



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**A Comunicação Terapêutica com a Família da Pessoa em  
Situação Crítica: Intervenção Especializada em  
Enfermagem**

**Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**A Comunicação Terapêutica com a Família da Pessoa em  
Situação Crítica: Intervenção Especializada em  
Enfermagem**

**Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá**



**Orientadora: Professora Doutora Helga Marília da Silva Rafael  
Henriques**



**Lisboa  
2020**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**

*“A comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica  
de que dispõe a enfermeira, uma vez que ela lhe permite  
conhecer a personalidade,  
o ambiente de vida da pessoa  
e a concepção do mundo em que entra.”*

*(Phaneuf, 2005, p.17)*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família por todo o apoio durante este processo formativo. Em especial, à minha mãe, ao meu marido e aos meus filhos, que sempre me incentivaram a continuar a crescer a nível profissional e pessoal!

À Professora Helga Rafael pela orientação e acompanhamento ao longo de todo este percurso.

À Professora Cândida Durão pelos, sempre presentes, ensinamentos e conselhos.

À Carla pela parceria e cumplicidade nos bons e desafiantes momentos do percurso.

A todos os profissionais de saúde, que contatei nos contextos de estágio, pelas aprendizagens partilhadas que contribuíram significativamente para o desenvolvimento das minhas competências.

E, finalmente, a todas as famílias de quem pude cuidar!

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behaviour Pain Scale*

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERR - Equipa de Resposta Rápida

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

TVM - Traumatismo Vertebro-Medular

UCC - Unidades de Cuidados Continuados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VNI - Ventilação Não Invasiva

## RESUMO

A integração da família no processo terapêutico otimiza o cuidado de enfermagem à pessoa doente. A família da pessoa em situação crítica tem necessidades específicas associadas à incerteza da situação, ao risco de vida eminente, e ainda ao ambiente tecnológico desconhecido, sendo uma das necessidades mais emergentes a de comunicação. A comunicação terapêutica com a família da pessoa em situação crítica permite diminuir o seu sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade.

O objetivo de desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação terapêutica com a família da pessoa em situação crítica norteou um percurso de aquisição e consolidação de competências especializadas em enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família. O referencial teórico adotado foi o *Nursing as Caring* e o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary.

Os contextos de estágio, em serviço de urgência e em unidade de cuidados intensivos, permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem no cuidado à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; na resposta a situações de emergência e exceção; e na prevenção e controlo da infeção, otimizando a resposta da equipa multiprofissional. A análise reflexiva das práticas, consolidada pela participação em eventos formativos e a realização de Revisão Integrativa da Literatura, permitiu demonstrar um nível aprofundado de consciência crítica para os desafios da disciplina, abordando questões complexas de forma sistemática, reflexiva, criativa e inovadora.

O percurso encetado consolidou competências no domínio da gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e responsabilidade profissional, ética e legal. O cuidado de enfermagem especializado, à família da pessoa em situação crítica, requer a adoção de consistentes práticas relacionais com a família em crise, sendo suportadas em estratégias de comunicação terapêuticas, que exigem competência para o seu uso enquanto instrumento do cuidar.

**Palavras-Chave:** Pessoa em Situação Crítica; Relações Profissional-Família; Cuidados de Enfermagem; Comunicação em Saúde; Cuidados Críticos.

## **ABSTRACT**

The integration of the family in the therapeutic process optimizes nursing care to sick person. The family of the person in a critical situation has specific needs associated with the uncertainty of the situation, the imminent risk of life, and the unknown technological environment, being one of the most emerging needs the need of communication. Therapeutic communication with the family of the critically ill person allows the nurse to reduce suffering, because it clarifies the understanding of the situation, provides emotional support, and reduces anxiety.

The goal of developing specialized nursing skills in therapeutic communication with the family of the critically ill person guided a path of acquisition and consolidation of specialized nursing skills while caring for people in critical situations and their families. The referential theoretical framework adopted was the Nursing as Caring and the Calgary Family Assessment and Intervention Model.

The internship contexts, in an emergency department and an intensive care unit, allowed the acquisition and development of specialized nursing skills while caring for the person and family that experience complex processes of critical illness and / or organ failure; responding to emergency and exception situations; and in the prevention and control of infection, optimizing the multi-professional team's response. The reflective analysis of practices, consolidated by participation in formative events and the development of a Integrative Literature Review, allowed to demonstrate a deep level of critical awareness of the challenges of the discipline, approaching complex issues in a systematic, reflective, creative and innovative way.

This journey has consolidated competences in the field of care management, continuous quality improvement, development of professional learning and professional, ethical, and legal responsibility. Specialized nursing care to the family of the critically ill person, requires the adoption of consistent relationship practices with the family in crisis, supported by therapeutic communication strategies, which demand competence for its use as an instrument of care.

**Keywords:** Critically Ill Patient; Professional-Family Relations; Nursing Care; Health Communication; Critical Care.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	10
1.1 - Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica.....	10
1.2 - A Comunicação Terapêutica com a Família da Pessoa em Situação Crítica..	14
II - PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	17
2.1 - O contexto de Serviço de Urgência .....	17
2.2 - O contexto de Unidade de Cuidados Intensivos .....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

### APÊNDICES:

Apêndice I - Protocolo RIL

Apêndice II – Cronograma 3º Semestre MEPSC

Apêndice III – Objetivos específicos contexto SU

Apêndice IV – Objetivos específicos contexto ICU

Apêndice V – Panfleto Transição Segura

Apêndice VI – Plano sessão de formação SU

Apêndice VII – Plano sessão de formação UCI

### ANEXOS:

Anexo I – Certificado Comunicação Oral

Anexo II – Certificado Póster

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 9º mestrado em Enfermagem, área de especialização da Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o presente documento pretende expor o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, realizado na UC Estágio com Relatório, que decorreu no 3º semestre do respetivo mestrado. No âmbito da sua formação, e durante o seu percurso, o profissional de enfermagem depara-se com a necessidade de adquirir e desenvolver competências, sustentadas na experiência profissional, na produção de conhecimento e no raciocínio clínico (Benner, 2001). A realização de um relatório de estágio permite a análise sustentada na prática e a evidência da temática do projeto de estágio, face aos objetivos delineados previamente, para a aquisição e desenvolvimento de competências, num nível de perito, de forma progressiva, coerente e reflexiva.

O cuidado de enfermagem à PSC sustenta-se na interação pessoa-pessoa numa determinada situação de cuidado, em que os intervenientes vivem o cuidado momento a momento (Boykin & Schoenhofer, 2001, p.11). Nesta perspetiva, o enfermeiro reconhece-se enquanto pessoa, que cuida do Outro com uma forma singular de viver no mundo esse mesmo ato de cuidar. A experiência profissional adquirida no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, durante mais de uma década, num serviço de urgência (SU) polivalente da área urbana da grande Lisboa permitiu a aquisição de competências na análise sistemática e criteriosa das especificidades da intervenção de enfermagem na satisfação das necessidades dos doentes críticos, na perspetiva pessoal e familiar. No exercício de funções, a mestranda, enquanto docente da ESEL, possui experiência, nos últimos dez anos, na supervisão clínica de estudantes em contextos de cuidados críticos no âmbito da licenciatura e mestrado.

A prática profissional da mestranda tem sido norteadada pelo «triângulo de cuidados» que envolve a pessoa doente, a família e o profissional de saúde na pessoa única do enfermeiro, que cuida com a sua «pessoalidade» (Boykin & Schoenhofer, 2001). Logo, a intervenção, junto da família da pessoa em situação crítica, é uma área de interesse profissional, alicerçada pelo curso de pós-graduação em orientação familiar e o mestrado em ciências da família, pois ambos contribuíram significativamente para a aquisição das ferramentas

necessárias à gestão do impacto da situação crítica na família. A formação profissional em mediação familiar e programação neurolinguística (PNL) trouxe contributos na área da comunicação, negociação e gestão de conflitos, sendo ferramentas que otimizam o cuidado de enfermagem.

A integração da família no processo de cuidado otimiza o cuidado de enfermagem à pessoa doente (Wright & Leahey, 2013). A família perante uma situação clínica crítica, do ente querido, tem necessidades específicas associadas à incerteza da situação, à imprevisibilidade da evolução da situação, com risco de vida eminente, e ainda ao ambiente tecnológico desconhecido, sendo uma das necessidades mais emergentes a de comunicação (Abdel-Aziz, Ahmed & Younis, 2017; Hsiao et al., 2017; Yildirim & Özlü, 2018). A comunicação eficaz com a família permite diminuir o seu sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade (Linnarsson, Bubini & Perseius, 2010; Wright, 2017). Otimizar a comunicação com a família da PSC é cuidar da família, mas também permite o estabelecimento de uma relação terapêutica de parceria com o enfermeiro, onde se cuida de todos os intervenientes, ou seja, a PSC, a família e o enfermeiro.

O percurso formativo encetado pretende dar resposta às metas enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudo (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), de acordo com os objetivos e competências do curso de mestrado em Enfermagem, na área de especialização da PSC (ESEL, 2010), as competências comuns do enfermeiro especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Destas, destacam-se, por se inserirem especificamente na área do projeto, as seguintes unidades de competência do enfermeiro especialista na área da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363):

1.4 – *Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;*

1.5 – *Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;*

1.6 – *Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.*

Assim, aprofundar esta temática constitui-se enquanto estratégia para o desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, vertente cuidado à PSC. O Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado para a enfermagem por Benner (2001) prevê cinco níveis de aquisição de competência na prática clínica, sendo o último o nível de perito. O enfermeiro perito demonstra “*enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis*” (Benner, 2001, p.58), articulando de forma dinâmica a sua formação teórica singular com a sua experiência prática clínica. Logo, para nortear, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na comunicação terapêutica com a família da PSC.

Objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família em contexto de UCI e SU;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação terapêutica em enfermagem;
- Mobilizar estratégias de comunicação com a família da PSC;
- Contribuir para a construção e/ou atualização de protocolo de transmissão de más notícias em contexto de UCI e SU;
- Refletir criticamente sobre o cuidado especializado à família da PSC.

O planeamento do percurso de desenvolvimento de competências, tendo por base os objetivos estabelecidos, baseia-se na metodologia de projeto, que estipula a delimitação de estratégias e intervenções para dar resposta a um problema ou necessidade real na sua origem (Ruivo & Ferrito, 2010). O ímpeto emerge da necessidade de desenvolver competências especializadas em

enfermagem numa área essencial ao cuidado de excelência à PSC e sua família. O «triângulo terapêutico» formado por família, doente e equipa de saúde deve ser uma realidade, em constante interação, no contexto de cuidados diferenciados à PSC (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A comunicação em enfermagem tem um papel essencial na medida em que *“constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo em que entra.”* (Phaneuf, 2005, p.17). A comunicação terapêutica permite, desde modo, alcançar uma relação terapêutica de parceria com a família. Importa, portanto, assumir a relação com a família, mediada pela comunicação terapêutica, como uma área essencial à prestação de cuidados de qualidade à PSC e sua família.

Para alcançar os objetivos delineados, realizou-se uma revisão integrativa da literatura (RIL), no âmbito da temática do projeto, e desenvolveu-se um percurso de estágio, no contexto de SU e UCI, conducente a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

O corpo do documento está dividido em dois capítulos, adotando um estilo narrativo e reflexivo. No primeiro capítulo, o enquadramento teórico, aborda-se a importância da comunicação no cuidado de enfermagem à família da PSC, mobilizando também a evidência científica resultante da RIL, que fundamenta a intervenção de enfermagem na comunicação terapêutica com a família da PSC. No segundo capítulo, surge o processo de aquisição de competências, integrando a análise reflexiva das experiências de estágio, no contexto de SU e UCI, enquanto aprendizagens cumulativas no cuidado à PSC e sua família, que sustentam o desenvolvimento de competências na área.

O presente relatório segue as regras de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, a norma em vigor do novo acordo ortográfico e a norma de referência bibliográfica APA (*American Psychological Association*).

## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Construir o momento do encontro entre o enfermeiro e a família da PSC, requer a presença da comunicação, seja verbal ou não verbal, pois será esta a base da sua relação. Esta relação tem o potencial de se tornar terapêutica e a comunicação desenvolvida entre ambos pode contribuir para que a relação se torne de fato terapêutica para os intervenientes. O foco do cuidado do enfermeiro perito baseia-se na intencionalidade do cuidado na relação entre quem cuida e é cuidado (Benner, 2001). Considera-se, portanto, que o fator diferenciador advém do nosso olhar para com aquela pessoa, naquele momento específico da sua vida, considerando a fase do ciclo de vida familiar em que se encontra, mas também toda uma envolvente do contexto de cuidados críticos e da situação de doença do seu ente querido, que torna aquela situação única e irrepetível.

### 1.1. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica

A forma de pensar enfermagem, assenta num modelo concetual de enfermagem que emerge diretamente da prática do cuidado à pessoa em situação crítica, na qual o cuidado verdadeiro e holístico de enfermagem requer um conhecimento do doente e família, enquanto pessoa, no qual se distingue a pessoa da sua doença e se constrói um cuidado humanamente centrado.

A forma como se concebe o cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica inscreve-se no paradigma atual da complexidade (Hesbeen, 2000), no qual o Ser é um todo constituído por diferentes partes comuns que interagem no Ser de forma única. O que torna diferenciador o cuidado é o olhar do profissional de enfermagem à pessoa, enquanto sujeito ativo do processo. A abordagem de um Ser complexo é irrepetível, logo multifatorial e única na análise das interrelações existentes no corpo-sujeito. As principais assunções do Modelo *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer), relacionam-se com esta perspetiva e são elas: *persons are caring by virtue of their humanness; persons are whole or complete in the moment; persons live caring, moment to moment; personhood is a process of living grounded in caring; personhood is enhanced through participating in nurturing relationships with caring others; nursing is both a discipline and profession* (2001, p. 11). Logo, a relação estabelecida no encontro

entre o enfermeiro e a pessoa desenrola-se na sua zona íntima, porque a natureza da sua intervenção prática requer este cuidado próximo, no qual o tempo não circunscrita a relação. Neste modelo, a situação de enfermagem é um conceito central, pois *“nursing situation as a shared lived experience in which the caring between nurses and nursed enhances personhood”* (Boykin & Schoenhofer, 2001, p. 13). Considera-se assim, que o enfermeiro acompanha e assiste, cuidando da pessoa doente e sua família, tal como o docente acompanha e assiste o estudante no seu projeto de aprendizagem.

No encontro com a família da PSC, o enfermeiro desenvolve um processo de avaliação e intervenção familiar com vista à concetualização e operacionalização do seu cuidado. As autoras do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) advogam que a enfermagem tem um compromisso, bem como dever ético e moral, de envolver as famílias nos cuidados de saúde, considerando a evidência científica de que a família tem um impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus membros (Wright & Leahey, 2013). O cuidado centrado na pessoa e família, enquanto parte integrante da enfermagem de família, só pode ser alcançado mediante a adoção de consistentes práticas relacionais com a família, suportadas em estratégias de comunicação eficazes.

A PSC possui características diferenciadoras dos outros clientes de cuidados de enfermagem, assim consideram-se *“Patients who (...) are either no longer able to independently maintain physiological stability or are at high risk for rapidly developing physiological instability (...). These patients are typically life-dependent on continuous intensive care and the supporting technology.”* (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011, p.74). A família pode ser definida como sendo *“uma unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais...”* (CIPE, 2010, p.115). Esta perspetiva aproxima-se um conceito de família autodefinido pelos seus próprios membros, assim *“a família é quem os seus membros dizem que são”* (Wright & Leahey, 2013, p.68). O código deontológico de Enfermagem, no artigo 110, alínea a), referente à humanização de cuidados, advoga que *“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa com uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.”*, logo o cliente do

cuidado de enfermagem em contexto de cuidados críticos é a PSC e a sua família, enquanto entidade sistémica familiar.

Toda a interação humana tem por base a comunicação, sendo impossível para o ser humano não comunicar (Watzlavick, Beavin & Jackson, 1967), o que demonstra a importância essencial que a comunicação adquire nas ciências humanas e nas disciplinas que têm a sua base nas relações humanas. A comunicação em saúde baseia-se na utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões do indivíduo, famílias e comunidades no sentido da promoção de saúde (Teixeira, 2004). A comunicação em enfermagem cumpre três grandes funções no âmbito da relação interpessoal com o cliente de cuidados: é o veículo para estabelecer uma relação terapêutica; é uma estratégia para influenciar o comportamento de saúde do Outro, traduzindo resultados da intervenção de enfermagem; e é a relação em si, porque sem ela, a relação terapêutica enfermeiro-cliente não pode co-existir (Riley, 2017). Logo, a comunicação é central em enfermagem e é essencial o desenvolvimento de competência para a usar enquanto instrumento do cuidar.

A comunicação em enfermagem adquire o cariz de comunicação terapêutica quando responde às necessidades de cuidados dos clientes de enfermagem (Tamparo & Lindh, 2008). É a consciência do efeito comunicacional que temos no Outro que determina o seu potencial terapêutico numa determinada situação de cuidado de enfermagem. Deste modo, *“therapeutic professional communication requires specific well-defined professional skills that can alleviate or diminish a specific need or problem.”* (Tamparo & Lindh, 2008, p. 6). Também Wright & Leahey (2013), definem o conceito de «conversações terapêuticas» com a família como forma do enfermeiro avaliar e simultaneamente intervir no sistema familiar, sendo um momento de entrevista de enfermagem direcionado para um fim específico, longe de uma conversa social ou trivial. Nesta linha de raciocínio, Phaneuf, define a entrevista em enfermagem como *“um ato profissional de primeira instância, pois para lá do contato que assegura, é o veículo das intervenções de enfermagem, que são essenciais para a pessoa cuidada.”* (2005, p. 3). Assim, as competências relacionais interpessoais dos profissionais de saúde definem a forma como comunicam com o Outro, não só

através da linguagem utilizada, mas sobretudo na forma como intencionalmente transmitem determinada informação

Os clientes de cuidados de enfermagem, que vivenciam uma situação-limite de doença, com risco de vida associado, possuem necessidades de comunicação terapêutica específicas, nomeadamente, uma comunicação assente no apoio psicológico e no reconhecimento das influências culturais na vivência destas situações (Tamparo & Lindh, 2008). A avaliação das necessidades da família por parte dos enfermeiros é basilar na construção da relação com a mesma, para tal a comunicação reveste-se de importância maior enquanto estratégia de aproximação e avaliação das necessidades específicas de cada família. Em estudos recentes, usando o *Critical Care Family Needs Inventory/ Needs Met Inventory – CCFNI/NMI* (Abdel-Aziz, Ahmed & Younis, 2017), o *Critical Care Family Needs Inventory for Emergency Departments - CCFNIED* (Yildirim & Özlü, 2018) e o *Critical Care Family Needs Inventory – CCFNI* (Hsiao et al., 2017), a necessidade de comunicação por parte da família surge como a principal área de atuação prioritária, sendo que alguns destes estudos demonstram ainda a significativa discrepância entre a perceção de enfermeiros e familiares quanto à satisfação desta necessidade (Abdel-Aziz, Ahmed & Younis, 2017; Hsiao et al., 2017). Perante o sofrimento da família numa situação de cuidados de saúde complexa com risco de vida eminente do seu ente querido, importa acolher para antecipar mais sofrimento, para ajudar a desmistificar a situação e o contexto de cuidados críticos, e ainda desconstruir o impacto da doença para depois ajudar a construir uma nova etapa.

As conversações terapêuticas são significativas para o enfermeiro e família, provocando mudanças nas estruturas espirituais e biopsicossociais dos intervenientes (Wright & Leahey, 2013). Resposta essa assente numa comunicação terapêutica que sustenta toda uma relação terapêutica, promovendo a expressão de sentimentos e expectativas, a atribuição de sentido à experiência, a gestão de esperança realista, a clarificação de informação clínica e o envolvimento no cuidado ao doente (Yildirim & Özlü, 2018). A comunicação terapêutica com a família da PSC emerge como basilar no processo de tomada de decisão complexa quando se procura atingir a excelência nos cuidados de enfermagem.

## **1.2. A Comunicação Terapêutica com a Família da Pessoa em Situação Crítica**

Intervir como perito no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família ao longo das várias etapas do ciclo vital, atuando aos vários níveis de prevenção nos diversos contextos, assegurando a qualidade dos cuidados, requer um conhecimento compreensivo do cuidar em enfermagem. A aquisição de um corpo de conhecimentos sólidos na área contribui para o desenvolvimento de competências que promovam uma tomada de decisão de qualidade e a intervenção autónoma de enfermagem. Assim, a busca de conhecimento é direcionada e canalizada para o cuidado do outro, sendo portadora de sentido para ambos.

De acordo com os objetivos e competências do curso de mestrado em Enfermagem, na área de especialização da PSC (ESEL, 2010), o enfermeiro deve ser capaz de participar na produção de conhecimento novo para desenvolver uma prática baseada na evidência, promovendo assim o aumento da qualidade dos cuidados de saúde. No âmbito da intervenção de enfermagem na comunicação com a família da PSC cabe influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem, cultivando um espírito de liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados, gestão, investigação e ensino.

A realização de RIL permitiu a aquisição de um corpo de conhecimentos sólido e específico na área de desenvolvimento do projeto de estágio, o que permite alicerçar todo um processo de aquisição de competências especializadas. Para tal foi desenvolvido um protocolo de pesquisa (Apêndice I), conducente com a questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem (estratégias) que otimizam a comunicação (i) com a família (P) da PSC (Co)?

A análise dos dados demonstra que efetivamente a temática da comunicação é uma área amplamente estudada na disciplina de enfermagem, o que se comprova pelo elevado número de artigos resultantes da pesquisa inicial nas bases de dados selecionadas. Contudo, uma análise mais aprofundada permite constatar que a maioria dos artigos que abordam as intervenções comunicacionais de enfermagem junto da família da PSC reportam-se sobretudo ao contexto de pediatria, no âmbito das unidades de neonatologia, UCI

pediátricos e SU pediátricos. De salientar ainda, que não foram identificados artigos, nesta pesquisa, no contexto extra-hospitalar apesar ser um dos contextos primordiais da PSC. Os quinze artigos selecionados para a síntese são temporalmente recentes e provenientes de diversos países o que denota um investimento progressivo, nos últimos anos, da comunidade científica de enfermagem nesta área. Contudo, nenhum dos estudos é referente à realidade portuguesa.

A síntese, elaborada após a análise da evidência disponível na literatura científica, permite identificar as principais estratégias comunicacionais a utilizar pelos enfermeiros na sua relação com a família da PSC, sendo estas: o ser capaz de transmitir informação atualizada de forma regular, usando uma linguagem acessível à compreensão do familiar (Adams, Mannix & Harrington, 2015; Briggs, 2017; Caswell, Pollock, Harwood & Porock, 2015; Lukmanulhakim, Suryani & Anastasia, 2016; Kalocsai et al, 2018; Mendonça Rezende, De Freitas Macedo Costa, Pereira Martins, & Ferreira da Costa, 2014; Pecanac & King, 2019; Warrilow, Farley & Jones, 2015); o promover de conferências familiares (Adams, Mannix & Harrington, 2015; Barndt, 2018; Briggs, 2017; Hoffmann & Olsen, 2018; Hollman Frisman, Wåhlin, Orwelius & Ågren, 2017; Kalocsai et al, 2018; Pecanac & King, 2019; Warrilow, Farley & Jones, 2015); o demonstrar uma atitude empática, mantendo contato visual, tocando e escutando ativamente a família em sofrimento (Briggs, 2017; Caswell, Pollock, Harwood & Porock, 2015; Hollman Frisman, Wåhlin, Orwelius & Ågren, 2017; Lukmanulhakim, Suryani & Anastasia, 2016; Warrilow, Farley & Jones, 2015); o acolher a família no contexto, fornecendo informação escrita (Almaze & De Beer, 2017; Barndt, 2018; Blackburn, Ousey & Goodwin, 2019; Hollman Frisman, Wåhlin, Orwelius & Ågren, 2017); o promover a confiança em si e na equipa de saúde (Adams, Mannix & Harrington, 2015; Barndt, 2018; Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan & Aslakson, 2016; Hollman Frisman, Wåhlin, Orwelius & Ågren, 2017; Kalocsai et al, 2018; Loghmani, Borhani & Abbaszadeh, 2014; Mendonça Rezende, De Freitas Macedo Costa, Pereira Martins, & Ferreira da Costa, 2014; Warrilow, Farley & Jones, 2015) e o apoiar emocionalmente, gerindo as expetativas/esperança (Adams, Mannix & Harrington, 2015; Blackburn, Ousey &

Goodwin, 2019; Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan & Aslakson, 2016; Loghmani, Borhani & Abbaszadeh, 2014).

Estas estratégias comunicacionais devem ser mobilizadas quer seja a nível da abordagem primária na admissão do doente, quer no âmbito da transmissão de informação sensível, como as más notícias, quer na gestão do plano terapêutico do ente querido, quer no momento das visitas do doente. Isto porque é a situação única e singular da família que determina na intervenção terapêutica de enfermagem, através da mobilização intencional de determinada estratégia comunicacional naquele contexto e momento de cuidar.

Um dos estudos, uma revisão sistemática da literatura, conclui que os enfermeiros que estabelecem uma relação eficaz com a família descrevem menor ansiedade e mais confiança e satisfação com eles e com o trabalho (Adams, Mannix & Harrington, 2015), e um outro estudo transversal conclui que quanto mais efetiva for a comunicação de enfermagem, menor o nível de ansiedade da família (Lukmanulhakim, Suryani & Anastasia, 2016), o que reforça a ideia de que cuidar da família da PSC é também uma forma de cuidar da PSC e do próprio enfermeiro (Boykin & Schoenhofer, 2001).

Importa ainda refletir que apenas um estudo aborda a importância de informar a família da PSC do serviço de cuidado de *follow-up* da família e de os enfermeiros participarem os incidentes críticos com a família nas reuniões de *debriefing* em equipa (Almaze & De Beer, 2017), contudo são ambos aspetos a considerar como pertinentes na avaliação da intervenção da comunicação terapêutica de enfermagem e na promoção da continuidade de cuidados à PSC e sua família.

Numa prática avançada de enfermagem existe uma abordagem única e reflexiva face às necessidades específicas da família com a qual o enfermeiro tem um encontro profissional mediado pelo contexto da situação crítica da pessoa ente querido. Assim, importa conhecer as necessidades específicas da família através de uma comunicação terapêutica de enfermagem, revisitar o agir do enfermeiro, enquanto detentor de competências especializadas e ir ao encontro da pessoa e família, dando uma resposta consistente e fundamentada às suas necessidades.

## **II - PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

A experiência profissional e a atitude reflexiva da prática conduzem a um nível de competência clínica essencial (Benner, 2001). Neste capítulo, apresenta-se de forma descritiva a análise reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de SU e UCI (Apêndice II), de acordo com os objetivos previamente definidos para cada um destes contextos (Apêndice III e IV), dando voz à experiência vivida transformadora, enquanto fonte de conhecimento e competência na área.

O estar em contexto clínico permitiu a constatação do nível de competência de acordo com o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado para a enfermagem por Benner (2001). A análise reflexiva da prática, tendo por base a experiência profissional da mestranda, considerando o afastamento da prática clínica, pelo exercício de funções na área da docência, permite considerar o estágio de avançado em enfermagem, no contexto de SU, e o estágio de iniciado em enfermagem, no contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI). No estágio de iniciado em enfermagem, o enfermeiro transita de uma confiança em princípios abstratos para a sua utilização, denotando-se a sua inexperiência face ao contexto e situações de cuidado, ao passo que no estágio de avançado processa-se uma modificação na forma como apreende cada situação, demonstrando já capacidade na integração dos conhecimentos face à situação específica (Benner, 2001).

As competências em cuidados críticos são atingidas no decurso da prática clínica, crescendo através da aprendizagem experiencial nos contextos de cuidados (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). Deste modo, a reflexão sobre as atividades desenvolvidas, as dificuldades vivenciadas e as estratégias adotadas para as ultrapassar são aspetos cruciais no percurso de desenvolvimento de competências do enfermeiro perito.

### **2.1 – O contexto de Serviço de Urgência**

A enfermagem de urgência centra-se na prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras

intervenções (Hammond & Zimmerman, 2013), pelo largo espectro presente nesta definição, depreende-se a diversidade de situações e a complexidade das mesmas, às quais a enfermagem em SU pretende dar resposta. A apreciação de uma situação de doença, enquanto urgência ou emergência, ao mesmo tempo traduz o reconhecimento da sua gravidade e justifica a prioridade dada no atendimento. As situações de urgência são *“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”* e as situações de emergência são *“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* (DGS, 2001, p. 7). As situações clínicas, que levam as pessoas a procurar cuidados de saúde imediatos, são, na maioria das vezes, aquilo que as pessoas consideram como tal, assim o que forja essa apreciação, quer seja leigo ou biomédico, não escapa do social e de suas várias expressões e determinações, pelo que importa apreendê-las no contexto da sua singular expressão.

O contexto de estágio em SU está inserido num hospital recente, inaugurado em 2013, localizado na periferia do distrito de Lisboa, abrangendo cinco concelhos com uma população de cerca de 250.000 habitantes. Trata-se de um hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e gerido através de um modelo de parceria com um grupo português privado de saúde. A visão do hospital assenta em três pilares: a qualidade, a satisfação dos utentes, e a cultura, sendo acreditado, desde 2014, pela *Joint Commission International* (JCI).

O SU recebe cerca de 90.000 episódios por ano, tratando-se de uma urgência médico-cirúrgica com uma média de cerca de 250 admissões diárias de utentes adultos (HVFX, 2018). O serviço possui uma sala de reanimação, duas salas de triagem, uma sala de doentes triados de laranja (muito urgente), uma sala de tratamentos, uma sala de cirurgia, uma sala de ortopedia, uma sala de doentes triados de amarelo (urgente) e uma sala de Serviço de Observação (SO) com capacidade para dezasseis camas e duas de isolamento. O SU possui uma equipa com cerca de 60 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, com uma média de doze enfermeiros no turno da manhã e de oito enfermeiros no turno da noite. E conta ainda com uma vasta equipa multidisciplinar, sendo de salientar

como elemento diferenciador, face a outros contextos, a existência de profissional assistente ao utente e família, no período da manhã, que visa esclarecer dúvidas e dar informação aos familiares de utentes presentes no SU. O serviço possui ainda um circuito de doente crítico com apoio de medicina interna em articulação com a UCI do hospital. Nos últimos anos, este contexto tem também desenvolvido um projeto de Transição Segura dos utentes para a comunidade em articulação com as Unidades de Cuidados Continuados (UCC), através de um processo de referenciação iniciado pelos enfermeiros do SU em parceria com os familiares cuidadores (HVFX, 2018), sendo um aspeto que justificou a escolha do local de estágio por se integrar na temática do projeto.

Nas duas primeiras semanas de estágio, foi possível conhecer a dinâmica de funcionamento do serviço e os membros da equipa multidisciplinar para progressivamente começar a **prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e sua família** (ESEL, 2010; OE, 2018). Assim, surgiu a oportunidade de cuidar de pessoas vítimas de doença cardiovascular, com doença coronária com EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) com e sem supra de ST, angina instável, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada, arritmias cardíacas diversas, tais como bradifibrilhação, fibrilhação auricular (FA), taquicardia supraventricular (TSV) e bloqueio auriculo-ventricular (BAV). Destaca-se ainda o cuidado à pessoa vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC), com a ativação das respetivas Vias Verdes (AVC e/ou EAM com ST), sendo situações frequentemente transferidas para os centros de referência destas especialidades para realização de tromboectomia e/ou cateterismo cardíaco. O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015) e o Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência (DGS, 2014) destacam a prevalência das doenças do aparelho circulatório na sociedade portuguesa. A este nível, foi possível administrar a medicação trombolítica preconizada, gerindo assim protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018) face à especificidade da dosagem e aos tempos de administração, com enfoque no período de vigilância após administração, prevenindo possíveis complicações.

No que concerne à pessoa com patologia do foro respiratório, os meses em que decorreu o estágio (setembro, outubro e novembro) são meses habitualmente

profícuos em exacerbações dos doentes respiratórios crónicos, seja de doentes asmáticos ou de doentes com processos de agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), seja de situações agudas de novo como edema agudo do pulmão (EAP), tromboembolismo pulmonar (TEP) e SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*). A este nível, foi possível participar na gestão da VNI (Ventilação Não Invasiva) através de BIPAP (Bi-level Positive Airway Pressure), promovendo a correta adaptação do dispositivo na interface face/doente e na adesão do doente a esta modalidade ventilatória. Cabe ao enfermeiro perito a capacidade de avaliação da adaptação do doente, corrigindo fugas, promovendo o correto posicionamento, mudando a máscara de acordo com o tamanho adequado, vigiando o estado de consciência e interpretando resultados analíticos da sua evolução na gasimetria (Hammond & Zimmerman, 2013).

Neste período de estágio, contactou-se ainda com diversas situações de doente com hemorragia digestiva alta (HDA) com necessidade de controlo de volémia, administração de protocolos terapêuticos complexos e hemoderivados, face à sua instabilidade hemodinâmica (OE, 2018). De salientar ainda, o cuidado à pessoa com cetoacidose diabética não só por todo o cuidado de enfermagem necessário na fase aguda, mas pela enorme importância que a preparação para a alta assume nestes doentes e suas famílias, capacitando-os para a gestão da diabetes. Apesar de não ser um centro de referência de trauma cuidou-se de doentes com monotrauma, trauma torácico, traumatismo vertebro-medular (TVM) e politrauma taurino. O hospital é considerado um centro de referência nacional a nível do trauma taurino, sendo uma oportunidade formativa e novidade para a mestrandia, despoletando a pesquisa e a elaboração de *Jornal de Aprendizagem* sobre este tema, procurando selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (ESEL, 2010).

Ao mobilizar as diversas situações de cuidados de enfermagem, o enfermeiro perito posiciona-se no seio da equipa multiprofissional, denotando uma atitude única e genuína, fruto dos referenciais teóricos que servem de fio condutor à sua prática (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A situação de enfermagem é uma experiência compartilhada e vivida em que o cuidado entre enfermeiro e aquele que é cuidado aprimora o sentido do que significa ser pessoa (*personhood*),

sendo nesta situação de enfermagem que o enfermeiro atende às necessidades para o cuidado e cria respostas cuidativas que nutrem «o ser pessoa» (Boykin & Schoenhofer, 2001). A família, foco de cuidado de enfermagem, é definida pelos fortes laços emocionais que a ligam à PSC, ao invés de laços jurídicos e/ou sanguíneos (Wright & Leahey, 2013). Deste modo, cuidou-se da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica (ESEL, 2010; OE, 2018), fundamentando a tomada de decisão em fontes de informação relevantes (Prática Baseada na Evidência) e expondo com clareza os resultados do raciocínio (ESEL, 2010; OE, 2019).

Em relação a ***dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe, da concepção à ação***, não foi vivenciada nenhuma situação de catástrofe durante o período de estágio. Importa refletir que no quotidiano não nos deparamos frequentemente com situações de catástrofe, mas sim com as designadas situações de exceção. E são essas situações que requerem também a atenção e a responsabilização das equipas de saúde, assim *“uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis”* (INEM, 2012). Assim, ao enfermeiro perito cabe a alocação e gestão dos recursos disponíveis, embora escassos, para dar resposta à necessidade de cuidados, nos períodos de maior afluência ao SU, em que o número de utentes suplantava os recursos humanos e materiais disponíveis. Por o período de estágio, neste contexto, se enquadrar no período de gripe, esta situação foi frequentemente vivenciada pela mestranda, exigindo planeamento e gestão coordenada com a restante equipa multiprofissional.

A ação foi norteadada pelo estipulado no Plano de Emergência Externa (PEE), Plano de Emergência Interna (PEI), Plano de Contingência da Gripe e ainda considerando a composição dos kits de catástrofe da instituição. Nestes momentos, o enfermeiro perito tem um papel fundamental não só na alocação de doentes nos vários setores, através do sistema de triagem de Manchester, gerindo as prioridades, como também na vigilância de doentes de ambulatório de gravidade urgente (amarelo), presentes nas respetivas salas de espera. Cabe ao enfermeiro especialista, nesta área, atuar no exercício da vigilância contínua

na antecipação de complicações decorrentes da instabilidade hemodinâmica (OE, 2018). Também nos setores de doentes muito urgentes (laranja) e urgentes (amarelo) o elevado número de macas exige um olhar direcionado para a gravidade da pessoa, identificando alterações subtis no perfil hemodinâmico, priorizando as situações de cuidados e atendendo à vulnerabilidade específica de subgrupos. Os doentes idosos, com alteração do estado de consciência e elevado grau de dependência, estão cada vez em maior número nos SU, face à ausência de respostas comunitárias, ao aumento da esperança de vida e aumento de comorbilidades da população (Hwang et al., 2018), requerendo uma intervenção integrada de enfermagem em articulação com os familiares cuidadores e os recursos disponíveis na comunidade.

Pensar de forma reflexiva e crítica sobre a dimensão ética subjacente aos processos de cuidar requer um julgamento profissional, assegurando os princípios éticos descritos no relatório Belmont (1979), que enuncia a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça, a confidencialidade, a veracidade e a fidelidade. A intervenção junto de grupos particularmente vulneráveis imprime ao enfermeiro a responsabilidade no reconhecimento e antecipação das situações de vulnerabilidade em saúde. Tal exige uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. O Código Deontológico de enfermagem é um pilar essencial à prática que enuncia os deveres profissionais, enquadrados nos direitos das pessoas de quem cuidam (OE, 2005). Em contexto de urgência e cuidados críticos, os enfermeiros são quotidianamente questionados do ponto de vista ético e deontológico, pois perante a situação crítica emergem sobretudo questões relacionadas com o direito à vida e à qualidade de vida, o dever da informação, o dever do sigilo, o respeito pela intimidade, o respeito pelo doente terminal e a excelência do serviço na humanização dos cuidados (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

O processo de tomada de decisão do enfermeiro baseia-se no seu julgamento clínico, influenciado pelo contexto onde exerce (Tanner, 2006). Em contexto de urgência, emergiu a necessidade recorrente de priorização do cuidado de enfermagem, confrontando a mestrandia com questões ético-deontológicas, tais como na antecipação de situações de periparagem. A enfermeira perita, ao ser

confrontada com questões complexas, demonstra domínio da situação com base na sua experiência, mas também proveniente de uma compreensão intuitiva global, decorrente do seu percurso, que lhe permite apreender e identificar simultaneamente diversos problemas (Benner, 2001). Face a este quadro cabe ao enfermeiro perito a identificação de sinais e sintomas que permitam a monitorização da evolução da situação crítica da doente (OE, 2018), atuando de forma célere e eficaz na fase de ressuscitação.

No âmbito da intervenção do enfermeiro perito na **maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos**, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, considera-se que foi realizado um uso adequado de EPI (Equipamento de Proteção Individual), principalmente luvas e máscaras, e a higienização das mãos nos cinco momentos preconizados (DGS, 2019). Também procurou-se a integração das normas específicas do contexto, provenientes do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), no que concerne ao circuito de lixo contaminado e não contaminado, mobilizando a equipa multidisciplinar no seu correto uso, como por exemplo, na prestação de cuidados de conforto o carrinho do SO prevê apenas um saco de roupa suja e um saco preto de lixo, referente ao grupo I e II, tendo sido importante alertar os assistentes operacionais para o fato de que fraldas com melenas seriam adstritas ao saco branco, grupo III de resíduos hospitalares. Executou-se pensos de ferida contaminada abrasiva por fricção no alcatrão, pensos de ferida cirúrgica, pensos de úlcera de pressão, colocação de drenagens vesicais e colheita de espécimes para culturas, hemoculturas e uroculturas, cumprindo a respetiva assepsia.

Prestaram-se ainda cuidados a doentes em situação de sépsis e choque séptico, considerando não só os cuidados específicos necessários para o seu equilíbrio hemodinâmico e prevenção da falência multiorgânica, mas analisando também o seu historial de imunodepressão, que desencadeou a sépsis atual, gerindo as visitas de familiares com as respetivas EPI e educação para a saúde. De salientar, que o serviço possui no SO um registo de indicadores da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) relativo ao número de doentes com cateter venoso periférico, cateter venoso central (CVC) e drenagem vesical, contabilizando-se o

número total destes dispositivos com vista à monitorização da incidência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), de acordo com as orientações do PPCIRA (DGS, 2017) para prevenir a incidência de infeções nosocomiais cruzadas e diminuir a resistência antimicrobiana.

Durante este estágio houve a oportunidade, numa fase inicial, de realizar turnos com o enfermeiro chefe de equipa para compreender melhor a área de **gestão de cuidados e a articulação na equipa multiprofissional**, o que permitiu ter uma perspetiva abrangente do funcionamento do serviço. A este nível refletiu-se sobre a dificuldade do contexto em identificar doentes e famílias passíveis de integrar o projeto de Transição Segura, pelo que foi criado um panfleto informativo ao familiar cuidador sobre o projeto (Apêndice V), critérios e suas vantagens de forma a sensibilizar o cuidador familiar para a importância da articulação com a UCC da área de residência no momento da alta, permitindo assim aumentar as referências neste projeto. A família é um sistema dinâmico, que suplanta a simples soma dos seus membros, pelo que a intervenção de enfermagem junto de apenas um membro da família tem o potencial de provocar significativas mudanças no funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2013). A capacitação do familiar cuidador de idoso dependente através do acompanhamento de enfermagem no SU e depois na UCC, da área de residência, tem o potencial de diminuir a taxa de reinternamentos, a taxa de readmissões no SU e período de internamento, diminuindo as complicações associadas ao internamento e os custos em saúde (Hwang et al., 2018). Considera-se que foi possível articular corretamente com a equipa de saúde na prestação de cuidados à PSC e colaborar na adequada referência de doentes e suas famílias a outros contextos de cuidados (altas e transferências).

Colaborou-se a este nível sobretudo em transferências intrahospitalares para a UCI do hospital, realizando os respetivos transportes intrahospitalares com preenchimento da folha de avaliação de risco, adequando os recursos humanos e materiais preconizados para um transporte seguro, gerindo simultaneamente as intercorrências. No transporte da pessoa em situação crítica, cabe ao enfermeiro perito assegurar a continuidade de cuidados nas várias dimensões: informativa, gestão e relacional (CARNA, 2008). Assim, assegura a transmissão da informação à equipa multiprofissional, e à pessoa, promovendo o seu

conforto, gere os cuidados de forma metódica e eficaz para que esta receba o tratamento adequado atempadamente e ainda estabelece relacionamentos interpessoais significativos com a pessoa e equipa multidisciplinar.

Na articulação entre os diferentes serviços, no cuidado à PSC, desde o pré-hospitalar à UCI mais diferenciada, importa intervir como perito na criação de um circuito fluido, que seja garante de uma prestação de cuidados de qualidade. O foco na comunicação em equipa é um dos aspetos mais importantes que permite minimizar a ocorrência e os efeitos de incidentes nos cuidados de saúde (Gluyas, 2015). Contactou-se com o enfermeiro responsável pela gestão de camas da instituição e foi discutida a sua importância na alocação dos doentes internados do SU, assim como o impacto da sua ausência no período noturno, para a fluidez do circuito pré-estabelecido. Colaborou-se no preenchimento da folha de passagem de turno da coordenação do SU, preenchendo a *checklist* referente ao funcionamento dos monitores desfibrilhadores, da mala de transporte, do carro de reanimação e dos carros de terapêutica, assegurando a sua correta preparação para dar resposta à PSC. A participação, nestas atividades de gestão do SU, foi significativa para uma compreensão global do funcionamento dinâmico e permanentemente articulado do serviço que funciona como «a porta aberta 24h» de todo um hospital.

A gestão do ambiente de cuidados pelo enfermeiro perito requer um enfoque na segurança e no conforto da PSC através da redução de estímulos no período noturno, a monitorização do risco de queda e o risco de úlcera de pressão. O estado de conforto é uma experiência holística, onde os diferentes níveis (alívio, tranquilidade e transcendência) são experienciados nos diferentes contextos da pessoa (físico, psicoespiritual, ambiental e social) (Kolcaba, 2003). É importante considerar como fatores potenciadores de desconforto o tempo de permanência em maca dos doentes no SU em comparação com a realidade de outros contextos e ainda a diminuição dos períodos de repouso, potenciando processos, como o desenvolvimento de *delirium*.

Ainda no âmbito da gestão foi discutido, de forma crítica, o reduzido período de visitas para a família instituído no SO, das 13h às 13h30 e das 18h30 às 19h, a necessidade de um folheto de acolhimento à família e a importância do uso de sala para comunicação com a família, seja para transmissão de más notícias,

seja para preparação de alta. Estas medidas estão intimamente ligadas também com a competência de **otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar processos de saúde-doença complexos**, decorrente de doença aguda ou crónica agudizada. A intervenção familiar em enfermagem contempla o domínio cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2013), sendo mediados por conversações terapêuticas. Assim, sendo a comunicação terapêutica com a família da PSC, o tema do projeto, procurou-se promover a discussão na equipa sobre esta temática através de sessão de formação sobre as principais estratégias de comunicação eficaz com a família (Apêndice VI). Esta sessão procurou também dar resposta às dificuldades identificadas no projeto Transição Segura de comunicação com o doente, a família e a equipa. O envolvimento da família permite a sua capacitação para o cuidado à pessoa dependente, o que pode conduzir a melhores resultados em saúde, nomeadamente nos conhecimentos e competências para cuidar da pessoa dependente no domicílio (Rodríguez-Gonzalo, García-Martí, Ocaña-Colorado, Baquera-De Micheo, & Morel-Fernández, 2015). A ação de formação, inicialmente direcionada aos profissionais de saúde do SU, foi alargada a todos os profissionais do hospital, contudo reflete-se que o doente e família também fazem parte da equipa numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, pelo que o panfleto terá essa dupla função na aproximação dos intervenientes no processo de comunicação enfermeiro-família.

O cuidado de enfermagem é entendido como uma presença intencional e autêntica do enfermeiro com o Outro que é reconhecido como pessoa que experiencia o cuidado e se desenvolve no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2001). Considera-se que o enfermeiro perito se distingue sobretudo pela inspiração que provoca na equipa, através do exemplo, **apoando a família nas perturbações emocionais decorrentes de situação crítica de ente querido** (OE, 2018; Wright & Leahey, 2013), veiculando a transmissão de informação, promovendo o conforto, estreitando laços de confiança no contato verbal e não verbal. A procura de evidência científica direcionada para as estratégias comunicacionais na relação com a família da PSC, através da RIL, deu subsídios teóricos significativos, que foram operacionalizados em contexto de estágio. A este nível destaca-se, a experiência vivida em estágio, enquanto testemunha do

sofrimento do Outro, mobilizando estratégias específicas de comunicação com a família da PSC.

A entrevista familiar em 15 minutos, do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2013), visa contribuir para o estabelecimento de um relacionamento significativo entre enfermeiro e família, de modo que, mesmo em breve interação, possibilite intervenções que promovam a saúde e o alívio do sofrimento. Esta ferramenta, adequada para situações temporalmente limitadas como as vivenciadas em contexto de urgência, pode atuar no aprofundamento das relações entre enfermeiros e famílias. A estrutura compreende seis etapas: 1) Delinear objetivo da conversa terapêutica; 2) Apresentação profissional e partilha de objetivo; 3) Avaliar a estrutura interna e externa da família; 4) Colocar três questões terapêuticas; 5) Devolver à família as forças identificadas; 6) Avaliação da conversa terapêutica com a família (Wright & Leahey, 2013). **Mobilizando estratégias de comunicação com a família da PSC**, reflete-se sobre a importância da intervenção especializada de enfermagem nas seguintes situações de cuidado à família da PSC: cuidar da esposa de um jovem vítima de acidente de viação com paraplegia por TVM; cuidar da esposa e filha de um doente idoso independente até à data que por situação súbita de doença, associada a SARS requer VNI; cuidar da mãe de uma jovem de 19 anos, com neoplasia avançada, em quadro de choque séptico; cuidar da filha, cuidadora de pai idoso muito dependente, em situação de sobrecarga do cuidador; e cuidar do marido de jovem adulta com neoplasia em fase terminal. Apesar de várias serem as situações de necessidade de avaliação e intervenção de enfermagem no cuidado especializado à família da PSC selecionou-se uma situação de cuidado a familiar de profissional de toureio para refletir criticamente no Jornal de Aprendizagem.

Na sociedade ocidental, o trauma é considerado uma epidemia, pelo número elevado de mortalidade e incapacidade que produz na sociedade (ACS-COT, 2012). A escolha desta situação, prende-se com a importância do desenvolvimento da competência de **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família** face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2018). Na análise desta situação

não se encontrou literatura específica sobre a experiência vivida de familiares de profissionais de toureio, contudo a vivência desta situação de cuidados provocou na mestranda a reflexão de que a atribuição de sentido pela família a este evento súbito traumático é díspar de outras situações de trauma, como por exemplo por acidente de viação, na medida em que a família aceita o evento como sendo único no tempo. A preocupação e o sofrimento da família surgiam da sua perspectiva de risco de ocorrência de fatores idênticos no tempo, num futuro que projetavam juntos, sabendo da elevada morbidade e mortalidade deste tipo de trauma. A este nível, para uma abordagem sustentada foi importante considerar o estadio do ciclo de vida da família, em que esta se enquadra de forma a intervir positivamente no seu desenvolvimento familiar, considerando as tarefas específicas do estadio que são interrompidas pela situação de doença crítica (Wright & Leahey, 2013). Foi possível compreender também que existia uma forte tradição familiar associada, ou seja, também o seu pai tinha sido toureiro e ela recordava que: *“Quando ele (o pai) saía para trabalhar, a nossa mãe, já nem nos dizia nada, fazia de conta que ele ia só tratar de um assunto, para não nos preocuparmos... e foi sempre assim...”* e *“Lá em casa, na minha infância, não havia Natal... não o verdadeiro Natal, porque quando terminava a época das touradas em Portugal (meados de novembro), o meu pai embarcava e ia para Moçambique trabalhar... só voltava em fevereiro. Nessa altura, a minha avó vestia-nos com as roupas de Natal e tirava-nos fotografias junto à árvore e presépio que ficavam montados até ao seu regresso.”* Assim, o novo entendimento sobre a situação considera que existem particularidades no cuidado à PSC, vítima de trauma taurino e sua família, sendo que neste caso houve falhas na comunicação de enfermagem com a família da doente, mas também no trabalho em equipa de saúde. No âmbito da continuidade cuidados, essenciais para o garante da qualidade dos mesmos, a situação de que a companheira ainda não tinha visto T. e cuja informação inicialmente tinha sido ocultada pela família de T. deveria ter sido transmitida durante a passagem de ocorrências, para que quer enfermeiros, quer médicos, estivessem a par da situação e das necessidades específicas de cuidados desta família. Até porque sendo ela o membro familiar significativo da pessoa, visto que coabitavam, também seria a ela que se projetariam os ensinamentos para a vigilância do penso no membro inferior esquerdo no âmbito do seu processo de alta.

Por isso, apesar de estar instituído o direito de acompanhamento dos utentes dos SU do SNS (Lei n.º 33/2009; Lei nº15/2014) o usufruto deste direito de proximidade ao ente querido está condicionado pelas condições de afluência e de espaço para acomodar os acompanhantes. O sentimento primordial presente foi o de compaixão e o de uma sensação de ímpeto interno para a ajudar no seu momento de dor. Sentiu-se o chamamento de um dever profissional que imprime responsabilidade pelo Outro de quem se cuida. Naquele momento, sentiu-se o seu pânico e a sensação de desamparo e vulnerabilidade, que vivenciava naquele momento, em que estando sozinha num contexto estranho, não obtinha a resposta que precisava. Pensou-se também nas reais necessidades daquela família, a necessidade de proximidade com ente querido, suporte emocional e mesmo de atribuição de significado ao evento súbito (Hsiao, et al, 2017), questionou-se internamente de que forma essas necessidades poderiam ser satisfeitas através da informação transmitida por um não profissional de saúde. Por isso, os pensamentos pessoais da mestrandia presentes naquele momento iam de encontro a esta ideia de que aquela informação tinha causado um grande sofrimento e uma sensação de desamparo numa acompanhante, já por si vulnerável com toda a situação crítica do seu ente querido.

***Na gestão do estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e família*** em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018), uma das principais necessidades da família é a satisfação da necessidade de informação (Blackburn, Ousey & Goodwin, 2019; Yildirim & Özlü, 2018), contudo, cabe ao enfermeiro conduzir um processo de enfermagem de avaliação familiar, na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional de forma a intervir de forma terapêutica na família (Wright & Leahey, 2013). As relações de parceria com a família da pessoa em situação crítica têm sido alvo de investigação na área, contudo importa olhar para a família, não só como um meio de prestar melhores cuidados à pessoa, mas como um fim do próprio cuidado, pois cuidar da família da pessoa em situação crítica implica não só envolvê-la no cuidado, mas também a satisfação de necessidades de apoio emocional, informação, proximidade com o ente querido e atribuição de sentido ao evento de vida experienciado (Galinha de Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Com o intuito de ***aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação terapêutica em enfermagem***, desenvolveram-se diversas atividades de formação, através da participação no *2<sup>nd</sup> International Congress of Family Health Nursing & 6<sup>st</sup> Iberic Congress of Family Health*, na Conferência *Nursing as Caring* e nas 1<sup>a</sup> Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto Atual dos Cuidados de Saúde. A participação nestes eventos permitiu o contato com peritos na área do cuidado de enfermagem de família e ainda o intercâmbio com os pares, reunindo destes contributos para o desenvolvimento de competências em estágio. No *2<sup>nd</sup> International Congress of Family Health Nursing & 6<sup>st</sup> Iberic Congress of Family Health* realizou-se uma comunicação oral sobre a RIL efetuada para o projeto de estágio, referente às estratégias de comunicação com a família da PSC, intitulada “*Cuidar da família na crise: A comunicação com a família da PSC*”, onde se procurou partilhar o resultado de um projeto de investigação coerente, mobilizando com rigor os dados produzidos (Anexo I). Esta atividade permitiu também o desenvolvimento de competências de exposição oral, junto dos pares, argumentando claramente os resultados do próprio raciocínio. Considera-se ter obtido contributos na participação na sessão plenária intitulada “*Transições familiares: Crise e criatividade no ciclo vital da família*”, onde foi possível envolver no debate numa área específica da enfermagem, fomentando a consciência crítica dos presentes para os problemas atuais e novos da disciplina. Destaca-se ainda a participação no *workshop* intitulado “*Enfermagem de família baseada na evidência*” cujo conteúdo se enquadra nas competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que refere a importância de basear a praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019), sendo um dos principais desafios a transferibilidade do conhecimento para a prática.

Na Conferência *Nursing as Caring* surgiu a oportunidade de contactar com a autora do modelo teórico, Savina O. Schoenhofer, sendo uma teoria de largo espectro de enfermagem, que espelha uma perspetiva filosófica de cuidado assente no amor humano, baseada nos seguintes pressupostos: as pessoas cuidam porque são humanas; as pessoas cuidam momento a momento; as pessoas são um todo e completas no momento, desenvolvendo-se no cuidado de enfermagem momento a momento; a *personhood* (pessoalidade, o estado de

ser pessoa) é uma vivência baseada no cuidado; a *personhood* (pessoalidade, o estado de ser pessoa) é aprimorada na relação com os outros que cuidam; a enfermagem é uma disciplina e uma profissão prática (disciplina prática) (Boykin & Schoenhofer, 2001). O foco específico da enfermagem é cuidar de pessoas experienciando o cuidado e desenvolvendo-se nesse cuidado, sendo essa a contribuição específica da enfermagem para a saúde e cuidado em saúde multidisciplinar.

Nas 1ª Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto Atual dos Cuidados de Saúde foi possível a participação através de apresentação de póster intitulado: “*A comunicação terapêutica com a família no serviço de urgência: Promoção da Transição Segura*” (Anexo II), onde se refletiu sobre a situação atual na qual o serviço de urgência acolhe diariamente pessoas idosas, com grau de dependência grave ou total, em situação de vulnerabilidade acrescida, por doença súbita e/ou agudização de suas doenças crônicas. E sendo inquestionável a necessidade de envolvimento do cuidador familiar na preparação para a alta (Czerwonka et al, 2015), contudo, nestes contextos existem vários constrangimentos que dificultam a identificação e sinalização dos cuidadores familiares que podem vir a ser envolvidos nos cuidados.

A participação nestes eventos foi enriquecedora para dar contributos para os objetivos específicos do projeto, pois dotou a mestranda de aportes teóricos atuais e relevantes para a área temática do projeto de estágio. Assim como promoveu a construção de competências de partilha e mobilização de evidência com os pares, tal como previsto nas competências do curso de mestrado de enfermagem, área de especialização PSC (ESEL, 2010), dando simultaneamente resposta às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área (OE, 2018; OE, 2019).

As maiores dificuldades sentidas neste contexto foram na adaptação ao sistema informático da instituição, por ser desconhecido, na integração de procedimentos organizacionais específicos de gestão e ainda numa fase inicial na destreza manual na realização de procedimentos específicos técnicos, tais como colheita de espécimes, face à diferença no material usado, mas também devido ao afastamento progressivo da esfera da prática de cuidados. Os aspetos facilitadores da progressão em estágio foram a capacidade de comunicação com

a pessoa, família e profissionais de saúde, que permitiram uma rápida integração no contexto. Destaca-se ainda a iniciativa e proatividade face às situações de cuidados à PSC, procurando sempre novas situações de aprendizagem e colaborando nos diferentes setores, independentemente do local onde a mestranda estivesse alocada nesse turno. Procurou-se também promover a reflexão face às situações de cuidados, principalmente junto do enfermeiro supervisor, permitindo integrar a experiência profissional prévia da mestranda na elaboração de sugestões de melhoria da qualidade de cuidados. Nomeadamente, na **atualização de protocolo de transmissão de más notícias** já existente no contexto, mas com dificuldades na implementação por parte dos profissionais, sendo feitas sugestões de operacionalização junto da direção clínica do serviço, pois foi necessária a sua adequação aos recursos humanos e físicos existentes. A este nível, procurou-se sobretudo reformular um espaço de acolhimento para a reunião com a família, próximo da sala de reanimação e/ou sala de doente com triagem de Manchester laranja, visto que a distância física para a sala de trabalho do serviço condicionava frequentemente os profissionais da equipa nestes momentos críticos.

De acordo com Buckman (1992), a definição de má notícia abrange toda a informação transmitida à pessoa e família que envolve mudança face ao seu estado atual. Assim, a maioria da transmissão de informação veiculada à família da PSC, requer competências relacionais no acompanhamento da família e a criação de um espaço organizacional para o acolhimento da pessoa e família nestes momentos fulcrais na sua vida. A este propósito importa considerar que *“A família que, em geral, não foi instruída no seu papel de representante do doente, quando decide, fá-lo projetando as suas próprias convicções e não tentando personificar o doente, com quem nunca teve oportunidade ou até evitou discutir o tópico das opções, temores ou expectativas em relação à assistência em fases finais da vida”* (Ponce, 2002), pois muitas das situações críticas são súbitas e as famílias não estão de todo preparadas, ou não são suportadas, para a participação informada nestes processos de tomada de decisão. Particularmente, nas situações de reanimação cardiorrespiratória, de onde emergem problemas éticos e deontológicos, devem ser consideradas as atuais Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), como o testamento vital e a nomeação

de procurador de saúde, acessíveis no portal da saúde pelos profissionais de saúde que trabalham nestes contextos. Cabe, portanto, ao enfermeiro advogar pelos direitos do doente, tendo a iniciativa de consultar a informação presente no Portal da Saúde, por exemplo nas situações em que doente inconsciente não acompanhado dá entrada na sala de reanimação em situação crítica.

***Ao refletir criticamente sobre o cuidado especializado à família da PSC,*** considera-se que o desempenho norteou-se pelos princípios ético-deontológicos da profissão, salvaguardando a privacidade e a dignidade da pessoa, solicitando sempre que possível o consentimento informado, garantido o respeito e implementando estratégias de promoção da autonomia. Destaca-se uma situação de cuidados *post mortem* a doente idosa, cujos filhos quiseram ver o corpo da mãe pós-reanimação, sendo necessário desenvolver o apoio emocional à família, mas também cuidados de preparação com o corpo para a família ter a oportunidade de se despedir e dar continuidade ao seu processo de luto. A morte, em contexto de urgência, surge frequentemente de forma súbita e inesperada, confrontando os enfermeiros com processos de intervenção profissional complexos. Ao lidar com processos de intervenção profissional complexos, a sensibilidade para o apoio psicológico à pessoa e família é essencial, contudo não se pode desconsiderar as necessidades emocionais dos profissionais de saúde, que num ambiente tão desafiante e stressante enfrentam frequentemente situações de *burnout*. A promoção de estratégias de minimização do impacto das situações críticas na equipa contribui para a qualidade dos cuidados, por isso “*A healthy work environment is essential for establishing a collaborative, trusting, and safe environment for the delivery of patient care*” (Urden, Stacy & Lough, 2014, p.14). Os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica deparam-se com o desafio de tentar reconciliar os seus ideais de cuidado com as exigências práticas do cuidado à pessoa, o que se traduz num conflito interno (Locsin & Purnell, 2009), com significativo impacto no enfermeiro, enquanto pessoa que cuida de pessoas. A intervenção autónoma da enfermagem compele os profissionais a dar visibilidade, através dos registos, não só aos cuidados de enfermagem, mas também ao impacto das situações críticas na equipa, de forma a que possam ser desenvolvidas estratégias adequadas de suporte.

Cuidar em contexto de SU requer competências reflexivas que desafiem os enfermeiros a "*come to know self as caring person in ever deepening and broadening dimensions*" (Boykin & Schoenhofer, 2001, p. 15). Assim, a experiência vivida é portadora de sentido quando sujeita à reflexão integrada à luz dos quadros teóricos de referência, permitindo o seu enquadramento e consolidação enquanto competência adquirida pela experiência pessoal e profissional do enfermeiro.

## **2.2 – O contexto de Unidade de Cuidados Intensivos**

Os cuidados de enfermagem em cuidados críticos caracterizam-se por serem altamente especializados, e simultaneamente humanizados, compreendendo as intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem com vista a alcançar os mais elevados padrões de qualidade (Urden, Stacy & Lough, 2014). Tendo em conta o modelo europeu, adotado por Portugal, as UCI organizam-se em três níveis<sup>1</sup>, que podem coexistir na mesma unidade hospitalar, de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (Ministério da Saúde, 2016). Neste contexto de UCI, emerge o enfermeiro de cuidados críticos, como o profissional da equipa multidisciplinar, que "*must be able to deliver high-quality care skillfully, using all appropriate technologies while incorporating psychosocial and other holistic approaches as appropriate to the time and condition of the patient.*" (Urden, Stacy & Lough, 2014, p.14). Estes cuidados de enfermagem são complexos e requerem dos enfermeiros competências especializadas para cuidar da PSC a vivenciar estes processos de doença, mobilizando frequentemente medidas de suporte de funções vitais avançadas e tecnologicamente desafiantes.

O contexto de estágio de UCI está inserido num hospital privado recente, inaugurado em 2008, localizado na zona urbana de Lisboa. O hospital possui um

---

<sup>1</sup> A UCI de nível I, unidade de cuidados intermédios, permite a monitorização, normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção e/ou falência orgânica. Pressupõe a capacidade de assegurar todas as manobras de reanimação e a articulação com outras UCI de nível II ou III. A UCI de nível II possui capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, tais como neurocirurgia, cirurgia torácica ou cirurgia vascular, pelo também que se pode articular com unidades de nível III. Nos últimos anos, algumas destas unidades foram fundidas funcionalmente ou trabalham integradas com as unidades de nível III. As UCI de nível III são as mais diferenciadas com a possibilidade de acesso a todos os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, estando integradas em hospitais com serviço de urgência polivalente.

SU, aberto 24h, com acesso às diversas valências médico-cirúrgicas, que articula diretamente com a UCI. O hospital possui 152 camas, realiza cerca de 18.000 cirurgias/ano e cerca de 420.000 consultas/ano. Os valores da instituição assentam na integridade, compaixão, relacionamento, inovação e desempenho (HLL, 2018). A instituição foi o primeiro hospital da zona de Lisboa acreditado pela *Joint Commission International* (JCI) e possui ainda certificação de nível 6 na escala do Modelo de Adoção de Registo Médico Electrónico (EMRAM), do HIMSS Analytics (*Healthcare Information and Management Systems Society*).

A UCI é um serviço polivalente com apoio direto das diversas valências médico-cirúrgicas, possuindo um total de doze unidades. A equipa multiprofissional é vasta em termos de diferenciação dos profissionais de saúde, sendo de salientar o reduzido número de elementos, pois a equipa de enfermagem é constituída por apenas 27 elementos, com cerca de quatro enfermeiros por turnos. Face à experiência profissional prévia da mestranda, díspar neste aspeto, tal contribuiu para a reflexão sobre a importância do trabalho de equipa. Neste aspeto, o enfermeiro perito deve ser um elemento agregador das diferentes profissões da saúde no contexto, contribuindo para mediar a comunicação entre todos com vista à melhoria do plano terapêutico da PSC.

***O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica*** foi um objetivo major deste contexto, considerando a inexperiência profissional na área e a especificidade do próprio contexto, pelo que foi necessário nas primeiras semanas conhecer a dinâmica de funcionamento do serviço e os membros da equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, e sua família, envolveu a gestão de protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação de sépsis, com insuficiência cardíaca e respiratória grave, a vivenciar um processo pós-cirúrgico imediato de cirurgia cardiotorácica, gastrointestinal e/ou neurocirúrgica. Neste contexto, foi também possível participar no cuidado à PSC decorrente das ativações da Equipa de Resposta Rápida (ERR) da instituição, atuando em situações de periparagem decorrentes de disritmias, distúrbios hidroelectrolíticos e alterações do estado de consciência. A experiência profissional prévia da mestranda em SU foi reconhecida pela ERR como um contributo para a atuação a este nível.

A competência tecnológica na teoria do *Nursing as Caring*, enfatiza como usar a tecnologia pode ser complicado para dar resposta ao cuidado da pessoa que é em si complexa (Boykin & Schoenhofer, 2001). Os contextos tecnologicamente avançados exigem um conhecimento diferenciado do enfermeiro da tecnologia presente, quer seja leve (almofada) ou dura (técnicas invasivas). A tecnologia é um meio para conhecer melhor o Outro e até de comunicação com o Outro, permitindo ao enfermeiro melhor cuidar do Outro. A tecnologia é um meio e não um fim em si mesmo, pois permite a individualização do cuidado de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2001). O reconhecimento do Outro permite uma alternância de perspetivas no cuidado da pessoa, dando harmonia aos vários paradigmas de cuidado, momento a momento consoante esta se torna significativa para a pessoa que cuida e é cuidada.

Os cuidados de enfermagem à PSC exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa e sua família/cuidador alvo de cuidados, para prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Face às situações novas de cuidado de enfermagem com que a mestrande se deparou, foi necessário o aprofundamento sustentado de conhecimentos sobre a gestão da monitorização invasiva e não invasiva, como o sistema BIS (Índice Biespectral), e ainda face a novas medidas terapêuticas, tais como a administração de oxigénio a alto fluxo, procurando uma atualização para um desempenho progressivamente competente. Das diferentes situações de cuidado de enfermagem vivenciadas foi selecionada uma, considerada pertinente pela sua complexidade, de forma a analisar aprofundadamente uma situação de cuidados, através da realização de um Estudo de Caso clínico. A elaboração deste documento permitiu consolidar a exposição com clareza dos resultados do próprio raciocínio e fundamentar a tomada de decisão, selecionando fontes de informação relevantes, baseadas na melhor e mais atual evidência científica disponível (ESEL, 2010).

No âmbito da ***promoção da segurança e gestão de risco*** dos cuidados, importa referir, que neste serviço, a gestão da terapêutica é realizada através de um dispositivo móvel (*Personal Digital Assistant - PDA*), sendo efetuada a leitura

do código de barras presente na pulseira de identificação do doente e, posteriormente, então a leitura do código QRcode do medicamento, o que permite a validação da terapêutica. Esta medida inovadora contribui para a segurança da pessoa cuidada, através da prevenção de ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados com o processo de identificação do doente, preparação e administração de terapêutica. Este registo eletrónico permite ainda rastrear a medicação de forma permanente desde a farmácia hospitalar até à sua administração ao doente. A tecnologia é também utilizada para assegurar a segurança na colheita e administração de hemoderivados. Os sistemas informáticos inteligentes de gestão de saúde existem para suporte operacional da tomada de decisão do profissional de saúde, sendo um recurso potenciador da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em UCI (Ministério da Saúde, 2016). Assim, considera-se relevante a oportunidade de contatar com esta realidade, que promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico, visando a cultura de segurança no contexto de atuação.

A vigilância em enfermagem adquire cariz fundamental na **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica** (OE, 2018; Benner, 2001), na medida em que permite prevenir as complicações decorrentes de instabilidade hemodinâmica, sendo um aspeto no qual se focou o desempenho em estágio, através de um olhar aprofundado à pessoa, mas também mobilizando as diversas escalas de monitorização presentes no serviço (Ramsay, *Richmond Agitation-Sedation Scale* - RASS, *Behaviour Pain Scale* - BPS, Glasgow, Braden, Morse, etc...) e dos sistemas de monitorização invasiva, cujos valores específicos e oscilações (índice e débito cardíaco, índice e variação de volume sistólico, resistência vascular sistémica indexada, água pulmonar extravascular, etc...), ao longo do turno permitem compreender a necessidade de intervenção de enfermagem. A realização e monitorização dos valores gasimétricos, realizados de forma sistemática, aliados ao conhecimento específico da pessoa, também permite a vigilância da evolução da PSC. Os recursos tecnológicos permitem um conhecimento aprofundado da PSC, contribuindo para a identificação e reposta atempada a focos de instabilidade hemodinâmica (Locsin, 2005). As diferentes intervenções terapêuticas, presentes no decorrer do turno, como o levante, a

realização de exame complementar de diagnóstico (ECD), a enfermagem de reabilitação, e outros, são eventos com potencial de causar repercussões hemodinâmicas na pessoa, para os quais ao longo do tempo, foi possível aprender a estar desperta na apreciação do perfil hemodinâmico da PSC. Assim, concebeu-se, implementou-se e avaliou-se intervenções de enfermagem tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda e/ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, que carecem de meios de intervenção avançados (OE, 2018).

O modelo de Locsin pretende demonstrar a importância da relação adequada entre o cuidado de enfermagem e o uso da tecnologia, pondo ênfase no facto de que um uso competente da tecnologia em enfermagem contribui para melhorar o cuidado da pessoa em situação crítica, assim “*competency with technology is the skilled demonstration of intentional, deliberate, and authentic activities by experienced nurses who practice in environments requiring technological expertise*” (Locsin, 2005, p. 7). Este autor articula o seu modelo com o *Nursing as Caring*, usado pela mestranda como referencial teórico, enfatizando também a intencionalidade do enfermeiro, presente no recurso à tecnologia, para a construção de um cuidado de enfermagem tecnológico, onde procura conhecer a pessoa como um todo completo naquele momento (Locsin, 2005). O contato com novos dispositivos de monitorização invasiva, tal como o sistema «volumeview», a linha arterial (LA) e o BIA (Balão Intraaórtico), permitiu refletir criticamente sobre a importância da prevenção de complicações associadas à ventilação e à presença de dispositivos invasivos no cumprimento das metas internacionais de segurança do doente com vista à redução do risco de IACS.

Relativamente a ***maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos***, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, nas primeiras semanas consultou-se as normas específicas do contexto para progressivamente conseguir gerir o ambiente de forma a manipular dispositivos de monitorização invasiva, identificando situações passíveis de quebra de assepsia. O enfermeiro perito deve mobilizar a equipa multidisciplinar no uso adequado de EPI e higienização das mãos, contribuindo para uma cultura de segurança, sendo um exemplo na sua prática clínica diária.

A este nível, a mestranda teve a oportunidade de ser auditada pela equipa do PPCIRA da instituição durante um turno, sem que necessitasse de introduzir medidas corretivas. Assim, procurou-se não só cumprir adequadamente os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo de infeção, face às vias de transmissão, mas também identificar de forma crítica as estratégias que salvaguardam o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no PPCIRA (DGS, 2017). As principais metas contemplam a redução do consumo de antibióticos, manter a taxa de *klebsiella pneumoniae* (resistente a carbapenemos) e reduzir a prevalência da infeção hospitalar (DGS, 2017). A este nível, destaco a intervenção do enfermeiro perito, neste contexto de UCI, na disseminação de normas de boa prática, na monitorização dos indicadores de infeção e no controlo ambiental, assegurando circuitos adequados para todos, utentes e equipa de saúde.

A prevenção da PAI (Pneumonia Associada à Intubação) foi desenvolvida segundo o feixe de intervenções preconizado. A este nível destaco as intervenções autónomas de enfermagem em manter a cabeceira do leito num ângulo superior a 30º, manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 a 30 cm H2O, manter os circuitos ventilatórios limpos e funcionantes e a realizar higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes ao dia (DGS, 2015). No âmbito das intervenções interdependentes, participou-se nas reuniões multidisciplinares de revisão diária de sedação e possibilidade de desmane ventilatório e/ou extubação, fundamentando a recomendação no conhecimento aprofundado da pessoa e da sua evolução clínica.

Tendo presente o tema da área do projeto, a comunicação terapêutica com a família da PSC, destaca-se ainda a intervenção da mestranda junto da família da PSC de forma a facilitar a adesão da pessoa e família a medidas de prevenção da infeção e da resistência a antimicrobianos, quer durante o período de internamento, quer numa perspetiva de medidas de controlo de infeção de cidadania, essenciais a uma convivência em comunidade saudável. Assim, o acolhimento na UCI permite também sensibilizar a família para a prevenção da infeção, através da higienização das mãos, usando também as EPI adequadas nas diversas situações de isolamento.

Ao cuidar da PSC com sépsis, o enfermeiro mobiliza competências de nível perito, na medida que desenvolve a capacidade de reconhecer “*sinais de mudanças subtis de aparência ou de comportamento do doente*” (Benner, 2001, p. 125). A capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, nomeadamente em situações de risco de vida com acentuada instabilidade hemodinâmica, requer a mobilização de competências de vigilância, que permitem uma intervenção adequada e baseada na evidência. A prática especializada, usa a tecnologia disponível para ir ao encontro das necessidades específicas expressas pelo doente na sua pessoa. A tecnologia, nesta perspetiva, é um meio para conhecer melhor o Outro e até de comunicação com o Outro, permitindo ao enfermeiro melhor cuidar do Outro (Boykin & Schoenhofer, 2001). O reconhecimento integral do Outro, assente num sofisticado suporte tecnológico, permite uma alternância de perspetivas no cuidado da pessoa, dando harmonia aos vários paradigmas de cuidado, momento a momento consoante esta se torna significativa para a pessoa que cuida e é cuidada

A competência de ***gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional*** foi atingida numa fase mais tardia do estágio na medida em que requer uma perspetiva abrangente do funcionamento do serviço e respetivas necessidades dos doentes, de acordo com o perfil de cuidados críticos. Esta compreensão abrangente requer um domínio das situações de cuidados e um olhar experiente face à PSC e sua família, para o qual contribuiu a experiência de chefia de equipa do enfermeiro orientador. A gestão e organização da UCI requer do enfermeiro chefe de equipa um conjunto de competências, das quais destaco a mobilização de estratégias e adequação de recursos facilitadores da comunicação. Salienta-se ainda a participação na passagem de turno da equipa médica, juntamente com o chefe de equipa de enfermagem, como um aspeto estruturante para a aquisição de um plano de cuidados que permita a manutenção de linha condutora no processo de cuidar da PSC. Foi também possível articular corretamente com a equipa de saúde na prestação de cuidados à PSC e colaborar na adequada referenciação de doentes e suas famílias a outros contextos de cuidados (altas e transferências). Deste modo, considera-se que a mestranda desenvolveu

competência, de nível de perito, na gestão de processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda e/ou crónica agudizada, enquadrada em processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (OE, 2018).

O conforto é um aspeto crucial na qualidade dos cuidados de enfermagem e no processo de recuperação da pessoa (Kolcaba, 2003), pelo que cabe ao enfermeiro perito **otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família** a vivenciar processos de saúde-doença complexos, decorrente de doença aguda ou crónica agudizada. Na gestão do conforto ambiental da UCI, reflito sobre o cuidado à PSC com *delirium*, que tem elevada incidência em contexto de UCI, com mortalidade associada, decorrente de alterações metabólicas e hemodinâmicas, habitualmente por hipoperfusão (Faria & Moreno, 2013). Desta forma, procurou-se minimizar as alterações no padrão de sono, promover a redução dos estímulos ambientais e realizar uma adequada gestão de sintomas da PSC, monitorizando-a através do uso de escalas, tais como a *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC).

A preocupação com o conforto físico relaciona-se com a gestão diferenciada da dor da PSC, tendo presente que o conceito de dor total é multidimensional, pois resulta de uma complexa e dinâmica interação de fatores físicos, psicoemocionais, sociais, culturais e espirituais (Saunders, 1991). A avaliação da dor na PSC, frequentemente depara-se com a situação da pessoa impossibilitada de autoavaliar a dor, devido à gravidade do seu estado clínico, tal exige o recurso a escalas de avaliação específicas, tais como a BPS. Cabe, portanto, ao enfermeiro perito estar desperto para as múltiplas manifestações de dor da PSC, seja através de sinais comportamentais, como de agitação, esgar facial, sudorese ou até má adaptação ventilatória, seja ainda através de alterações no perfil hemodinâmico, como a taquicardia e a taquipneia. **A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica**, requer apreciação sistemática e sistémica da dor de forma a otimizar a planificação de intervenções adequadas para o seu controlo e gestão (OE, 2008).

A realização de Estudo de Caso, em contexto de UCI, permitiu aprofundar conhecimentos específicos necessários a um processo de aquisição e consolidação de competências numa área sem experiência profissional prévia, potenciando a metodologia formativa de reflexão-investigação/ação. O processo de enfermagem é um método de organização profissional do raciocínio clínico do enfermeiro, orientado para a resolução de problemas e tomada de decisão, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade (Doenges, Moorhouse & Murr, 2013). Selecionou-se uma situação de cuidado especializado de enfermagem a pessoa e família a vivenciar situação de choque hemorrágico. De acordo com Costa & Rocha (2014), o cuidado de enfermagem no choque exige a avaliação sistemática e contínua da pessoa em situação crítica, pois a visão precoce de sinais e sintomas pode evitar complicações, prevenindo a falência multiorgânica, resultante de hipoperfusão dos órgãos. Ao enfermeiro perito cabe a mobilização adequada dos recursos tecnologicamente disponíveis para assegurar a vigilância de enfermagem que permite a prestação de cuidados seguros (OE, 2018). A monitorização constante da doente ao longo dos dias de internamento foi assim um aspeto crucial do seu processo de cuidado, essencial na manutenção do controlo hemostático, na prevenção de complicações e na oferta de conforto.

No âmbito do levantamento de diagnósticos de enfermagem, pertinentes para a situação explanada, considerou-se importante a sua apresentação de acordo com a categorização de diagnósticos atuais, potenciais e de promoção de saúde (Doenges, Moorhouse & Murr, 2013). Ciente de que cuidar da pessoa em situação crítica de forma holística é também cuidar da sua família e neste caso do seu familiar (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011), foram também levantados diagnósticos de enfermagem direcionados ao marido da doente. Assim, perante uma situação de cuidados complexa onde existem várias necessidades humanas fundamentais comprometidas, torna-se imperativo uma hierarquização na definição dos diagnósticos de enfermagem e conseqüente hierarquização na priorização da ação do enfermeiro perito (OE, 2018). A análise reflexiva da situação de cuidados orientou a intervenção na otimização do desmame ventilatório, na promoção da estabilidade hemodinâmica, na prevenção da

infecção e das complicações decorrentes da imobilidade, e ainda no apoio à família.

A integração da família no cuidado otimiza o cuidado de enfermagem à pessoa doente (Wright & Leahey, 2013), pelo que se realizou também um Jornal de Aprendizagem sobre a importância do acolhimento à família da PSC. O acolhimento neste serviço, realizado com o apoio de panfleto predestinado para essa função, permite também desmistificar todo um suporte tecnológico que rodeia o ente querido, sendo frequentes as dúvidas associadas à ventilação mecânica, onde se torna importante demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. O acolhimento da PSC, vinda do bloco operatório, requer um conhecimento específico da intervenção cirúrgica a que foi submetida de forma a conseguir acolher a PSC e sua família no contexto de UCI, identificando as suas necessidades específicas. De igual modo, este conhecimento associado ao ato cirúrgico em si, permite otimizar a resposta a situações de desconforto da PSC, nomeadamente na gestão da dor no período pós-cirúrgico.

A referir que o contexto possui uma política de visitação «*family-friendly*» na qual o panfleto menciona que para solicitar informações sobre o seu familiar/amigo deve dirigir-se a um dos enfermeiros, que se necessário também o encaminhará para o enfermeiro responsável pelo doente ou então para o médico, dando ênfase ao papel da enfermagem no acolhimento e acompanhamento da família. O horário de visitas é amplo, das 11h às 20h, sendo que as situações excecionais são avaliadas caso a caso, demonstrando flexibilidade do contexto no período de visitação. Considerando as políticas atuais do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), as informações por telefone são fornecidas, num período alargado, com carácter de exceção e devem ser centralizadas apenas numa pessoa de referência, com possibilidade de identificação telefónica. Sempre que solicitado é fornecido pelo médico da UCI um boletim clínico verbal relativamente ao estado clínico do doente, habitualmente após as 14h. O ensino à família para a alta permite a sua capacitação para o processo de recuperação da pessoa, nomeadamente nos doentes do foro cardíaco, a quem após cateterismo diagnóstico ou terapêutico, é realizada uma abordagem conjunta, a

doente e família, relativa aos cuidados no pós-cirúrgico e sobre a adoção de estilos de vida saudáveis.

Na situação vivenciada, saliento como aspeto positivo a existência de uma cultura organizacional promotora da presença da família, nomeadamente a existência neste contexto de uma sala de espera confortável com casa de banho própria, a existência de um momento específico de transmissão diária de informação à família, a transmissão de informação escrita à família sobre o funcionamento do serviço (panfleto) e um horário de visitas alargado, das 11h às 20h, e flexível. Ambas as medidas contribuem para a criação de um ambiente de cuidados «*family-friendly*» de acordo com as orientações internacionais (ICN, 2002). Nas atividades sugeridas para a promoção de um ambiente de cuidados centrado na família destaca-se ainda a política alargada de visitação da UCI em causa, pois um horário de visitação na UCI flexível aumenta a satisfação dos utentes, familiares e profissionais de saúde, apesar de exigir o desenvolvimento de competências específicas destes últimos (Mitchell & Aitken, 2016). Assim, torna-se fulcral que o enfermeiro consciencialize que a adoção de medidas organizacionais centradas na família, exigem repostas integradas dos profissionais de saúde.

Na situação de cuidados analisada a decisão de encaminhar o familiar para o serviço de apoio ao utente foi do enfermeiro responsável, contudo os enfermeiros assumem o “*dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem*” (Código Deontológico de Enfermagem, artigo 84.º, alínea a), assim como no âmbito das suas funções devem também dar resposta a outras necessidades de comunicação, como o conforto, o apoio emocional, a proximidade e a atribuição de sentido ao evento da família da PSC (Galinha de Sá, Botelho & Henriques, 2015). Reflete-se que o papel do enfermeiro seria o de localizar o doente, tranquilizar a companheira, dando resposta à suas necessidades específicas e então depois promover uma conferência familiar com os profissionais envolvidos com vista à otimização do processo de alta.

A comunicação, enquanto fator estruturante da relação terapêutica, adquire especial destaque na consecução de competências especializadas em enfermagem. A comunicação terapêutica permite não só assistir a pessoa, mas também a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da

situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Wright & Leahey, 2013). Deste modo, procurou-se **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa** face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e existência de barreiras da comunicação, como no caso do doente ventilado, sendo possível usar mediadores da comunicação, como o quadro de imagens, o bloco de notas e a própria família, enquanto perita na linguagem não verbal do doente. A este nível foi possível participar na sessão de formação intitulada “*Comunicação com o doente ventilado*”, o que permitiu **aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação terapêutica em enfermagem**, de forma a munir a mestrandia de estratégias específicas a mobilizar na prática clínica.

A consciencialização da linguagem não verbal no processo comunicacional permite uma leitura adequada ao desenrolar da relação, pelo que apesar da dificuldade da mestrandia em gerir o silêncio, considera-se que este pode ter uma ação aberta, pois mantém o processo comunicacional, sendo uma manifestação de disponibilidade para o outro, que pode continuar a colocar questões e a expressar as suas preocupações com o futuro. Segundo Phaneuf (2005), o silêncio no decurso da comunicação em enfermagem pode servir vários objetivos, na medida em que uma paragem no diálogo, não é somente uma passagem em branco não produtiva, podendo tornar-se em si numa estratégia de comunicação. Aqui reflete-se que o recurso a esta estratégia comunicacional deve ser mediado pela relação profissional pré-existente, permitindo a criação de um espaço de partilha das dúvidas e preocupações, o que se coaduna com o uso de um silêncio aberto no desenrolar da relação terapêutica. A este nível pode ser encarado pela família como um silêncio fechado, neutro ou aberto (Phaneuf, 2005), daí a importância do seu uso intencional, enquanto estratégia de comunicação.

Durante o estágio, procurou-se fomentar a discussão dos pares para as situações vivenciadas durante o turno, sobre questões éticas relacionadas com o papel do enfermeiro de advogar pelo doente e família, para que se pudesse refletir em conjunto, contribuindo para que destas resultassem aprendizagens e até sugestões de melhoria. Perante situações de transmissão de más notícias à família refletiu-se sobre o conceito subjetivo de má notícia e as condições

necessárias à sua transmissão (Buckman, 1992). Para uma doente em concreto, a má notícia não eram as várias opções terapêuticas e o prolongamento do internamento, mas o ter um animal de estimação em casa que dependia dela. Também o local de transmissão de má notícia foi alvo de questionamento, pois as boas práticas sugerem que se deve desenvolver num contexto calmo e com privacidade, que engloba não só o ambiente envolvente como também as pessoas que estarão presentes nesse momento (Buckman, 1992). No final, é importante planear um acompanhamento adaptável às necessidades e aspirações daqueles a quem se dirige.

Indo ao encontro das necessidades formativas do contexto, procurou-se, através de dinamização de sessão de formação (Anexo II), sensibilizar a equipa de enfermagem para as principais estratégias de comunicação terapêutica com a família da PSC e **contribuir para a construção de protocolo de transmissão de más notícias**. A proposta construída e discutida no seio da equipa engloba o guia de Buckman (1992) composto por seis passos: 1) Desenvolver um contexto calmo e propício, que engloba não só o ambiente envolvente como também as pessoas que estarão presentes nesse momento; 2) Perceber previamente o que o utente ou familiar já sabe sobre a situação; 3) Compreender o que o utente ou familiar quer saber; 4) Partilhar a informação disponível, incluindo prognóstico e opções do plano terapêutico; 5) Responder às diversas reações do utente ou familiar e no final 6) Planear o acompanhamento desta família (luto). Estas seis etapas de intervenção pretendem ser uma ferramenta para o profissional de saúde, no entanto é essencial não esquecer que cada utente é único e detentor de necessidades singulares, pelo que qualquer protocolo ou guião deve ser adaptável às necessidades daqueles a quem se dirige e aos recursos disponíveis no contexto. Este momento formativo formal permitiu também despertar os profissionais presentes para a importância de identificar doentes e famílias passíveis de integrar reuniões multidisciplinares de gestão de caso, as designadas conferências familiares.

As conferências familiares encontram-se amplamente disseminadas em cuidados paliativos para fornecer informação, reforçar a relação, promover a comunicação e a continuidade de cuidados (Buck & Fahlberg, 2014), contudo outros estudos referem que estes momentos de reunião formal com a família

permitem também facultar ensinamentos à família, empoderando-a e capacitando-a para a tomada de decisão no cuidado ao doente (Kalocsai et al, 2018; Loghmani, Borhani & Abbaszadeh, 2014; Pecanac & King, 2019). Também de acordo com Wright & Leahey (2013) as entrevistas familiares são momentos preciosos de avaliação e intervenção familiar, podendo ser realizadas em apenas quinze minutos. Um dos estudos mais recentes conclui que no âmbito das conferências familiares multidisciplinares a participação verbal dos enfermeiros é de apenas 25% na totalidade da reunião (Pecanac & King, 2019), o que não contempla a análise de toda uma dimensão comunicacional não verbal essencial à comunicação terapêutica (Tamparo & Lindh, 2008), tal como o evidenciado no estudo de Briggs (2017), que evidencia o toque, o contato visual e o facultar cadeira, copo de água e lenços de papel, promovendo o conforto da família através de mais do que palavras. A existência de um momento específico formal de contato destinado à comunicação com a família através de uma reunião é algo que surge como sendo importante para envolver a família no processo de tomada de decisão terapêutica e não apenas para transmissão de informação sobre o estado do doente. Para as designadas conferências familiares, também Phaneuf (2005) aborda a importância de encontrar um clima favorável à comunicação, o que nestes contextos tão dinâmicos, como a UCI, requer a criação de um espaço próprio para o encontro.

A integração da família no cuidado otimiza o cuidado de enfermagem à pessoa doente (Wright & Leahey, 2013). O envolvimento dos vários profissionais de saúde no plano terapêutico de doente permite a aquisição da designada «dança de cuidadores» na qual a família e doente são parte integrante do processo. Na teoria de cuidado de enfermagem «*Nursing as Caring*», direcionada para o cuidado da PSC, está patente de que forma o cuidar de todos os intervenientes, seja o doente, a família e o próprio enfermeiro, se coaduna com a filosofia do cuidado à PSC (Boykin & Schoenhofer, 2001). Assim, existindo já neste contexto os recursos humanos e materiais para a implementação de conferências familiares, importa mobilizar os profissionais para a importância destas práticas, sensibilizando-os para as situações que usufruem deste tipo de abordagem integrada. Também a discussão com o enfermeiro supervisor e os restantes enfermeiros da equipa, assim como com os outros profissionais de saúde, nos

momentos formais e informais de formação, permitiu que em conjunto se alcançasse um maior nível de despertar para as necessidades da família da PSC na abordagem no futuro de situações semelhantes.

A comunicação terapêutica em enfermagem com a família da PSC constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício dos profissionais de saúde. As conferências familiares não só melhoram a comunicação entre a equipa de saúde e a família como melhoram a comunicação entre a própria equipa de saúde, promovendo a sua colaboração mútua. Perante situações de risco de vida eminente e/ou prognóstico incerto, tornou-se ainda mais relevante a comunicação de forma terapêutica com a família da PSC, ***mobilizando para tal estratégias específicas de comunicação***. Os resultados da RIL mostram a importância do enfermeiro escutar empaticamente a família em sofrimento, de a consolar através do toque, de promover a confiança em si e na equipa de saúde, de clarificar questões sensíveis (ressuscitação cardiopulmonar, fim de vida, doação de órgãos e suspensão de medidas terapêutica), de gerir as expectativas/esperança e de ser capaz de transmitir informação atualizada, usando uma linguagem acessível à compreensão do familiar. As estratégias específicas de comunicação terapêutica com a família da PSC, trazem luz ao cuidado especializado de enfermagem ao nível da forma da relação terapêutica. Ao nível do conteúdo, que enriquece o processo de comunicação terapêutica com a família da PSC, o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary para o uso das seguintes questões terapêuticas: Como vos podemos ajudar durante a hospitalização de ente querido/preparação para a alta? No passado, o que foi mais facilitador e mais difícil de superar neste tipo de situação? Quem na vossa família está a sofrer mais com esta situação? Qual é a questão que gostaria de ver respondida nesta reunião? (Wright & Leahey, 2013). A informação proveniente destas questões terapêuticas orienta o enfermeiro para a gestão realista de expectativas, adaptando o conteúdo e a forma da informação transmitida. E potencia a intervenção junto da família, ajudando a identificar criticamente obstáculos e recursos para ultrapassar a crise atual (Wright & Leahey, 2013). A este nível, coube à mestrandia o recurso sustentado das estratégias, demonstrando domínio progressivo nas mesmas e refletindo simultaneamente sobre de que forma estas

estratégias permitem também estimular a integração da família no cuidado à PSC, tornando-a parceira de cuidado à PSC.

A discussão fundamentada e partilhada com a tutora, o orientador clínico, a equipa de enfermagem e depois alargada à equipa multidisciplinar são momentos de enriquecimento e de oportunidade de afirmação da mestranda. A reflexão surge enquanto estratégia, que permite avaliar criticamente as especificidades do cuidado de enfermagem na comunicação com a família da PSC para estruturar o raciocínio e para otimizar a prática futura. As influências, no percurso académico da mestranda, da filosofia existencialista e da fenomenologia, contribuíram para a valorização do desenvolvimento da pessoa profissional, numa perspetiva humanista, baseada na maturidade da sua descoberta pela reflexão. D'Espiney (1997) também considera que a reflexão não é um fim em si, mas um meio autoformativo de descontextualização e recontextualização da ação. A metacognição emerge como uma ferramenta que ajuda a pensar sobre a forma como se pensou na situação e não como forma de pensar novamente sobre a situação.

A forma de pensar enfermagem, assenta num modelo concetual de enfermagem que emerge diretamente da prática do cuidado à pessoa em situação crítica, na qual o cuidado verdadeiro e holístico de enfermagem requer um conhecimento do doente enquanto pessoa, no qual se distingue a pessoa da sua doença e se constrói um cuidado humanamente centrado (Locsin & Purnell, 2009). Ao **refletir criticamente sobre o cuidado especializado à família da PSC**, considera-se a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC e/ou falência orgânica e à sua família, na qual o enfermeiro perito mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. A evidência mostra que a mudança num dos membros do sistema familiar, através do impacto da doença, produz modificações nos outros membros da família (Wright & Leahey, 2013). Os programas de melhoria contínua da qualidade, de vários organismos (Organização Mundial da Saúde; Conselho Internacional de Enfermeiros; Conselho Nacional da Qualidade; Instituto da Qualidade em Saúde; Ordem dos Enfermeiros) contemplam a avaliação da satisfação da família, enquanto indicador de qualidade dos cuidados. Avaliam, nomeadamente, a satisfação da família com o processo de

referenciação / continuidade de cuidados, adesão ao regime terapêutico, envolvimento do convivente significativo, acolhimento e alta. A instituição onde decorreu o estágio realiza a avaliação da satisfação dos utentes, a gestão de reclamações de utentes e familiares, procurando melhorar continuamente a forma como o hospital lidou com a família do utente. A avaliação sistematizada da satisfação familiar permite a introdução de medidas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (ICN, 2002). Reflete-se que importa sensibilizar a equipa, para além do marketing institucional, decorrente da atribuição de certificações internacionais, indo ao âmago da importância de agir com intencionalidade e não para dar resposta a exigências empresariais da instituição. Assim, torna-se fulcral a sensibilização da equipa de saúde para a identificação de situações de vulnerabilidade de familiares acompanhantes da pessoa em situação crítica na UCI face às suas necessidades específicas de cuidados.

Ao lidar com processos de intervenção profissional complexos, no âmbito das situações de saúde mais prevalentes em cuidados críticos, é importante compreender de que forma se pode também dar resposta às necessidades da família neste momento, pois não se trata de um alargar da esfera de cuidados, mas sim um olhar direcionado para a família como parte integrante dessa mesma pessoa. O trabalho em equipa é uma importante rede de suporte em contexto de cuidados críticos e urgência. A experiência profissional da mestranda denota que uma eficaz gestão de equipas condiciona a gestão de cenários. O espírito de equipa obtém-se com confiança com os membros do grupo, no trabalho e competências de cada elemento. Para a equipa ser eficaz cada um dos seus elementos tem que ser competente naquilo que é esperado do seu papel individualmente (McFarlane, 2015). Recordam-se os momentos de partilha de experiências multidisciplinares, como sendo momentos de crescimento pela discussão enriquecida com vários contributos teóricos e experienciais, para a mestranda esta é uma das mais valias de ter exercido num contexto profissional com tantos profissionais de tão diversas áreas. Tendo presente que a primeira etapa para a formação de uma equipa é criar um sentido de urgência para a resolução de determinado problema (Gluyas, 2015), esta informação por si só seria por isso impulsionadora da criação de equipas eficazes. Reflete-se,

novamente, quais as equipas que assumem e reconhecem esse problema? Torna-se assim num problema cíclico.

O doente e a família também são membros válidos da equipa de cuidados que são consideravelmente subestimados. Importa lembrar, que na Lei nº15/2014, existe um artigo expressamente dedicado à promoção da cooperação entre os profissionais de saúde e a família que refere: *“Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada”* (artigo 22º, alínea 1) e também o ICN (2002), advoga a importância de *“Including family in patient care planning sessions”* como medida percursora da qualidade dos cuidados centrados na pessoa e família. Para ser considerada uma equipa eficaz tem de existir confiança entre o doente, a família e o enfermeiro, isso implica, por exemplo, acreditar quando a pessoa diz que tem dor apesar de ter feito um analgésico há pouco tempo, ou ainda valorizar o discurso de um familiar que insiste que a sua mãe idosa totalmente dependente e prostrada, hoje está mais prostrada que o habitual. As competências das equipas eficazes são baseadas na comunicação (linguagem comum e a partilha de conhecimento com modelos mentais semelhantes), objetivo comum claro com resultados esperados, o apoio mútuo (baseado num clima colaborativo de confiança), a capacidade de monitorização da situação (através de atributos individuais e coletivos), e ainda a sua liderança (McFarlane, 2015). Destaco ainda o compromisso das pessoas com a solução, o conhecer os critérios de excelência naquela situação, a existência de um sistema de suporte forte (organizacionais e líderes fortes formais e informais) (Gluyas, 2015). É ainda importante usar metas exequíveis para alcançar objetivos a curto e médio prazo, porque potencia as conquistas e aumenta a satisfação da equipa (doente, família e enfermeiro / profissionais de saúde).

A lei portuguesa salvaguarda o direito de acompanhamento de utente dos serviços de saúde em internamento hospitalar (Lei nº15/2014), com especial enfoque para as situações de doente em situação de dependência (artigo 20º), referindo que nestes casos o acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente. De acordo, com o nº 9 da Carta do Direitos do Doente, a informação sobre cada pessoa a

ela pertence e só pode ser partilhada com aqueles que estão implicados no processo terapêutico, neste caso os profissionais de saúde e o esposo da doente. O Código Deontológico de Enfermagem (2005), refere ainda que o enfermeiro deve *“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”* (artigo 85.º, alínea b). Logo, estando uma doente numa situação de incompetência transitória para decidir sobre o seu plano terapêutico, a família deve ser envolvida na discussão do plano terapêutico, tendo direito à informação sobre a situação clínica da sua esposa, sem prejuízo da confidencialidade de dados de natureza pessoal e sensível que devem ser preservados. As opções terapêuticas face à situação de cuidados deveriam ser discutidas previamente dentro da equipa de saúde e depois discutidas em conjunto com o familiar. Isto porque a decisão de enveredar para cuidados paliativos, traqueostomizar a doente e/ou transferência de doente é médica, sendo o enfermeiro envolvido em todas as fases do cuidado, pelo que este deve estar presente desde o planeamento, execução e avaliação. Assim, a informação decorrente das opções terapêuticas da doente só deveria ser veiculada ao esposo após a informação por parte da equipa médica, idealmente em conjunto com os profissionais de saúde envolvidos, médico e enfermeiro.

A intervenção especializada em enfermagem nos processos de morte e as várias fases do processo de luto só é alcançada plenamente numa perspetiva transdisciplinar (Saunders, 1992). Atualmente, os cuidados paliativos em UCI são cada vez mais uma realidade institucional, devido à própria evolução da ciência e às condições organizacionais criadas para tal, pois mesmo nas situações que não são passíveis de cuidados paliativos, na verdadeira aceção do termo, desenvolvem-se os designados cuidados de conforto em fim de vida. Também o consentimento informado, patente nos direitos do doente, deve ser fomentado no seio da equipa de saúde, pois as situações de doente crítico elevam o valor maior da vida e permitem o consentimento presumido, contudo as situações em que tal acontece não devem ser a regra, mas a exceção à regra.

A este nível, destaco a importância da gestão do ambiente e da comunicação terapêutica com a pessoa e família, capacitando-a através da informação para a

vivência da transição. O papel do enfermeiro especializado face à família da PSC, na UCI, deve dar resposta à necessidade de comunicação, conforto, apoio emocional, conforto e proximidade da família da PSC (Abdel-Aziz, Ahmed & Younis, 2017) e neste processo promover uma conferência familiar com os profissionais envolvidos com vista à otimização do plano terapêutico da PSC e sua família. Este é um momento privilegiado que permite a expressão de expectativas e sentimentos pela família. Neste encontro, o enfermeiro deve estar dotado de ferramentas comunicacionais cientificamente adequadas e deve apropriá-las à unicidade da família que tem à sua frente, baseando-se numa relação terapêutica previamente construída.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem especializado à PSC e sua família requer um leque de competências que permita a gestão de situações complexas, exigindo ao enfermeiro a construção de um percurso formativo que lhe permita dinamizar e maximizar intervenções, priorizando e mobilizando evidência face à consciência crítica que emerge de cada situação específica. O cuidado do Outro não é único da enfermagem, no sentido de não ser exclusivo, mas o cuidado de enfermagem é único no mundo (Boykin & Schoenhofer, 2001). O enfermeiro perito, enquanto agente de mudança nos contextos, cria um espaço organizacional e formativo para promover a comunicação terapêutica com a família, incentivando a equipa de saúde multidisciplinar para o uso consciente de estratégias de comunicação terapêutica, como instrumentos indispensáveis a um cuidar de excelência.

A comunicação terapêutica aumenta a confiança dos cidadãos na equipa de saúde e nos cuidados prestados. As intervenções relacionais exigem do enfermeiro o domínio de estratégias comunicacionais, que permitam estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa. As estratégias comunicacionais são sólidas habilidades cognitivas e socio-afetivas que facilitam e estruturam a ação de enfermagem (Phaneuf, 2005). O saber conduz à ação e um saber-fazer articulado em função de uma finalidade transforma-se então em competência.

A realização deste documento, enquanto relatório pessoal de estágio, encerra em si também uma intencionalidade formativa para a mestranda, através da finalidade de dar a conhecer o seu percurso, baseado na sua personalidade, de revelar-se no significado e de procurar reconhecimento de mérito de forma coerente e reflexiva. A experiência *“prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”* (Benner, 2001, p.14), assim emerge o reconhecimento de competências adquiridas, através de processos de aprendizagem ao longo da vida, em diferentes domínios do exercício profissional. As experiências de cariz significativo são ilustrativas do desenvolvimento de competências na seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; reflexão sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; exposição com clareza e argumentação dos resultados do seu próprio raciocínio; mobilização com rigor os dados dos

relatórios de investigação; elaboração de projetos de investigação coerentes; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento, numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina; abordagem de questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (ESEL, 2010). Deve ser o questionamento interno do enfermeiro perito o que o leva a querer fazer mais e melhor pela pessoa de quem cuida, procurando soluções criativas e atuais, baseadas na evidência científica, nas quais sustém as suas intervenções de enfermagem distintivas. Logo, após este percurso considera-se a responsabilidade da mestranda pela mobilização de competências essenciais a uma esfera de ação onde a intervenção de enfermagem é diferenciadora.

Ao longo do percurso formativo a tomada de decisão foi norteada por um sólido e atual corpo de conhecimentos científicos na área, essencial ao desenvolvimento de competências analíticas e reflexivas promotoras da autonomia e segurança dos cuidados de enfermagem. A formação profissional e a natureza da experiência pessoal em estágio denotam o resultado de uma aquisição efetiva de conhecimentos e competências de nível adequado e compatível com o cuidado especializado de enfermagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica.

Apelando à reflexão em ação e à transferência de competências comuns em ambos os contextos, urgência e cuidados críticos, foi desenvolvido um olhar de forma direcionada para cada contexto específico de forma a desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro mestre e especializado na área da PSC (ESEL, 2010; OE, 2018; OE, 2019). Concomitantemente, consolidou-se um percurso paralelo no desenvolvimento do tema da comunicação terapêutica com a família da PSC, porque o enfermeiro especializado é responsável pela mobilização de competências essenciais a uma intervenção de enfermagem de excelência. Assim, demonstrou-se um nível aprofundado de compreensão e competência, numa área específica da enfermagem, face a um problema atual da sociedade, desenvolvendo o cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família.

O balanço do percurso comporta aspetos facilitadores e também limitações sentidas. O principal aspeto facilitador neste percurso é o interesse e gosto pela temática o que potencia a pesquisa e a articulação de ideias com base a um raciocínio clínico progressivamente mais analítico e reflexivo. Destaca-se ainda como aspeto positivo o contributo da RIL com a consequente mobilização dos resultados na prática quotidiana, promovendo a transferibilidade da evidência científica. As limitações sentidas foram sobretudo na gestão dos recursos humanos e materiais presentes no contexto, mobilizando a experiência prévia para a adaptação a outras realidades profissionais. Destaca-se, enquanto estratégias para ultrapassar as dificuldades, a proatividade da mestranda na identificação de necessidades formativas e a partilha das mesmas com os supervisores clínicos e a docente tutora.

Relativamente aos contextos de estágio, investiu-se, principalmente, na fase inicial de integração nos contextos, realizando turnos sem grande espaçamento temporal de forma a dar continuidade à aprendizagem, cimentando e integrando as experiências. A consulta de normas e regulamentos dos contextos permitiu a familiarização com os procedimentos mais comuns e a cultura do serviço. A pesquisa foi constante e paralela a todo o percurso como forma de sedimentação teórica. Considera-se ainda que foi possível dar um contributo prático para os contextos no âmbito da temática do projeto, sensibilizando a equipa multidisciplinar e propondo alterações nos protocolos de comunicação com a família da PSC. A partilha das dificuldades com os supervisores clínicos e a docente tutora foi uma estratégia essencial com vista à monitorização e correção atempada no percurso de desenvolvimento de competências.

A busca das melhores respostas em cuidados de saúde é essencial para a persecução do objetivo da excelência do cuidado de enfermagem, que as instituições prestadoras de cuidados de saúde procuram prestar aos cidadãos. Logo, considera-se importante a análise reflexiva sobre a conduta da mestranda com ênfase na importância de compreender as especificidades de cuidado à PSC e sua família, face à vivência singular da sua situação, usando a comunicação terapêutica como forma de avaliação e intervenção de enfermagem especializada. Enquanto docente, considero como significativos os modelos de formação de adultos que combinam vários aspetos da formação,

sendo centrados na aquisição (aumentar o nível de competência profissional), centrados no processo (autonomizar a gestão da aprendizagem) e os centrados na situação (proporcionar reflexão e análise da prática) (Mestrinho, 2012). Assim, a reflexão experiencial é um conceito central quando contextualizada no tempo, espaço e circunstâncias do percurso de desenvolvimento profissional, mas que deve estar ancorada em atividades significativas planeadas no percurso em contexto de estágio para dar resposta aos restantes aspetos da formação de adultos.

A reflexão, através da execução do presente documento, permite a melhoria da prática clínica, pois fomenta a exposição descritiva com clareza e argumentação dos resultados de aprendizagem adquiridos. A aquisição de competências no cuidar da PSC e sua família requer conhecimentos e capacidade de compreensão num nível aprofundado com uma tomada de decisão fundamentada e refletida, sendo exemplo para a equipa, na resolução de problemas de forma inovadora, com vista à promoção da melhoria contínua da qualidade. Concluindo, considera-se que neste período de estágio foi possível atingir os objetivos preconizados, desenvolvendo um olhar abrangente do cuidado à PSC e sua família, que fomenta uma compreensão integral do processo de saúde-doença vivenciado pela pessoa e família.

O percurso encetado consolidou competências no domínio da gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019). O cuidado ético em enfermagem fundamenta o agir no encontro intersubjetivo com a pessoa e sua família, explorando a relação terapêutica, a manutenção da dignidade e o cuidado colaborativo. O cuidado de enfermagem especializado, à família da pessoa em situação crítica, requer a adoção de consistentes práticas relacionais com a família em crise, sendo suportadas em estratégias de comunicação terapêuticas, que exigem competência para o seu uso enquanto instrumento do cuidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abdel-Aziz, A.L., Ahmed, S.E.S., & Younis, G.A.E. (2017). Family needs of critically ill patients admitted to the intensive care unit: Comparison of nurses and family perception. *American Journal of Nursing Science*; 6(4): 333-346. Doi: 10.11648/j.ajns.20170604.18
- Adams, A.M.N., Mannix, T. & Harrington, A. (2015). Nurse's communication with families in the intensive care unit: a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(2), 70-80. DOI: 10.1111/nicc.12141
- Almaze, J.P.B. & De Beer, J. (2017). Patient-and-family-centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(2), 59-65. DOI: 10.7196/SAJCC.2017.v33i2.317
- American College of Surgeons- Committee on Trauma (ACS-COT). (2012). *Advanced Trauma Life Support: Student manual* (9 ed.). American College of Surgeons.
- Barndt, S.N. (2018). Death in Trauma: The Role of the ACNP in Patient Advocacy and Familial Support in End-of-Life Care Decision-Making. *Journal of Trauma Nursing*. May/Jun; 25(3): 171-176. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000363.
- Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30-45. DOI: 10.1016/j.ienj.2018.07.002
- Belmont Report (1979). *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. In: Post SG, editor. *Encyclopedia of Bioethics* (3th ed.). New York: Macmillan; 2004. p. 2822-7.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, & Stannard, (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care* (2ª ed.). EUA: Springer Publishing. ISBN: 978-08261057308
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers
- Briggs, D. A. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing Standard*, Sep 6; 32(2): 41-48. DOI: 10.7748/ns.2017.e10812
- Buck, H. G. & Fahlberg, B. (2014). Let's talk about it: Arranging a family conference. *Nursing*, Jan., 14-15. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000438721.81334.f7
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R. & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14:35. DOI: 10.1186/s12904-015-0032-0

- College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2008). *Registered nurse roles that facilitate continuity of care*. Edmonton: CARNA. Acedido a 14-10-2016 em [http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/PositionStatements/RN\\_ContinuityCareRoles\\_Sept2008.pdf](http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/PositionStatements/RN_ContinuityCareRoles_Sept2008.pdf)
- Costa, I. C. N. & Rocha, A. K. L. (2014). Assistência de enfermagem a pacientes com diagnóstico de choque hipovolémico. *Revista InterScientia*, 2(1): 77-88. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/60>
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43. Doi: 0.12968/bjon.2008.17.1.28059
- D'Espiney, L. (1997). Formação inicial / formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: Canário, R. (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Direção Geral de Saúde (2014). *Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care* (4<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M.T. & Aslakson, R. (2016). Empowering the "cheerers": Role of surgical intensive care unit nurses in enhancing family resilience. *American Journal of Critical Care*. Jan; 25(1): 39-45. DOI: 10.4037/ajcc2016926.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objetivos e competências do curso de mestrado em Enfermagem, na área de especialização da PSC*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Faria, R. & Moreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2):137-147. DOI: 10.5935/0103-507X.20130025
- Galinha de Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19, 31–46. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- Gluyas, H. (2015). Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard*. 29, 49, 50-57.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência, ISBN 972-8383-11-8.

- Hospital Lusíadas Lisboa (HLL). (2018). *Relatório de Qualidade e Segurança*. Lisboa: Lusíadas Saúde
- Hospital Vila Franca de Xira (HVFX) (2018). *Relatório do sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação de utentes*. Vila Franca de Xira: Qmetrics.
- Hammond, B., Zimmerman, P.G., & E. N. A. (2013). *Sheehy's manual of emergency care* (7th ed.). Sr Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Hoffmann, E. & Olsen, P. R. (2018). Like an ace up the sleeve: an interview study of nurses' experiences of the contact with relatives in a somatic emergency ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, DOI: 10.1111/scs.12566
- Hollman Frisman, G., Wåhlin, I., Orwelius, L., & Ågren, S. (2017). Health-promoting conversations: A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13969>
- 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.
- Hwang, U., Dresden, S. M., Rosenberg, M. S., Garrido, M. M., Loo, G., Sze, J. et al. (2018), Geriatric Emergency Department Innovations: Transitional Care Nurses and Hospital Use. *J Am Geriatr Soc*, 66: 459-66. DOI:10.1111/jgs.15235
- INEM (2012). *Manual situação de exceção* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica
- Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S.P., Taylor, P., Downar, J. & Gotlib Conn, L. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*. Jul 9; 18(1): 533. DOI: 10.1186/s12913-018-3341-1.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company
- Linnarsson, J.R., Bubini, J. & Perseus, K.I. (2010). A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 666-76. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03244.x
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competence as caring in nursing: a model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International
- Locsin, R. C. & Purnell, M. J. (2009). *A contemporary nursing process: the (un)bearable weight of knowing in nursing*. New York: Springer Publishing Company
- Loghmani, L., Borhani, F., & Abbaszadeh, A. (2014). Factors affecting the nurse-family communication in intensive care unit of Kerman: a qualitative study. *Journal of*

- Lukmanulhakim, Suryani & Anastasia, A. (2016). The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia. *International Journal of Research in Medical Sciences*, Dec; 4(12), 5456-5462. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20164228>
- MacFarlane, D. A. (2015). Teams, Change, and Leadership: Practical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*, 4(5), p.748-57.
- Mendonça Rezende, L.C., De Freitas Macedo Costa, K.N., Pereira Martins, K., Ferreira da Costa, T. (2014). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura de los Cuidados*, 18, 39. DOI: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.10>
- Mestrinho, M. G. (2012). Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Enfermagem*, 16(2), p.1-30
- Ministério da Saúde (2016). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Portugal: Ministério da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2019). Portugal: Diário da República, 2ª Série-N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 429/2018. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica* (2018). Portugal: Diário da República, 2.ª série - N.º 135 – 16 de julho de 2018.
- Pecanac, K. & King, B. (2019). Nurse-family communication during and after family meetings in the intensive care unit. *Journal of Nursing Scholarship*, 0:0, 1-9. DOI: 10.1111/jnu.12459
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social*. XXXVIII: 166, 139-153.

- Riley, J.B. (2017). *Communication in nursing*. (8ª ed.). EUA: Elsevier. ISBN: 978-0-323-35410-3
- Rodríguez-Gonzalo A., García-Martí, C., Ocaña-Colorado, A., Baquera-De Micheo, M. J., & Morel-Fernández, S. (2015). Efficiency of an intensive educational program for informal caregivers of hospitalized, dependent patients: cluster randomized trial. *BMC Nursing*, 14(1), 1-12. DOI:10.1186/s12912-015-0055-0
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & CLE, 7º. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 1–35. Recuperado de <https://pt.scribd.com/document/241273228/Metodologia-de-Projeto>
- Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care: An interdisciplinary approach*. Londres: Edward Arnold
- Tamparo, C.D. & Lindh, W.Q. (2008). *Therapeutic communication for healthcare*. (3ªed.) EUA: Delmar. ISBN 10:1-4180-3264-6
- Tanner, A. C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. Disponível em : <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=3485d7b6-d98b-49c9-85a3-f15db21228c9%40sessionmgr4006>
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*. Vol. 22, nº 3, p. 615-620. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta
- Yildirim, T. & Özlü, Z.K. (2018). Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing Midwifery Studies*; 7: 33-8. Recuperado de <http://www.nmsjournal.com/text.asp?2018/7/1/33/224551>
- Warrilow, S., Farley, K.J., & Jones, D. (2015). Ten practical strategies for effective communication with relatives of ICU patients. *Intensive Care Medicine Journal*. Dec; 41(12): 2173-6. DOI: 10.1007/s00134-015-3815-0
- Watzlavick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. EUA: Norton.
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families – A guide to family assessment and intervention* (6th edition). EUA: F.A. Davis Company
- Wright, L. (2017). *Suffering and spirituality: The path to illness healing* (4th Ed.). Canada, Calgary: Floor Press.

APÊNDICE I – Protocolo da RIL

## **Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica (PSC): Um protocolo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL)**

### QUESTÃO DE PESQUISA/ OBJETIVO

Esta RIL tem por objetivo identificar as intervenções de enfermagem que otimizam a comunicação com a família da PSC. Assim, definiu-se, usando o formato PICo, a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem (estratégias) que otimizam a comunicação (i) com a família (P) da PSC (Co)?

### ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para dar resposta à questão de investigação desenvolveu-se uma RIL, de acordo com as etapas preconizadas por Cronin, Ryan & Coughlan (2008), pelo que: na primeira etapa, selecionou-se o tópico para revisão; na segunda etapa, procedeu-se a pesquisa na literatura para definição de termos de pesquisa; na terceira etapa, realizou-se a leitura e recolha de artigos de forma sistematizada; e na quarta etapa, a compilação e discussão da informação obtida da análise dos artigos selecionados. Recorreu-se às bases de dados CINAHL, Medline, PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews e ScienceDirect, utilizando descritores de busca de acordo com os termos indexados nas respetivas bases (Quadro 1).

Quadro 1. Descritores utilizados na pesquisa em base de dados.

<b>P (população)</b>	<b>I (foco de interesse)</b>	<b>Co (contexto)</b>
<i>Family</i> <i>Caregivers</i> <i>Extended family</i>	<i>Communication</i> <i>Communication protocols</i> <i>Communication skills</i> <i>Nonverbal communication</i> <i>Patient-family conferences</i> <i>Nurs*</i>	<i>Intensive care units</i> <i>Critical care</i> <i>Emergency service</i> <i>Emergency care</i> <i>Prehospital care</i>

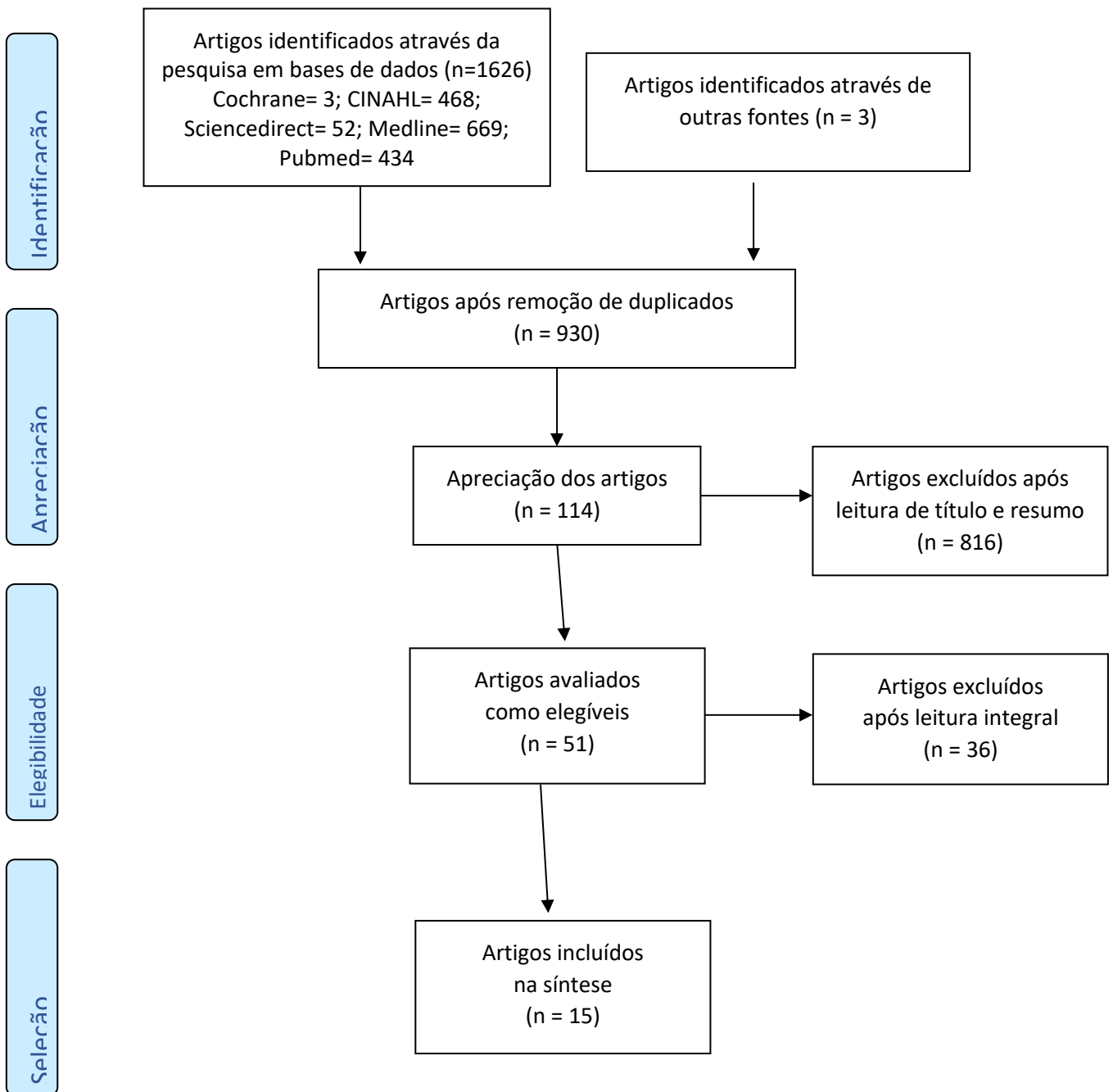
A pesquisa foi realizada em julho de 2019, usando a seguinte fórmula de pesquisa: [(*Family OR Caregivers OR Extended family*) AND (*Communication OR Communication protocols OR Communication skills OR Nonverbal communication OR Patient-family conferences*) AND (*Nurs\**) AND (*Intensive care units OR Critical care OR Emergency service OR Emergency care OR Prehospital care*)]. A pesquisa foi ainda completada através de artigos provenientes de referências bibliográficas de textos consultados, literatura cinzenta e de pesquisa direta.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Na seleção dos artigos definiram-se os seguintes critérios de inclusão: a população alvo do estudo ser a família ou pessoa significativa da PSC; o contexto de cuidados de enfermagem ser na área do adulto e idoso; e ser um artigo de investigação primário ou secundário. Esta revisão considerou estudos primários e secundários, sem restrição na abordagem metodológica, disponíveis em texto integral, sem data limite. Foram ainda excluídos os artigos que não estivessem disponíveis em português, inglês, francês ou espanhol.

Perante os resultados da pesquisa realizada eliminaram-se primeiramente os duplicados, depois aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente e seguidamente procedeu-se à leitura de título e resumo dos artigos selecionados (Figura 1.).

Figura 1. Diagrama de seleção dos artigos (Adaptado de *Prisma Flow Diagram*, 2009)



Após a remoção de duplicados foi identificada uma amostra inicial de 114 artigos para apreciação, através de leitura do título e resumo. Após esta fase, 51 artigos foram considerados elegíveis para compor a amostra final. A leitura integral dos artigos permitiu a seleção final de quinze artigos para a realização da síntese. Os resultados obtidos foram revisados por ambas as autoras de forma independente. Tal etapa foi adotada com o intuito de potenciar a confiabilidade dos resultados e respectivas conclusões.

APÊNDICE II – Cronograma 3º semestre

**CRONOGRAMA – UC Estágio com Relatório (3º Semestre)**

Mês	Outubro 2019					Novembro 2019				Dezembro 2019			Férias	Janeiro 2020				Fev. 2020	
Dias	30-4	7-11	14-18	21-25	28-1	4-8	11-15	18-22	25-29	2-6	9-13	16-20	23-3	6-10	13-17	20-24	27-31	3-7	10-15
UCI	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo				Verde						
SU										Ciano	Ciano	Ciano	Verde	Ciano	Ciano	Ciano	Ciano	Ciano	Ciano
JA					Marrom								Verde				Marrom		
EC													Verde	Púrpura					
SF							Verde						Verde						Verde
ICFHN			Azul										Verde						
JPEA												Verde	Verde						

**Legenda:**

UCI – Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

SU – Estágio em Serviço de Urgência

JA – Realização de Jornal de Aprendizagem

EC – Realização de Estudo de Caso

SF – Sessão de Formação

ICFHN – 2<sup>nd</sup> International Congress of Family Health Nursing & 6<sup>st</sup> Iberic Congress of Family Health

JPEA – 1<sup>a</sup> Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto Atual dos Cuidados de Saúde

### APÉNDICE III – Objetivos específicos contexto SU

## Contexto SU

(30 de setembro a 22 de novembro)

<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer a dinâmica de funcionamento do serviço e os membros da equipa multidisciplinar (2ª semana);</li><li>• Prestar cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e sua família;</li><li>• Gerir protocolos terapêuticos complexos;</li><li>• Fundamentar a tomada de decisão, selecionando fontes de informação relevantes (PBE);</li><li>• Expor com clareza os resultados do seu próprio raciocínio;</li></ul>
Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultar PEE, PEI e plano contingência da gripe (2ª semana);</li><li>• Colaborar na revisão dos kits de catástrofe (3ª semana);</li><li>• Refletir sobre o conceito de catástrofe e de situação de exceção em contexto de serviço de urgência e suas representações;</li><li>• Gerir o ambiente de forma a dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem nos vários sectores nos períodos de maior afluência.</li></ul>
Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultar normas específicas do contexto (2ª semana);</li><li>• Identificar situações passíveis de quebra de assepsia;</li><li>• Mobilizar a equipa multidisciplinar no uso adequado de EPIs e higienização das mãos;</li><li>• Gerir o ambiente de forma a otimizar o circuito de lixo contaminado e não contaminado.</li></ul>
Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer os desafios do papel do enfermeiro chefe de equipa (3ª semana);</li><li>• Procurar uma perspetiva abrangente do funcionamento do</li></ul>

	<p>serviço e respetivas necessidades dos doentes;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Articular corretamente com a equipa de saúde na prestação de cuidados à PSC;</li><li>• Colaborar na adequada referenciação de doentes e suas famílias a outros contextos de cuidados (altas e transferências);</li><li>• Identificar doentes e famílias passíveis de integrar o projeto de transição segura (panfleto).</li></ul>
<p>Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar processos de saúde-doença complexos, decorrente de doença aguda ou crónica agudizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicar de forma terapêutica com a família da PSC, apoiando nas perturbações emocionais decorrentes de situação crítica de ente querido;</li><li>• Refletir criticamente sobre uma situação de cuidados (Jornal de Aprendizagem);</li><li>• Sensibilizar a equipa de enfermagem para as principais estratégias de comunicação eficaz com a família (sessão de formação);</li></ul>

#### APÊNDICE IV – Objetivos específicos contexto UCI

## Contexto de UCI

(25 de novembro a 15 de fevereiro)

<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer a dinâmica de funcionamento do serviço e os membros da equipa multidisciplinar (2ª semana);</li><li>• Prestar cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e sua família;</li><li>• Gerir protocolos terapêuticos complexos;</li><li>• Participar no cuidado à PSC decorrente das ativações da Equipa de Resposta Rápida (ERR) da instituição;</li><li>• Fundamentar a tomada de decisão, selecionando fontes de informação relevantes (PBE);</li><li>• Expor com clareza os resultados do seu próprio raciocínio;</li><li>• Analisar profundamente uma situação de cuidados (Estudo de Caso).</li></ul>
Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultar normas específicas do contexto (2ª semana);</li><li>• Facilitar a adesão da pessoa e família a medidas de prevenção da infeção e da resistência a antimicrobianos;</li><li>• Manipular dispositivos de monitorização invasiva, identificando situações passíveis de quebra de assepsia;</li><li>• Mobilizar a equipa multidisciplinar no uso adequado de EPIs e higienização das mãos, contribuindo para uma cultura de segurança;</li><li>• Gerir o ambiente de forma a otimizar o circuito de lixo contaminado e não contaminado;</li><li>• Refletir criticamente sobre a importância da prevenção de complicações associadas à ventilação e à presença de dispositivos invasivos;</li></ul>

<p>Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver uma perspetiva abrangente do funcionamento do serviço e respetivas necessidades dos doentes, de acordo com o perfil de cuidados críticos;</li> <li>• Acolher a PSC e sua família no contexto de UCI, identificando as suas necessidades específicas;</li> <li>• Otimizar a resposta a situações de desconforto da PSC, nomeadamente na gestão da dor;</li> <li>• Articular corretamente com a equipa de saúde na prestação de cuidados à PSC;</li> <li>• Colaborar na adequada referência de doentes e suas famílias a outros contextos de cuidados (altas e transferências);</li> <li>• Identificar doentes e famílias passíveis de integrar reuniões multidisciplinares de gestão de caso.</li> </ul>
<p>Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar processos de saúde-doença complexos, decorrente de doença aguda ou crónica agudizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e existência de barreiras da comunicação (doente ventilado);</li> <li>• Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;</li> <li>• Comunicar de forma terapêutica com a família da PSC, mobilizando estratégias específicas de comunicação;</li> <li>• Sensibilizar a equipa de enfermagem para as principais estratégias de comunicação terapêutica com a família da PSC (sessão de formação: <i>Journal Club</i>);</li> <li>• Contribuir para a construção e/ou atualização de protocolo de transmissão de más notícias.</li> </ul>

APÊNDICE V – Panfleto Transição Segura

## GANHOS EM SAÚDE:

- Melhoria nos cuidados à pessoa idosa com vulnerabilidade acrescida e ao familiar cuidador;
- Aumento da perceção da qualidade vida;
- Estabilização de doenças crónicas;
- Segurança nos cuidados de saúde;
- Melhoria da comunicação entre níveis de cuidados;
- Melhoria da continuidade de cuidados;
- Diminuição de co-morbilidades;
- Diminuição da duração de internamento;
- Diminuição de episódios de recorrência ao serviço de urgência.

Garante que a Transição Hospital-Comunidade se efetue de forma Segura para a pessoa idosa em situação de dependência e sua família.

### HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

Estrada Carlos Lima Costa N° 2, Povos  
2600-009 Vila Franca de Xira

Tel.: 263 006 500 (Geral)

Fax: 263 006 636

Email: hvfxira@hvfx.pt

Elaborado por Florinda Galinha de Sá

ESEL



**Hospital**  
Vila Franca de Xira

# ALTA SEGURA

## Orientações para Familiars Cuidadores de Pessoas Idosas

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

# O que é a Alta Segura?

O Serviço de Urgência Adultos do Hospital de Vila Franca de Xira referencia doentes para a comunidade abrangida pelo ACES Estuário do Tejo de forma a promover a continuidade e a melhoria dos cuidados de saúde.

## O meu familiar pode ser referenciado para o centro de saúde (UCC)?

TODOS os utentes que no momento da alta para o domicílio cumpram os seguintes critérios:

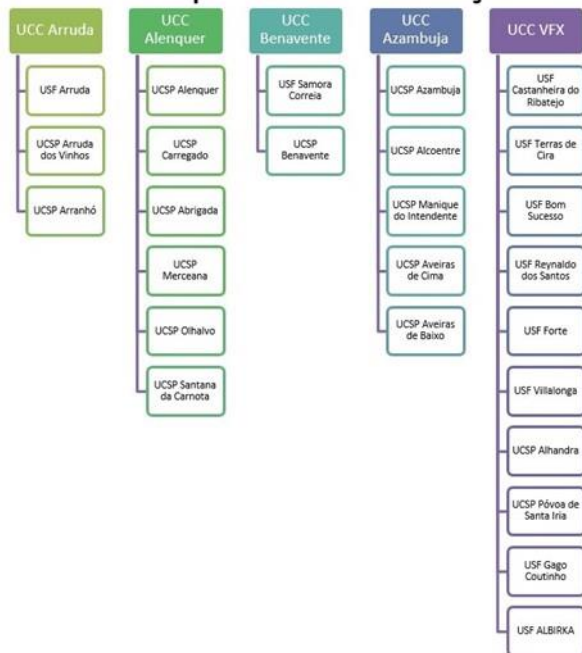
- Idade igual ou superior a 70 anos;
- Idoso não institucionalizado;
- Cuidador identificado;
- Grau de dependência grave ou total;
- Alto risco de úlcera de pressão.

## Como devo proceder?

Cabe ao enfermeiro, que cuida do seu familiar, iniciar o processo de referênciação à comunidade, identificando as suas necessidades de cuidados de saúde e avaliando se este cumpre os critérios definidos.

Dirija-se à equipa de enfermagem e identifique-se como familiar cuidador, fornecendo o seu contato e também informação sobre o seu local de residência para seleção do centro de saúde de referência.

### UCC's para Referênciação



APÊNDICE VI – Plano sessão de formação SU

**Tema:** “A Comunicação Terapêutica com a Família da Pessoa em Situação Crítica: Oportunidades e Desafios para a Enfermagem”

**Formadora:** Florinda Galinha de Sá

**Orientação:** Professora Doutora Helga Rafael (ESEL) e Enfermeiro Especialista P. P. (XX)

**Público-alvo:** Profissionais de saúde do XX

**Pré-requisitos:** Formandos tenham experiência de cuidado da família da PSC

**Recursos:** Suporte multimédia para apresentação em PowerPoint

**Data e horário:** 13 de novembro de 2019 das 14h30 às 15h30

**Local:** Auditório Centro Reynaldo dos Santos – Hospital de XX

**Objetivo Geral:** No final da sessão os presentes deverão ser capazes de identificar as principais estratégias de comunicação terapêutica com a família.

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	TEMPO
Apresentação pessoal e do sumário da sessão	Expositiva	1 min
Importância de incluir a família no cuidado à PSC e de cuidar da família da PSC	Expositiva	5 min
Necessidades específicas da família da PSC	Interrogativa ( <i>Brainstorming</i> )	10 min
Os desafios da comunicação (Programação NeuroLinguística)	Interrogativa (vídeo e banda desenhada)	5 min
Estratégias de comunicação terapêutica com a família da PSC (resultados da Revisão Integrativa da Literatura)	Expositiva	14 min
Oportunidade na comunicação: Entrevista familiar em 15 min	Expositiva	10 min

(Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary)		
Transmissão de más notícias (Protocolo de Buckman)	Expositiva	5 min
Operacionalizar a presença da família e instituir canais formais de comunicação com a família (exemplo: Projeto Transição Segura) Perguntas dos formandos	Interrogativa (Debate)	10 min

**Avaliação da sessão:** Documento de avaliação do centro de formação. Feedback verbal e não verbal dos formandos, principalmente no período de debate.

APÊNDICE VII – Plano sessão de formação UCI

**Tema:** “Conferência Familiar na Unidade de Cuidados Intensivos”

**Formadora:** Florinda Galinha de Sá

**Orientação:** Professora Doutora Helga Rafael (ESEL) e Enfermeiro Especialista R. I. e R. D. (XX)

**Público-alvo:** Profissionais de saúde do XX

**Pré-requisitos:** Formandos tenham experiência de cuidado da família da PSC

**Recursos:** Suporte multimédia para apresentação em PowerPoint

**Data e horário:** 13 de fevereiro de 2020 das 14h30 às 15h30

**Local:** Sala de Formação – Hospital de XX

**Objetivo Geral:** No final da sessão os presentes deverão ser capazes de identificar as vantagens da conferência familiar na UC, assim como as principais estratégias de comunicação terapêutica com a família.

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	TEMPO
Apresentação pessoal e do sumário da sessão	Expositiva	1 min
Importância de incluir a família no cuidado à PSC e de cuidar da família da PSC	Expositiva	5 min
Necessidades específicas da família da PSC	Interrogativa ( <i>Brainstorming</i> )	10 min
O impacto da doença crítica na família	Interrogativa (vídeo e banda desenhada)	5 min
Estratégias de comunicação terapêutica com a família da PSC (resultados da Revisão Integrativa da Literatura)	Expositiva	14 min
Oportunidade na comunicação: A Conferência Familiar multidisciplinar	Expositiva	10 min

Transmissão de más notícias (Protocolo de Buckman)	Expositiva	5 min
Operacionalizar a presença da família e instituir canais formais de comunicação com a família (exemplo: Conferência Familiar) Perguntas dos formandos	Interrogativa (Debate)	10 min

**Avaliação da sessão:** Documento de avaliação do centro de formação. Feedback verbal e não verbal dos formandos, principalmente no período de debate.

Anexo I – Certificado Comunicação Oral

## DECLARAÇÃO

Declara-se que os autores Florinda Galinha de Sá, Helga Rafael Henriques apresentaram a comunicação oral com o título Cuidar da família na crise: A comunicação com a família da pessoa em situação crítica no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado nos dias 16, 17 e 18 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em Lisboa.

Lisboa, 18 de outubro, 2019

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

  
SPESF - Sociedade Portuguesa de  
Enfermagem de Saúde Familiar Associação  
NIF: 514 006 250

(Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo)

R. Cruz de Marique nº 115, 2º Dt.  
4460-203 Matosinhos

Presidente da Comissão Científica

  
SPESF - Sociedade Portuguesa de  
Enfermagem de Saúde Familiar Associação  
NIF: 514 006 250

(Professora Doutora Manuela Ferreira)

R. Cruz de Marique nº 115, 2º Dt.  
4460-203 Matosinhos

Anexo II – Certificado Póster

