



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

**Informação à Pessoa em Situação Crítica e família:
intervenção especializada de enfermagem**

Sónia Patrícia da Costa Benzinho Gameiro

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Informação à Pessoa em Situação Crítica e família:
intervenção especializada de enfermagem

Sónia Patrícia da Costa Benzinho Gameiro

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“a comunicação está no cerne do vínculo social...em sociedade é impossível não comunicar, uma comunicação não só transmite informação, como impõe um comportamento”

Lucien Sfez

DEDICATÓRIA

Agradeço à Professora Florinda Galinha e à Professora Doutora Anabela Mendes
pela disponibilidade, orientação e rigor.

Aos colegas da turma do mestrado, pela partilha e boa disposição constantes.

À Sofia, colega de equipa e amiga, presente em todos os momentos.

Aos enfermeiros orientadores, pelo contributo na aprendizagem.

Aos doentes e famílias, por se constituírem motivações primordiais e focos deste
percurso.

Por último, à minha família, amigos e ao Aurélio, pelo amor, alento e compreensão
neste período de ausências.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Enf.^o – Enfermeiro

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enf.^a – Enfermeira

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VM – Ventilação Mecânica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Vias Verdes

RESUMO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, revestidos de particularidades e que são efetuados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Exige-se por isso perante este cenário de cuidados, o desenvolvimento de competências que culminam num saber competente, altruísta, dinâmico e incisivo na promoção de uma prática idónea, capaz de prever e detetar precocemente complicações, de forma a assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil. A inevitabilidade destes cuidados diferenciados perpetua-se também à família da pessoa em situação crítica, que se assume como uma extensão do doente e que experimenta da mesma forma destabilização no seu quotidiano, emergindo necessidades que o enfermeiro pode ajudar a colmatar. A informação configura-se como uma das necessidades mais referenciadas por doentes e familiares em contexto de urgência e cuidados intensivos e é por isso legítimo e pertinente definir como tema deste relatório de estágio, a “Informação à Pessoa em Situação Crítica e família: intervenção especializada de enfermagem”.

Este trabalho procura explanar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa adulta em situação crítica, em particular na transmissão de informação, assim como aos seus familiares, sendo esta construção sustentada nos referencias teóricos de Patrícia Benner e no modelo de Calgary de Wright e Leahey.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica, família, informação, comunicação, enfermagem.

ABSTRACT

Nursing care for the critically ill person is a highly qualified care and is carried out continuously for the person with one or more vital functions at immediate risk. It is therefore necessary, in this care setting, to develop competences that culminate in competent, altruistic, dynamic and incisive knowledge to promote a suitable practice, capable of predicting and detecting early complications, efficiently and in time. The inevitability of this types of care is also perpetuated to the family members of the person in critical condition. They experience the same problems in their daily lives, emerging needs that the nurse can help to fill. The information is one of the most important needs for patients and families in the context of urgency and intensive care, therefore it is well-founded and appropriate to define as theme of this internship report, "Information to Critical Situation and the Family: Specialized Intervention of nursing".

This work seeks to explain the path of acquisition and development of specialized skills while providing care to the critically ill adult, particularly in the transmission of information, as well as to their families, being supported by the theoretical references of Patrícia Benner and the Calgary model of Wright and Leahey.

Key words: Critical ill patient, family, information, communication, nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. Pessoa em Situação Crítica: o alvo dos cuidados de enfermagem ...	21
1.2. Família na qual se insere a Pessoa em Situação Crítica	22
1.3. Informação à Pessoa em Situação Crítica e família: intervenção de enfermagem	24
1.4. O cuidado centrado na família e o modelo de Calgary como suporte para o desenvolvimento de uma prática especializada de enfermagem.....	28
1.5. Considerações finais.....	30
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	31
2.1. Análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico	32
2.2. Considerações finais	58
3. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3º semestre

Apêndice II – Relatório do Congresso Nacional de Emergência Médica Pré-Hospitalar

Apêndice III – Instrução de trabalho: Acolhimento da família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

Apêndice IV – Poster “O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: intervenção do enfermeiro perito”

Apêndice V – Relatório do III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

Apêndice VI – Suporte expositivo da sessão de formação sobre a consulta de follow-up

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sistematização da interação e importância da comunicação/informação no cuidar	25
Figura 2. Constatação da importância das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e da gestão dos cuidados, no exercício profissional no SU	52
Figura 3. Mapeamento do processo de aquisição e desenvolvimento das competências	59

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho foi proposta no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), sendo um dos seus desígnios evidenciar o percurso desenvolvido ao longo deste mestrado, com a inerente reflexão crítica e particular ênfase na experiência formativa do 3º semestre. São assim apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas em estágio, que garantiram práticas de qualidade, centradas no doente e na família e que proporcionaram a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área do cuidado à pessoa em situação crítica (PSC).

Procura-se com este relatório, desenvolver um perfil de capacidades concordante com os Descritores de Dublin para o 2º ciclo, que se encontram alinhados com os objetivos e competências do CMEPSC da Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESEL), as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC). Sustentada no supracitado, defini como objetivo geral deste relatório de estágio, o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na informação à PSC e família.

A minha experiência de três anos num Serviço de Urgência (SU), permitiu-me constatar que a multiplicidade de atividades, de situações clínicas e a constante pressão pelo volume de trabalho, dificultam a humanização dos cuidados ao doente e à família, constituindo-se a informação que é veiculada à PSC e família um desafio complexo no meu exercício clínico diário. Não obstante, a estrutura física e o volume de doentes, conduzem a uma limitação estrutural, pelo que na maior parte dos episódios de urgência, os acompanhantes necessitam de aguardar na sala de espera, o que implica que nenhuma informação seja transmitida e que careçam de explicações sobre o processo e a situação de cuidados, até que seja efetuado da parte destes um pedido formal, por escrito. Esta situação pode justificar o elevado número de reclamações no local onde exerço funções e que são relativas ao direito de informação.

A literatura reitera que nas últimas décadas, se tem assistido a profundas alterações na natureza das relações dos doentes com os profissionais de saúde e como defende Serrão (1997), a mais importante consequência desta alteração é a progressiva difusão de que a pessoa doente tem direitos face aos profissionais de saúde, sendo um desses direitos, o direito à informação. Contemplado na Carta dos Direitos do Doente, este direito nem sempre é entendido por parte dos técnicos de saúde como um dos seus deveres na assistência que é prestada quotidianamente (Mariz, 2002).

Ao pautar a minha prestação de cuidados pelas linhas orientadoras do Código Deontológico dos Enfermeiros, onde se veiculam os princípios da responsabilidade profissional e o respeito pela ética e pelos direitos humanos, assumi a necessidade de desenvolver competências nesta área.

A necessidade de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na informação à PSC e família, resultou assim, da inquietação e reflexão pessoal, sendo suportada esta problemática na literatura e nos resultados obtidos na revisão integrativa da literatura (RIL). Os autores descrevem que tanto os doentes como os familiares se sentem impotentes, abandonados e tratados como objetos, quando são evitados ou quando as suas preocupações em informação não são satisfeitas (Forsgårde, Attebring & Elmqvist, 2016; Soares, Martin, Lopes, Marcon & Barreto, 2017), acrescentando ainda que a incapacidade de satisfazer as necessidades dos familiares de informação, pode afetar o papel subsequente da própria família (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017).

Justifica-se portanto uma abordagem nos cuidados de saúde, que reconhece o papel integral da família e estimula a colaboração mútua e benéfica entre o doente, família e os profissionais de saúde - o cuidado centrado na família - que carece que os enfermeiros possuam um conjunto de competências baseadas no objetivo de atender às necessidades do doente e família, de forma a otimizar os resultados, em vez de apenas um conjunto de habilidades técnicas para cuidar de doentes críticos (Cypress, 2014).

Torna-se assim inequívoca a necessidade de se desenvolverem competências especializadas de enfermagem, não só de cariz tecnológico, mas sobretudo relacional: um conhecimento especializado, com habilidades e capacidades para a

tomada de decisão em situações complexas nos diversos cenários da prática (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002). Considerou-se como substrato na construção deste exercício especializado, o modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem por Patrícia Benner, que observa que no domínio do cuidar podemos abarcar vários níveis de competências progressivas: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (2005). Para Benner o enfermeiro perito não necessita de estratégias de apoio à decisão, sendo capaz de entender de forma intuitiva cada problema que se lhe apresenta e considerar alternativas à situação, pela experiência e saberes adquiridos (Benner, 2001). Esta autora atenta deste modo, que os cuidados de Enfermagem assentam em diferentes tipos de conhecimento, não se esgotando na formação teórica, sendo crucial o conhecimento adquirido na experiência e na reflexão das suas práticas. A mobilização deste conhecimento encontra-se fortemente condicionada, pelos contextos onde os enfermeiros executam as suas funções e pelo nível de competência adquirida (Benner, 2001). Benner, Hooper & Stannard (2011) acrescentam, que na procura da excelência dos cuidados, o enfermeiro deve evoluir ao longo destes níveis, pretendendo com este trabalho atingir o nível de proficiente/perito na prestação de cuidados à PSC e sua família, nomeadamente na intervenção especializada da transmissão de informação, estando capacitada para reconhecer as características de situações em mudança e com aptidão e conhecimento para lhes dar resposta (Benner, 2005). Tal como preconiza o modelo de Dreyfus, a especialização em enfermagem é alcançada pela experiência clínica e foi essencial para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, o estágio realizado no contexto clínico do SU/Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e que teve como objetivo, desenvolver competências especializadas de enfermagem na informação à PSC e família.

De forma a atingir este objetivo geral, foram delineados como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e à sua família;
- Desenvolver competências comunicacionais na transmissão de informação, à PSC e família;
- Desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da PSC e família;

- Contribuir para a gestão eficiente dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente na transmissão de informação à PSC e à sua família;
- Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família.

Este relatório encontra-se dividido em três capítulos e foi empregue a metodologia descritiva, para uma visibilidade clara do percurso efetuado, recorrendo-se pontualmente a diagramas, que representam conceitos ou ideias de forma estruturada e simplificada. Inicia-se com o enquadramento teórico, alicerçado na pesquisa bibliográfica que sustém e contextualiza a escolha deste tema e na RIL efetuada. Optou-se por dividir o enquadramento teórico em subcapítulos que explicitam as conceções centrais deste trabalho, facilitando a abordagem e compreensão das mesmas. O segundo capítulo explana o processo de análise da aquisição e desenvolvimento de competências em estágio, que foi suportada na evidência científica e nos referenciais teóricos enunciados anteriormente e por fim apresenta-se na conclusão, a reflexão sobre as aprendizagens e as estratégias futuras que foram identificadas para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

Este documento rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da ESEL e a referência bibliográfica conforme as normas da *American Psychological Association*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo da construção do projeto de estágio, emergiram conceitos centrais e que se elencam entre si, como o conceito de PSC, família, a intervenção de enfermagem à PSC e família (especialmente na transmissão de informação), o cuidado centrado na família e o modelo Calgary de Wright e Leahey, que são explicitados nos subcapítulos seguintes.

1.1. Pessoa em Situação Crítica: o alvo dos cuidados de enfermagem

Este subcapítulo procura correlacionar a temática abordada com o domínio do curso de mestrado frequentado. Define-se PSC em primeira instância, como o indivíduo em risco de vida, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, o que pode ser desencadeado por uma emergência, exceção e/ou catástrofe (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a). Exige-se assistência imediata e cuidados de enfermagem altamente qualificados “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” (OE, 2018a, p.19362). E se em situação crítica, a vertente tecnicista e de monitorização são fundamentais, constituindo a tecnologia uma parte integral e essencial da prática competente do enfermeiro (Benner, Hooper & Stannard, 2011), “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.” (OE, 2018a, p.19363).

Do mesmo modo, Hesbeen (2000) esclarece quando se fala de cuidados à PSC, que estes devem visar a promoção da saúde, prevenção/tratamento da doença, readaptação funcional em todos as dimensões da vida que foram alteradas e enfatiza que “cuidar é uma arte (...), combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, (...) que vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (p.37), reivindicando-se também assim do enfermeiro especialista, um saber competente e relacional, em que esteja implícito o respeito pela dignidade humana, para responder de forma holística, dada “a complexidade

das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica.” (OE, 2018a, p. 19363).

O enfermeiro apresenta-se como o elo de ligação nos momentos transicionais da vida da PSC e da sua família: ao ser detentor de um conjunto de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, estabelece uma relação da qual emergem intervenções (diretas e/ou indiretas) que melhoram os resultados de todos os envolvidos no processo de cuidados e que são baseadas em julgamentos clínicos, permitindo-lhe agir junto do doente e família com segurança, equidade e qualidade.

1.2. Família na qual se insere a Pessoa em Situação Crítica

As transformações políticas, socioeconómicas e culturais que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo, alteraram a representação, a configuração da família e o seu significado. Consideramos, por isso, apropriada a definição de Wright & Leahey (2010) pela sua abrangência e reflexo da atualidade, que define família como sendo “quem seus membros dizem que são.” (p.55). A família representa o pilar fundamental das sociedades humanas, ela constitui a primeira base na qual a maioria dos seres humanos constrói a sua personalidade e é por isso a célula fundamental, com um valor inalienável da sociedade, reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, que atesta a importância da mesma no desenvolvimento da pessoa humana. É essencial por isso, conceber-se e desenvolver um caminho para integrar a família nos cuidados de saúde (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012). A intervenção de enfermagem nesta inclusão e envolvimento, processa-se para Wright e Leahey (2013) [à semelhança do modelo Dreyfus], consoante os diferentes níveis de perícia: o enfermeiro generalista concetualiza a família como um contexto para a sua intervenção e o especialista trabalha com a família a um nível sistémico, concebendo-a como unidade de cuidados, trabalhando as suas reações e verdadeiros ou potenciais problemas de saúde.

O enfermeiro especialista percebe que apesar de nas famílias se operar uma mudança continua na vida diária, que progride pelos estádios de desenvolvimento individual e familiar, o sistema familiar pode ser transformado de forma substancial perante grandes eventos de vida, como é o caso de uma doença grave ou outra situação de crise. Esta mudança na família pode acontecer nos domínios cognitivo,

afetivo ou comportamental e a ocorrência em qualquer um deles, tem impacto sobre os outros e é por isso que as intervenções de enfermagem devem ter como objetivo um destes domínios ou todos eles e que para efetuar uma mudança num sistema individual é necessária a intervenção num metanível: o sistema familiar (Wright & Leahey, 2013). Na prática de enfermagem avançada, a avaliação do doente e de todo o sistema familiar, tem por isso que ocorrer concomitantemente, constituindo o cuidado da família, uma forma de cuidados do doente e vice-versa.

Para além destas alterações devido à situação de crise, o enfermeiro reconhece que na particularidade da família do doente crítico, esta se confronta com um ambiente estranho, o que desencadeia reações diversas em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos e da destruturação do quotidiano. São momentos emocionalmente fortes que desencadeiam comportamentos e necessidades que urgem ser colmatadas, pelo que os enfermeiros devem estar preparados para uma adequada avaliação e intervenção na família. Esta requer, tal como em relação ao indivíduo, a existência de um quadro teórico, uma estrutura conceptual, que oriente tanto a colheita de dados, como a intervenção a desenvolver (Kaakinem & Hanson, 1999). São disso exemplos o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary de Wright e Leahey, escolhido para fundamentar a prática de cuidados e a construção deste trabalho e que constitui um modelo de abordagem sistémica da família, focando-se “simultaneamente no indivíduo e no sistema familiar, sendo a interação entre os elementos da família o alvo da intervenção do Enfermeiro.” (Kaakinem & Hanson, 1999, p.66). Com este modelo o enfermeiro obtém uma perspetiva vasta, tanto das necessidades de cada elemento da família, como da unidade familiar, possibilitando a construção de um plano de intervenção de enfermagem, individualizado e eficaz, uma vez que estas estruturas de avaliação e intervenção permitem organizar uma quantidade maciça de informações destintas, proporcionando foco para a intervenção (Wright & Leahey, 2013).

1.3. Informação à Pessoa em Situação Crítica e família: intervenção de enfermagem

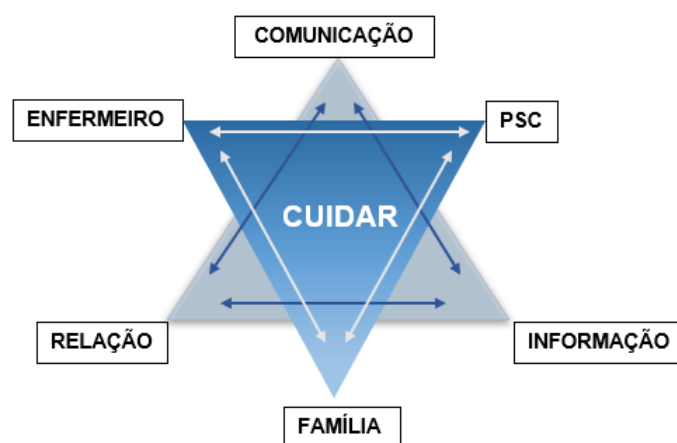
A substituição progressiva do modelo biomédico, por um modelo centrado na pessoa, tem conduzido nos últimos anos, a significativas alterações no que diz respeito ao acesso à informação de saúde e à forma como é tratado o processo clínico dos doentes (Pratas, 2015). Neste sentido, Laranjo, Neves, Villaneuva, Cruz, Sá & Sakellarides (2013) sublinham que um pouco por todo o mundo, a informação deixou de pertencer aos médicos e instituições de saúde, que eram meros depositários dessa informação e cada vez mais, é reconhecido o direito das pessoas à sua informação em saúde.

Considerar o doente como foco dos cuidados, é reconhecer-lhe a autonomia em participar ativamente na gestão do seu processo de saúde/doença e como tal a acessibilidade à informação que lhe concerne. A esta conceção cada vez mais difundida de que o doente também tem direitos, Serrão (1997), acrescenta ainda a recusa dos doentes pelo paternalismo dos prestadores de cuidados em saúde e a não aceitação da exclusão das decisões que dizem respeito a eles próprios. Neste contexto só uma informação objetiva e clara pode determinar uma decisão eficaz do doente.

O direito à informação é por isso relevante e as informações devem ser prestadas por todos os profissionais da equipa, conforme as suas especificidades, no intuito de atender às necessidades tanto dos doentes, como dos familiares. Deodato (2012) reitera que na maioria das vezes é a enfermagem a chave para divulgar informação ao doente, a outros membros da equipa multidisciplinar e aos familiares, encontrando-se o dever de informar no artigo 105º, patente no Capítulo VI da Lei n.º 156/2015, que determina a Deontologia Profissional do Enfermeiro. Pilatto & Girardon-Perlin (2008) entendem que informar, é também uma forma de amenizar a angústia e o medo que essas pessoas sentem diante de um ambiente estranho e agressivo como a urgência de um hospital. Um estudo descritivo-correlacional realizado por Martins (2009) demonstrou que quanto mais satisfeitos estiverem os doentes com a informação que têm, menor será a sua morbilidade, ou seja, menor será a ocorrência e intensidade dos sintomas. Estes resultados

contribuem para a legitimação desta componente importante dos cuidados de enfermagem (a informação aos doentes), sugerindo-se investimento nesta área. Se falarmos de informação em saúde, deve estabelecer-se uma relação com o doente, em que o enfermeiro tem em consideração o seu contexto pessoal, cultural, social, familiar e laboral (Mariz, 2002). Podemos assim inferir, que a informação surge indubitavelmente ligada à comunicação e à relação. É pela comunicação que se pode informar, atender às necessidades do outro, relacionar-se, expressarmo-nos como pessoas e é por isso que a comunicação surge como instrumento que influencia a relação entre o enfermeiro/doente/família e o fenómeno do cuidar (Pontes, Leitão & Ramos, 2007), como se procurou explicitar na figura 1.

Figura 1. Sistematização da interação e importância da comunicação/informação no cuidar



A comunicação não consiste na simples troca de mensagens entre enfermeiro/doente, é uma ação que deve ser planeada e individualizada e não pode ser realizada somente por impulsos e de forma intuitiva (Pontes, Leitão & Ramos, 2007). Ao constituir-se um instrumento básico dos cuidados e o cerne das relações humanas, é um fator determinante para o enfermeiro na construção de uma relação que permite aceder com dignidade a todas as dimensões da pessoa/família durante o processo de cuidados e que exige conhecimentos complexos.

O estudo de Redley, LeVasseur, Peters & Bethune (2003), destaca as necessidades comunicacionais nas necessidades identificadas na família que recorre

ao SU, revelando que 90% dos membros da família atribui valor a saber a condição clínica do doente antes de esta ser solicitada, no entanto apenas 22.37% dos enfermeiros o fez. Este estudo sugere que os enfermeiros têm de estar mais disponíveis para a família e atentar às suas necessidades de informação/comunicacionais. É a comunicação que permite ao enfermeiro planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem numa relação de parceria com o doente, evitando que este se torne um recetor passivo de cuidados, em que estes apenas são abordados da ótica do enfermeiro. Do mesmo modo, Ferreira & Coelho (2014) corroboram que a enfermagem ao primar por uma abordagem holística nos cuidados, deve envolver o doente e a família, fundamentalmente nos momentos de crise.

O papel do enfermeiro é, portanto, determinante, ao informar sobre os cuidados, ao ajudar a família a identificar alternativas, compreender consequências e tomar decisões quanto às opções de cuidados mais aceitáveis para eles, garantindo assim o direito e a responsabilidade de tomar as suas próprias decisões relativamente à saúde (Ross, 2001). Mendes (2015) acrescenta que esta interação entre enfermeiro e família possibilita o encontro e a satisfação de expectativas ao oferecer a cada um dos intervenientes, a oportunidade para agir, para se informar e ser informado.

Os doentes e a sua família como já foi descrito, vivenciam momentos difíceis e sentem que perdem confiança durante o tempo de espera, pela incerteza dos acontecimentos e gravidade da condição clínica, subsistindo o sentimento de desrespeitado quando as suas preocupações foram recebidas com ceticismo ou quando receberam informações vagas ou enganosas (Forsgärde, Attebring & Elmqvist, 2016; Soares, Martin, Lopes, Marcon & Barreto, 2017) e precisam por isso de ser encorajados a expressar as suas necessidades e receber informações relevantes e suficientes para que o tratamento e a recuperação da doença sejam otimizados (Pytel, Fielden, Meyer & Albert, 2008). Assume-se assim, que as intervenções de enfermagem têm que ser delineadas em parceria com o doente e família, na prevenção dos sentimentos descritos e na satisfação das necessidades de cuidados.

Neste sentido, procurou-se pelo trabalho desenvolvido na RIL conhecer quais as intervenções de enfermagem que proporcionam informação, em particular à

família do doente crítico que ocorre ao SU (dado ser a minha maior dificuldade no exercício diário) e algumas das principais estratégias identificadas nos estudos são: identificar-se, saudar, escutar, encorajar a expressar as suas necessidades, responder às perguntas no início dos cuidados e não apenas quando há agravamento, ter tempo para explicar a condição do doente/procedimentos/exames que se irão realizar, o funcionamento do SU e proporcionar conselhos sobre cuidados após a alta (Betancur, Henao, Ramírez & Pulido, 2010; Cypres, 2014; Forsgårde, Attebring & Elmqvist, 2016; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017; Soares, Martin, Lopes, Marcon & Barreto, 2017; Stein-Parbury, Gallagher, Fry, Chenoweth & Gallagher, 2014).

Estas intervenções ao serem orientadas para a inclusão da família, reconhecem a sua importância e permitem a aproximação do enfermeiro, possibilitando não só tranquilizar o doente e o seu cuidador, pois tal como defende Mendes (2015) a informação assume, uma posição central devido à possibilidade de sossegar, mas permite também educá-los sobre as suas doenças, afetando a satisfação com os cuidados prestados (Stein-Parbury, Gallagher, Fry, Chenoweth & Gallagher, 2014). A noção de que se devem considerar as necessidades dos membros da família e desenvolver estratégias para reduzir o stress e a ansiedade dos seus membros, é imperativa, de modo a impactar positivamente a recuperação dos doentes, através da manutenção do apoio familiar e melhor interação entre enfermeiro/família (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017). Doentes e familiares são testemunhas das complexidades e desafios do ambiente do SU e a qualidade do encontro entre doentes, familiares e equipa de enfermagem influencia o modo como os indivíduos vivenciam sua experiência hospitalar (Forsgårde, Attebring & Elmqvist, 2015).

Os enfermeiros perante usuários em situação crítica, apresentam, no entanto, preocupações éticas relacionadas com a temática da informação, patentes no estudo de Nunes (2015) com 220 enfermeiros, que descrevem os seguintes dilemas: quem deve dar a informação, a quem, em que situação, a informação relativa a más notícias e o parcelamento da informação diante do direito à verdade. São também mencionadas as temáticas que reportam à decisão dos destinatários de cuidados (respeito pela decisão expressa, decisão de consentimento/recusa de proposta terapêutica, vontade do doente não é conhecida), respeito pela pessoa (respeito

pelos direitos humanos) e o sigilo profissional (proteger informação nos contextos das práticas, aspetos legais e a escolha de partilhar ou não a informação). Estes dilemas são partilhados por Deodato (2012), que afirma que lidar com a informação de saúde constitui um desafio para os profissionais, encerrando a necessidade de implementação de intervenções sensíveis à dimensão ética do respeito pela pessoa na sua individualidade, autonomia e no direito ao exercício da sua cidadania. Os estudos e os relatórios nacionais e internacionais reiteram estas preocupações como fundamentais, motivo pelo qual foram abordadas ao longo do estágio no processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

1.4. O cuidado centrado na família e o modelo de Calgary como suporte para o desenvolvimento de uma prática especializada de enfermagem

A compreensão de que a família é considerada um componente fundamental no cuidado dos seus elementos, contribuiu para a conceção da filosofia do cuidado centrado na família, que recomenda que os profissionais incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre a maioria dos doentes, as suas famílias e a sua rede de apoio. Por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do doente, e que a saúde e a doença são assuntos da família (Wright & Leahey, 2013), esta filosofia assistencial inclui a parceria entre todos na melhoria das práticas e do sistema de cuidado (Institute For Family-Centered Care, 2008). O enfermeiro deve estabelecer uma ação conjunta, em que o foco é sempre a interação e a reciprocidade (Wright & Leahey, 2013) no processo de planeamento, prestação e avaliação dos cuidados, de forma a suprir as necessidades de todos como um todo, com benefícios mútuos para os doentes, famílias e provedores de cuidados, constituindo o nível mais avançado da prática de cuidados à família (Figueiredo, 2002).

O Modelo Calgary é uma “estrutura organizada para a conceituação do relacionamento entre famílias e enfermeiras que ajuda a efetuar mudanças e iniciar a cura” (Wright & Leahey, 2012, p.16) e emerge como um recurso terapêutico importante, ao possibilitar uma abordagem holística direcionada ao cuidado centrado na família pela preocupação sobre as suas necessidades, o que contribuiu para a ampliação das ações do cuidado, pois como afirmam Wright & Leahey (2013)

a enfermagem ao considerar o seu objeto de estudo de forma integral, tem o compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Preconiza-se que o enfermeiro ao interagir com as famílias, parta de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família, o que permite a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem. Como as intervenções só se realizam num contexto de relacionamento, é importante estudar este processo, para além dos resultados e trabalhar em conjunto na definição de objetivos terapêuticos, facilitando o contexto para a mudança.

O modelo de avaliação e intervenção, considera o sistema familiar como uma unidade de cuidados e integra alguns conceitos como os dos sistemas, da cibernética, comunicação, biologia do conhecimento e teoria da mudança. A primeira parte do modelo integra um sistema abrangente com tripla constituição: estrutura, de desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém várias subcategorias e nem todas precisam de ser avaliadas, dependendo da exploração e avaliação com cada família, num determinado momento (Wright & Leahey, 2013). Ao nível da intervenção, é provido acesso a um repertório de atividades baseadas em práticas clínicas e que ajuda os enfermeiros a manter ou a alterar o funcionamento da família, no que diz respeito à cognição, comportamento e afeto (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012).

O enfermeiro tem de estar consciente que não é possível atuar num domínio específico do funcionamento familiar, há que avaliar cada problema identificado nos três domínios, equacionando sempre as dificuldades e as potencialidades daquela família. É esta a base de sustentação da enfermagem de família "trabalhar com as famílias ajudando-as a identificar problemas e a mobilizar os seus próprios recursos de *coping*." (Whyte, 1997, p. 21).

1.5. Considerações finais

A elaboração deste capítulo, permitiu explorar conceitos centrais e, por conseguinte, alcançou-se a consolidação de conhecimentos e clarificação na sistematização dos mesmos. Inicialmente abordados no projeto de estágio, estes conceitos resultaram de pesquisas (bibliográfica e evidência científica), efetuadas nas bibliotecas da ESEL, do Instituto Politécnico de Leiria e nas bases de dados *online*. A RIL ao fornecer estudos com rigor metodológico, susteve de igual modo, a escolha do tema e forneceu esclarecimentos pertinentes, que no seu conjunto com o modelo de prestação de cuidados (cuidado centrado na família) e o referencial teórico (o modelo Calgary), fundamentam a importância das intervenções do enfermeiro, na satisfação das necessidades de informação da PSC e da sua família, reconhecendo-se que numa perspetiva de cuidados de excelência, a família não pode ser desconsiderada, sendo impreterível um modelo estruturado de avaliação e de intervenção na família, que traduza a parceria e o rigor da atuação dos enfermeiros.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O relatório de estágio centrado na temática “Informação à PSC e família: Intervenção do enfermeiro especialista”, tem como finalidade revelar o percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos clínicos, em que se procurou dar resposta a objetivos previamente delineados. Descreve-se neste capítulo, a transformação do conhecimento teórico e das habilidades práticas na consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A competência é definida por Roldão (2003) como a capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionando e integrando esses conhecimentos perante uma determinada questão ou problema. Phaneuf (2005), acrescenta no entanto, que o processo evolutivo de aquisição e desenvolvimento de competências representa mais do que a soma dos nossos saberes e das nossas capacidades e se situa no cruzamento de três domínios: o desenvolvimento da personalidade e a aquisição de experiências de vida pessoal, as aquisições de formação e da experiência profissional e as exigências, os desafios e as possibilidades de evolução encontradas no decurso das situações de trabalho ou de estágio.

Relativamente ao 2º ciclo de estudos e no âmbito de uma formação de Mestrado, Mendonça (2009) contextualiza que o enfermeiro adquire e/ou desenvolve competências que o habilitam a prestar cuidados de enfermagem numa área de especialização específica. Assim, são linhas orientadoras neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, os objetivos e competências do CMEPSC e também o regulamento n.º 429/2018 da OE (2018a) que determina “o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista (...) o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção.” (p.19359).

É através das unidades de prestação de cuidados que se desenvolvem as competências clínicas, gerais e especializadas, ao serem facultadas aos formandos, oportunidades de crescimento, de desenvolvimento pessoal e profissional (Abreu, 2003), pelo que se justifica que a experiência é assim necessária para se alcançar

a perícia, pois a prática apresenta muito mais realidades do que aquelas que se podem aprender da teoria (Benner, 2005).

A importância do ensino clínico, encontra-se assim relacionada com o seu potencial formativo, a edificação de conhecimentos e o seu papel preponderante para que os objetivos delineados sejam alcançados e para que se conduza à aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, no plano de estudos do CMEPSC e no regulamento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC.

Os locais de estágio foram escolhidos tendo em conta o supracitado e selecionados após as idas a campo, pelo que se optou por um SU polivalente (pela multiplicidade de casos clínicos e com uma extensa experiência na prestação de cuidados à PSC e à sua família) e por uma UCI de referência (pelo conhecimento da existência de peritos na área da família que procuram diariamente realizar trabalho neste sentido e pelas oportunidades de intervenção que este contexto sugere). O cronograma relativo ao 3º semestre e que compreende o período de estágio e a elaboração deste relatório, encontra-se em apêndice (Apêndice I).

2.1. Análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico

Este estágio iniciou-se com o módulo de Urgência e decorreu num Hospital da área periférica da Grande Lisboa que se encontra, em conjunto com outros dois hospitais, inserido no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), que tem como missão prestar cuidados de saúde ao cidadão, no que concerne à sua capacidade e na extensão da sua responsabilidade. A missão do Centro Hospitalar de Lisboa Norte comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação (CHLO, 2006).

Tendo determinado que a minha linha de ação se circunscreveu pelo **desenvolvimento de competências especializadas na informação à PSC e à sua família**, procurei para tal e abarcando também a missão do CHLO, cumprir o objetivo específico de **prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e à sua família**, procurando perceber a dinâmica e funcionamento do SU.

Esta seria a primeira atividade a desenvolver e que foi catapultada no primeiro dia, por uma ocorrência inesperada: no momento da passagem de turno entre os chefes de equipa (que decorre à cabeceira do doente), verificámos que um dos utentes na sala de observação se encontrava em paragem cardio-respiratória (PCR), pelo que se precipitou a mobilização do doente e da equipa para a sala de reanimação. Nesta já se encontrava um colega que recebeu o doente e assumiu as funções de *team leader* delegando as funções a cada elemento, minimizando o tempo e recursos desperdiçados.

Nenhuma situação clínica supera a prioridade de atendimento de uma PCR, na qual a rapidez e a eficácia das intervenções realizadas são cruciais para um melhor resultado (Ladeira, 2008), constatando-se ser de primordial importância na gestão de elementos no SU, a alocação de pelo menos um enfermeiro na sala de reanimação que assuma a liderança e o papel de observador. A liderança e a gestão da equipa nos cuidados à pessoa em situação de PCR requerem uma maturidade profissional equiparada à de “perito”, sendo o enfermeiro especialista, o elemento com qualificações específicas para assumir este papel (Faria & Mendes, 2015).

Como elemento da equipa do SU, em situações de PCR, normalmente encontro-me focada na tarefa que me é delegada, pelo que ter ficado a observar este contexto, permitiu-me perceber que apesar de poder transparecer uma confusão aparente na prestação de cuidados à PSC/em PCR, os cuidados de enfermagem são prestados atendendo ao doente enquanto pessoa, com necessidades individualizadas, estabelecendo-se intervenções de cariz tecnicista, mas também intervenções que têm a sua génese em competências não técnicas. Entenda-se por competências não técnicas, os processos de interação entre a equipa e que são empregues durante a gestão de uma situação, tais como liderança, comunicação, trabalho em equipa, pensamento crítico, julgamento clínico e que podem melhorar os resultados da intervenção (Gaba, Howard, Flanagan, Smith, Fish & Botney, 1998).

O fato de se encontrar um enfermeiro adstrito à sala de reanimação e a percepção dos seus benefícios em termos de gestão de tempo e disponibilidade de atuação, em analogia com o meu local de trabalho, onde os enfermeiros tem que ser mobilizados de outras salas, conduziu a uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática, com o encontro do parecer da mesa do colégio de Médico-cirúrgica que

estabelece que a sala de Emergência, Reanimação ou Ressuscitação corresponde a um posto de trabalho, que se integra na estrutura física do SU, acrescentando que

a necessidade de cuidados específicos emergentes não é padronizada e, portanto, não está sujeita a determinação de fluxos perfeitamente controláveis. Desse modo, a disponibilidade da equipa deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros postos/áreas de trabalho. (OE, 2018b, p.2).

Por outro lado, o papel do EEEMC-PSC encontra-se patente quer nas circulares da Direção-Geral de Saúde número 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010 e na circular 15/DQS/DQCO de 22/06/2010, que apontam para a necessidade de existirem profissionais de Enfermagem com formação especializada para acorrer a estas situações específicas, no contexto do SU.

As **“competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”** (OE, 2019, p.4745) foram fomentadas pelo recolher e análise de **“informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica”** (OE, 2019, p.4746) e por se reconhecer a necessidade de implementar **“medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.”** (OE, 2019, p.4746).

Por esta razão e ao longo dos turnos, devido às diferentes prioridades de urgência dos utentes que acorrem ao Sistema Nacional de Saúde, ficou delineado com o Sr. Enf.º orientador, que o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências se desenrolaria com a prática de cuidados sobretudo ao nível da sala de reanimação, de forma de rentabilizar as oportunidades, uma vez que é através desta que se proporciona a principal entrada de doentes críticos.

Durante o percurso de estágio no SU prestei cuidados a doentes em PCR, politraumatizados, em choque séptico/cardiogénico, entre outras situações, o que me permitiu aprimorar cuidados técnicos de alta complexidade (como ventilação mecânica invasiva e não invasiva, colocação de cateter venoso central, entre outros) e, percebi que a observação das práticas de cuidados e a consulta de protocolos institucionais/instruções de trabalho, foram basilares para superar as dificuldades inerentes ao desconhecimento da dinâmica de cuidados à PSC e à sua família. Não

obstante, a formação (nomeadamente os conhecimentos adquiridos no percurso de mestrado/Suporte Avançado de Vida/Suporte Avançado de Vida em Trauma) e a pesquisa bibliográfica, permitiram a aquisição e mobilização de conhecimentos (como se encontra redigido nos **descritores de Dublin para o 2º ciclo de Mestrado**), o que é fundamental na compreensão, priorização e resolução de problemas do doente com instabilidade hemodinâmica.

Posso assumir que estas intervenções facilitaram o planeamento de cuidados personalizados, dirigidos à avaliação diagnóstica, monitorização contínua e ao cuidar “**da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**” (ESEL, 2010, p.1; OE, 2018a, p.19363), com uma resposta efetiva aos diagnósticos de enfermagem identificados, prestando assim, “**cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.**” (OE, 2018a, p.19363).

Foi ainda possível contactar e ativar as várias vias verdes (VV) implementadas no SU: trauma, sépsis, acidente vascular cerebral e via verde coronária. O sistema das VV foi desenvolvido e implementado para se otimizar o atendimento aos doentes mais urgentes e é constituído por protocolos que permitem um atendimento prioritário nos casos de suspeita de determinadas patologias que implicam atendimento imediato. Esta mudança na organização dos serviços tem como objetivo diminuir a morbilidade e mortalidade devida a atrasos no diagnóstico, combatendo problemas como longos períodos de espera, excessiva duração da permanência no SU e o acesso não facilitado aos recursos clínicos, terapêuticos e a meios complementares de diagnóstico (Devkaran, Parsons, Dyke, Drennan & Rajah, 2009).

A participação no **Congresso Nacional de Emergência Médica Pré-Hospitalar** (Apêndice II), com palestras de peritos sobre as várias VV, revelou-se um complemento à prática clínica, pela abordagem dos critérios de ativação, fisiopatologia, tratamentos e paralelismo com outras realidades. Neste contexto, foi assumido a título de exemplo a reproduzir, o caso alemão nas VV trauma, onde

existe um registo de trauma, acessível *online* e que permite melhorar a colheita e gestão de dados, a criação de estatísticas que identificam a quantidade, o tipo, a frequência e os mecanismos das lesões traumáticas, bem como a avaliação dos recursos internos e externos necessários para uma correta e eficaz abordagem ao doente politraumatizado.

Com esta iniciativa desenvolvi competências no “**domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**” (OE, 2019, p.4749), ao reconhecer as minhas limitações de conhecimentos a nível profissional, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem.

De salientar que me apercebi de uma diferença substancial neste local de estágio relativamente ao SU onde realizo o meu exercício clínico, que é a existência de um protocolo de monotrauma. O enfermeiro da triagem, através de critérios instituídos, solicita um exame radiológico ao doente vítima de monotrauma, o que contribui para uma diminuição do tempo de permanência no SU, uma vez que quando este é observado pela especialidade de Ortopedia, é logo possível uma avaliação imagiológica.

No contexto da UCI para **prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e à sua família**, foram planeadas no projeto de aprendizagem, atividades que permitiram implementar cuidados neste campo de estágio, garantindo **a identificação, a resposta perante focos de instabilidade, a execução de cuidados técnicos de alta complexidade**, que refletem o perfil de competências do EEEMCPSC redigido no Regulamento n.º 429/2018.

Alguns destes cuidados técnicos, pela sua especificidade, não são habituais no meu exercício profissional, como a monitorização invasiva da função hemodinâmica, a ventilação mecânica invasiva (VMI), técnicas dialíticas contínuas e intermitentes, realização de exames complementares externos ao serviço da UCI, o que exige o transporte intra-hospitalar do doente crítico, entre outros cuidados.

Assim, a manipulação de equipamentos tecnológicos de última geração com os quais não estava familiarizada constituiu um grande desafio na prestação de

cuidados à PSC, assim como a sua integração no cuidado. Esta dificuldade exigiu atenção e dedicação em relação aos equipamentos de monitorização, de hemodiálise e de ventilação invasiva, pois nas várias unidades, existem modelos diferentes de ventiladores, assim como duas máquinas diferentes de hemodiálise. A estratégia adotada consistiu em expor esta dificuldade e tentar abarcar o máximo de conhecimento transmitido pela Sr^a Enf.^a orientadora, discutir casos práticos com enfermeiros peritos em cuidados intensivos e comparar valores analíticos e parâmetros expressos na monitorização invasiva com os sinais e sintomas prodrómicos e diagnósticos de enfermagem identificados.

Dominar os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e realizar planos de cuidados, permitiu-me constatar que apesar da importância da tecnologia e das competências técnicas requeridas na UCI, esta tem que ser assumida como uma extensão do cuidado que se demanda personalizado e humanizado.

Neste estágio, pela necessidade de dar resposta à complexidade dos doentes e das suas famílias, aprimorei cuidados técnicos e relacionais e procurei incrementar conhecimentos, através da pesquisa científica em bases de dados, na consulta de literatura, manuais e protocolos existentes no serviço, para além das conversas descritas anteriormente com a Enf.^a orientadora e com a restante equipa, potenciando assim as minhas capacidades na prestação de cuidados de Enfermagem especializados. Benner (2005) corrobora esta conduta, ao referir que o enfermeiro ao iniciar a sua intervenção num serviço que lhe é desconhecido, no qual o desenvolvimento de competências depende do contexto em que se encontra, deve basear a sua aquisição de competências na experiência e sobre boas bases científicas e pedagógicas.

Estes recursos revelaram-se norteadores para abarcar uma visão global do doente/família e para colmatar as necessidades de cuidados identificadas, o que me permitiu delinear um exercício profissional, aliando conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, consequentemente, qualidade na assistência prestada. O estudo de caso (sobre um doente submetido a hemiglossectomia e à sua família) reflete esta sistematização de pensamento e atuação.

O plano de cuidados em particular, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre uma área em que senti que tinha lacunas (a VMI e os seus efeitos na PSC e na família) e elaborar diagnósticos de enfermagem de uma forma estruturada, com a respetiva planificação e avaliação de cuidados.

A VMI é um recurso de suporte à vida utilizado na UCI, que assiste ou substitui a respiração espontânea através de um ventilador que é acoplado ao utente por uma via artificial, seja um tubo orotraqueal ou uma traqueostomia (Guimarães, Falcão & Orlando, 2008). A monitorização dos utentes com suporte ventilatório é um fator de primordial importância. A partir da integração de dados colhidos dos testes funcionais e com a observação clínica contínua, o enfermeiro pode agir em consonância, prevenindo complicações letais e aumentando as probabilidades de sucesso no tratamento destes doentes (Bernal, Silva, & Pereira, 2006). O doente com ventilação mecânica (VM) requer cuidados de enfermagem criteriosos tais como: aspiração traqueal; controlo da pressão do balão (*cuff*) do tubo orotraqueal ou da traqueostomia; mudança de decúbito; transporte seguro para realizar exames; ações para a prevenção de complicações como pneumonia por aspiração ou associada à ventilação, úlceras por pressão, extubação acidental, barotraumas e pneumotórax (Bernal, Silva, & Pereira, 2006).

Pude constatar que para além destes cuidados que colmatam necessidades fisiológicas do doente e previnem complicações, foi necessário desenvolver capacidades comunicacionais uma vez que devido à VMI, o doente fica impedido de falar. A VM com entubação orotraqueal assume-se como uma das situações que torna os doentes mais vulneráveis às limitações da comunicação durante o seu internamento na UCI (Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016), constando-se no estudo de Happ, Seaman, Nilsen, Sciulli, Tate, Saul & Barnato (2015), que 53.9% dos doentes ventilados mecanicamente atendem a critérios mínimos de comunicação durante períodos prolongados de vigília (acordados e alerta) ou tentam comunicar em algum momento durante o seu período de VM. As alterações da comunicação verbal do doente tornam mais difícil a gestão da sua situação clínica, nomeadamente a transmissão de informação das dificuldades e necessidades, aos familiares e aos profissionais de saúde. Neste sentido, Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman (2016) desenvolveram um algoritmo para facilitar a avaliação e seleção da

melhor intervenção de comunicação em doentes conscientes, entubados mecanicamente na UCI (como placas de comunicação, tubo endotraqueal com lúmen adicional acima do *cuff*, dispositivos portáteis que transmitem sons eletrónicos quando há vibração na cavidade orofaríngea e/ou dispositivos computadorizados).

Na prestação direta de cuidados ao doente submetido a VMI, pode constatar este comprometimento ao nível da comunicação, com evidente desconforto e inquietação por parte dos doentes e familiares devido a esta incapacidade e procurei adequar técnicas comunicacionais (como utilizar perguntas fechadas, linguagem acessível) e estratégias facilitadoras da comunicação (como leitura da mímica labial, quadro de letras do alfabeto, banco de imagens com as principais necessidades/sentimentos/sensações, tais como dor, sede, fome, entre outros). Foi ainda encorajada a presença da família e amigos, assim como a comunicação entre todos, com o intuito de prevenir sentimentos de isolamento.

Para Mitchell & Chaboyer (2010), a comparência da família incrementa a comunicação e permite uma maior conexão física e emocional com o doente crítico, o que promove o relacionamento entre ambos e se traduz em melhores *outcomes*. Esta evidência, deve por isso, impelir e impor aos enfermeiros, quer na UCI, como no SU, o cuidado centrado na família como parte integrante da sua prática (Wright & Leahey, 2013). Intervir no doente crítico é assim, considerar também a família como cuidadora e alvo de cuidados e como tal a presença de acompanhantes constitui uma oportunidade para delinear diagnósticos e realizar intervenções de Enfermagem dirigidas ao doente e família.

Deste modo, por considerar esta proximidade, pode **cuidar “da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018a, p.19363), **garantindo “a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (OE, 2018a, p. 19363) e pode desenvolver competências comunicacionais (nomeadamente em relação à transmissão de informação à PSC e família) e competências relacionais, ao **gerir a “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família,/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.”** (OE, 2018a, p.19363).

Procurei nos diferentes contextos, estabelecer uma relação, questionar sobre as dúvidas existentes e assim, dar informações dirigidas e personalizadas sobre o que os familiares precisam e estão preparados para saber, pois considero que só assim se pode atenuar o seu *stress* e as suas dúvidas. Ao enfermeiro são solicitadas informações de cariz diverso, como qual o estado do doente, o que está a ser feito, se tem dor, entre outras questões e por isso é fundamental dispensar atenção e ter disponibilidade quer para o doente, quer para a família, pois o Enfermeiro tem que **“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.”** (OE, 2015, p. 156). Wright & Leahey (2013) esclarecem ainda que as famílias com elementos hospitalizados, indicaram a obtenção de informação como uma prioridade máxima e que a frustração das famílias se deve à incapacidade de receber informações ou opiniões dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, fui-me apercebendo o quanto a comunicação e a informação ao doente e família, que chegam a um meio completamente desconhecido, são importantes e facilitam a colaboração e o estabelecimento de uma relação com a PSC e a sua família. Essa comunicação deve ser assertiva, humanizada, calorosa e adequada a cada doente/familiar, pois “cada família é única” (Wright & Leahey, 2012, p.157).

Por conseguinte, durante a prestação de cuidados (no SU e na UCI), procurei acolher o doente e família/pessoa significativa de forma personalizada e senti que esta interação entre PSC, familiar e enfermeiro, diminui a distância entre todos e o doente e a família cujas necessidades de informação vão sendo satisfeitas, tornam-se mais envolvidos nos cuidados (que se assumem assim personalizados e de qualidade), o que reflete que “o poder veiculado pelos cuidados de enfermagem é libertador de cada vez que: permite aos utilizadores utilizar o poder que lhes resta; restitui ou aumenta um poder de ser, de autonomia; reconhece o saber das pessoas tratadas” (Collière, 1999, p.314).

Destaco assim no estabelecimento de uma relação efetiva, a importância da comunicação, que não consiste apenas no que está a ser dito, mas também na informação que define a natureza do relacionamento entre os indivíduos em interação (Wright & Leahey, 2013), sendo concomitantemente conteúdo e relação.

Procurei assim, atentar aos comportamentos verbais e não-verbais da PSC e da sua família, com adequação de técnicas (como as perguntas circulares, a escuta ativa, providenciar papel e caneta, leitura da mimica labial), de forma a minimizar as barreiras que muitas vezes existem e que podem comprometer a relação (doentes inconscientes, barreiras culturais, literacia, entre outras). No polo oposto, o enfermeiro tem que atentar ao conteúdo e ao modo como é transmitida a informação, pois segundo Mendes (2016) os familiares perceberam que para além das palavras, o tom de voz, a disponibilidade e a iniciativa percebida e encontrada, fizeram a diferença no seu bem-estar.

Senti como principais dificuldades na comunicação e relação com o doente/família, o fato de muitas vezes não saber como iniciar o diálogo e o receio de alimentar falsas expectativas, sobretudo na transmissão de más notícias. Neste sentido, Buckman desenvolveu o protocolo SPIKES (*Setting up/Perception/Invitation/Knowledge/Emotions/Strategy and Summary*), que consiste numa mnemónica de seis passos e que facilitou a minha abordagem.

Percecionei ao nível do SU, que não se encontra implementado um guião/protocolo de transmissão de informações pelo enfermeiro ou norma de acolhimento à família, o que foi partilhado com o Enf.º orientador, que revelou que a abordagem à família é efetuada de forma não estruturada, sobretudo quando esta interpela o enfermeiro, existindo ainda uma sala de reuniões onde se procura em conjunto com o médico, receber familiares quando as circunstâncias exigem um ambiente mais protegido. Sendo a humanização de cuidados uma linha norteadora do percurso dos enfermeiros, ainda há um longo caminho a percorrer, pois a especificidade de um SU, condiciona o exercício da nossa profissão relativamente ao envolvimento da família, o que para Alminhas (2007) se pode dever “pela necessidade de atuar rapidamente, pelo elevado número de doentes admitidos e o seu curto tempo de internamento, muitas vezes inesperado e também pelo espaço físico exíguo.” (p. 58).

Para além destes obstáculos, a abordagem à família exige uma preparação e experiência por parte dos profissionais de saúde, pelo que “não basta estar motivado para prestar este apoio, é fundamental ter conhecimento da teoria sistémica e do funcionamento das famílias.” (Neto, 2003, p. 73).

Procurei neste sentido, pela sua importância e por constatar que a gestão da comunicação e a assistência à família não era uniforme, averiguar junto dos colegas a viabilidade de se realizar sessões de formação nestas áreas, no entanto a maioria dos colegas mostrou-se pouco recetivo, pelo que em conjunto com o Sr. Enfermeiro, se procurou fazer uma partilha de conhecimentos no contexto de atuação profissional. Apesar de **“identificar oportunidades de melhoria”** (OE, 2019, p.4747) e **“demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas actuais/novos da disciplina”** (ESEL, 2010, p.1), procurei desenvolver a competência do domínio da melhoria da qualidade, na UCI, nomeadamente na colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade para uma efetiva aquisição desta competência.

Recordo ainda em relação ao SU, duas situações em particular que ocorreram na sala de reanimação e que careceram de uma abordagem centrada na família: a de uma doente jovem, de nacionalidade guineense, com um quadro de diabetes mellitus descompensada e que não comunicava em português e não colaborava no tratamento, o que exigiu a presença e parceria com a mãe para se estabelecer um plano terapêutico e a de uma idosa com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, com necessidade de reperfusão cardíaca e que se recusava a ser transferida para um hospital com unidade de hemodinâmica, devido à sua preocupação com o marido parcialmente dependente, que não tinha transporte até ao domicílio. Proporcionou-se também neste caso o contato entre ambos e em reunião com a equipa, facilitou-se a presença do familiar numa das salas de observação até ao retorno da utente, agilizando-se posteriormente o regresso do senhor à sua casa.

Vivenciar as situações descritas e refletir nas tomas de decisão em parceria com o doente/família, recorrendo à evidência científica para suportar o pensamento crítico, revelam **“domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.”** (OE, 2019, p. 4745).

Esta competência estabelece-se com um conjunto de conhecimentos ético-deontológicos, na avaliação das melhores práticas, ao **“seleccionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”** (ESEL, 2010, p.1) e nas

preferências do utente, ao **“reflectir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações”** (ESEL, 2010, p.1), assumindo que **“as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente”** (OE, 2019, p.4746).

Procurei ainda ao longo do estágio, atuar de acordo com os princípios expressos no Código Deontológico e na presença de doentes conscientes tive o cuidado de os incentivar na sua autonomia, informando-os adequadamente e solicitando o seu consentimento para a execução de cuidados, certificando-me de que o consentimento foi sempre esclarecedor. De igual modo, procurei respeitar a vontade expressa pelos doentes e família (como nos casos anteriormente descritos), permitindo-lhes participar nas tomadas de decisão, demonstrando assim respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, bem como pelas suas crenças e valores. Este processo não é simples de gerir e é dificultado pelo contato breve para se estabelecer a relação com o doente e a sua família (sobretudo ao nível do SU), mas a tomada de decisão não se restringe aos profissionais de saúde que fazem determinadas apreciações sobre o estado clínico do doente crítico, exigindo-se a implicação do doente/família/pessoa significativa, que em todo este processo elabora a sua própria construção mental, influenciado a tomada de decisão.

Alcansei ainda competências no **“domínio da melhoria continua da qualidade”** (OE, 2019, p.4745), ao criar e manter um **“ambiente terapêutico e seguro”** (OE, 2019, p.4745) e ao envolver a **“família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.”** (OE, 2019, p.4748).

Destaco ainda a importância da observação dos comportamentos dos pares e da sua análise crítica, como foi o caso de um doente em fase terminal, em que a colega ao se aperceber da presença da esposa e ao detetar que o doente se encontrava em fase agónica, questionou se a familiar desejava a sua presença naquele momento. A senhora acabou por abraçá-la e ficaram assim alguns minutos e em silêncio. Esta familiar mais tarde, voltou ao serviço a agradecer a

disponibilidade e humanidade da colega. A experiência profissional atua como defendem Santos & Silva (2006) como um fator facilitador da comunicação, uma vez que favorece a percepção das reações familiares, para além de se traduzir em maior compreensão das situações clínicas (com as suas oportunidades e restrições) e que orientam as ações e interações dos enfermeiros (Benner, 2004).

Esta importância atribuída à experiência profissional referente às competências comunicacionais e relacionais, pode ser justificada por Benner (2005), quando defende que o estadió de perito apenas é conseguido, aproximadamente, com cinco anos de experiência profissional numa determinada área específica, fornecendo-lhe autonomia e poder de decisão para atuar com segurança em qualquer situação. Pode-se afirmar que a experiência profissional do enfermeiro viabiliza a que se mobilize, os conhecimentos adquiridos com a sua prática profissional ao longo dos anos e que os aplique em novas ou situações semelhantes, daí a sua maior aptidão em se relacionar com a família da PSC e na antecipação de complicações e previsão dos vários cenários possíveis, o que é de extrema importância num doente crítico. No modelo de aquisição de competências adaptado por Benner (2005), os enfermeiros peritos, percebem a situação como um todo, em virtude das situações reais vivenciadas e atuam diretamente sobre o problema, sem perder tempo com soluções alternativas ou diversos diagnósticos, conseguindo prever problemas e antecipar ações com assertividade. Estes enfermeiros, nos contextos clínicos, foram e são referências para mim, pela sua visão alargada e as suas capacidades que advêm do seu vasto exercício profissional e são muitas vezes os elementos mais conhecedores quanto a determinados procedimentos complexos, materializando que “a enfermagem é socialmente construída e coletivamente concretizada.” (Benner, 2005, p. 18).

As situações de cuidados descritas, entre outras que experienciei, ajudaram-me a perceber que mesmo num SU, em que os procedimentos técnicos são tão importantes para o sucesso das intervenções, a dimensão humana é igualmente necessária, pois nos momentos de urgência/emergência a presença e a postura dos enfermeiros são essenciais para a estabilidade física e psicológica do doente e da sua família. Yildirim & Özlü (2018) sustentam esta atuação, num estudo com 202 pessoas significativas que revelam que contribuiu para a sua satisfação,

primordialmente a comunicação personalizada e frequente, afirmando “it is recommended that in the emergency departments, patient’s relatives be considered as a part of care and be enabled and supported to be involved in care” (p.38). Para Wright & Leahey são os enfermeiros que têm este compromisso e a “obrigação ética e moral de envolver as famílias nos seus cuidados de saúde.” (Wright & Leahey, 2012, p.1).

Possuir e desenvolver competências comunicacionais, incrementa assim o relacionamento com o doente e família e pode experienciar que muitas vezes estes manifestam sentimentos de gratidão quando sentem que o enfermeiro está presente, lhes fornece informação com intencionalidade e envolve a família nas tomadas de decisão e na prestação de cuidados. Os enfermeiros pensarem desta forma interativa e na reciprocidade saúde-doença e família, assenta na filosofia do cuidado centrado na família, que induz os enfermeiros a terem um enfoque dominante na avaliação e intervenção da família (Wright e Leahey, 2013), subsidiando a prestação de cuidados especializados à PSC e à sua família.

Concebe-se que também o internamento de um doente na UCI, provoque situações que desencadeiam crises na família, para quem é difícil conseguir assimilar todas as informações e mudanças em relação ao seu ente querido, sendo fundamental criar uma boa comunicação/relação entre Enfermeiro/Família. Estas crises podem ser explicadas por Wright e Leahey (2013) que tendo subjacentes os princípios da teoria dos sistemas e o de causalidade circular, evidenciam que um evento A, que gera um evento B, pode ter a sua dinâmica interferida pelo evento que criou, sem uma linearidade, exigindo, em função disso, um potencial regulador. Nesse sentido, compreendemos a família que vivencia a hospitalização como um sistema em processo de autorregulação. Estas relações familiares, que de certa forma se destabilizam, convergem ao mesmo tempo, para uma forma de reorganização interna que leva à homeostase do grupo, à gestão de todo o processo de vida (Mendes, 2015).

O acolhimento configura-se como uma estratégia para se desenvolver este equilíbrio, atuando o enfermeiro com facilitador deste percurso, contribuindo para a humanização dos cuidados. A humanização traduz-se pelo “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma

relação de ajuda” (OE, 2015, p.143). É indubitável a relação do acolhimento, com a humanização dos cuidados e o envolvimento da família, pois só mediante a adoção de práticas relacionais com a família é possível a humanização (Wright & Leahey, 2013), respeitando-se deste modo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. As autoras supra-citadas são corroboradas por Hetland, Hickman, McAndrew & Daly (2017) ao afirmarem que quando a família trabalha em parceria com o enfermeiro, ela ajuda com a avaliação dos sintomas, melhora a segurança do doente, bem como o nível de ansiedade da própria família.

Procurei por isso no decurso do estágio na UCI participar no processo de acolhimento, orientando a minha intervenção no sentido de avaliar e colmatar as necessidades da família, sendo determinante para o diagnóstico destas, a capacidade de escuta e observação, tal como a abertura à presença e participação da família (Benner, 2005), o que foi possível pelo recurso às conversas terapêuticas. Estas são dirigidas e com objetivos definidos pelo enfermeiro, pretendendo-se avaliar o impacto da doença na família e compreender a forma como esta experiencia a doença, percebendo as suas crenças sobre a génese do problema, o diagnóstico e o seu prognóstico (Wright e Leahey, 2013).

Foram focos de preocupação no primeiro contato, a promoção do conforto, a expressão de sentimentos/preocupações, desmistificar o ambiente/equipamento, comunicar a situação do doente e explicar o funcionamento do serviço. Adotei também na prática estratégias defendidas por Wright & Leahey (2013) como incentivar as narrativas da doença, planejar rituais (como foi o caso da comemoração do aniversário de um dos doentes), incentivar o descanso, oferecer informações e elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros. Neste primeiro contato, para favorecer o conforto, a família é encaminhada para uma sala destinada e adequada ao seu acolhimento, é estabelecida a conversa terapêutica e entregue um folheto informativo. Num estudo de investigação de Davidson, Jones & Bienvenu (2012), a comunicação, recorrendo à conferência sobre o doente/família e informação em vários formatos (verbal, escrita, vídeo), reduzem o *stress* familiar e o risco de desenvolverem transtornos de *stress* pós-traumático. Contudo, este primeiro encontro e o folheto por si só podem não ser suficientes para ajudar os membros da família que precisam de uma assistência pessoal, com orientação e informação à medida das suas necessidades individuais, pelo que para Mendes (2015) o

acolhimento deve ser entendido como um processo contínuo durante o internamento, não se resumindo somente ao primeiro dia, favorecendo-se deste modo uma cultura de humanização. A componente emocional do enfermeiro, condiciona a perceção dos problemas da família e o acolhimento e varia distintamente entre enfermeiros, em analogia ao modelo Dreyfus, em cada etapa da aquisição de competências (Benner, 2005).

A nível informático é efetuado no processo clínico, o registo dos dados recolhidos durante o acolhimento ao longo do internamento e que refletem as condições do destino da alta, o suporte familiar e as intervenções dos enfermeiros direcionadas à família, assim como a sua indispensável avaliação. Mendes (2015), esclarece que este registo possibilita monitorizar mudanças no comportamento da família, como a ausência de visitas, colocação da mesma questão a diferentes elementos, resistência em abandonar o serviço, recusa em participar na tomada de decisão ou nos cuidados, entre outros aspetos.

Verificou-se em conjunto com a Enf.^a orientadora que pela ausência de uma norma sobre o acolhimento, este não era realizado com uniformidade, pelo que se **formalizou a instrução de trabalho sobre o acolhimento**, que se encontra em processo de autorização (Apêndice III). Foi ainda realizada uma **sessão de formação** sobre a pertinência da **consulta de follow-up na UCI**, por se considerar premente a realização de projetos com resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, o que também motivou a construção de uma revisão integrativa da literatura em conjunto com uma colega do mestrado, sobre as estratégias e intervenções do enfermeiro nesta consulta.

Complementar ainda que White et al (2012) entre outros autores, preconizam a existência de um enfermeiro especialista em suporte familiar na UCI, capacitado para promover apoio emocional, suporte na comunicação, apoio à tomada de decisão e apoio no luto antecipatório, sendo este enfermeiro que se certifica da orientação do tratamento para os valores do doente/família, promove um ambiente de empatia, ajuda na adaptação dos familiares às rotinas da UCI e fornece apoio durante e após as reuniões com os familiares.

Consegui com este percurso, pelas atividades descritas e pela experiência vivida, reconhecer o impacto da doença crítica no doente e na família e atentar ao cuidado centrado na família, considerando que **cuidei “da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018a, p.19636), ao desenvolver as seguintes ações, que se constituem unidades de competência: **Gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** (OE, 2018a, p.19363); **gerir o estabelecimento da “relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018a, p.19363) e assistir **“a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.”** (OE, 2018 a, p.19363).

A importância da família e a necessidade de formação avançada como resposta às suas necessidades, foi ainda efetivada pelo **resumo e poster** sobre “O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: intervenção do enfermeiro perito” (Apêndice IV), realizado com três colegas do mestrado e em conjunto com a Professora Orientadora Anabela Mendes e que foi apresentado no **III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros** (Apêndice V).

De ressaltar que o ensino clínico na UCI decorreu num Hospital que é referência pela qualidade na prestação de cuidados, eficiência e segurança dos doentes, sendo acreditado pela *The Joint Commission International*. A procura permanente da excelência dos serviços e satisfação dos cuidados incute nos profissionais o desenvolvimento do capital intelectual da organização, uma vez que é demandada a formação, assim como os projetos de melhoria contínua, o que se operacionalizou pela identificação de oportunidades e conseqüentemente com a realização da instrução de trabalho sobre o acolhimento e a sessão de formação sobre a consulta de follow-up (suporte expositivo no Apêndice VI). Existem ainda na UCI, equipas de trabalho com as quais contactei e que são lideradas por enfermeiros especialistas que asseguram a formação e a implementação de cuidados uniformizados e de

excelência nas áreas da nutrição, controlo da dor, desmame ventilatório, *delirium* e família.

As atividades supracitadas fomentaram o desenvolvimento de competências no **“domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** (OE, 2019, p.4745), ao assumir a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem e ao **diagnosticar “necessidades formativas”** (OE, 2019, p.4749), atuando **“como formador oportuno em contexto de trabalho”** (OE, 2019, p.4749) e por **suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento** (OE, 2019), ao terem sido identificadas **“lacunas do conhecimento e oportunidade relevantes na investigação.”** (OE, 2019. p.4749).

Também a dor é uma das preocupações para os enfermeiros da UCI, pois está quase sempre presente na PSC e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos. A experiência vivenciada pelo doente com dor é agravada pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade, repercute-se no seu estado geral e manifesta-se através de alterações ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Assim, justifica-se a opinião de Ferreira & Coelho (2014), ao mencionarem que os profissionais que trabalham em UCI têm uma atenção permanente no que toca à gestão da dor no doente crítico, através da deteção, quantificação e tratamento, pelo que procurei **desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da PSC a família.**

A dificuldade na monitorização da dor, surge para Teixeira & Durão (2016), quando estamos perante a PSC com alteração do estado de consciência, que apresenta limitação na comunicação verbal ou pela VMI contínua. Nestes doentes é demandada a utilização de escalas de monitorização da dor, que têm por base indicadores de dor e as escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais da dor (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Na UCI onde desenvolvi o estágio é reconhecida a sua importância e existe um protocolo para a avaliação da dor. É efetuado registo a nível informático, antes e depois de cada intervenção dolorosa, perante a presença de sinais sugestivos de dor, avaliando-se invariavelmente a eficácia dos tratamentos. É ainda efetuado registo de acordo com a condição clínica de cada doente (a título de exemplo, no doente cirúrgico é feita avaliação de 2/2horas nas primeiras 6 horas após a intervenção e nos outros doentes, quando não há diagnóstico de dor, uma vez por turno). Assim, no doente consciente e orientado é utilizada a escala numérica, no doente com déficite cognitivo, a escala de faces e nos doentes sedados com VMI é utilizada a escala comportamental *Behaviour Pain Scale*. A utilização desta escala foi uma novidade para mim, mas considero que apesar da dificuldade sentida inicialmente na observação do doente (na procura de sinais e sintomas que apontem para que este esteja desconfortável, ou com dor), com sua utilização frequente, esta dificuldade foi ultrapassada e percebi que este recurso permite ao enfermeiro avaliar a dor com elevada fiabilidade e maior objetividade.

As escalas de avaliação da dor, concedem subsídios aos profissionais, para que sejam identificadas as alterações presentes e para que seja delineada uma intervenção adequada, que visa a melhoria da condição da PSC, o que acarreta conhecimento especializado e treino na sua aplicabilidade para que o resultado seja uma correta interpretação. Igualmente importante é o registo da escala utilizada, da avaliação da dor e das intervenções realizadas no âmbito da sua gestão, para que se possa assegurar a continuidade de cuidados. Foi-me ainda possível pelo contato com enfermeiros peritos na UCI, a transmissão de conhecimento nesta área, como a importância da gestão da dor em simultâneo com a gestão da sedação e do *delirium*, dando-se prioridade à avaliação e monitorização da dor, antes do uso de sedativos e hipnóticos. Mais uma vez sublinho também a importância do plano de cuidados desenvolvido, uma vez que a presença de dor no doente, foi um dos problemas clínicos e diagnóstico de enfermagem percebido, o que direcionou a mobilização e o desenvolvimento de conhecimentos neste sentido: adequaram-se escalas de avaliação da dor para a sua monitorização e delinearam-se intervenções medicamentosas e não farmacológicas (como controlo dos fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do doente ao desconforto) com a subsequente avaliação e registo da eficácia das medidas.

Concerne assim ao enfermeiro especialista gerir a dor e o bem-estar de forma personalizada e com recurso aos instrumentos adequados, pois como expõe Paulus, Roquilly, Beloeil, Théraud, Asehnoune & Lejus (2013), a avaliação sistemática da dor e o seu tratamento reduzem a duração do tempo de ventilação mecânica e o internamento, para além de que “a sua gestão é um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde” (Pinho, Carneiro & Alves, 2012, p. 6).

Em relação ao SU, constatei que o sistema informático apenas contemplava a avaliação da dor com a escala numérica e a escala do observador, no entanto existe preocupação a nível institucional e apesar da dificuldade em monitorizar a dor no SU, existe um protocolo que determina que a dor seja avaliada nos doentes que recorrem com esta queixa, bem como o registo das intervenções desenvolvidas e a sua eficácia.

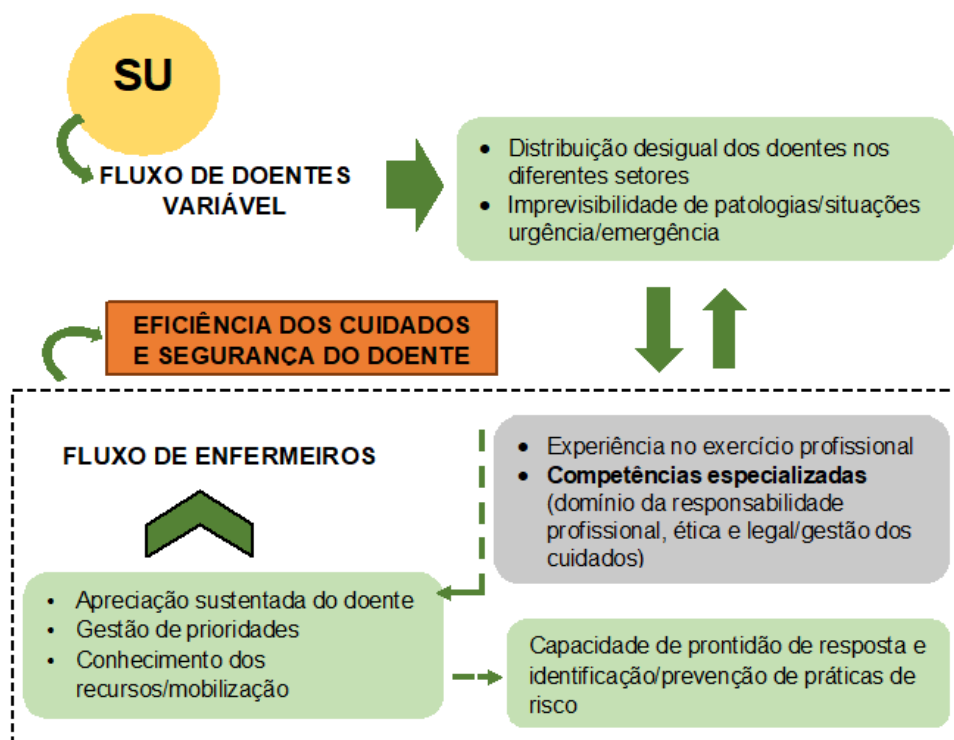
Desta forma, com estas atividades e o seu exercício reflexivo, procurei efetuar a **“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”** (OE, 2018a, p.19363), alcançando deste modo, esta unidade de competência.

Em relação à consecução do objetivo de **contribuir para a gestão eficiente dos cuidados de Enfermagem à PSC e à sua família** destaco ao nível do SU, o acompanhamento com o Enf.º orientador, uma vez que este assumiu a função do coordenador da equipa na maioria dos turnos, possibilitando-me a participação em muitas das atividades inerentes a este exercício. O elemento coordenador, não se encontra na prestação direta de cuidados aos doentes (apenas o faz se entender que os colegas da equipa necessitam de apoio ou no caso de necessidade de substituição temporária de um elemento) contudo, é ele que redistribui os enfermeiros onde considera que são mais necessários no momento (como triagem com muito afluxo de doentes, vários doentes na sala de reanimação ou salas com grande número de procedimentos/medicação pendente). Devido à grande imprevisibilidade da afluência ao SU e das ocorrências neste serviço, esta mobilização das áreas de atuação é uma realidade e que geralmente conduz à

insatisfação dos enfermeiros e até a desentendimentos, a que o coordenador da equipa atenta e procura solucionar.

Estas situações permitiram-me experienciar e perceber a necessidade de se conhecer o ambiente de trabalho (englobando os seus recursos), para um eficaz equilíbrio entre as oportunidades e os incidentes desfavoráveis, o que é alicerçado pelas competências relacionais e mais especificamente de gestão de conflitos, que esta função requer. Foi-me explicado pelo Enf.º orientador que a distribuição dos enfermeiros é efetuada por “posto de trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura do SU, conforme a recomendação da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, da OE. A gestão de prioridades, a capacidade de mobilizar recursos e a conseqüente gestão de conflitos no SU, tornam-se assim imperativas e inevitáveis, para um agir em função de uma “compreensão profunda da situação global” (Benner, 2005, p. 58), fundamentalmente porque os enfermeiros são habitualmente os primeiros a responder, diagnosticar e intervir em situações de emergência (Benner, Hooper & Stannard, 2011), como se procura explicar na figura 2.

Figura 2. Constatação da importância das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e da gestão dos cuidados, no exercício profissional no SU



Num dos turnos, por se considerar que devido à afluência ao SU, o espaço de prestação de cuidados não podia comportar os familiares, o enfermeiro coordenador (redigiu por escrito uma autorização para limitar o direito dos acompanhantes e que seguiu para a central de segurança), solicitando aos mesmos para aguardarem no exterior. Situação análoga ocorreu quando foi observado um doente em PCR com familiares de outro doente na mesma sala, requisitando-se a estes que aguardassem no exterior pela incapacidade de prestação de cuidados.

A eficiência e segurança dos cuidados compreendem assim atividades complexas de gestão de recursos e avaliação dos cuidados. Na UCI, estes objetivos são efetivados em primeira instância pela enfermeira Chefe, existindo ainda um enfermeiro de referência (o responsável de turno), que garante a supervisão e a continuidade dos cuidados a todos os doentes. Na prestação dos cuidados habitualmente estão quatro enfermeiros com dotação de 1 a 2 doentes, de acordo com as aplicações do *Nursing Activities Score* (instrumento de gestão aplicado neste serviço que ajuda a formular esta dotação, de acordo com o nível de cuidado) e o *Therapeutic Intervention Scoring System* (sistema de medida da carga de trabalho de enfermagem na UCI e da gravidade da doença) [Padilha et al., 2005]). O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem ganhou destaque, ao constituir a base para a Norma de Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros nos serviços de internamento hospitalar, publicada em Diário da República a 2 de dezembro de 2014 sob a forma do Regulamento nº533/2014. Importa sublinhar que um sistema de classificação de doentes não resolve *per se* as necessidades a nível de recursos humanos, contudo, a possibilidade da sua distribuição mais eficiente, equitativa e equilibrada, pode refletir uma gestão mais justa, ao encontro das necessidades reais de cada serviço. Pelo reconhecimento das horas de cuidados de enfermagem necessárias e das horas de cuidados de enfermagem disponíveis, o sistema fornece aos gestores indicadores que permitem uma maior revisão e consistência na distribuição das cargas de trabalho. A distribuição dos doentes pelos enfermeiros é feita pelo enfermeiro responsável, de acordo com o método individual de trabalho com um dia de antecedência, verificando-se por vezes a necessidade de reajuste deste plano, no caso de situações imprevisíveis, como necessidade de transporte inter-hospitalar ou ausência de enfermeiros, **“adequando os recursos às necessidades de**

cuidados” (OE, 2019, p. 4748). Este enfermeiro assiste à passagem de turno, o que lhe permite ter uma visão global do serviço e da gestão do trabalho, encontrando-se ainda encarregue da gestão do *stock* de estupefacientes, da verificação diária do desfibrilhador do carro de reanimação, ficando ainda responsável por doentes que realizem terapêuticas de substituição da função renal não programadas e que posteriormente regressem ao serviço de origem.

Contactar com a gestão de cuidados nestas duas realidades (o SU e a UCI), permitiu-me inferir que existe uma relação direta entre a gestão, a segurança e a qualidade dos cuidados, não só para os utilizadores, mas também para os prestadores. Se por um lado, a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente do exercício clínico estão diretamente associados à satisfação dos clientes, à qualidade e segurança dos cuidados e aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Aiken et al.,2012), por outro lado, a vulnerabilidade dos enfermeiros ao *stress* e a perceção da qualidade de vida estão interligadas, o que se traduz no estudo Ottati e Freitas (2013) que revela que os enfermeiros adotam atitudes que os afastam deste modelo institucional desgastante. A mortalidade dos doentes encontra-se não só ligada a estes fatores, mas também ao nível de qualificação dos enfermeiros (Aiken et al., 2014). Melhorar a qualidade de vida, quer da PSC e da sua família, como também a dos enfermeiros, assume-se a meu ver como um investimento, que exige também a presença de enfermeiros especialistas nos cenários de cuidados, como traduz a evidência mais recente.

Pelo percurso descrito foram incrementadas **“competências no domínio da gestão de cuidados”** (OE, 2019, p.4745), na medida em que foi efetuada a gestão dos cuidados através do conhecimento/envolvimento no contexto de cuidados, considerando a pesquisa bibliográfica e a reflexão crítica das práticas, **“otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”** (ESEL, 2010, p.1; OE,2019, p.4745).

Na prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família, durante o período de estágio no SU e na UCI foi considerada a gestão do ambiente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica, mas também no sentido de se promover

a prevenção de incidentes e **desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família.**

As infeções associadas a cuidados de saúde assumem cada vez maior importância no mundo. As suas consequências são dramáticas, uma vez que o doente fica sujeito a um internamento mais prolongado, tratamentos mais invasivos e o seu papel na família e sociedade fica afetado. Tudo isto acarreta um aumento da morbilidade, da mortalidade e dos custos associados (OMS, 2011), sendo inquestionável o papel do enfermeiro especialista neste âmbito.

Para sedimentar e desenvolver capacidades, primeiramente os profissionais têm que ser detentores de um vasto conjunto de conhecimentos, pelo que iniciei este percurso no SU, pela leitura do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, a consulta da documentação disponibilizada na Intranet sobre a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da Instituição e contactei com a Enf.^a, que desempenha o papel de elemento de ligação do serviço com a CCI, com o intuito de conhecer as atividades desenvolvidas, as áreas de intervenção prioritárias e a compreensão do sistema de informação de vigilância epidemiológica.

Nestas conversas formais, percebi que apenas existe um quarto de isolamento e não há um plano de ação delineado em específico para o SU, mas procura-se através deste elemento dinamizador/perito, difundir a Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, nomeadamente com a campanha de Higiene das Mãos, com formação e auditorias de controlo, o que se encontra na linha de atuação preconizada pela Organização Mundial de Saúde que estabelece que

os elementos-chave desta estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo (Direção-Geral da Saúde, 2010, p.2).

Para promover uma cultura organizacional que favoreça a implementação de medidas na prática clínica, a CCI procedeu à impressão e divulgação de pósteres informativos da *World Alliance for Patient Safety* sobre a higiene das mãos,

estrategicamente colocados nos locais próprios para higienização das mãos e à colocação de soluções alcoólicas em cada unidade do doente.

Na UCI atestei que a acrescentar a estas medidas, afere-se o cumprimento de procedimentos (na configuração de feixes de intervenções/*bundles*) que contribuem para a prevenção da ocorrência de pneumonia associada à ventilação e da infeção associada ao cateter venoso central e urinário. Assim, na primeira semana de cada mês é feito o registo do cumprimento ou não cumprimento dos procedimentos, para tratamento estatístico e avaliação destes cuidados.

A maioria das infeções associadas aos cuidados de saúde têm uma forte correlação positiva com o tempo de internamento e com o tempo de exposição a dispositivos invasivos, pelo que se reforça o interesse em estudar as infeções relacionadas com os dispositivos por serem aquelas em que a mudança nas práticas pode diminuir a sua incidência (Figueiredo, Almeida & Melo, 2014). Para além desta preocupação na UCI, que se verifica pela observância das *bundles* acima referidas, é ainda feita uma monitorização rigorosa e contínua dos doentes, com atenção nos processos de vigilância epidemiológica, o que permite desenvolver estratégias de controlo de infeção.

Foi ainda minha preocupação, encarar a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde como parte integrante da rotina diária, com as precauções básicas e atentar a sinais e sintomas de infeção, atuando também junto dos doentes e famílias, no ensino sobre as medidas de prevenção e controlo de infeção (particularmente higiene das mãos/medidas de isolamento de proteção/contensão), contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente e família.

Considero que as ações descritas me permitiram desenvolver a competência do plano de estudos do CMEPSC, de “**maximizar a intervenção de prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**” (ESEL, 2010, p.1), patente também no regulamento das competências específicas do EEEMC-PSC (OE, 2018a, p.19359).

Termino esta análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, com a garantia de que as atividades concretizadas, se revestiram de intencionalidade e foram determinantes para o alcançar das competências propostas, cujo trajeto não se desenvolveu exclusivamente pela acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas também pelo **aprofundar no exercício clínico à PSC e família, do processo reflexivo**, através da análise sistemática das práticas e do recurso à evidência científica. Considero que se operou uma reconstrução da minha entidade pessoal e profissional, que me permite “**expor com clareza e argumentar os resultados do (...) próprio raciocínio**” (ESEL, 2010, p.1), tendo subjacente tomadas “**de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas**” (OE, 2019, p.4746) e “**a proteção dos direitos humanos**” (OE, 2019, p.4746).

Consegui pelo supracitado, desenvolver **competências do “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”** (OE, 2019, p.4746), ao exercer uma prática profissional, ética e legal de acordo com as normas legais e os princípios éticos e de deontologia profissional.

De ressaltar que a elaboração do **jornal de aprendizagem** contribuiu igualmente para a estruturação do processo reflexivo, por integrar uma metodologia de reflexão sobre a ação e que me auxiliou a perceber o impacto da minha atuação na PSC e na sua família.

Ao **reconhecer os “recursos e limites pessoais e profissionais”** (OE, 2019, p.4749) e ao **conscienciar-me sobre a “influência pessoal na relação profissional”** (OE, 2019, p. 4749), desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade e conseqüentemente a **competência do “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”** (OE, 2019, p.4749).

Esta disposição espelha o que Benner reitera, ao atentar que no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, a experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais (Benner, 2005), o que foi na minha opinião facultado ao nível dos campos de estágio

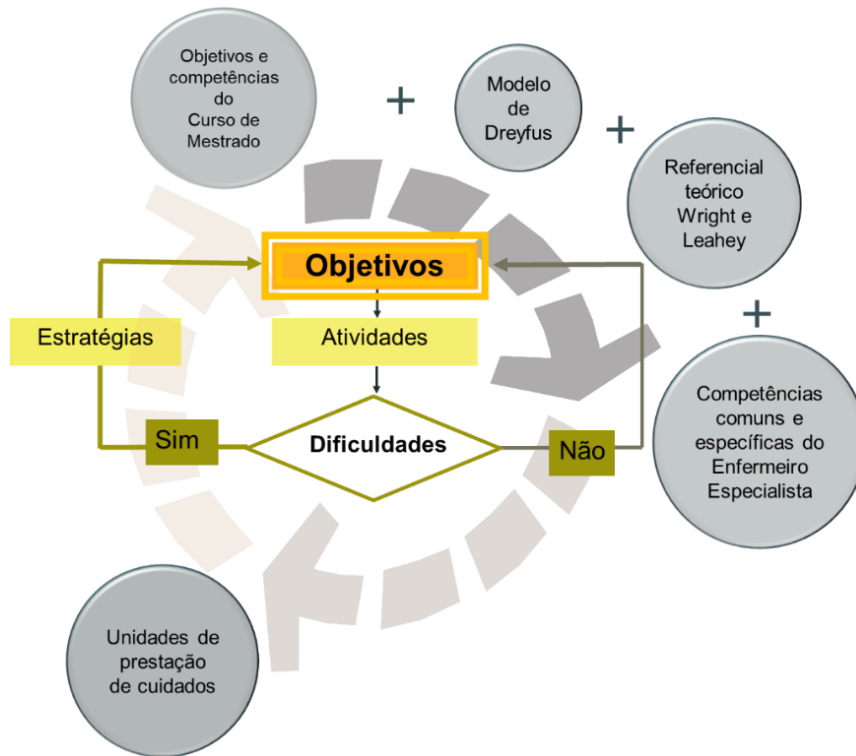
(SU/UCI) por estes não se confinarem à vertente assistencial e se expandirem na formação, nomeadamente com o ensino pós-graduado, fomentado a experiência clínica vivida e refletida.

2.2. Considerações finais

A análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico é sustentada na escrita, na reflexão e no suporte teórico e procurou-se explanar neste capítulo de que forma foram adquiridas e desenvolvidas as competências a que me propus com o projeto de estágio “Informação à PSC e família: intervenção especializada de Enfermagem”.

Considero que o modelo de Dreyfus adaptado por Benner foi orientador deste trajeto e o referencial teórico de Wright & Leahey (o modelo Calgary de avaliação e intervenção na família) me permitiu adotar uma visão abrangente e completa da PSC e da sua família, sobretudo nas particularidades do seu funcionamento e relacionamento. Estes alicerces estruturaram a realização das atividades em contexto clínico, permitindo-me alcançar os objetivos de estágio que foram elaborados para dar resposta aos objetivos e competências do curso de Mestrado e às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. De forma a sistematizar este percurso, foi elaborado o seguinte mapeamento [figura 3].

Figura 3. Mapeamento do processo de aquisição e desenvolvimento das competências



3. CONCLUSÃO

A temática da transmissão de informação à PSC e à sua família, teve a sua génese em preocupações do exercício clínico diário, que se procuraram fundamentar e consolidar no conhecimento disponível e que requisitaram a apreensão de temas centrais, que foram aprofundados no enquadramento teórico deste trabalho.

Na trajetória de desenvolvimento desta matéria, tendo como referências o modelo Dreyfus e o modelo Calgary de Wright e Leahey, foram delineados objetivos gerais e específicos, que se operacionalizaram com atividades desenvolvidas nos contextos clínicos do SU e da UCI e que propiciaram a aquisição e desenvolvimento das competências delineadas para o estudante de mestrado do CMEPSC (patentes nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação), assim como das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC.

A experiência pessoal e aquela que foi adquirida no contexto de estágio, permitiram-me testemunhar que os enfermeiros que trabalham no SU e na UCI devem possuir um manancial de competências técnicas associadas a uma grande destreza física pela celeridade de atuação no doente crítico. Contudo, devem igualmente deter competências de âmbito relacional e comunicacional, pois os cuidados são altamente qualificados e diferenciados, na resposta às várias necessidades afetadas da PSC e da sua família. A comunicação surge como um instrumento básico do cuidado em Enfermagem, que deverá estar presente em todas as ações com o doente e família.

Assim, nos contextos atuais de cuidados caracterizados pela complexidade e multifatorialidade, requer-se do enfermeiro perícia na avaliação e satisfação não só das necessidades fisiológicas, mas também destas necessidades relacionais. Para tal, este tem que ser detentor de extenso conhecimento alicerçado na enfermagem avançada (com uma abordagem estruturada ao doente e à família), com capacidade para transferir estes saberes em situação, com consideração na importância da comunicação e informação no estabelecimento de uma relação que atenda à centralidade e singularidade de cada doente/família.

O caminho construído nestes domínios específicos da enfermagem e o percurso pelos vários níveis de proficiência, foram concretizados pela aprendizagem experiencial, através da reflexão na ação e implicou desenvolver conhecimento na relação complexa entre os saberes teóricos e os saberes construídos na prática, com a articulação entre a dimensão pessoal, profissional e coletiva.

Como implicações/recomendação para a prática, destaco a importância do enfermeiro especialista na satisfação das necessidades dos doentes/famílias e na concetualização da sua atuação na PSC/família e não apenas na doença. A abordagem holística e a humanização dos cuidados são o caminho para uma enfermagem avançada, centrada no seu *core* próprio, como afirma Silva (2007), uma "Enfermagem com mais Enfermagem" (p.12), ao invés de uma prática em torno de procedimentos técnicos e tarefas. Reflexo da importância desta humanização, são os estudos que evidenciam que apesar da melhoria dos cuidados técnicos, a satisfação só é sentida pelos doentes e familiares quando lhes é dispensada atenção e disponibilidade, pelo que temos que encarar o desafio de adaptar e consolidar conhecimentos e estratégias claras de modo a possibilitar cuidados de excelência aos doentes e deste modo conseguir reconhecimento social pela visibilidade e qualidade dos cuidados prestados, pautando a nossa atuação também por impulsionar mudanças sociais e políticas que apoiem a humanização dos cuidados e integridade da família. O enfermeiro especialista constitui-se uma mais valia no atendimento à PSC e família, que se encontram em situações complexas, ao garantir um atendimento de alta qualidade, fomentado em boas práticas, na melhor evidência científica, rentabilizando recursos, e consequentemente, gerando ganhos em saúde, uma vez que, detém competências acrescidas e específicas, que lhe permite intervir a um nível de complexidade mais elevado. É por isso plausível que Benner (2005), argumente relativamente à presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática, dada a presença de situações que exigem tomadas de decisão seguras, rápidas e eficazes, que atendam aos problemas dos doentes e da sua família e que promovem a qualidade do atendimento.

Pela análise do desenvolvimento das competências e aprovação em contexto clínico (o que foi determinado pela concretização dos objetivos formulados), considero que foram desenvolvidas e adquiridas as competências preconizadas

para o estudante de mestrado patentes nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, no plano de estudos do CMEPSC e no regulamento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, encontrando-me capacitada para prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e à sua família, particularmente na transmissão de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parceiras para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M. ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and in the United States. *BMJ*, 344, 1-14. DOI: 10.1136/bmj.e1717.
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383, 1824-1830. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais*, 75, 57-60.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill: a acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of science, technology & society*, 24 (3), 188-199.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Editora Quarteto.
- Benner, P., Hooper P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care. A thinking-in-action approach* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bernal, D., Silva, B., & Pereira, D. (2006). Influência do aumento do tempo inspiratório na ventilação pulmonar de pacientes submetidos a ventilação mecânica na modalidade pressão controlada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18 (2), 126-130.
- Betancur, M.A., Henao, M.L., Ramírez M.C. & Pulido, C.F. (2010). Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigaciones de la Facultad de Enfermería*, 28(1), 64-72.

- CHLO (2006). *Regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*. Acessível nos Hospitais do CHLO, Lisboa, Portugal.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª ed. Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda.
- Cypress, B. S. (2014). The emergency department: experiences of patients, families, and their nurses. *Advanced Emergency Nursing*, 36(2), 164-176. **DOI:** 10.1097/TME.000000000000017.
- Davidson, J., Jones, Christina & Bienvenu, Joseph (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. **DOI:** 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9.
- Deodato, S. (2012). *Direito da saúde: coletânea de legislação anotada*. Coimbra: Edições Almedina.
- Devkaran, S., Parsons, H., Van Dyke, M., Drennan, J. & Rajah, J. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC emergency medicine*, 9, 11. **DOI:** 10.1186/1471-227X-9-11.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Norma N.º 13/DQS/DSD de 14 de junho*. Acedido a 1-12-18. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-dainfeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boa-praticapara-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.aspx>.
- ESEL (2010). *Objetivos e competências do CMEPSC*. Lisboa. Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.
- Faria, F. & Mendes, A. (2015, janeiro): Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiorrespiratória como uma competência exclusiva do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. In: *3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, (pp 72-76).

- Ferreira, M. & Coelho, P. (2014). Presença de familiares no serviço de urgência durante a reanimação e os procedimentos invasivos. Qual o estado da arte? *Sinais Vitais*. 115, 66-73.
- Figueiredo, E., Almeida, & Melo E.(2014, fevereiro). Monitorização da infecção na unidade de cuidados intensivos. In *Doente crítico: do diagnóstico à terapêutica, I Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto*, Porto, (pp 67-68).
- Figueiredo, M. C. A B. de (2002). Necessidades em cuidados de enfermagem das famílias de crianças com doença cardíaca congénita - uma abordagem sistémica da família. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Forsgårde E.S., Attebring M.F. & Elmqvist C. (2016). Dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. *International Emergency Nursing*, 25, 32-36. **DOI:** 10.1016/j.ienj.2015.07.004
- Gaba, D., Howard, S., Flanagan, B., Smith, B., Fish, K. & Botney, R. (1998). Assessment of clinical performance during simulated crisis using both technical and behavioral ratings. *Anesthesiology*. Acedido a 28-11-2018. Disponível em: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1947183>.
- Guimarães, H. P., Falcão, L. F. & Orlando, J. M. (2008). *Guia prático de UTI*. São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Happ, M.B., Seaman, J.B., Nilsen, M.L., Sciulli. A., Tate, J.A., Saul, M. & Barnato, A.E. (2015). The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart Lung*, 44(1),45–49.
DOI:10.1016/j.hrtlng.2014.08.010.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N. & Daly, B. (2017). Factors influencing active family engagement in care among critical care nurses. *Advanced Critical Care*, 28 (2), 160-170. **DOI:** 10.4037/aacnacc2017118.

- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: A systematic review. *Critical Care*, 20(1), 1-14. **DOI:** 10.1186/s13054-016-1483-2
- Hsiao, P.R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin H.R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3-8. **DOI:** 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Institute For Family-Centered Care (2008). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: recommendations and promising practices*. Acedido a: 01-02-19. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>.
- Kaakinem, J. R. & Hanson S.M.H. (199). Avaliação familiar de enfermagem. In M. Stanhope, J. Lancaster (editoras). *Enfermagem comunitária : promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 543-566). Lisboa: Lusociência.
- Ladeira, J. P. (2008). Ressuscitação cardiorrespiratória e cerebral. In: H. Martins, M. C. Damasceno & S. Awada. *Pronto-Socorro: Diagnóstico e Tratamento em Emergências* (pp.125-133). Brasil: Manole.
- Laranjo, L., Neves, A., Villaneuva, T., Cruz, J., Sá, A. & Sakellarides, C. (2013). Acesso dos pacientes aos seus processos clínicos. *Revista científica da Ordem dos Médicos*, 26 (3), 265-270.
- Mariz, M.A.D. (2002). O Direito à informação. *Sinais Vitais*, 45, 47-48.
- Martins, A. (2009). Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17 (3), 335-340. **DOI:** 10.1590/S0104-11692009000300009.
- Martins, M.M., Fernandes, C.S & Gonçalves, L.H. (2012). A família como foco dos cuidados de Enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (4), 685-690.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta

- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Lisboa: Editorial.
- Mitchell, M. & Chaboyer, W. (2010). Family centred care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26 (3),154-160. **DOI:** 10.1016/J.ICCN.2010.03.003.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 68-74.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. **DOI:** 10.1590/1983-80422015231059.
- OE (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. OE. Acedido a 1-3-19. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- OE (2018a). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República II Série*, N.º 135 (2018-07-16) 19359-19370.
- OE (2018b). *Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação, posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência*. Lisboa: OE.
- OE (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. OE. Acedido a 1-3-19. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- OMS (2002). *Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório mundial*. Brasília: OMS.

- OMS (2011). Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide, clean care is safer care. Geneva. Acedido a 05-02-19. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf .
- Ottati F. e Freitas V. (2013), Avaliação da qualidade de vida e vulnerabilidade ao estresse no contexto hospitalar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4 (1), 15-29.
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M.F., Kimura, M. ...Duccl, A (2005). Therapeutic intervention scoring system²⁸ (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), 229-233. DOI: 10.1590/S0080-62342005000200014.
- Paulus, J., Roquilly, A., Beloeil, H., Théraud, J., Asehnoune, K. & Lejus, C. (2013). Pupillary reflex measurement predicts insufficient analgesia before endotracheal suctioning in critically ill patients. *Critical Care*, 17(4), 161. DOI: 10.1186/ cc12840.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Pilatto, M. & Girardon-Perlin, N. (2008). Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(3), 721-32.
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). Resultados do plano nacional de avaliação da dor. Acedido 08-02-2019. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf.
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318. DOI: 10.1590/S0034-71672008000300006.
- Pratas, S. (2015). *O acesso à informação de saúde. Direitos, procedimentos e garantias*. Vila de Rei: Caminhos de Pax.

- Pytel, C., Fielden, N., Meyer, K. & Albert N. (2008). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 35(5), 406-411. **DOI:** 10.1016/j.jen.2008.09.002
- Roldão, M. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências – as questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Ross, B.J. (2001). O processo de enfermagem e cuidados de saúde à família. In S. M. H. Hanson. *Enfermagem de cuidados de saúde à família, Teoria, Prática e Investigação* (p. 157-181). Loures: Lusociência.
- Santos, K. & Silva, M. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares dos pacientes em UTI's. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), 61-66.
- Serrão, D. (1997). Direitos das Pessoas Doentes: Uma revolução tranquila e benfazeja. *Servir*. 45 (4), 176-180.
- Silva, A. de P. e (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, (1), 11-20.
- Soares, J., Martin, A., Lopes, A., Marcon, S. & Barreto, M. (2017). Possibilidade de acompanhar o atendimento emergencial na perspectiva da família: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16 (2), 188. **DOI:** 10.17665/16764285.20175585
- Stein-Parbury, J., Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L. & Gallagher, P. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing & Health Sciences*, 16(4), 413-483. **DOI:** 10.1111/nhs.12137.
- Teixeira, J. & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 135-142. **DOI:** 10.12707/RIV16026
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- White, D.B., Cua S.M., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Hong, S. Arnold, R.M. (2012). Nurse-led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness. *Critical Care*, 21(6), 396–409. **DOI:**10.4037/ajcc2012223.
- Whyte, Dorothy A. (1997). Reflections on family nursing. In D. A. Whyte (Editora), *Explorations in Family Nursing* (pp 204-218). London and New York; Publisher Routledge.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6ª ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Yildirim, T. & Özlü, Z. K. (2018). Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing and Midwifery Studies*, 7 (1), 33-38. **DOI:** 10.4103/nms.nms_100_17.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3º semestre

Apêndice II – Relatório do Congresso Nacional de Emergência Médica
Pré-Hospitalar

Relatório do Congresso Nacional de Emergência Médica Pré-Hospitalar

O Congresso Nacional de Emergência Médica Pré-Hospitalar, decorreu nos dias 15,16 e 17 de novembro, na ilha da Madeira, sob o lema “este mar que nos une” e resultou da parceria do Serviço de Emergência Médica da Madeira (SEMER) com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A participação neste congresso surgiu como parte integrante do percurso a ser desenvolvido ao longo do 8º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com o intuito de adquirir e cimentar conhecimentos nesta área específica.

Destaco os temas da “morte súbita”, “a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO)” e as “Vias Verdes” como aqueles em que relembrei, atualizei e obtive novos conhecimentos. Relativamente ao tema da morte súbita, foi interessante lembrar a importância da utilização precoce do Desfibrilhador Automático Externo (DAE) num ambiente extra-hospitalar, uma vez que o único tratamento eficaz nos casos de fibrilhação ventricular é a desfibrilhação elétrica. Relativamente ao programa nacional de DAE abordado no congresso, recordei as aulas ministradas pelo Professor Doutor Miguel Oliveira na disciplina de Intervenção em Situações de Urgência e Catástrofe.

A ECMO foi um tema totalmente novo para mim e foram-nos explicadas as indicações para este tipo de tratamento de suporte (cardíaco *versus* respiratório), as contraindicações e as configurações na ECMO veno-venosa e veno-arterial. Com o objetivo de promover a correta organização dos centros especializados em ECMO e garantir o acesso atempado dos doentes a esta técnica, alguns países tem critérios específicos para a organização de programas na falência respiratória aguda e na falência circulatória aguda, no entanto em Portugal, não existe ainda uma rede formal de ECMO e este aspeto tem constituído um importante entrave à equidade no acesso a esta técnica, uma vez que não existem critérios uniformes de referenciação e acesso dos doentes a este tratamento complexo.

Na vanguarda da tecnologia médica atual encontra-se também o *OCS Heart*, criado pela empresa *TransMedics*, sendo um sistema de perfusão e monitorização

portátil e que representa um grande avanço na área dos transplantes por superar as limitações do transporte em gelo. Esta tecnologia minimiza os danos provocados pela isquémia (causada pelo frio), ao perfundir o coração com sangue oxigenado aquecido, otimizando a conservação do órgão e a sua nutrição até à chegada ao local de transplante. Este sistema de perfusão permite assim que sejam utilizados corações que deixam de ter atividade mecânica no corpo dos doadores e que antes eram inviáveis para transplantes. O coração, mesmo parado, pode ser retirado do corpo do dador, ressuscitado e mantido viável por este sistema, até ao momento da cirurgia.

Relativamente às sessões sobre as Vias Verdes, foi enaltecida a sua criação como estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, permitindo não só diminuir a morbilidade e mortalidade, mas também a rentabilização de recursos e a redução de custos para as organizações. Abordou-se ainda uma Via Verde pouco difundida nas urgências do nosso país: a Via Verde fratura do fémur proximal, que pretende agilizar o tratamento a estes doentes, uma vez que são maioritariamente idosos e com diversas comorbilidades, pelo que é essencial uma cirurgia o mais precoce possível e, desse modo, evitar que as suas condições de saúde se deterioreem.

De ressaltar ainda a participação no simulacro em larga escala de um incêndio a bordo do navio Lobo Marinho, com a realização de um exercício de socorro por mar, terra e ar. O exercício contou com a intervenção do helicóptero H101 da Força Aérea Portuguesa e a assistência de várias entidades, como o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a Proteção Civil da Madeira.

Professora Orientadora: Professora Doutora Anabela Mendes

Sónia Gameiro, aluna n.º 8321

Apêndice III – Instrução de trabalho: Acolhimento da
família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados
Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

Acolhimento da família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

1. OBJETIVO

Definir a metodologia a seguir no acolhimento da família ou pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes e proporcionar deste modo a humanização de cuidados ao assegurar cuidados centrados no doente e na família/pessoa significativa.

2. ÂMBITO

Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes do Hospital [REDACTED]

3. ABREVIATURAS

AO: Assistente Operacional

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

4. DESCRIÇÃO

A evolução das políticas de saúde e a investigação têm reconhecido e evidenciado novos modelos de cuidados que se centram no envolvimento do doente e família no processo de cuidados. Quando o contexto é uma UCI/UCIP, as orientações consideram que deve haver uma incorporação holística dos doentes e familiares, que se assumem como os intervenientes do triângulo terapêutico, em conjunto com o enfermeiro.

A família é definida pela Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (versão 2015) como “uma unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema maior do que a soma das suas partes” (CIPE,2015, p143). Considera-se a pessoa de referência/pessoa significativa como sendo ou não familiar do doente e que é por este escolhido para o acompanhar durante o período de internamento.

A complexidade da situação clínica do doente na UCI/UCIP, a estrutura da unidade e a sua sofisticação tecnológica, exigem uma adequada preparação dos familiares para visitarem o doente e se integrarem no cuidado (Bell, 2016).

O acolhimento surge assim, como um recurso e uma estratégia, que deve envolver a equipa e ser centrado na família dos doentes internados na UCI/UCIP, que apresentam uma variedade de necessidades, sendo a de segurança, informação e proximidade as mais evidenciadas nos resultados da investigação (Khalaila, R.). Assim, desde o primeiro dia de internamento, a inclusão dos familiares é fundamental (Jason, 2015) e o acolhimento permite criar o espaço necessário à interação e à satisfação das necessidades, nomeadamente a de informação, considerando-se que

a família/pessoa significativa bem informadas tem uma maior compreensão sobre o internamento, tem capacidade de desenvolver estratégias de *coping* e atuam como facilitadoras no processo de recuperação do doente. *No entanto, este contacto não se pode esgotar na troca de informações entre enfermeiro/família/pessoa significativa realizado numa avaliação inicial e quando os cuidados progridem na consecução de diagnósticos, este tem tendência a reduzir-se a uma relação de cortesia, respeito e troca de informações pontual (Jason, 2015).* Propõem-se assim, que o acolhimento seja um processo contínuo ao longo do internamento e que as práticas de enfermagem sejam orientadas para as necessidades dos doentes e membros da família, com inclusão de todos, no plano de cuidados (Akroute & Bondas, 2016).

4.1. PROCEDIMENTO

<p>1- Preparação prévia dos profissionais</p>	<p><u>Competências requeridas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicacionais; - Conhecimentos sobre a estrutura/funcionalidade familiar; - Trabalho de equipa; - Postura que transmita confiança (ser otimista, contacto visual, expressão facial) e que tranquilize os familiares. <hr/> <p><u>Informação a reunir:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situação clínica do doente; - Informação em falta que se pretende solicitar à família/pessoa significativa; - Expetativas ou necessidades específicas da família/pessoa significativa (se possível); - Articulação entre os profissionais sobre estratégias a definir, dados a colher e informação a transmitir. <hr/> <p><u>Local/ ambiente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de comunicação da UCI/UCIP (local reservado que garante um diálogo eficaz, confortável e sem ruído).
<p>2- Processo na 1ª visita à UCI/UCIP</p>	<p>2.1. Receção do familiar/pessoa significativa pelo AO, na sala de espera, identificando o nome da pessoa que pretende visitar o doente;</p> <p>2.2. O AO transmite a informação sobre as visitas ao enfermeiro responsável;</p>

2.3. O enfermeiro responsável pelo doente, questiona o próprio sobre a sua vontade de receber o familiar/pessoa significativa e que tipo de informação permite que seja transmitida;

2.4. Respeitando o princípio da autonomia, a decisão sobre as visitas é fundamentada na vontade do doente. Caso a situação clínica não permita a sua expressão, a avaliação é realizada pelo enfermeiro responsável, junto da pessoa de referência;

2.5. O enfermeiro responsável pelo doente dirige-se e apresenta-se ao familiar/pessoa significativa e procura avaliar manifestações emocionais e identificar focos de angústia e medo;

2.6. Encaminha o familiar/pessoa significativa para a sala de reuniões para realizar a entrevista inicial;

2.6. O enfermeiro responsável deve procurar perceber se a família/pessoa significativa já tiveram experiências prévias na UCI/UCIP e que informação dispõem sobre a unidade e o doente;

2.7. O profissional deve fornecer informações do ponto de vista da enfermagem e responder às questões colocadas usando uma linguagem compreensível (termos simples), consistente e culturalmente sensível. Deve ainda procurar recolher dados e registar as informações mais relevantes sobre o doente;

2.8. O enfermeiro apresenta as regras da unidade enquanto fornece o folheto informativo "Guia de acolhimento", com especial ênfase no horário das visitas e ressalva de que apesar de se fornecer o contacto telefónico direto na unidade, não são veiculadas informações por esta via.

2.9. O enfermeiro deve preparar a família/pessoa significativa para a situação do doente, a sua aparência (drenos, sondas, monitorização, etc. informando sobre a importância do contacto e comunicação com este), o ambiente tecnológico natural em cuidados intermédios/intensivos (tecnologia invasiva, equipamento, privacidade) e assegurar-se que houve compreensão do que foi transmitido (dar tempo para a compreensão minimiza as discrepâncias e facilita a aceitação), mostrando-se disponível para esclarecer dúvidas;

2.10. O enfermeiro responsável disponibiliza-se para acompanhar os familiares/pessoa significativa na visita e planeia em conjunto a estratégia a usar junto da pessoa;

4.2. REGISTOS

O enfermeiro deverá validar na plataforma informática (*B-Simple*) a intervenção “Entregar guia de acolhimento” e registar a sua avaliação relativamente à interação familiar/pessoa significativa.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akroute, A. & Bondas, R. (2016). Critical care nurses and relatives of elderly patients in intensive care unit - ambivalent interaction. *Intensive and Critical Care Nursing*. 34, 67—80.
- Bell, L. (2016). Caring for Families and patients. *American Journal of Critical Care*. 25(1), p.51.
- CIPE® (2015). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Jason, R. (2015). Who is on the medical team?: Shifting the boundaries of belonging on the ICU. *Social Science & Medicine*. 144, 112-118.
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*. 28(43), 37-44.

Apêndice IV – Poster “O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: intervenção do enfermeiro perito”

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERITO

Ana Lusquiños^a; Ricardo Feliciano^b; Sofia Carvalho^c; Sónia Gameiro^d; Anabela Mendes^e

^a Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José - CHLC e Mestranda na ESEL; ^b Atendimento Permanente do Hospital do SAMS e Mestrando na ESEL; ^c Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na ESEL; ^d Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na ESEL; ^e PhD, Professora Adjunta na ESEL, UI&DE.

1 INTRODUÇÃO

FACE À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO, OS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PROCURAM:



1. CENTRAR-SE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ÁREAS INOVADORAS DE TECNOLOGIA QUE POSSIBILITEM UMA RESPOSTA EFETIVA AS NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE.
2. GARANTIR NUM CUIDADO TECNOLÓGICO, A FAMÍLIA NA QUAL SE INSERE A PESSOA DOENTE, CONSTITUINDO-SE PARTE INTEGRANTE DA EQUIPA DE CUIDADOS (MENDES, 2015).

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA É UM AMPLIAR DO CÍRCULO DE ATENÇÃO DOS ENFERMEIROS, INTEGRANDO A FAMÍLIA NO FOCO DO CUIDAR (HENNEMAN & CARDIN, 2002).

2 OBJETIVOS



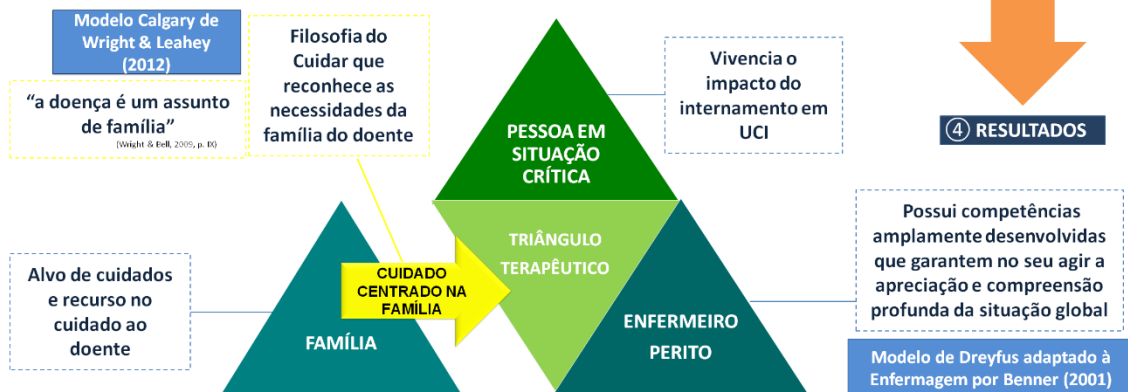
1. ANALISAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CENTRADO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI;
2. ANALISAR DE QUE MODO PODE A COMPETÊNCIA CLÍNICA DO ENFERMEIRO CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DE UM CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.

3 METODOLOGIA

RIL

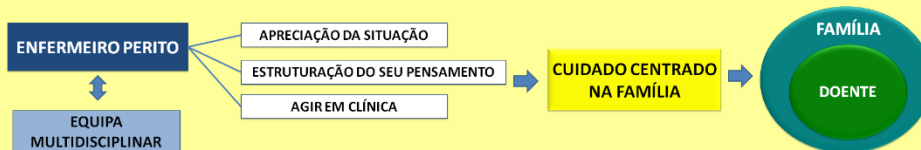
MODELO CALGARY DE
WRIGHT & LEAHEY
(2012)

MODELO DE DREYFUS ADAPTADO
À ENFERMAGEM POR BENNER
(2001)



4 RESULTADOS

5 CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p.
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca

Apêndice V – Relatório do III Congresso da Secção Regional do Sul da
Ordem dos Enfermeiros

Relatório de participação no III Congresso da Secção Regional do Sul – Ordem dos Enfermeiros

A secção regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros promoveu nos dias 5 e 6 de dezembro o seu III Congresso com o objetivo de promover a aproximação da prática de Enfermagem, através da partilha de conhecimento, experiências e projetos liderados por enfermeiros nos diferentes contextos. Procurei assim através da minha participação, atualizar e obter conhecimentos em Enfermagem e mais especificamente no âmbito do projeto de estágio “Informação pessoa em situação crítica e família: Intervenção especializada de Enfermagem” inserido no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

Constato assim, como inegável, o enriquecimento proporcionado pela Professora Florinda Galinha de Sá ao abordar a temática da “Presença da família na sala de emergência”, com vantagens descritas em estudos científicos com a possibilidade de envolver a família nos cuidados e que se sustenta na lei n.º 15/2014 que advoga o acompanhamento no Serviço de Urgência. Foi ainda uma mais valia o conhecimento das *guidelines* sobre as últimas evidências e o reconhecimento de que a evidência não suporta que a presença da família seja prejudicial para o doente, família e profissionais de saúde. Considera-se ainda que é necessário para que esta se constitua uma realidade no nosso país: a formação dos profissionais sobre o desenvolvimento, a implementação e a avaliação das normas institucionais que promovem o envolvimento da família e que contribuem para suportar e estruturar a prática clínica; a flexibilidade do serviço, para que os chefes de equipa não tenham doentes atribuídos, para serem estes a promover o maior apoio e envolvimento da família e a realização de registos rigorosos para se indagarem os ganhos em saúde.

Considero ainda que a realização do resumo e poster sobre “O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: intervenção do enfermeiro perito”, enquadrado na temática do congresso Enfermagem, bem-estar, saúde e doença e que foi concretizado em parceria com alguns dos colegas do mestrado e com a Professora Orientadora Anabela Mendes, contribuiu para o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, fomentou o trabalho de equipa e alicerçou a importância da família como parte integrante dos cuidados e

dos enfermeiros ao se considerarem as necessidades da família, uma vez que esta se assume como um recurso e um alvo dos cuidados.

Apraz-me ressaltar que a importância do desenvolvimento de competências dos enfermeiros foi tónica transversal em todas as sessões do programa, desde a emergência extra-hospitalar, ao SU, aos cuidados intensivos e paliativos, denotando-se a importância dos enfermeiros com formação avançada como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde que se configuram cada vez mais diferenciados e especializados.

Professora Orientadora: Professora Doutora Anabela Mendes

Sónia Gameiro, aluna n.º 8321

Apêndice VI – Suporte expositivo da sessão de formação sobre a
consulta de
follow-up

CONSULTA DE FOLLOW-UP

Elaborado por:
Sónia Gameiro, N.º 8321

Enfermeira orientadora:
[REDACTED]

fevereiro, 2019

1



» A Avaliação da Mortalidade/Sobrevida
UCI: parâmetro insuficiente

» A avaliação da Qualidade de vida após
a alta da UCI: desde os anos 80 vários
estudos realçam os problemas dos
sobreviventes aos cuidados intensivos



» O conceito da consulta de **follow up**
emergiu no Reino Unido em 1993

» "Surviving Intensive Care", mesa redonda,
Bruxelas, 2002 *os ensaios clínicos deverão
passar a incluir a avaliação a longo-prazo
da sobrevida, qualidade de vida, estado
funcional e custos dos cuidados*

Necessidade de acompanhamento/follow-up

2

PROTOCOL

Open Access

Health solutions to improve post-intensive care outcomes: a realist review protocol

A. Fuchsia Howard^{1*}, Leanne Currie¹, Vicky Bungay¹, Margaret Meloche², Robert McDermid^{2,3}, Sarah Crowe²,
Andrea Ryce⁴, William Harding¹ and Gregory Haljan^{2,5}

Atualmente, até 80% dos pacientes sobrevivem ao tratamento em UCI (Phua et al, 2009; Noto & Wheeler, 2013)

25 a 50% dos sobreviventes sofrem novas ou agravantes nas complicações físicas,
cognitivas ou psiquiátricas, o denominado Síndrome pós-cuidados intensivos (PICS)
(Griffiths et al, 2013; Jackson et al, 2014)

A mortalidade é também elevada após a alta da UCI, variando de 26 a 63% no primeiro ano
(Williams, Dobb, Finn & Webb, 2005; Wunsch, Guerra, Barnato, Angus, Li & Linde-Zwirble, 2010)

40% dos sobreviventes ao internamento na UCI é readmitido no hospital nos
primeiros 2 anos (Cheung, 2006)

Jensen et al. (2015) concluíram que a consulta de acompanhamento pode
reduzir os sintomas/PICS.

3

EM QUE CONSISTE?

Forma de veicular informações, contribui para ajudar os doentes a controlar ou a reduzir a sua incerteza.

(Mishel & Clayton, 2008)

Consulta cuja intencionalidade é abordar especificamente as diversas necessidades de saúde dos sobreviventes ao internamento na UCI, com o **objetivo de prevenir o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais a longo prazo.**

(Schofield-Robinson, Lewis, Smith, McPeake & Alderson, 2018)

4

- Detecção precoce dos fatores de risco
- Tratamento precoce:
 - Nutrição
 - Reabilitação
 - Isolamento social
 - Distúrbios psicológicos
 - Casos sociais

- Facilitar o coping/adaptação do doente/família
- Promover a expressão de sentimentos/implementar a comunicação
- Capacitar o doente/família para a gestão de problemas
- Constituir uma referência para o doente/família

- Detecção e tratamento do PICS
- Fomentar a continuidade de cuidados
- Orientar para os recursos na comunidade
- Melhorar a relação com os profissionais de saúde
- Obtenção de dados sobre os cuidados e qualidade de vida após o internamento na UCI

5

COMO IMPLEMENTAR?

Guidelines for the Provision of Intensive Care Services, 1st Edition (2016)

Faculdade de Medicina Intensiva (FICM) e pela Sociedade de Terapia Intensiva (ICS) inglesas.

- Consultas 20/30 minutos
- Intervalo de dois, seis e doze meses após a alta
- Equipa composta por médicos intensivistas e enfermeiros com competências avançadas
- Encaminhamento para as especialidades de acordo com os diagnósticos efetuados
- A seleção de pacientes deve ser baseada no tempo de permanência (> 4 dias) ou risco de desenvolverem PICS (VMI/Delirium no internamento/falta de suporte familiar/traqueostomias(...))
- O acompanhamento deve envolver ativamente a busca de sequelas físicas comuns, como fraqueza e disfunção e as consequências dos procedimentos relacionados com a UCI

6

EXEMPLO PRÁTICO:

. Avaliação aos 6 meses após a alta:

- Avaliação do estado de saúde/Qualidade de vida
- Grau de dependência nas atividades diárias
- Identificação de fatores causadores de stress durante o internamento
- Seguimento da evolução dos *problemas pendentes* no momento da alta com eventual ajuda no seu encaminhamento se ainda não resolvidos

SF36

Avaliação do estado de
saúde

EQ5D

Avaliação da qualidade
de vida

7

VANTAGENS:



8

CONCLUSÃO:

○ encontro de pacientes regularmente, diagnósticos oportunos de problemas, e encaminhamentos adequados as sessões de acompanhamento permitem a garantia da qualidade do serviço de cuidados intensivos.

9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cheung, A.M., Tansey, C.M., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Matte, A., Barr, A. et al.(2006). Two-year outcomes, health care use, and costs of survivors of acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine*. 174,538–544.
- Griffiths, J., Hatch, R.A., Bishop, J., Morgan, K., Jenkinson, C., Cuthbertson, B.H., et al. (2013). An exploration of social and economic outcome and associated healthrelated quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Critical Care medicine*,17(3).DOI:10.1186/cc12745.
- Jackson, J.C., Pandharipande, P.P., Girard, T.D., Brummel, N.E., Thompson, J.L., Hughes, C.G., et al. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respiratory Medicine*, 2(5),369–79. DOI: 10.1016/S2213-2600(14)70051-7.
- Jansen, J.F., Thomsen, T., Overgaard, D., Bestle, M.H., Christensen, D., Egerod, I. (2015). Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*.41(5),763–775. DOI:10.1007/s00134-015-3689-1.
- Mishel, M. & Clayton, M. (2008). *Theories of Uncertainty in Illness* in Smith, Mary Jane e Liehr, Patricia R. In *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261- 1916-2.