refletem na prática (Meleis et al. ,2000).

Na temática apresentada, o foco das transições abordadas é transição saúde-doença e situacional, estando estas relacionadas com a PSC e sua família respetivamente.

De acordo com Meleis (2018), a transição saúde-doença é definida como a passagem de um estado de saúde/bem-estar para uma doença aguda, de um bem-estar para uma doença crónica, ou de uma doença crónica para um novo bem-estar que engloba a cronicidade. Por outro lado, a transição situacional requer a definição ou redefinição dos papéis dos intervenientes.

As transições podem ter um efeito positivo ou negativo nas pessoas. Quando possui um efeito negativo, provoca um aumento da vulnerabilidade, podendo condicionar a capacidade de tomada de decisão, relativamente a si e aos que o rodeiam (Meleis, 2010).

A primeira fase para uma transição saudável é a consciencialização da transição que se encontram a vivenciar.

A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da transição pelos intervenientes (Meleis et al.,2000). Regularmente, a não consciência para o acontecido, ocorre devido à negação total do mesmo pelos intervenientes (PSC e sua família), sendo que estes deixam de estar a vivenciar uma transição para se encontrarem numa fase de pré- transição (Chick & Meleis, 1986) . Aquando desta situação, é necessário resolver os obstáculos encontrados à consciencialização da transição pelos mesmos (Chick e Meleis, 1986).

O enfermeiro tem um papel fulcral na situação de doença crítica, pela proximidade ao doente e família, sendo um elemento facilitador de medidas promotoras de conforto e bem-estar, para a PSC e sua família (Lima et al., 2021).

1.4 Teoria das Transições da incerteza de Mishel

Quando a família da PSC se depara com uma situação de doença crítica do seu familiar percebe vários sentimentos, como ansiedade, medo e incerteza.

Durante o processo de internamento existem níveis de incerteza sobre a doença, podendo condicionar as estratégias de adaptação pelos membros da família.

Por outro lado, atendendo ao contexto particular nesta situação de doença crítica do seu familiar, a incerteza do desconhecido e de todas as mudanças que poderão advir, poderá ser percebida como um perigo, não desencadeando mecanismos de coping familiar, no sentido de diminuir a incerteza e gestão de emoções.

A teoria da Incerteza de Merle Mishel de 1988, foi concetualizada inicialmente para utentes com patologia crónica, tendo sido alargada para incluir a ideia de que a incerteza pode não ser resolvida, tornando-se a nova realidade do individuo. Esta atualização fornece a oportunidade do individuo reconhecer uma nova vida (Mishel 1990).

A fase inicial associada a uma notícia inesperada como a necessidade do familiar ser transferido para UCI, é percebida pela família como algo menos positivo, originando sentimentos como medo, ansiedade e incerteza. Os enfermeiros deverão compreender esta situação, fornecendo espaço e tempo à família, para assimilarem o acontecido (Mendes, 2018).

Segundo Mishel (1990), o conceito de incerteza é definido como a incapacidade da pessoa para estruturar, de forma adequada, os eventos associados à sua doença. É descrita, de igual modo, como um estado cognitivo no qual a pessoa não consegue categorizar a sua doença devido a pistas insuficientes sobre a mesma (Tomey e Alligood, 2004), ou ainda pode ser definida como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados à doença.

A Teoria da incerteza de Mishel (1988) reconhece o risco de ameaça à vida como um dos indicadores do seu desenvolvimento e refere que a incerteza existe em situações de doença que são ambíguas, complexas, imprevisíveis, e quando a informação é indisponível ou inconsistente.

Para Mishel (1988) é importante lidar com a incerteza no sentido da adaptação, enquanto estado final, que possibilita o desenvolvimento de uma nova perspectiva de vida.

Em conformidade com Mendes (2020), os enfermeiros devem acompanhar a família da PSC quando experencia pela primeira vez o internamento em UCI devido ao ambiente altamente tecnológico e todas as mudanças que encontraram.

A intervenção do enfermeiro nesta situação deverá contribuir para a adaptação e apropriação da notícia, adaptando-se ao contexto familiar.

1.5 Mapeamento de Conceitos

O mapa de conceito foi elaborado como forma de sistematização e síntese do pensamento, permitindo evidenciar a relação entre os conceitos chaves acima apresentadas (Figura 1).

A PSC é admitida no SUG, aquando de uma situação de doença crítica vivenciando uma transição de saúde-doença, de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). Em consonância com Meleis (2000), as transições são frequentemente multidimensionais e complexas, podendo ocorrer em simultâneo ou em sequência.

Pela proximidade, também a família da PSC vivencia uma transição. Esta transição é uma transição situacional, pela alternância de papéis, alteração de rotinas e papéis no seio familiar.

Devido a este acontecimento crítico, a família da PSC vivencia a incerteza na doença, pela imprevisibilidade do acontecimento segundo a Teoria de Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988).

A PSC e a sua família vivenciam a experiência do internamento em SUG/UCI o que implica a construção de Intervenções Terapêuticas de Enfermagem que respondem às suas necessidades e se revelam facilitadoras no processo de transição, segundo Meleis e colaboradores (2000).

De acordo com Meleis (2000), os enfermeiros são os principais cuidadores da PSC e suas famílias quando atravessam uma transição, atendendo às mudanças e suas necessidades que as transições provocam no quotidiano.

Neste contexto são adquiridas competências segundo o Modelo de Dreyfus de acordo com Benner (2001), com a intenção de Capacitar a família da PSC, de forma a facilitar as transições saudáveis.

Como refere Meleis (2018) os enfermeiros interessam-se por capacitar os clientes e suas famílias com o conhecimento e a experiência para cuidarem de si mesmos e gerirem os seus sintomas e as suas transições de vida utilizando os recursos disponíveis ou criando novos recursos.

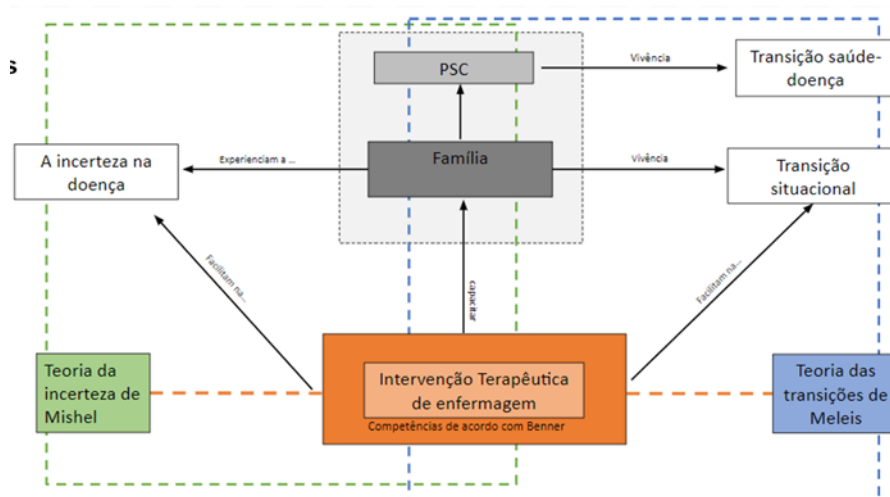


Figura 1. Mapeamento de Conceitos

2. CAPACITAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Para contextualizar e compreender melhor a temática em estudo sobre “A capacitação da família da PSC na transição saúde-doença – intervenções terapêuticas de enfermagem” e tendo em conta o Decreto-lei n.º 65/2018 de 2018, o mestre em enfermagem deve “possuir conhecimentos e competências em situações novas e não familiares, e capacidade para integrar conhecimentos (...), sendo capazes de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes” (p.4162).

Nesta situação, fez sentido o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura (RIL) com o objetivo de analisar a evidência científica sobre as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a família da PSC no processo de transição.

A RIL é um método que proporciona a síntese de conhecimento e incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza et.al, 2010). Este instrumento é a base da Prática Baseada na Evidência (PBE), sendo que a mesma remete para o cuidado clínico e o ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência.

Deste modo desenvolvi uma RIL dando resposta à temática em estudo, recorrendo aos pressupostos teóricos, Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.

Tem como tema: Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenções terapêuticas de Enfermagem. Tive como referencial metodológico Mendes et al (2008), e Whittemore e Knafl (2005); e segui as orientações e recomendações do manual de Joanna Briggs Institute for Evidence Practice durante a extração e análise dos resultados (Aromatis, 2020).

A questão de investigação foi elaborada segundo o método PICO, Quais as intervenções de enfermagem que capacitam a família no cuidado à PSC?

Foram definidos critérios de seleção e inclusão de artigos.

A pesquisa de artigos decorreu no espaço temporal entre 1 a 16 de fevereiro de 2023 na plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Foram ainda considerados outros estudos provenientes de literatura cinzenta, identificados no Google Scholar. Obteve-se uma amostra de 88 artigos, aos quais se adicionaram mais 8 resultantes de pesquisas adicionais. Destes 96 artigos, e após análise do título, resumo e

conteúdo, selecionei um total de 8 artigos para serem analisados e servirem de fundamento à aquisição de conhecimento e desenvolvimento deste relatório.

No momento da admissão da PSC no SUG, no contexto de doença crítica, é originado no seio da família, uma crise com alternância de papéis, reestruturação familiar e alteração de rotinas, comprometendo assim as transições familiares no ciclo vital da família (Sá, Botelho e Henriques, 2015). A intervenção de enfermagem é fulcral no decorrer de uma transição saudável.

A família da PSC durante este processo enfrenta a dualidade e a possibilidade de uma alteração inesperada ou instantânea da condição clínica do seu familiar, situação que desencadeia na família um misto de sensações como ansiedade, medo, angústia e incerteza na doença. A mesma refere ter necessidades específicas associadas à incerteza da situação, imprevisibilidade na evolução da condição clínica com risco de vida iminente, e ainda o ambiente tecnológico desconhecido sendo elencado como necessidades mais emergentes, a comunicação eficaz e a construção de uma relação terapêutica (Beer and Brysiewicz, 2019).

Na perspectiva da família a relação terapêutica só pode ser estabelecida baseada em pilares como a comunicação; proximidade; integração e conforto (Kalocsai et.al, 2018).

Com a criação da relação terapêutica existe a construção da tríade da capacitação que é constituída pela Família da PSC- Enfermeiro- PSC (Figura 2).

Durante o processo de capacitação, a família descreve que existem fatores que inibem e facilitam a sua capacitação no cuidado à PSC. Os fatores inibidores são: o uso de jargões médicos; variedade de profissionais de saúde que prestam cuidados à PSC; a passagem de turno ser efetuada na unidade do utente e a experiência da família não ser considerada pelos profissionais. Por outro lado, os fatores facilitadores são: comunicação eficaz, clara e precisa por parte dos enfermeiros; integração na equipa multidisciplinar, que por sua vez leva à integração nos cuidados da PSC; proximidade da família com os profissionais de saúde e o conforto.

Este processo de doença não é um acontecimento isolado na PSC, a família também vivencia este processo, carecendo de cuidados de enfermagem. A evidência científica demonstra que a família tem um impacto positivo na saúde e bem-estar dos seus membros (Wright e Leahey, 2012).

Neste sentido, o enfermeiro tem o dever ético e deontológico de envolver a família na sua prática clínica (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015), através da construção de intervenções terapêuticas que capacitam a família da PSC.

As intervenções terapêuticas de enfermagem são descritas segundo Meleis (2010) como interajuda/suporte que oferecem aos utentes e suas famílias e ainda às comunidades em que os mesmos se inserem, para conseguirem vivenciar as transições positivamente.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Para o desenvolvimento de competências de perícia na área da Capacitação da família da PSC, surgiu a necessidade de aquisição de conhecimentos teóricos e competências técnicas nesta área.

O presente capítulo, pretende descrever os contextos de estágios, onde decorreu o percurso de desenvolvimento de competências durante o mestrado.

Os estágios foram realizados em 2 contextos distintos, UCI e SUP, ambos os contextos na mesma instituição hospitalar.

A instituição hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, no que compete à sua capacidade e na extensão da sua responsabilidade (CHLO, 2006).

3.1. Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio em UCI foi composto por 2 momentos com a frequência de 225 horas cada. Decorreu no espaço temporal entre 15 de maio a 21 de julho de 2023 e posteriormente de 2 de outubro a 24 de novembro de 2023.

Segundo o Parecer nº15 da Ordem dos Enfermeiros de 2018, a UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p.1).

A UCI integra utentes com patologias médicas e cirúrgicas. Durante o decorrer do estágio contactei com utentes com patologias predominantes do foro cirúrgico-ortopédico (recobro cirúrgico, para vigilância e monitorização hemodinâmica) e neurocirúrgico.

Esta Unidade tem capacidade para internar 9 utentes, sendo constituída por 2 espaços físicos. Um espaço amplo que permite o internamento de 7 utentes, onde o enfermeiro consegue monitorizar e vigiar à medida que realiza os seus registos, e outro espaço composto por 2 quartos de isolamento, com a capacidade para 1 cada.

Segundo as Recomendações técnicas para a instalação de Unidade de cuidados intensivos (RT 09/2013 de 2013), preconiza a existência de 3 níveis de UCI. Esta unidade integra o nível III, sendo as camas destinadas a utentes com duas ou mais disfunções de

órgãos, potencialmente ameaçadoras para a vida e, portanto, necessitam de suporte orgânico, com necessidade da presença física de enfermagem 24 h.

Inicialmente, para entender a dinâmica, organização e funcionamento desta unidade, enquanto aluna de mestrado procedi à consulta de protocolos, normas específicas e indicadores de qualidade (prevenção da Pneumonia associada à ventilação, otimização do cateter central venoso com a seringa luer-look), e procedi ao levantamento e análise das principais patologias, terapêuticas e procedimentos predominantes, e ainda indicadores de qualidade.

Esta estratégia revelou-se essencial para a minha integração na dinâmica de funcionamento do serviço, visto ser um contexto de trabalho diferente da minha prática clínica diária.

3. 2 Serviço de Urgência Polivalente

O estágio em Serviço de Urgência Polivalente (SUP) foi composto por 1 momento com a frequência de 225 horas. Decorreu no espaço temporal entre 27 de novembro de 2023 a 9 de fevereiro de 2024.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), despacho nº10319 de 2014, define que as redes de Serviços de Urgência integram diferentes níveis de resposta, sendo eles de forma crescente de recursos e capacidade:

- Serviço de Urgência Básica- SUB (primeiro nível de acolhimento das situações de urgência, de maior proximidade das populações e constituem um nível de abordagem e resolução de situações mais simples e mais comuns em urgência);
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico – SUMC (segundo nível de acolhimento das situações de urgência, existindo como apoio diferenciado ao Serviço de Urgência Básica, e referência situações com necessidades de cuidados mais diferenciados de especialidade para o SUP);
- Serviço de Urgência Polivalente – SUP (nível mais diferenciado de respostas a situações Urgentes e Emergentes).

Os 3 níveis de Serviço de Urgência devem possuir Enfermeiros Especialistas em Enfermagem com competências no cuidado à pessoa em situação crítica, atribuída pela OE.

A Urgência Geral é composta por:

- ✓ 2 salas de Triagem, onde ocorre a atribuição da prioridade clínica baseada na sintomatologia apresentada pelo utente, indicando quando o mesmo deve ser atendido, e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. A prioridade do utente pode ir desde a pulseira vermelha - risco iminente de vida, necessitando de cuidados diferenciados com entrada direta para a sala de reanimação; pulseira laranja - necessidade de cuidados imediatos, em alguns casos com necessidade de entrada direta na sala de reanimação como é o caso do déficit neurológico agudo com déficits neurológicos mantidos num período máximo de 24 horas, dor torácica com alterações no Eletrocardiograma, fratura exposta, entre outros; pulseira amarela - cuidados urgentes, podendo aguardar uma hora para 1ª observação médica; pulseira verde - cuidados pouco urgentes, com patologias que ocorreram até 7 dias anteriores à admissão no serviço de urgências, sem risco iminente de vida; pulseira azul - cuidados não urgentes, patologias que poderão ser tratadas em Centro de saúde e pulseira branco- utentes referenciados pela equipa médica, para reavaliação no SUG.
- ✓ 1 sala de reanimação com capacidade para 4 utentes em simultâneo;
- ✓ 2 áreas de observação médica, sendo que 1 área é apenas para os utentes com pulseira laranja e outra para os utentes com pulseira amarela e verde que se encontram deitados em maca;
- ✓ balcão de trauma (constituído pelas especialidades de cirurgia geral, cirurgia plástica, ortopedia, neurocirurgia);
- ✓ balcão de psiquiatria, otorrinolaringologia, oftalmologia e gastroenterologia
- ✓ serviço de decisão clínica (utentes que necessitassem de maior vigilância clínica, e que aguardam vaga de internamento);
- ✓ serviço de observação (capacidade para 13 utentes internados, sendo que 2 camas eram para utentes com necessidade de isolamento).

Assegura-se a prestação de cuidados de acordo com a necessidade clínica e o risco iminente de vida de acordo com a Triagem de Manchester, prestando atendimento em situações urgentes e emergentes durante 24 horas por dia.

O SUP assume também a responsabilidade pelos cuidados de emergência pré-hospitalar, acompanhados pela Corporação de Bombeiros e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), que servem a população da sua área geográfica de intervenção.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A motivação no desenvolvimento de competências de enfermeira perita tendo por foco a capacitação da PSC e família, surge com a necessidade de aquisição de conhecimentos teóricos baseados em evidência científica, instrumentais e competências comunicacionais nesta área, com a intencionalidade de investimento na minha prática clínica pela sua relevância.

O desenvolvimento do meu percurso de estágio foi segundo a metodologia de projeto. Esta metodologia baseia-se numa investigação centrada num problema e sua resolução, constituindo assim a ponte entre a teórica e a prática clínica, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser usado na prática (Ruivo et al., 2010).

Este relatório de estágio, enquanto instrumento no meu percurso formativo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à PSC e sua família, tem explanado as competências adquiridas em contexto de estágio em UCI e SUP, no qual foram realizadas intervenções especializadas de Enfermagem à PSC e família, que se encontram numa transição saúde-doença e situacional e na incerteza da doença.

Segundo Meleis, 2018 (p.11), "as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes". Em contexto de UCI ou SUP verifica-se que existe uma mudança na própria pessoa, que se encontra em situação crítica como na sua família que vivencia um processo de transição situacional e incerteza na doença.

Os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa e família, centram-se na promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento na fase aguda e crónica, com o objetivo intrínseco de assegurar e promover a qualidade de vida das pessoas e respetiva família nas diferentes fases de evolução da doença. A Enfermagem permite às pessoas tornarem-se independentes para viverem.

É necessário o incentivo para uma consciencialização da capacitação da PSC e sua família e é fundamental que a mesma ocorra em simultâneo.

De acordo com Benner (2001), é através da experiência articulada com a evidência científica, que os enfermeiros podem incluir todos os conhecimentos de forma a desenvolver uma prática integrativa, requerendo ao profissional de saúde o

desenvolvimento do seu caráter, conhecimento e competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática clínica.

Reconheço que foi possível desenvolver a temática escolhida, atuando como agente facilitador na capacitação da família e PSC no processo de transição saúde-doença e situacional e incerteza na doença, em contexto de UCI e SUP através das intervenções terapêuticas de enfermagem.

Tendo em consideração a finalidade e as competências anteriormente referidas, defini os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos no cuidado à PSC e família;
- Identificar as necessidades da PSC e família face à incerteza na situação de doença crítica;
- Identificar os processos de transição experienciados pela PSC e família no contexto de doença crítica;
- Desenvolver competências na comunicação/informação à PSC e família na qual se insere;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI e SUP;
- Construir planos de intervenção terapêutica de enfermagem que possibilitem a participação da família no cuidado à PSC;
- Capacitar a PSC e família no processo de transição saúde-doença;
- Refletir estruturadamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências;
- Disseminar os resultados da RIL, e outros processos de pesquisa em curso, internamente e externamente ao contexto de estágio.

Pretende-se agora explorar as atividades realizadas em contexto de estágio esplanadas no Apêndice III, para o desenvolvimento de competências dando resposta a cada objetivo traçado em contexto de UCI e SUP, sempre em consonância com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre.

4.1. Aprofundar conhecimentos no cuidado à PSC e família

Enquanto Enfermeira que exerce funções no SUG, considero ter alguma experiência nesta área, sabendo identificar problemas de forma imediata comparando situações e procedendo à tomada de decisão através do raciocínio clínico. Estas características são descritas por Benner (2001) para o enfermeiro perito.

No que concerne ao contexto de UCI, foi desenvolvido num contexto diferente da minha prática clínica diária, sendo o SUG um ambiente de cuidados menos “controlados”, e as situações críticas acontecem de forma inesperadas e em simultâneo.

Tive a oportunidade e necessidade de conhecer o espaço físico da UCI e SUP, os protocolos e normas em vigor, recursos materiais que se encontravam disponíveis para a equipa multidisciplinar e os elementos constituintes de ambos os contextos.

Em ambos os locais, foi de extrema importância a orientação por parte das Enfermeiras Orientadoras, ambas peritas nos seus contextos.

Durante os turnos em parceria com as minhas orientadoras e a restante equipa, foi possível intervir em situações críticas e realizar à posteriori, análise de situações e respetivas reflexões através de jornais de aprendizagem segundo o método de Gibbs (Gibbs, 2013).

De acordo Mendes (2016), o exercício reflexivo emerge do exercício clínico e assume-se (...) na perspetiva dos estudantes como um espaço de aprendizagem que permite o desenvolvimento pessoal e profissional (p.2). Salienta-se objetivamente a importância de acompanhar o crescimento do estudante no processo reflexivo.

Por outro lado, e corroborando Mendes (2016), Santos (2004), afirma que a reflexão durante a prática clínica tem sido um meio importante para a capacitação e aquisição de conhecimento por parte dos estudantes e profissionais de enfermagem.

O desenvolvimento de trabalhos e pesquisas ao longo do percurso tornou-se importante, permitindo o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos, sendo os mesmos transformados em instrumentos nos cuidados à família da PSC, mais concretamente relacionados com o tema deste relatório: Capacitação da família da PSC.

Durante a permanência em estágio, foram usados como método de aprofundamento de conhecimento:

- Aulas teóricas e o saber da minha prática clínica;

- As minhas orientadoras clínicas e orientadora pedagógica sempre que necessário e oportuno para o esclarecimento de dúvidas e questões;
- Conversa com peritos na área, permitindo perceber que a capacitação da família da PSC passa primeiramente por reconhecer e compreender as necessidades que esta desenvolve quando se depara com situação de doença crítica do seu familiar, e os fatores facilitadores e inibidores necessário à sua capacitação durante o internamento em UCI;
- Transmissão de novos conhecimentos à equipa multidisciplinar sobre a necessidade de capacitar a família da PSC, através da discussão da temática, tendo como suporte a realização da RIL com o tema “Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Terapêutica de Enfermagem”.

Em contexto de UCI, tive oportunidade de acompanhar doentes com patologias do foro cirúrgico-ortopédico (recobro cirúrgico, para vigilância e monitorização hemodinâmica) e neurocirúrgico. Foi uma excelente oportunidade de estudar e rever conceitos, acompanhar o internamento dos utentes com estas condições clínicas, estabelecendo uma relação terapêutica com os mesmos, e adequando os cuidados à pessoa e família.

No SUP, tive oportunidade de prestar cuidados em todas as áreas: triagem, sala de reanimação, balcão de medicina, acompanhamento de doentes a exames complementares de diagnóstico e transferência dos mesmos para o internamento. Apenas não tive oportunidade de prestar cuidados no serviço de observação e balcão de trauma, devido à dinâmica do serviço.

Na Triagem tive oportunidade de rever conceitos que uso diariamente na minha prática clínica e discutir com a minha orientadora protocolos que usados e compreender o circuito do utente no SUP.

No balcão de medicina, pude contactar com várias realidades, como casos sociais, em que se verificou a necessidade de mobilização de outros elementos da equipa multidisciplinar (assistente social); casos de fim de vida (sendo um destes casos o meu foco de atenção no jornal de aprendizagem, segundo a metodologia do ciclo de Gibbs), providenciando a privacidade e respeito pela dignidade humana e o princípio da não-maleficência.

Na sala de reanimação surgiram situações mais emergentes, em que foram bastante úteis os conhecimentos adquiridos no curso de ATCN (Advanced Trauma Care for Nurses- Anexo 6), no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e no curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (Anexo 7), ambos realizados no 1º ano do curso de mestrado.

Neste contexto de atuação, foi importante o conhecimento da minha prática clínica na área da PSC com instabilidade hemodinâmica. Enquanto estudante de mestrado pude intervir na monitorização hemodinâmica, administração de terapêutica e transporte de utentes para exames complementares de diagnóstico.

Neste contexto, realizei um estudo de caso, mobilizando conhecimentos teóricos e práticos no desenvolvimento de intervenções de enfermagem à PSC e família, utilizando linguagem universal, através da NANDA, NIC e NOC, e personalizei o Plano de Cuidados, tendo em conta o cliente (PSC e família).

Nesta perspetiva considero ser uma enfermeira competente por conseguir analisar aspetos gerais de uma determinada situação, e atuar consoante os princípios apropriados. Segundo Benner (2001), a enfermeira competente possui algum saber sobre a área sendo capaz de enfrentar muitos imprevistos, no entanto não tem ainda a rapidez e maleabilidade desenvolvidas ao nível de um enfermeiro proficiente.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas considero ter adquirido e desenvolvido a competência no aprofundamento de conhecimentos no cuidado à PSC e família, tendo um papel importante nesta aquisição a Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora, como também as reflexões realizadas em contexto de estágio segundo o ciclo de Gibbs (Gibbs, 2013). Foi ainda importante o aprofundamento de conhecimentos na área da toma de decisão, com a participação do Webinar "Decidir para Cuidar –Tomada de Decisão em Enfermagem" (Anexo 1).

4.2. Identificar as necessidades da PSC e família face à incerteza na situação de doença crítica

A admissão de um familiar num serviço de urgência e conseqüente internamento em UCI, pode originar um conflito de papéis e dinâmicas familiares com alteração da rotina, podendo também devido ao pouco ou nenhum tempo de preparação, influenciar negativamente a capacidade de a família iniciar estratégias de coping (Jorge e Madureira, 2020).

Independentemente da duração do internamento numa UCI revela-se muito significativo para a família do ponto de vista físico e emocional o reconhecimento e satisfação das suas necessidades (Nelms et. al, 2010) e (Walhin et. al, 2009). Por este motivo as necessidades da família, durante o internamento do seu familiar são tão importantes quanto as necessidades da PSC.

O SUP pelas suas características de altamente diferenciado e tecnologicamente desafiante, com a necessidade imediata na prestação de cuidados à PSC, solicita aos enfermeiros a definição de priorizar o cuidado à PSC. Neste sentido, o cuidado à família da PSC exige que o enfermeiro detenha competências especializadas pelas particularidades e desafios impostos pelo contexto de urgência (Galinha de Sá e Velez, 2021).

As necessidades demonstradas pela família em ambos os contextos (SUP e UCI) estão associadas à segurança, proximidade, informação, conforto e suporte (Jorge e Madureira, 2020). Por outro lado, as necessidades inerentes à PSC estão associadas à imagem corporal e as comorbilidades que advém do episódio de doença crítica.

Para aquisição da competência descrita neste ponto, foram realizadas intervenções de enfermagem com o objetivo na satisfação das necessidades de ambos.

No serviço de urgência foram prestadas informações regularmente sobre o estado clínico do utente à família; a relação entre enfermeiro-família-PSC foi baseada na confiança, estabelecendo uma relação de proximidade; providenciado conforto ao utente nomeadamente a diminuição ou abolição de queixas álgicas através de métodos farmacológicos e não farmacológicos e sempre que possível foi colocada uma cadeira junto ao mesmo para que a proximidade do familiar subsidiasse o seu conforto.

Em contexto de UCI, primeiramente acontecia o acolhimento da família à chegada da mesma, existindo um momento de partilha de informações sobre o estado clínico do utente; a presença constante da equipa multidisciplinar na unidade do utente proporcionava à família, conforto e espaço para esclarecimento de possíveis questões e dúvidas que pudessem existir. À PSC foram realizados ensinamentos e prestadas informações sobre o seu estado clínico, quando a mesma manifesta-se interesse e estivesse apta a compreender a informação transmitida.

O ensino é definido segundo o dicionário de português da Porto editora como ato de ensinar transmitindo conhecimento e competências. Os ensinamentos efetuados foram

sobre as mudanças na sua imagem corporal, a presença de dispositivos médicos como o Cateter venoso central, a linha arterial, a algália e outros dispositivos necessários, face à sua condição clínica.

Durante o estágio em UCI também tive a oportunidade de realizar ensinamentos a utentes submetidos a laparotomia com a necessidade de construção de colostomia/ileostomia. Estes ensinamentos incidiram na aceitação do utente no reconhecimento da sua nova imagem corporal, associações de apoio a que podia recorrer, como a Associação Portuguesa de Ostomias e ensinamentos sobre o manuseamento do saco de ostomia.

Na UCI existiu um programa de acompanhamento dos utentes após a alta da UCI, que consistiu numa consulta de follow up realizada 6 meses após a alta do utente da UCI, sendo a mesma efetuada por médico e enfermeiro.

Durante a consulta o médico que fica responsável pela PSC e o enfermeiro pela família da PSC. O objetivo do enfermeiro na consulta é compreender como a família lidou com o internamento, estratégias utilizadas durante o processo e como correu a transferência da UCI para outro serviço de internamento e posteriormente o regresso a casa.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas considero ter adquirido e desenvolvido competências na identificação das necessidades da PSC e família face à incerteza na situação de doença crítica.

4.3. Identificar os processos de transição experienciados pela PSC e família no contexto de doença crítica

A família vivencia um processo de transição, aquando da admissão do seu familiar no SUG. Na PSC verifica-se predominantemente a vivência de 2 tipos de transição em simultâneo: transição saúde-doença pela situação de doença crítica que esta a vivenciar e situacional pela alternância de papéis. A família vivencia uma transição situacional, associada à alteração de papéis e rotinas.

O processo de doença nunca é um acontecimento isolado ao doente, também a sua família vivencia este processo. Por este motivo o nosso alvo de cuidados passa a ser a PSC e a sua família, como afirma Mendes (2016) "a família torna-se cliente de

enfermagem pela vivência de um processo de transição saúde-doença de um dos seus membros” (p.2).

No processo de transição vivenciado pela família é importante compreender os sentimentos originados durante a transição; a forma como a transição está a ser percebida (positiva ou negativamente), e que estratégias estão a ser usadas para ultrapassar este evento de doença crítica por cada elemento da família. Por outro lado, na PSC é preciso compreender de que forma a mesma está a perceber a transição saúde-doença durante o internamento.

Neste sentido foi importante a participação no 1º Webinar do Projeto InfFUCI|CIDNUR A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem (Anexo 2) para compreender a transição experienciada pela família.

Em contexto de SUG, foi difícil identificar os processos de transição experienciados pela PSC e família, devido à complexidade dos cuidados do mesmo, sendo necessário dar primazia aos cuidados da PSC. Esta encontra-se a viver uma transição saúde-doença.

Na realização do estágio em UCI, acompanhei doentes maioritariamente pós-cirúrgicos que realizavam colostomia e ileostomia, encontrando-se a viver transições de saúde-doença e situacional e a sua família vivenciava uma transição situacional.

Maioritariamente, a transição é percebida pela PSC como algo negativo derivado ao seu contexto de doença, com a alteração na imagem corporal, sendo necessário a intervenção pela equipa de enfermagem na aceitação da mesma e reconhecimento da sua nova imagem corporal.

A família percebe a transição de forma positiva na maioria.

Existem em alguns casos em que a transição vivenciada pela família é percebida de forma negativa. Isto remete para situações especiais, como é o caso dos utentes neurocirúrgicos com necessidade de maior vigilância pelos profissionais nas primeiras 72h pela monitorização e estabilização da pressão intracraniana (PIC), sendo necessário a diminuição de estímulos externos, com consequente impedimento de visitas, fundamentais para o outcome positivo na recuperação do utente.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos dois contextos, considero ter adquirido e desenvolvido competências na identificação de processos de transição experienciados pela PSC e família no contexto de doença crítica, recorrendo ao referencial Teórico de Afaf Meleis, a Teoria das Transições (Meleis, 2000).

4.4. Desenvolver competências na comunicação/informação à PSC e família na qual se insere

A comunicação é um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional, possibilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro – PSC/família. É através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos (Phaneuf, 2005).

A comunicação tem um papel importante na transmissão de informação e ensinamentos, nos cuidados à PSC e família, podendo esta ser verbal ou não verbal, sendo esta última muito significativa na prestação dos cuidados do enfermeiro, garantido nomeadamente conforto pelo olhar e pela proximidade.

Em Contexto de UCI e SUG, a comunicação entre os enfermeiros e os familiares é o pilar para uma integração bem-sucedida, promovendo a qualidade e segurança da pessoa, contribuindo para diminuição do erro clínico.

Durante o estágio estabeleci uma relação terapêutica, com a PSC e sua família, construída tendo por base a confiança.

A transmissão de informação clínica sobre a PSC foi personalizada sendo o conteúdo da informação baseado nas necessidades da família, com o objetivo de diminuir o stress, medo e angústia.

Segundo Wright & Leahey (2012), a comunicação deve ser assertiva, humanizada, calorosa e adequada a cada doente/familiar, porque cada família é única.

De acordo com Kalocsai e colaboradores (2018), a família refere que a comunicação é um fator facilitador para a sua capacitação e cuidado do seu ente querido, contribuindo para um processo de transição situacional positivo.

É importante que a PSC e família se sintam motivadas a participar nos cuidados, mesmo quando não possuem capacidades para o fazer. Desenvolvi este incentivo à participação, questionando sempre as preferências de cada pessoa. Na prestação dos cuidados de higiene, a PSC era questionada sobre a sua preferência, e percebendo se a mesma se encontrava motivada e apta a participar na sua higiene.

Em ambos os contextos de estágio, interagi com as famílias, no acolhimento aos serviços (maioritariamente em UCI, devido ao ambiente ser mais calmo e controlado) e o esclarecimento da informação sobre o estado clínico do seu familiar. Realizei

intervenções terapêuticas adaptadas à recuperação progressiva dos doentes, através de ensinamentos personalizados tendo em conta os conhecimentos prévios de cada doente e família e os seus objetivos de qualidade de vida futura.

Em UCI, a comunicação com a PSC teve duas vertentes:

- A PSC era consciente e orientada na pessoa, tempo e espaço, e eram prestadas informações sobre o seu estado clínico à medida que a mesma se sentisse confortável e apta para as assimilar;
- A PSC encontrava-se inconsciente ou com algum nível de sedo-analgésia, e procurei “proporcionar conforto e comunicar pelo toque” (Benner, 2011, p.88).

A comunicação deve ser ajustada à capacidade de compreensão e aquisição de informações de cada indivíduo.

Para assegurar a compreensão de informações pela família segundo Benner et al. (2011), é necessário que o enfermeiro detenha um determinado grau de competência em comunicação e compreensão, paciência e escuta ativa.

Adquirir a competência “estabelecendo uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados”, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018 de 2018.

4.5. Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI e SUP

De acordo com o Regulamento nº124/2011 de 2011 os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (p.8656).

Na aquisição da competência descrita, tive como referência os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem, na pessoa/família segundo a Ordem dos enfermeiros (2015).

Os padrões de qualidade são um referencial-teórico para a prática especializada, no qual emergiram descritivos na qualidade, para a prática do exercício profissional dos enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Neste sentido foi importante a participação no no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico, presente no Anexo 8, sendo imperativo conhecimento científico por parte do profissioanis de saúde para executarem cuidados especializados e individualizados aos seus utentes (PSC e família).

No decorrer do estágio em UCI, prestei cuidados especializados de enfermagem a utente com patologias cirúrgicas, ortopédicas e neurocirúrgicas, e realizei as seguintes atividades:

- Minimizei o impacto negativo no utente, provocado pelo ambiente altamente tecnologia que é a UCI e SUP, através da comunicação eficaz e estabelecendo uma relação terapêutica;
- Realizei planos de cuidados de enfermagem de forma holística, atendendo as necessidades do utente e família, garantido a continuidade dos cuidados;
- Forneci informação sobre o seu estado clínico, gerando conhecimento sobre o seu estado atual e a sua capacidade de autocuidado;
- Efetuados ensinios sobre readaptação do utente face à sua condição clínica atual.

Como referido ao longo do trabalho, houve a exploração das transições vivenciadas pela PSC e sua família de acordo com a teoria de Afaf Meleis (2000). Ao terem consciência e perceção da transição que vivencia, torna-se mais fácil para os intervenientes a sua capacitar e a participação ativa nos cuidados de saúde, procurando o melhoramento e recuperação da PSC.

Para prestar cuidados especializado, recorri ao suporte teórico fornecido em contexto de aula, com investimento pessoal na pesquisa de padrões de qualidade nos

cuidados de enfermagem especializados, funcionamento de dispositivos médicos usados em ambos os contextos de estágio, tendo como suporte as enfermeiras orientadoras e orientadora pedagógica.

Desenvolvi intervenções terapêuticas farmacológicas (administração de terapêutica recorrendo à DGS, orientação nº015/2015 de 2015 sobre Processo de Gestão da Medicação), e não farmacológicas como musicoterapia, diminuição da luminosidade e diminuição do ruído.

Considerando este objetivo realizei um turno com a Enfermeira Coordenadora do serviço, que também exerce funções como elemento dinamizador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Neste contexto compreendi como ocorre o alerta realizado pela PPCIRA na presença de um microrganismo no exame laboratorial do utente, e como é executado a prescrição farmacológica do antibiótico e a escolha do isolamento.

A gestão da infeção em UCI não passa apenas pela gestão de recursos humanos e materiais da UCI, mas também a promoção do controlo e prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e desenvolvimento de um espaço para apresentação de temáticas para aprendizagem e recordação dos mesmos. As IACS são infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Estes podem ser prevenidos através da higienização das mãos de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), designada por os “Cinco Momentos”; a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção (não usar adornos como anéis, pulseiras, relógios ou unhas pintadas, pois estes não são higienizados pela solução antisséptica de base alcoólica (SABA)); e intervenção e controlo da infeção associadas aos cuidados de saúde e resistência a antimicrobianos (usar equipamento de proteção individual sempre que estamos em contacto com um utente e desinfetar as mãos nos 5 momentos).

A gestão de serviços hospitalares está englobada nos cuidados especializados de enfermagem, promovendo o controlo de infeção, diminuindo o prolongamento do internamento em UCI e a sobreinfeção dos utentes em UCI.

Para desenvolvimento deste objetivo realizei um curso na área “Infeção associada

aos cuidados de saúde: abordagem geral (anexo 3), Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento (anexo 4) e participação no I International Webinar - Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person - Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care (Anexo 5).

No SUP, a prestação de cuidados especializados ao utente crítico é desafiante, pela curta permanência no mesmo, e a transferência da PSC para outro serviço tendo em vista o tratamento contínuo e/ou definitivo, estando focados na estabilização hemodinâmica e intervenções técnicas.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas considero ter adquirido competências na prestação cuidados especializados de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI.

4.6. Construir planos de intervenção terapêutica de enfermagem que possibilitem a participação da família no cuidado à PSC

Durante a permanência nos 2 contextos de estágio contactei com 2 sistemas clínicos: **SCLínico** (usado em contexto de serviço de urgência) e o **Paciente Care** (usado em contexto de cuidados intensivos).

O **SCLínico** é um sistema de informação evolutivo, que visa ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente. Esta aplicação prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. Este sistema informático permite a uniformização dos cuidados do utente, dando a conhecer história clínica e as alterações na saúde prévias à admissão no serviço de urgência e a medicação habitual. É possível a prescrição de intervenções de enfermagem em contexto ambulatorio e de internamento dirigidas à pessoa e família.

O **Paciente Care** é um sistema operativo usado em contexto de UCI e bloco operativo, onde é usada a Linguagem para Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na formulação de diagnósticos de enfermagem e consecutivamente as suas intervenções e vigilâncias. Sistema implementado no dia que iniciei o estágio, sendo por esse motivo uma aprendizagem em simultâneo com a enfermeira orientadora. Este sistema de registo permite a realização de um plano de cuidados com diagnósticos

e intervenções de enfermagem especializadas e individualizadas para a PSC e sua família segundo a metodologia Classificação CIPE.

Em contexto de SUP, realizei um estudo de caso, mobilizando conhecimentos teóricos e práticos utilizando linguagem NANDA, NIC e NOC, personalizando o Plano de Cuidados, tendo em conta o cliente (PSC e família).

A formulação de planos de cuidados de enfermagem personalizados e individualizados para casa utente e família, são imperativos na continuidade de cuidados especializados de enfermagem. Quando se atende às necessidades da família da PSC, torna-se mais fácil englobá-la na prestação de cuidados à PSC.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas considero ter adquirido competências na construção de planos de intervenção terapêutica de enfermagem que possibilitem a participação da família no cuidado à PSC.

4.7. Capacitar a PSC e família no processo de transição saúde-doença

Na literatura a capacitação está intimamente relacionada aos conceitos de autocuidado e autonomia.

Mamashli e colaboradores (2019) indicam que o aumento da capacitação e adesão ao tratamento, reduz o internamento do utente. Verifica-se que os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria do conhecimento do utente, considerando a sua condição clínica, sendo cada vez mais importante a sua capacitação na recuperação da sua autonomia, nomeadamente no processo de transição saúde-doença.

Durante a realização do estágio em UCI capacitei a PSC, através de intervenções especializadas de enfermagem segundo a linguagem CIPE. Foi importante reconhecer o empenho da PSC na sua capacitação, estando informada sobre o seu estado clínico, possibilitando primeiramente, engloba-la na prestação dos seus cuidados de higiene e conforto.

A capacitação da família surge noutra vertente, na transição situacional, e compreensão do estado clínico do seu familiar. A família refere que existem pilares importantes na sua capacitação como a comunicação, a interação/apoio emocional, integração nos cuidados prestados à PSC, e conforto.

Estes pilares foram empregues na realização do estágio para a capacitação da família, no acolhimento da mesma na UCI; na comunicação do estado clínico do seu familiar diariamente; no esclarecimento de dúvidas e questões; na presença do enfermeiro na unidade do utente durante a visita e pela preocupação em perceber os sentimentos despertados durante a situação.

Em Contexto de SUP, a capacitação da PSC e sua família torna-se desafiante pela curta permanência no mesmo.

A necessidade de transferência da PSC com vista no tratamento contínuo e/ou definitivo, tem por foco a estabilização hemodinâmica e intervenções técnicas da PSC, dificultando a capacitação da família no SUP. Mesmo assim é realizada a capacitação da PSC, visando a sua autonomia na prestação dos cuidados de higiene e conforto em ambulatório.

Sendo enfermeira que exerce funções num SUG, sinto a necessidade da existência de um enfermeiro disponível 24h para prestar informações à família neste contexto pela complexidade deste serviço. Neste contexto a capacitação, consiste na família estra informada sobre o estado clínico do seu familiar, confortando-a sempre que necessário e oportuno.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas considero ter adquirido a competência na capacitação da PSC e sua família.

4.8. Refletir estruturadamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências

Como fui referindo ao longo do relatório, esta competência está relacionada com o exercício reflexivo sobre as situações experienciadas em contexto de estágio, e na partilha de experiências com as enfermeiras orientadoras e orientadora pedagógica.

De acordo com Mendes (2016), “o exercício reflexivo subsidia na aprendizagem clínica a construção do pensamento em enfermagem e quais as condições que podem influenciar este processo.” (p.5). Este exercício é usado como ferramenta para o crescimento dos estudantes.

Foram surgindo momentos com necessidade de reflexão, nomeadamente através da redação de um Jornal de Aprendizagem em ambos os contextos de estágio usando o

ciclo reflexivo de Gibbs (2013), instrumento que permite organizar do pensamento de forma sistemática, refletindo sobre a experiência.

Descrevi uma situação de cuidados, e analisei a mesma face à necessidade da construção de um estudo caso com um plano de intervenções de enfermagem que visam a satisfação das necessidades da PSC e sua família.

Em contexto de SUP, realizei um estudo de caso, mobilizando conhecimentos teóricos e práticos no desenvolvimento de intervenções de enfermagem à PSC e família, utilizando linguagem NANDA, NIC e NOC e personalizei o Plano de Cuidados, tendo em conta o cliente PSC e família. Este estudo de caso foi apresentado em aula e discutido com os meus colegas mestrandos, fornecendo assim um contributo importante na aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

Os momentos de reflexão, para além de serem um momento oportuno para refletir sobre a situação vivenciada, são importantes também para demonstrar o caminho desenvolvido na aquisição de competências do domínio clínico já explanadas anteriormente neste relatório.

4.9. Disseminar os resultados da RIL, e outros processos de pesquisa em curso, internamente e externamente ao contexto de estágio

Durante os contextos de estágio procurei que a minha prática clínica tivesse em conta a melhor evidência científica, recorrendo a plataformas de bases de dados científicos (MEDLINE E CINHAL).

Para o enriquecimento deste relatório e o desenvolvimento da competência de disseminação do conhecimento, foi elaborada uma RIL com o tema “Capacitar a família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenções terapêuticas de Enfermagem”.

A RIL teve como objetivos identificar as necessidades que a família da PSC sente em contexto de internamento do seu familiar e identificar os fatores inibidores e facilitadores da capacitação da família da PSC.

De acordo com Souza e colaboradores (2010), a RIL é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade do mesmo na prática diária, constituindo um instrumento da prática baseada na evidencia.

De forma a dar resposta aos objetivos apresentados após a pesquisa e análise

dos resultados, foi elaborado um esquema ilustrativo da interação entre a PSC, família e Enfermeiro no processo de capacitação (tendo como influencia fatores facilitadores e inibidores), na transição saúde-doença saudável, Figura 2.

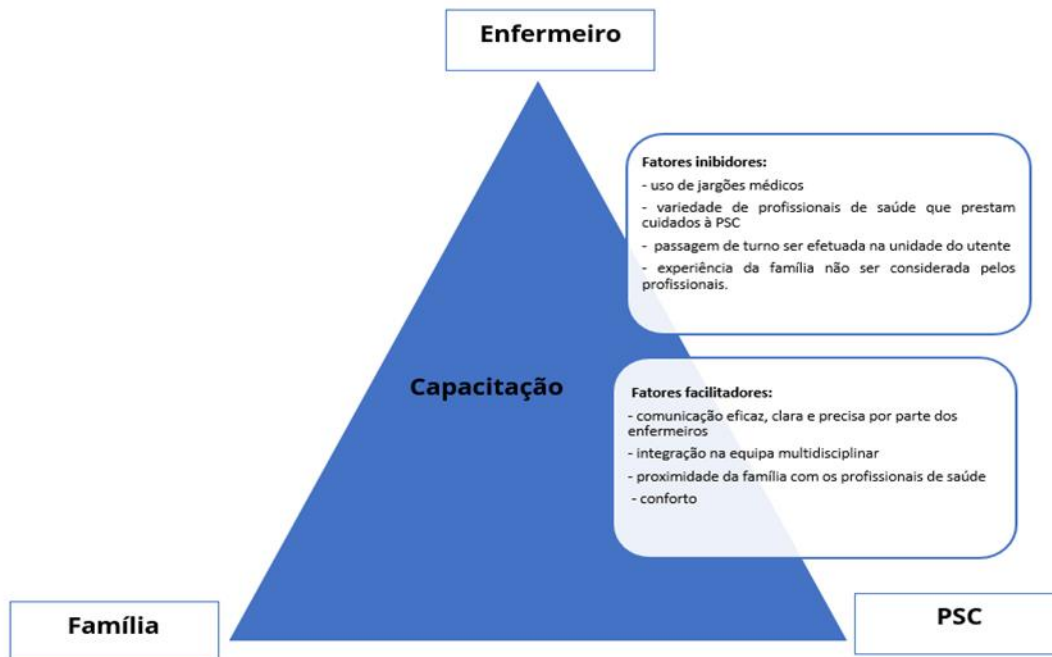


Figura 2. Tríade da Capacitação

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo esta etapa na aquisição e desenvolvimento de competências foi importante refletir sobre o percurso realizado, bem como as competências adquiridas e as experiências vivenciadas em contexto de estágio.

Este relatório apresenta de modo sistematizado o meu percurso académico no desenvolvimento de aquisição de competências enquanto Mestranda e futura Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica assume um papel diferenciador e de garantia na qualidade dos cuidados (Lopes et al., 2018), sendo que o Enfermeiro Mestre e Especialista tem o dever de prestar cuidados de enfermagem personalizados/humanizados, de alta qualidade que responda às necessidades dos seus utentes e respetivas famílias.

Recorrendo ao Modelo de competências de Dreyfus, de Benner (2001), adaptado à Enfermagem na etapa de aquisição de competências, constata-se a importância de relacionar a evidência científica, com a experiência clínica de cada enfermeiro e ainda os referenciais teóricos de enfermagem.

Considero ter atingido a finalidade do meu relatório e consecutivamente os objetivos delineados, que orientaram o desenvolvimento e aquisição de competências que permitiram compreender o papel do Enfermeiros especialista e Mestre na prestação de cuidado à família e PSC.

O serviço de urgência por si só tem um ambiente único de cuidado no qual a família, com pouco ou nenhum tempo de preparação, se depara com um evento crítico. Este acontecimento inesperado provoca efeitos catastróficos na rotina familiar, produzindo grandes alterações no quotidiano da mesma.

A incerteza na doença e a transição de saúde-doença que aquela família vivencia, traduz-se na alteração de papéis, reestruturação familiar e alteração de rotinas.

O facto de terem que lidar com estas alterações no seio familiar, deixa-os perplexos sem saber o que fazer. Enquanto Mestranda e futura Enfermeira Especialista pretendi desenvolver competências na capacitação no cuidado à família da PSC na transição situacional, envolvendo a mesma na equipa multidisciplinar e nos cuidados à PSC.

Fundamentando a minha intervenção no referencial teórico eleito, compreendi que, através das intervenções terapêuticas de enfermagem, os enfermeiros constituem um recurso importante na Capacitação da família da PSC, sendo o elemento-chave na mesma.

O percurso acadêmico foi realizado perante um caminho exigente, no qual emergiram pontos fortes e fracos.

As pontes fortes foram a possibilidade de trabalhar numa área que me suscita interesse nomeada a capacitação da família da PSC, e desenvolvi competências enquanto Mestranda e futura Enfermeira Especialista na capacitação da família da PSC; crescimento pessoal e profissionalmente e ainda desenvolvi competências comunicacionais e relacionais com a PSC e família em que a mesma se insere.

Os pontos fracos foram a necessidade de gestão de tempo enquanto estudante, enfermeira e mãe, com o propósito de obter ganhos pessoais e conhecimentos que fortaleceram a profissão de enfermagem e a inexperiência na área da investigação.

Nos contextos de estágio, procurei a partilha de conhecimentos científicos com toda a equipa multidisciplinar, permitindo a melhora da qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem

Cada vez mais temos a família envolvida de forma significativa no processo saúde/doença dos seus membros, sendo insubstituível no suporte à pessoa hospitalizada.

Na sociedade moderna é necessário repensar a essência dos cuidados de enfermagem, olhando para a família como parceira no cuidado. É necessário a sua capacitação no processo de transição saúde-doença, com o propósito de diminuir a ansiedade, angústia, medo da morte e stress provocado pelo SUG e UCI, tendo em vista a prestação de cuidados de enfermagem competentes e de excelência.

A prática de enfermagem centrada na família e PSC é uma abordagem com o fim de criar uma relação terapêutica, construída segundo os pressupostos da honestidade, sinceridade, onde haja lugar para a família expressar o que sente e criar uma esperança real baseada na situação do seu familiar.

Conclui com o meu percurso que as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a família da PSC, se enquadram num cuidado centrado no cliente e família, sendo necessário a integração desta na prestação de cuidados.

Terminada esta jornada, resta-me afirmar que foi uma experiência única, trabalhosa e cansativa, no qual saio com sentimentos de alegria por ter concluído esta etapa, onde adquiri conhecimento que me transformaram enquanto enfermeira e pessoa.

REFERÊNCIAS

- Antunes, S., Mendes, A., Silva, E. (2021). Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 374-382;
- APA, 7th ed. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). ((PsycInfo Database Record © 2022 APA, Ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>;
- Alligood, M., Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5^ª ed.)*. Lusodidacta;
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Galdes, J., Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 83-91. <https://doi.org/10.12707/RIV16085>;
- Beer, J. and Brysiewicz, P. (2019). Developing a theory of family care during critical illness. *SAJCC*, 35 (1), 19-24;
- Benner, P. (2001). De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X;
- Benner, P., Kyriakidis, H., and Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach. *Journal of Hospital Librarianship*, 12,391-398. <https://doi.org/10.1080/15323269.2012.719401>
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A. R., & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: Intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20),129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>;

- Chick, N.;Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern Transitions (237–257).
<https://repository.upenn.edu/nrs/9>;
- Closkey, J; Bulechek, M. Nursing intervention classification (NIC). 2. ed. St. Louis: Mosby, 1996;
- Cuzco, C., Torres-Castro, R., Torralba, Y., Manzanares, I., Muñoz-Rey, P., Romero-García, M., Martínez-Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., Delgado-Hito, P., & Castro, P. (2021). Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111049>;
- Decreto de Lei n.º106/2009 (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da República, I Série (N.º 178 de 14-09-2009), 6254 - 6255. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/106-2009-489768>;
- Decreto-Lei n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em si. Diário da República, II Série (N.º 135 de 16-07-2018),19359-19370. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>;
- Decreto-Lei n.º 361/2015. (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, II Série (N.º 123 de 26-06-2015),17240 - 17243. ELI:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>;
- Decreto-Lei n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série (N.º 26 de 06-02-2019) 2019-02-06),4744 - 4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/140-2019-124793102>;

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série. (N.º 157 de 16-08-2018), 4147 - 4182. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>;

Decreto-lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior), 1.a série. (N.º 60 de 24-03-2006), 2242 - 2257. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>;

Decreto-Lei n.º 437/1991. (1991). Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República, 1.a série. (N.º 257 de 08-11-1991), 5723 - 5741 ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>;

Despacho n.º 11504/2021 (2021). Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Diário da República, 2.a série (N.º 226 de 22- 11-2021) 66 - 68. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11504-2021-174692208>;

Despacho nº 10319/2014 (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU). Diário da República, 2.a série (N.º 153 de 11- 08-2014) 20673 - 20678. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>;

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(9): 1618-1628;

ESEL (2022). Plano Estudos MEAEPSC 2022;

Frisman,G.; Wahlin, I.; Orvelius,L.; C,Agren, S. (2017). Health-promoting conversations—A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment. *Journal of clinical Nursing*, 27, 631-639;

Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekval, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: Join position statement. *World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86-88. Disponível em: http://www.efccna.org/downloads/PS_Family_Presence_CPR.pdf;

Galinha de Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*,19 (1), 31 - 46. Acedido em 28/12/2022. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/302914687>;

Galinha de Sá, F., Velez, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8) 1-8. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/26784/19528>;

Galinha de Sá, F., Henriques, H (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*,26 . <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>

Gibbs, G.(2013). *Learning by doing*. (1st ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons;

García, M., Martínez-Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., Delgado-Hito, P., & Castro, P. (2021). Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111049>;

- Godinho, N., Moura, A., & Leal, T. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf;
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem;
- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P., Knutsen, I. R. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1263–1271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>;
- Jorge, S., Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12 (2), 5-11. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.86465>;
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., Hanson, S. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (4th edition). FA Davis Company. Philadelphia;
- Kalocsai, C.; Amaral, A.; Piquette, D.; Walter, G., Dev, S.; Taylor, P.; Downar, J., Lesley Gotlib Conn, L. (2018). It's better to have three brains working instead of one. Kalocsai et al. *BMC Health Services Research*, 18(533), 1-9;
- Kingsnorth-Hinrichs, J. (2011). Presença da família durante a reanimação. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds.), *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª ed., pp. 160-167). Loures, Portugal: Lusociência;
- Lima, E., Sousa, P., Marques, R. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica. *Revista de enfermagem referência*, 6(1), 1-8;

- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. (INESC-TEC, Ed.). Porto. Acedido a 11/11/2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf;
- Mamashli, L., Mohaddes Ardebili, F., Najafi Ghezeljeh, T., Manafi, F., & Bozorgnejad, M. (2019). Investigating the Psychosocial Empowerment Interventions through Multimedia Education in Burn Patients. *World Journal of Plastic Surgery*, 8(3), 372–381. <https://doi.org/10.29252/wjps.8.3.372>;
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing development and Progress* (3.o editio). Philadelphia: J.B.Lippincott Company;
- Meleis, A. I. (2010). *Tansitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York. New York: Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05;
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12- 28; Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos. *Texto Contexto Enferm.*, 25(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>;
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress*. 6 th edition. Philadelphia; Wolters Kluwer;
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta;

- Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos, 25(1), 4470014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600447001>;
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Eletrónica Educare*, 20(1), 1-23;
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 203–212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>;
- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 182–189. http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0170.pdf ;
- Mendes, A. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery* 24(1), 1-9;
- Mendes, K., Silveira, R., Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm*, 17(4), 758-764;
- MISHEL, M. , BRADEN, C. (1988) Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing research and practice*, 37(2) 98-103. https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05;
- Minuchin, P. (1988) Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, v. 56 (2), p.289-302. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1129720>;

Nelms ,T., Eggenberger, S.(2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. JFN 16(4),462-486. Disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1074840710386608>;

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa;

Ordem dos enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: Ordem dos enfermeiros;

Organização Mundial de Saúde. (2005). Relatório Mundial de Saúde -Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mundial Da Saúde, 1–119;

Parecer nº 15 / 2018 do Ministério da Saúde (2018). Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Ordem dos enfermeiros, nº15;

Parecer n. 14 / 2018 do Ministério da saúde (2018). Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. Ordem dos enfermeiros, nº14;

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Portugal: Lusodidacta;

Recomendações técnicas para instalação de Unidade de Cuidados Intensivos (RT09/2013) (2013).Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RecomendacoesTecnicas_CuidadosIntensivos_2013.pdf

Regulamento nº124/2011 (2011). Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2.a série. (N.º 35 de 18-02-2011), 8656 – 8657. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>;

- Roe, B. E., Decker, S., Marks, K., Cook, J., Garno, K., Newton, J., Thrush, R. (2022). Nurse experience during the covid-19 pandemic: implications for nurse leaders. *Nurse Manage*, 53(5), 8-17;
- Ruivo, M., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. N.º 15. Pág. 3-37;
- Santos, E.; Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, pp 59-62.
- Souza, M., Silva, M., Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8(1),102-106.
<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>;
- Wahlin, I., Ek AC, Idvall E.(2009) Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care. *JCN*, 18,2580–2587. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02744.x>;
- Whittemore, R., Knaf, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>;
- Wright, L., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5a ed.). São Paulo: Editora Roca;
- Yildirim,T, Ozlu,Z (2018). Needs of Critically Ill Patients’ Relatives in Emergency Department.