

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação**  
**Crítica**

Relatório de Estágio

**A Família como subsídio na Intervenção Especializada  
de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**Filipa Andreia Lopes Guerra**

**Lisboa**

**2018**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação**  
**Crítica**

Relatório de Estágio

**A Família como subsídio na Intervenção Especializada**  
**de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**Filipa Andreia Lopes Guerra**

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.”

Confúcio



## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho foi realizado num Serviço de Urgência e num Serviço de Unidade de cuidados Intensivos de dois diferentes hospitais da área de Lisboa. Para que a sua realização fosse possível, foi fundamental poder contar com o apoio e colaboração de diversas pessoas, às quais quero aqui expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Anabela Mendes pela orientação deste trabalho, pelo apoio, disponibilidade, desempenho e dedicação demonstrada na orientação técnica e metodológica, que contribuiu de forma fundamental para tornar possível a realização das atividades do meu trabalho.

Aos Enfermeiros Orientadores, Enf. Filipe Marques do serviço de urgência e ao Enf. António Ribeiro do serviço de cuidados intensivos, pela disponibilidade para orientação deste estágio e pelos conhecimentos transmitidos em cada turno, o que resultou numa aprendizagem constante tornando este estágio uma peça fundamental da minha formação.

Ao meu chefe no serviço onde exerço funções, Enfermeiro Luís Gonzaga, pela disponibilidade, compreensão e apoio demonstrado durante este período de trabalho a “dobrar”.

Aos meus colegas de trabalho, pela disponibilidade para trocas de turnos, tantas vezes necessárias para frequência deste curso de mestrado.

Aos colegas dos serviços onde realizei os estágios pela simpatia e compreensão que facilitaram a minha integração nas equipas.

À minha família, pilar fundamental da minha vida, quero agradecer o amor, a amizade, o apoio e o encorajamento incondicional nos bons e maus momentos, em especial à minha madrinha Dinora Lopes por todo o apoio e disponibilidade.

Ao José agradeço o apoio, encorajamento e compreensão nos momentos de ausência.



## RESUMO

A Família tem um papel fundamental na vida dos indivíduos, e principalmente durante um processo de doença, portanto deve ser considerada nos cuidados de saúde a prestar ao doente. Neste contexto, os enfermeiros através de intervenções especializadas de enfermagem desempenham um papel fundamental, enquanto facilitadores do processo de transição saúde-doença, integrando a família e o doente nos cuidados necessários. A inclusão da família no processo de prestação de cuidados de enfermagem facilita o desenvolvimento de boas práticas, benéficas à tomada de decisão e melhoria dos cuidados de enfermagem, justificando-se assim a relevância da escolha desta temática para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foram realizados estágios em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, de onde resultou a elaboração deste relatório. A análise do desenvolvimento de competências foi efetuada tendo em conta os objetivos inicialmente definidos e atividades desenvolvidas durante os estágios, assentes no plano de estudos do CMEPSC, nos descritores de Dublin, definidos para o 2º ciclo de formação, e no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Do relatório consta ainda o enquadramento teórico, onde são definidos os conceitos fundamentais da temática, assim como o quadro teórico de referência em que é baseada a temática - Teoria das Transições de Afaf Meleis e níveis de competência de Patrícia Benner.

Este relatório reflete todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de especialização, com o objetivo de alcançar o nível de perícia na área acima descrita e produzir subsídios na melhoria de cuidados à pessoa em situação crítica e família na qual se insere.

Palavras chave: família, pessoa em situação crítica, cuidados críticos



## **ABSTRACT**

Family plays a fundamental role in the life of individuals, and especially during the process of illness, so it must be considered in the health care provided to the patient. In this context, nurses through specialized nursing interventions play a fundamental role as facilitators of the health-disease transition process, integrating the family and the patient in the necessary care. The inclusion of the family in the process of nursing care facilitates the development of good practices and is beneficial to the decision making and improvement of nursing, thus justifying the relevance of the choice of this theme for the acquisition and development of competences.

For the acquisition and development of competences in the Area of Specialization in Nursing to the Person in Critical Situation, internships were carried out in the context of emergency service and intensive care unit, from which resulted this report. The competency development analysis was carried out taking into account the objectives initially defined and activities developed during internships, based on the CMEPSC study plan, the Dublin descriptors, defined for the 2nd cycle of training, and the specific competency regulations of the Nurse Specialist in Nursing to the Person in Critical Situation.

The report also includes the theoretical context, which defines the fundamental concepts of the subject, as well as the theoretical frame of reference on which the theme is based - Theory of Transitions of Meleis and levels of competence of Patricia Benner.

**Keywords:** family, critical illness, critical care



## **LISTA DE SIGLAS**

**ATCN** - Advanced Trauma Care for Nurses

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CMEPSC** - Curso de Mestrado Enf. na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EAM** - Enfarte Agudo do Miocárdio

**ECD** - Exames Complementares de Diagnóstico

**ESEL** - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**IACS** - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**LA** – Linha Arterial

**PCR** - Paragem Cardio-Respiratória

**RIL**- Revisão Integrativa da Literatura

**SAV** – Serviço Avançado de vida

**SBV** – Serviço Básico de vida

**SIV** - Suporte Imediato de Vida

**SO** – Serviço de Observação

**SU** – Serviço de urgência

**TAE** - Técnicos de Ambulância de Emergência

**UC** - Unidade Curricular

**VMER** - Viatura Médica de Emergência



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	19
<b>3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	30
3.1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA .....	32
3.2. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	45
3.3. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA EM DIFERENTES CONTEXTOS .....	54
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	57
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60
<b>6. APÊNDICES</b> .....	65

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Relatório V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Apêndice III – Poster “Registos de enfermagem: Um Caminho para a Certificação da Qualidade da Intervenção Especializada”

Apêndice IV – Apresentação ação de formação “Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos”



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Esquema representativo do processo de transição (adaptado de Afaf Meleis).....	22
<b>Figura 2 -</b> Triângulo terapêutico baseado na comunicação e troca de informação com vista à melhoria dos cuidados. ....	25
<b>Figura 3</b> A figura representa o esquema de organização dos diferentes conceitos e intervenientes fundamentais na melhoria continua da prestação de cuidados.....	27



## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tem como finalidade explicar as competências adquiridas e desenvolvidas durante este processo formativo.

O tema do estágio selecionado foi **“A Família como subsídio na intervenção especializada de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”**. Para a prestação de cuidados especializados nesta área, importa que o enfermeiro tenha em conta a Pessoa em Situação Crítica (PSC) inserida numa família, assim como o contexto e a situação de saúde-doença vivenciada por ambos. A escolha desta temática surgiu no âmbito do meu contexto de exercício clínico onde a família tem um papel menos valorizado nos cuidados de enfermagem, situação que está em consonância, com o resultado da pesquisa bibliográfica realizada, no âmbito das temáticas lecionadas nas unidades curriculares integrantes deste mestrado. Desta perceção resultou a necessidade de adquirir competências no cuidado à PSC, considerando a família na qual se insere, na intenção de desenvolver boas práticas e incluir a família no processo de cuidados de modo a poder contribuir de forma proactiva para a melhoria da intervenção especializada de enfermagem, justificando-se assim a pertinência da escolha desta temática para a aquisição e desenvolvimento de competências.

No contexto de urgência e cuidados críticos alguns profissionais priorizam as necessidades do doente que cuidam, relativizando as necessidades da família (Fulbrook *et al.*, 2007). É fundamental o cuidar como um todo, onde a família é integrada como uma parte que necessita de cuidados e cujo bem-estar contribui para a melhoria dos resultados obtidos com e pelo doente.

A família nem sempre é valorizada e é dada prioridade às intervenções técnicas ao doente crítico. No entanto, a família ocupa um lugar primordial na vida dos indivíduos, sendo nesta que o doente recebe suporte psicológico nas situações de maior stress pessoal e social (Fernandes, 2015). A família deve necessariamente ser envolvida nos cuidados, razão pela qual considero esta temática extremamente pertinente.

De acordo com o Artigo 110.º do Código Deontológico dos Enfermeiros,

*“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem Enfermeiros, 2005).*

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro na aquisição de competências e conhecimentos passa por vários estádios, nomeadamente iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e por fim perito. No final deste processo evolutivo, no último estádio, o de perito, o enfermeiro acumula os conhecimentos teóricos adquiridos e a experiência profissional que se refletem em mudanças, quer numa análise crítica da situação e a sua contextualização, bem como numa tomada de decisão autónoma, consciente e especializada com enormes benefícios para o doente e para a sua família, sendo que o conhecimento e a competência contribuem para o desenvolvimento da própria prática. Como tal, considero que a realização do estágio no 3º semestre, bem como o estudo desta temática será imprescindível no processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista na área da PSC, que me permitam atingir um patamar de perícia de acordo com o descrito por Benner.

O presente projeto encontra-se dividido em dois capítulos, sendo o primeiro o enquadramento teórico, onde são definidos os conceitos fundamentais da temática, assim como o quadro teórico de referência em que é baseada a temática – Teoria das Transições de Afaf Meleis. Para a clarificação dos conceitos fundamentais foi efetuada uma pesquisa avançada e elaborada uma revisão integrativa da literatura (RIL). O segundo capítulo contempla a análise do percurso formativo, onde se encontra a definição da finalidade, objetivos e atividades desenvolvidas e adquiridas nos estágios realizados em contexto de urgência e de cuidados intensivos. No que diz respeito a este segundo capítulo, ele encontra-se ainda dividido, em dois subcapítulos que elencam os contextos distintos onde foram realizados os estágios, sendo efetuada uma descrição das atividades e competências adquiridas e desenvolvidas de modo a dar resposta aos objetivos propostos.

As referências bibliográficas foram efetuadas de acordo com a norma APA. O documento escrito aqui apresentado cumpre as regras de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESEL.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Durante o percurso de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências neste CMEPSC foi elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura, baseada numa pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, tendo sido definidas como palavras-chave: *family, critical illness, critical care, interpersonal relations, communication, quality of health care*. Esta pesquisa avançada foi realizada com o objetivo de aceder a evidências científica produzidas por diferentes autores na área temática escolhida.

O tema do projeto desenvolvido “**A Família como subsídio na intervenção especializada de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto de Urgência e Unidade Cuidados Intensivos**”, foi o pilar que norteou este relatório. Sendo assim, relevante iniciar este enquadramento pela definição dos conceitos básicos inerentes à escolha da temática.

*“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Segundo a CIPE, Versão 2, (2015, p. 143):

*“A família é uma unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior que a soma das partes”*.

Para Alarcão (2002), a família pode ser considerada como o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, como tal esta constitui um espaço privilegiado para a aprendizagem, a linguagem, a comunicação e relações interpessoais. Sendo também considerada ou entendida como um grupo institucionalizado, relativamente estável.

Apesar de existirem diversas definições de família e de este conceito ter vindo a sofrer diversas alterações sociais ao longo do tempo, importa vê-la como um todo.

“A família é quem os seus membros dizem que são” (Wright e Leahey, 2009, p. 48). Estes autores mencionam que só deste modo será possível dar importância às ideias dos indivíduos, membros da família, no que diz respeito aos relacionamentos significativos e experiências de saúde/doença.

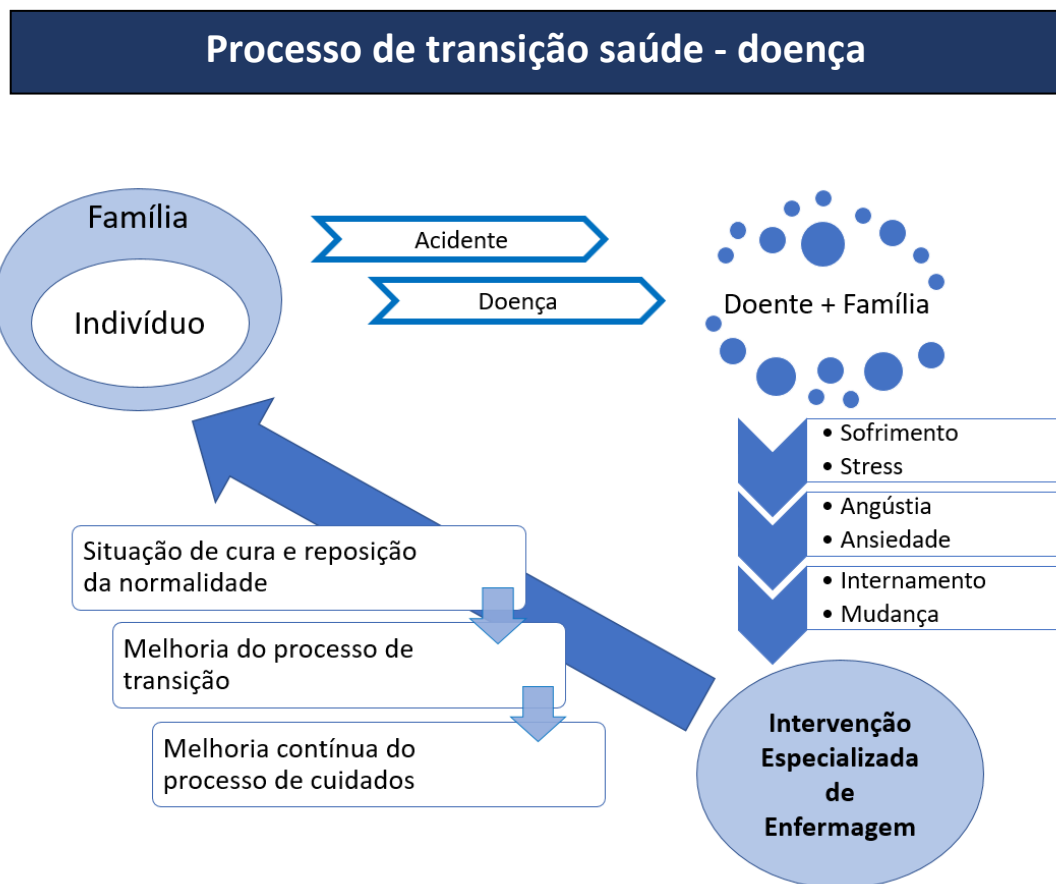
A doença de um elemento da família é pautada por enormes alterações na estabilidade familiar, sendo a dimensão destas modificações proporcionais à gravidade da doença (Wright e Leahey, 2002). A simples necessidade de recorrer a um serviço de urgência já constitui um fator de stress, requerendo recursos que até então eram completamente desvalorizados (Ausloos, 2003). Os enfermeiros devem ter presente conhecimentos e competências de modo a avaliar e intervir na família, quando um dos elementos da mesma necessita de cuidados, sendo que as intervenções de enfermagem devem envolver a família e não resultarem apenas em ações fragmentadas onde só o indivíduo importa, uma vez que esta tem impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus membros (Wright e Leahey, 2013).

O acompanhamento familiar tem um papel relevante no apoio psicológico e afetivo dos doentes internados, assim como um contributo fundamental na preparação da alta e na continuidade dos cuidados. Este acompanhamento encontra-se inserido na humanização dos cuidados, e deve ser considerado um direito do doente. Como tal, é primordial que as equipas de saúde considerem a família como parceira na prestação de cuidados (DGS, 2000).

Assim, na prestação de cuidados, dado o papel preponderante da família e o que representa na vida do doente, inclusive na sua experiência de doença, esta deve ser vista como um todo e incluída no processo de cuidar. O doente e a família vivenciam processos de transição, tanto no contexto de urgência, como nos cuidados intensivos. Deste modo, de acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), os processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante o seu ciclo vital permitem descrever, compreender ou interpretar os fenómenos específicos da Enfermagem que refletem e emergem da sua prática. A transição pode ser considerada como uma mudança, um processo, ou um resultado e ocorre tanto a nível pessoal, como familiar. A compreensão das propriedades e condições intrínsecas ao processo de transição conduzem ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem que sejam congruentes com a experiência única vivenciada pelos doentes e sua família, originando respostas adequadas à transição (Meleis *et al*, 2000).

O conhecimento das necessidades da família é decisivo para os enfermeiros no processo de transição situacional vivenciado pela mesma. A família torna-se assim, um cliente de enfermagem devido à experiência de um processo de transição saúde-doença do seu familiar (Mendes, 2015).

O conceito de transição é entendido por Meleis (2010), como uma passagem entre estados, relativamente estáveis, resultante de eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. A natureza destes processos de transição pode ser classificada de acordo com o tipo, padrões e as suas propriedades (Meleis *et al.*, 2000). Os profissionais de saúde devem ter sempre presente que pode ocorrer sobreposição de tipos de transição, onde as consequências das transições vivenciadas pelo doente resultam da relação entre os diferentes eventos (Meleis *et al.*, 2000). Sendo a transição saúde-doença a mais relevante no âmbito deste projeto, uma vez que é no decorrer desta transição que surge a temática abordada neste projeto, relativamente à família como subsídio na intervenção especializada de enfermagem à PSC. É neste contexto que os enfermeiros desempenham um papel fundamental enquanto facilitadores do processo de transição, apoiando o doente através de uma parceria que vise o seu bem-estar, passando pela integração da família. Este processo de transição saúde-doença, envolve mudanças significativas, muitas vezes drásticas, quer para o doente quer para a família, devido ao sofrimento, stress físico e psicológico e ansiedade resultantes diretamente da doença, mas também devido ao próprio internamento e a todas as alterações familiares a que este obriga (Mendes, 2015).



**Figura 1-** Esquema representativo do processo de transição (adaptado de Afaf Meleis).

A situação de doença crítica ocorre maioritariamente sem qualquer aviso prévio, não permitindo aos pacientes e familiares terem tempo para se prepararem para a nova situação ou para o processo de transição. Desta situação inesperada, resulta um processo de hospitalização súbita em unidades de cuidados intensivos. Para além da situação ser completamente inesperada a família ainda tem de enfrentar a gravidade da doença, e a ela associada a possibilidade de morte ou incapacidade grave do seu familiar. O que afeta psicologicamente a família comprometendo a sua capacidade de gerir ou lidar com a situação e respetivas consequências (Beer e Brysiewicz, 2017)

A doença crítica tem um enorme impacto físico e psicológico para os doentes e suas famílias, sendo uma situação completamente angustiantes para ambas as partes. Este impacto pode ser exacerbado pela ausência de envolvimento da família no processo de prestação de cuidados ou pela ausência de apoio emocional, informação ou comunicação pelos profissionais de saúde. (Hetland *et al.*, 2018).

Sendo as características da prática de enfermagem nos serviços de cuidados intensivos e críticos extremamente específica e peculiar, intrínseca às próprias situações associadas a este tipo de serviços, onde o enfermeiro é sujeito a uma enorme sobrecarga emocional e intelectual devido à necessidade permanente de julgamentos e respostas rápidas, sem margem para erro, uma vez que a maior parte das situações estão associadas a condições de risco de vida. A tomada de decisão é realizada sob pressão, onde o tempo para pensar e ponderar todas as variáveis, é extremamente limitado. Esta ponderação e a subsequente rápida tomada de decisão tem de ser efetuada com a consciência de que se trata de uma situação em evolução em que o tempo pode ser uma variável decisiva. As boas práticas associadas a bons julgamentos, resultantes de raciocínios éticos e clínicos, pressupõem uma aprendizagem contínua associada à experiência, que inclua reflexão e diálogo com o doente e a respetiva família (Benner, Kyriakidis e Stannard, 2011).

A integração da família e o desenvolvimento de uma parceria e interação que inclua a família e o doente, na prestação de cuidados, facilita, assim, o processo de boas práticas e conduz a julgamentos coerentes, que se traduzem em benefícios evidentes para a tomada de decisão e melhoria dos cuidados prestados.

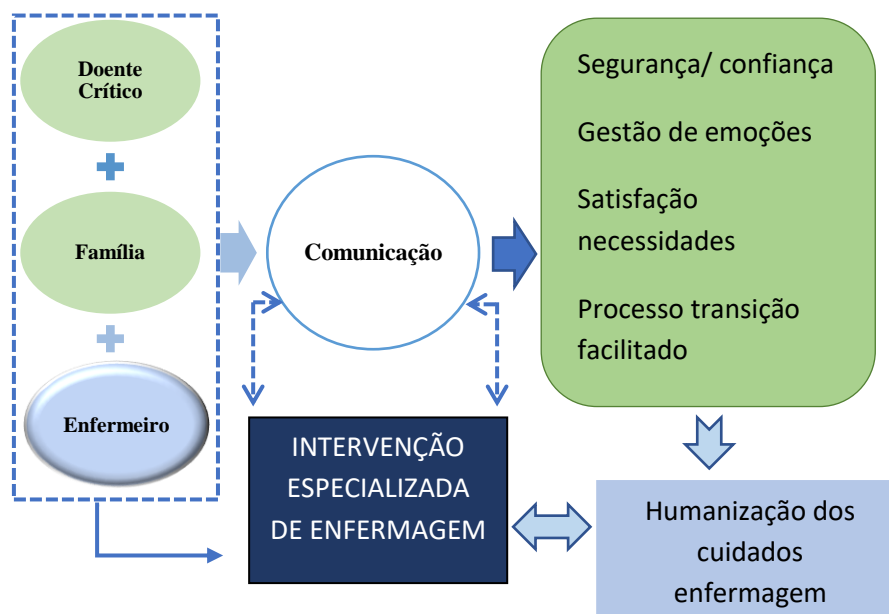
De acordo com Wright e Leahey (2009, p. 1) “*As enfermeiras têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde*”

Em todo este processo de inclusão/integração ou participação da família existem inúmeros fatores fundamentais, entre eles a informação e a comunicação. O fluxo de informação entre a família e os enfermeiros é fundamental para a melhoria dos cuidados ao doente. A clareza da informação que é transmitida aos familiares influencia de forma positiva a relação de confiança dos mesmos com os profissionais. Uma linguagem simples e não técnica que permita o entendimento da situação a qualquer cidadão, independentemente da sua formação, tranquiliza os familiares permitindo-lhes apoiar de forma consciente o doente e os enfermeiros na prestação de cuidados ao mesmo. A informação não é menos relevante no sentido família-enfermeiro, uma vez que permite a este profissional conhecer mais sobre o doente e sobre a evolução do problema, até ao momento em que o doente chegou à unidade de cuidados de saúde. A família é quem melhor conhece o doente e conseqüentemente as suas necessidades e preocupações, que se podem traduzir em ações que melhorem o seu bem-estar durante a sua permanência no serviço. Em situações de inconsciência do paciente o envolvimento da família torna-se ainda mais relevante, chegando mesmo a assumir o papel de “voz” do doente.

A RIL, efetuada no âmbito deste projeto formativo, demonstra claramente que os familiares consideram relevante a informação fornecida pelos profissionais no contexto de UCI, no entanto a linguagem empregue na sua maioria, pode dificultar o entendimento das informações por parte dos doentes e respetivos familiares (Pagnamenta *et al.*, 2016). Como tal, e de forma a ultrapassar esta limitação à comunicação, os enfermeiros devem procurar ser claros na informação que transmitem e procurar as melhores estratégias de comunicação com vista à melhor compreensão da informação. Os doentes críticos que se encontram em unidades de cuidados intensivos, de modo geral, não conseguem avaliar e decidir e fornecer informação acerca dos cuidados prestados pelo que o envolvimento das famílias é considerado fundamental, quer seja na avaliação e na tomada de decisão sobre os cuidados prestados ao seu familiar, ou no fornecimento de informação pertinente e relevante aos profissionais de saúde (Pagnamenta *et al.*, 2016).

Com base na informação trocada entre os enfermeiros e a família estabelece-se uma boa comunicação entre os diferentes vértices do triângulo terapêutico (o enfermeiro, o doente e a família) esta comunicação é fulcral na melhoria dos cuidados. Sendo a comunicação a base das

relações interpessoais, o facto da família se sentir envolvida na situação e conhecedora da mesma dá segurança, tranquilidade e confiança, substituindo assim a insegurança, o sofrimento e o medo típicos de quem enfrenta o desconhecido e uma situação de transição de saúde/doença no seio da família, como se reflete a figura 2, abaixo. Esta segurança e confiança da família é transmitida positivamente ao doente, muitas vezes com repercussões no estado do mesmo.



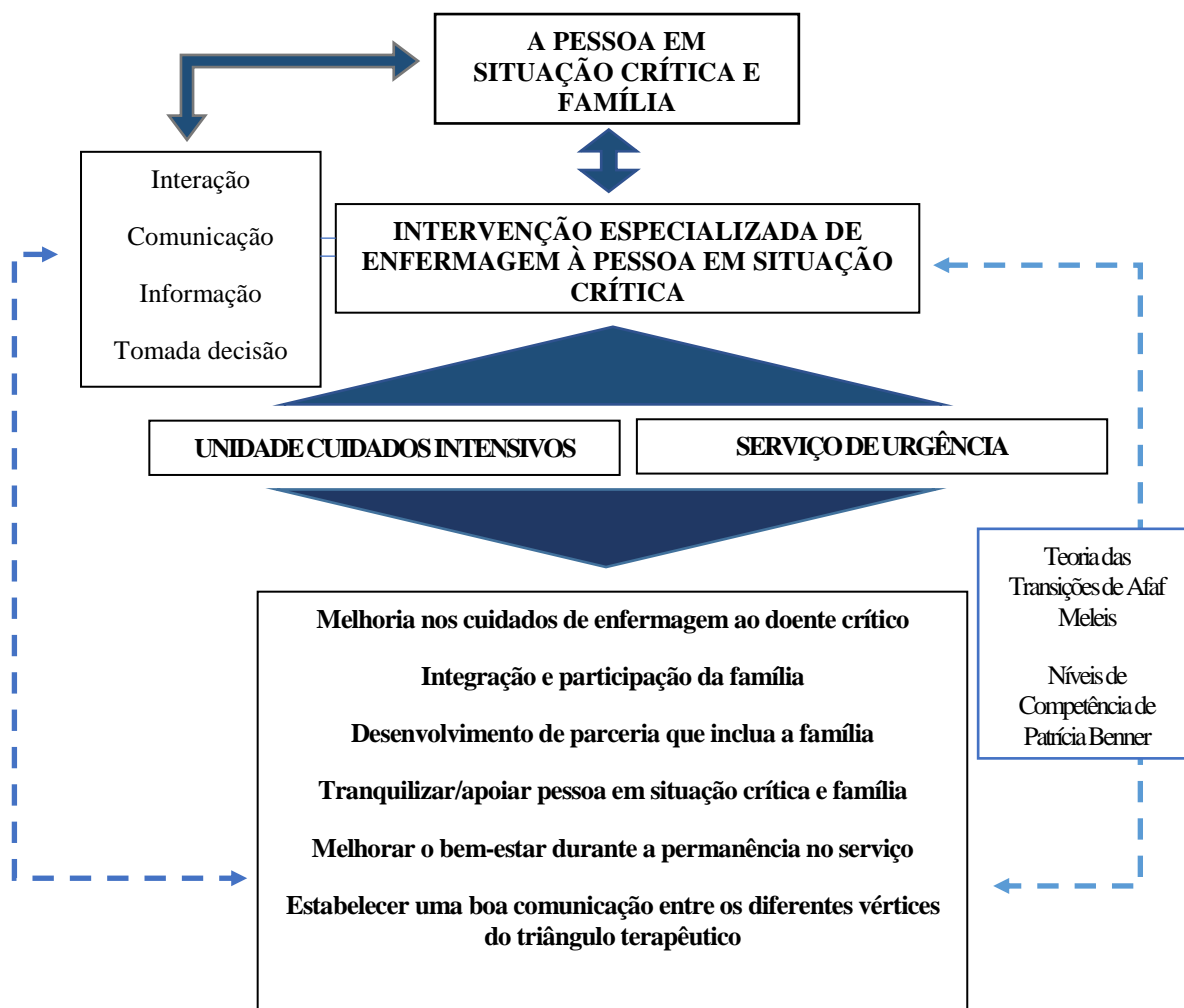
**Figura 2** - Triângulo terapêutico baseado na comunicação e troca de informação com vista à melhoria dos cuidados.

A interação resultante da permuta de informação e instituição de comunicação entre as partes traduz-se numa relação de suporte, da qual emerge uma abordagem personalizada e humanizada, que subsidia a melhoria dos cuidados ao doente e família em que está inserido. Assim, a magnitude da relação estabelecida entre a família e a equipa da UCI e/ou urgência traduz-se num envolvimento e conseqüente responsabilização da família nas intervenções que podem dar respostas às suas próprias necessidades, assim como às do seu familiar, realçando sentimentos de bem-estar, tranquilidade e conforto no doente, na família e no enfermeiro de onde emergem ganhos para todos e para o processo de reabilitação do doente. A família tem um papel preponderante uma vez que pode ser o elo de comunicação entre o enfermeiro e o

doente, devido ao suporte emocional e psicológico diferenciado, que pode facultar ao seu familiar uma vez que nutre por ele sentimentos únicos, assumindo um papel singular na gestão do stress e medos do doente. Neste processo, a família pode e deve funcionar como um elemento facilitador da comunicação, transmitindo informação em ambos os sentidos, cujo envolvimento nas várias etapas do processo é crucial para o sucesso do mesmo.

A relevância de fornecer aos familiares as informações necessárias e a existência de tomada de decisões compartilhadas é considerado de enorme importância na criação de parcerias entre os intervenientes no cuidado ao paciente (Beer e Brysiewicz, 2017).

O objetivo final é sempre a melhoria dos cuidados, com vista ao bem-estar de todos os intervenientes no processo (doente, família e enfermeiro) como é refletido na figura 3 abaixo.



**Figura 3** A figura representa o esquema de organização dos diferentes conceitos e intervenientes fundamentais na melhoria contínua da prestação de cuidados.

Apesar do acima exposto os profissionais de saúde reconhecem que, administrativamente e do ponto de vista da logística do serviço é mais fácil desencorajar ou impossibilitar o envolvimento das famílias, o que perturba a implementação do triângulo terapêutico (enfermeiro, doente e família) (Beer e Brysiewicz, 2017). No entanto, reconhecem que devem estar mais disponíveis e recetivos ao estabelecimento desta colaboração benéfica para o doente, uma vez que a presença da família é fundamental na prestação de cuidados ao paciente (Beer e Brysiewicz, 2017).

O fluxo de informação no sentido família – enfermeiro é considerado pelos profissionais vital na caracterização da situação, bem como na definição dos cuidados a prestar. A ausência de informação relativa ao historial clínico e ou cirúrgico do doente, do conhecimento do familiar, pode resultar num planeamento dos cuidados incompleto e fragmentado, sem garantia de sucesso para o doente. Assim, torna-se consensual, que apesar da presença dos familiares poder complicar a logística do serviço, as mais valias resultantes da sua presença e das informações que podem facultar, torna benéfico a sua participação. Este facto, do ponto de vista do familiar, dá-lhe um sentimento de controlo da situação, de respeito pelas suas opiniões e de importância no desenvolvimento dos cuidados familiares.

Num estadio mais avançado, em que a situação se encontra mais controlada, permitir que a família participe na prestação de cuidados físicos, nomeadamente na administração da alimentação, ou apenas no poder tocar o doente, dá-lhe uma sensação de proximidade, sentindo-se útil e envolvida, o que é extremamente importante e reconfortante também para o doente. Afetando positivamente a evolução da situação e o bem-estar do doente. No entanto um estudo realizado por Beer e Brysiewicz (2017) e ainda em outro estudo realizado por Hammond (1995), foi demonstrado que em alguns casos, a família prefere não ser diretamente envolvida no processo de prestação de cuidados físicos por não se sentirem confortáveis. Nestas situações os profissionais devem aproveitar toda a informação que a família lhes possa facultar sem forçar o envolvimento. A família já se encontra numa situação de stress pelo que não se deve sentir obrigada a participar mais ativamente na prestação de cuidados principalmente físicos.

Os enfermeiros em cuidados críticos, muitas vezes, dado o tempo de permanência do doente, tem oportunidade de estabelecer uma relação com o doente e a respetiva família, dando-lhes maior capacidade para interagir com os intervenientes e envolver a própria família. Num estudo realizado por El-Masri e Fox-Wasylyshyn (2007) demonstrou que esta relação de proximidade

entre os profissionais e sobretudo a família, são favoráveis ao aumento de intervenções focadas na família.

Na decisão de envolver a família na prestação de cuidados, quando possível e importante avaliar a preferência do doente, alguns sentem/se mais tranquilos com a família presente, e, portanto, resulta numa maior segurança do paciente e conseqüentemente na qualidade do atendimento. Se por algum motivo o enfermeiro, sente ou é informado de que o doente prefere excluir a família, deste processo de prestação de cuidados, então a sua posição deve ser respeitada, porque o objetivo fulcral deste envolvimento é sempre o bem-estar do doente.

Num estudo de Hetland e colaboradores (2018), cujo objetivo foi o de explorar as melhores abordagens dos enfermeiros para integrar os cuidadores familiares como prestadores de cuidados ao paciente na UCI, tentando identificar formas de otimizar este envolvimento num ambiente de cuidados críticos. Os resultados evidenciam as diferenças na vivência da situação pelos enfermeiros, paciente e família, estando, no entanto, ligados entre si, todos os fatores envolvidos interagem de uma forma sinérgica, aumentando o potencial de servir de facilitadores no processo de prestação de cuidados ou facilitadores para o cuidador.

### **3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

De modo a adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU), foram estabelecidos finalidade e os objetivos de acordo com as competências preconizadas no plano de estudos do CMEPSC, nos descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de formação (ESEL, 2010) e no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A finalidade definida para este percurso formativo foi a seguinte: Adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU).

Os objetivos que foram delineados para a aquisição de competências neste âmbito, visando sempre a PSC e a família em que se encontra inserida, foram os seguintes:

- ✓ Adquirir e desenvolver conhecimentos no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família;
- ✓ Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família;
- ✓ Desenvolver estratégias de comunicação verbal e não-verbal no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ Desenvolver o processo reflexivo no [e do] exercício clínico com a PSC e família na qual se insere;
- ✓ Divulgar o conhecimento adquirido no âmbito de cuidados de enfermagem à PSC.

As atividades realizadas que permitiram responder aos objetivos e finalidade do projeto foram as seguintes:

- ✓ Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família, sustentado na evidência científica e no raciocínio clínico constante;
- ✓ Identificar e analisar a evidência científica existente no âmbito destes cuidados;

- ✓ Identificar o cliente família e perceber a sua importância enquanto recurso nos cuidados à PSC;
- ✓ Envolver a família, se esta assim o desejar, na dinâmica de cuidados, reconhecendo o conhecimento que tem do cliente e o subsídio para a tomada de decisão em clínica;
- ✓ Reunir e discutir com enfermeiros peritos nomeadamente na área de infeção hospitalar e controlo da dor;
- ✓ Realizar reflexões e jornais de aprendizagem relativamente ao exercício de cuidados, fundamentados na evidência científica e num quadro teórico consistente;
- ✓ Participar em congressos pertinentes na área da PSC e sua família, no sentido de apresentar e discutir a evidência enunciada e as conclusões a que se chegou.

Assim, importa definir que o enfermeiro especialista, segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista:

*“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (...) decorrendo do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas e dizem respeito a quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista, é imprescindível a aquisição de competências específicas para o CMEPSC (ESEL, 2010, p.1) que são:

*“Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica; Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da concepção à ação; Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa*

*multiprofissional; Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio; Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação; Elaborar projetos de investigação coerentes; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina; Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”.*

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que pretendo adquirir e desenvolver, e que determinaram a definição dos objetivos e da finalidade do projeto encontram-se no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010, p.2) e são as seguintes:

“1- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2 - Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação; 3 - Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

### 3.1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência onde foi efetuado o estágio no âmbito do curso de mestrado na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica é um SU médico-cirúrgico (SUMC) que se divide em SU Geral, SU Pediátrico e SU Ginecologia, que embora se localizem no mesmo espaço físico funcionam de forma autónoma. O SU Geral é composto por uma sala de triagem, uma sala de reanimação, sala de pequena cirurgia, sala de balcões, e serviço de observação (SO). De acordo com o artigo 4º do despacho 10319/2014 o SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, antecedido pelo serviço de urgência básico (SUB) e precedido pelo serviço de urgência polivalente (SUP). O SUMC deve existir em rede, constituindo apoio primordial diferenciado à rede de SUB e referenciando para o SUP situações

que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. O mesmo despacho refere que o SUMC deve ser constituído por recursos humanos (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde) com uma dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU.

Assim o SUMC, onde foi realizado o estágio por cumprir os critérios referidos no despacho acima citado e pelas suas características específicas, nomeadamente a existência de protocolos diferenciados (via verde sépsis, via verde AVC, via verde coronária), que constituem elos de ligação no controlo de infeção e gestão de risco, bem como, por possuir creditação pela **Joint Commission International (JCI)** onde é dada relevância à qualidade e segurança e apresentar um programa em desenvolvimento para ser considerado o hospital mais tecnológico, torna-se um local de excelência para a concretização dos objetivos propostos, bem como para a aquisição de competências nos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Este hospital tem em desenvolvimento um programa visando a obtenção do título de hospital mais tecnológico, sem papel. Como tal, este SU caracteriza-se pela sua dinâmica tecnológica associada, apresentando um sistema informático constituído por um *tablet* com sistema informatizado de registos (Pharmatrac) e um SupplyPoint (máquina que fornece automaticamente a medicação, segundo a prescrição, de modo a evitar erros humanos na administração da terapêutica).

A equipa de enfermagem é constituída por 10 elementos por turno, com diferentes áreas de formação, especialização e experiência, sendo a sua distribuição pelos diferentes setores da responsabilidade do chefe de equipa, que adjudica cada um dos elementos aos respetivos setores em função das suas competências e formação; tal como previsto pela legislação, que regulamenta a existência de “uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática” (Despacho nº 10319/2014, artigo 4º, p. 20674).

A sala de triagem é composta por duas unidades onde é efetuada a triagem de doentes através do sistema de Manchester, classificando-os de acordo com os critérios de gravidade definidos por este sistema por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho). Com a aplicação da

Triagem de Manchester, o Hospital procura assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes, gerindo igualmente com o máximo rigor, do ponto de vista clínico, o tempo de atendimento. A implementação deste sistema de triagem dá resposta à exigência da legislação, indicada no despacho nº 10319/2014, artigo 12º, nº1 que indica que “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU”.

Por turno, existe um enfermeiro responsável por este sector, que obrigatoriamente tem de ser detentor do curso de Triagem de Manchester. Este enfermeiro é responsável pela triagem do doente, através de uma breve anamnese (avaliação inicial do doente) e tendo por base os discriminadores base, assim como pelo encaminhamento dos doentes para a área de especialidade e local do serviço adequados.

Durante o estágio foram efetuados dois turnos neste setor, que permitiram familiarizar-me com este processo de triagem, inserido no programa informático utilizado (Glint). Apesar de ser detentora do curso de triagem e efetuar triagem no meu local de trabalho, estes dois turnos permitiram-me conhecer os protocolos específicos do serviço, como a via verde sépsis, via verde AVC e via verde coronária e ainda colocá-los em prática com dois doentes, utilizando a via verde sépsis e via verde AVC, foi ainda possível comunicar com os doentes e seus familiares desde a sua admissão e perceber a dinâmica do serviço desde a “porta de entrada”. Neste sector a comunicação estabelecida com os doentes e familiares, precocemente, contribuiu para a aquisição de informações pertinentes no seguimento do processo de cuidados e o estabelecimento de relação terapêutica de confiança e de segurança para o doente e sua família, procurando explicitar o funcionamento do serviço e o encaminhamento seguinte.

De acordo com a Lei nº33/2009 publicada em *Diário da República*, 1.ª série — N.º 134 — 14 de julho de 2009, p.4467 “Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço”. No entanto, aos acompanhantes “Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença”. Na triagem do referido serviço de urgência, faz parte do protocolo e, portanto, todos os doentes foram informados que teriam direito a um acompanhante por si indicado e atribuída a respectiva pulseira de identificação ao acompanhante.

Nos doentes acompanhados apenas por profissionais técnicos de saúde e, que não conseguiam comunicar de forma efetiva, foi essencial a comunicação com estes profissionais neste setor, nomeadamente em relação à perceção inicial destes profissionais às condições habitacionais e sociais dos doentes, assim como à existência de familiares no local ou da comparência dos mesmos no hospital. Esta comunicação com os profissionais do pré-hospitalar permitiu assegurar a continuidade dos cuidados de forma segura e estar atento a situações sociais complexas ativando os meios e a equipa multidisciplinar preparada para dar resposta às necessidades destes doentes. Deste modo foi possível atingir o objetivo: Desenvolver estratégias de comunicação verbal e não-verbal no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em Situação Crítica e ainda atingir a seguinte competência “*Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos*” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4).

A sala de emergência ou reanimação possui uma cama, mas equipamento compatível para receber dois doentes em simultâneo, nomeadamente 2 monitores adequados ao fornecimento de dados como saturação periférica de O<sub>2</sub>, traçado eletrocardiográfico contínuo, medidor de tensão arterial, capnografia, 2 rampas de oxigénio com sistema de aspiração e ar comprimido, dois ventiladores portáteis e um ventilador não-invasivo (VNI – Bipap, BI-level Positive Airway Pressure). Existem dois módulos com material de cateterização venosa, assim como uma gaveta específica de material de via aérea. A sala de reanimação dispõe ainda de 2 carros de emergência, compostos por medicação de emergência e material de apoio, em cada um dos carros de emergência existe um monitor/desfibrilhador portátil com pacemaker externo. Também é possível nesta sala encontrar kits preparados para realização de procedimentos tais como, colocação de cateter venoso central, linha arterial, toracocentese, entre outros. Existe também na sala todo o equipamento imprescindível à estabilização do doente politraumatizado, tal como, plano duro, aranha, imobilizadores laterais de cabeça, colares cervicais de diversos tamanhos.

Ao doente admitido na sala de reanimação, habitualmente, foi-lhe atribuída pelo sistema de triagem a cor laranja ou vermelha e provém do exterior acompanhado por técnicos de ambulância de emergência (TAE), bombeiros ou médicos e enfermeiros da equipa da Viatura Médica de Emergência (VMER) ou equipa do Suporte Imediato de Vida (SIV), no entanto os doentes podem apresentar-se na companhia de familiares ou sozinhos.

O enfermeiro responsável pela sala de reanimação deve ter formação em suporte avançado de vida (SAV) e deve ser dotado da capacidade de resposta rápida ao doente crítico.

Sempre que um doente é admitido nesta sala, é efetuado um alerta através de uma campainha a fim de se dirigirem à sala, o médico da especialidade pretendida e o enfermeiro chefe de equipa que presta apoio neste local. Nesta sala são recebidos doentes com todo o tipo de patologias, desde trauma a patologias do foro cardíaco e respiratório.

Sendo a sala de reanimação um local primordial na primeira abordagem ao doente crítico, após discussão do assunto com o orientador deste estágio, definimos que este setor deveria ser o local eleito para centralização da aprendizagem, tendo, portanto, sido o local onde realizei o maior número de turnos (14 na totalidade).

Nos turnos que efetuei neste setor foi-me atribuída a responsabilidade de verificar e testar todo o material e equipamento inerente à sala, bem como a realização dos respetivos registos. Durante a minha permanência neste setor, rececionei doentes instáveis hemodinamicamente e com os mais variados problemas desde politraumatizados, vítimas de acidente de viação; doentes com doenças coronárias, nomeadamente com enfarte agudo do miocárdio (EAM) – nesta situação realizei o transporte do doente para hospital específico da área para realização de cateterismo e ainda doentes com patologia do foro respiratório.

A formação para a prestação de cuidados numa sala de emergência e situação de transporte, como acima citado, fundamental ao sucesso dos cuidados tendo em consideração a gravidade do estado do doente, também está contemplada na legislação: “O SMUC mantém a formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte de Doente Crítico, sendo este transporte assegurado pelo SUMC sob coordenação do INEM.”.

Na sala de reanimação recebi 5 doentes em Paragem Cardio-Respiratória (PCR) em que foi necessário articular conhecimentos teóricos e práticos e adquirir novos conhecimentos para responder às situações que surgiam. Participei ativamente no processo de reanimação, desde a realização de manobras de suporte básico de vida (SBV), à preparação de material e medicação e sua administração. Nestas situações, maioritariamente o *team leader* foi o chefe de equipa, por ser a pessoa com maior experiência e formação na área. Nestas circunstâncias o enfermeiro responsável pela sala procede à recolha de dados pertinentes acerca do doente, junto dos respetivos acompanhantes, com o intuito de compreender melhor o quadro clínico do doente,

enquanto o *team leader* procede à monitorização hemodinâmica do mesmo. O trabalho de equipa nesta sala é altamente organizado e articulado, quer pela comunicação efetiva de todos os elementos inerentes ao processo, quer por cada um dos intervenientes conhecer exatamente o seu papel, demonstrado elevada experiência no desempenho do mesmo. Sendo estas situações de elevado grau de stress e exigência, onde cada procedimento tem impacto no prognóstico do doente, esta eficácia do trabalho da equipa resulta de intervenções especializadas ao doente crítico. Nestas situações de Paragem Cardio-Respiratória em que foi necessário realizar manobras de SBV e de suporte avançado de vida (SAV), consegui aplicar os conhecimentos obtidos durante a frequência dos cursos de SAV e ATCN (Advanced Trauma Care for Nurses), realizados no âmbito deste mestrado, e prestar cuidados especializados a estes doentes, através da colocação de dispositivos para monitorização hemodinâmica, vigilância e interpretação dos mesmos, conhecimento e aplicação do algoritmo do SBV (compressões e insuflações adequadas) e do algoritmo de SAV. Procedi à administração da medicação preconizada nestas situações, tendo sempre presente as indicações e efeitos adversos de cada uma delas, de modo a atingir o seguinte objetivo: adquirir e desenvolver conhecimentos no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em Situação Crítica e por sua vez as seguintes competências: “*Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos*” e “*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4) e ainda o seguinte objetivo do CMEPSC: “*Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional*” (ESEL, 2010,p.1)

Ao longo destes turnos em diversas situações foi necessária a realização de procedimentos, tais como cateterização de acesso venoso periférico, administração de medicação, colheita de sangue, algaliação e colocação de sonda oro ou nasogástrica, bem como a realização de pensos cirúrgicos, e ainda preparação de material para procedimentos, nomeadamente: cateter venoso central e entubação orotraqueal. A necessidade de realizar estes procedimentos permitiu-me fomentar experiência e competências.

Os doentes críticos necessitam de efetuar exames complementares de diagnóstico (ECD) diferenciados para a implementação precoce e eficaz do tratamento e mobilização para a especialidade e locais adequados. O enfermeiro informa os técnicos de diagnóstico, da presença de doentes na sala de emergência com necessidade de efetuar exames complementares, para

que estes estejam preparados, com antecedência, para se deslocarem à sala de reanimação ou quando não é possível prepararem a sala para receber o doente. Os ECD efetuados na sala de reanimação são eletrocardiograma, onde o técnico de cardiopneumologia se desloca com o eletrocardiógrafo portátil e efetua o exame, assim como o raio- x em que o próprio técnico de radiologia também se desloca à sala, sendo aí efetuado o exame. Dada a instabilidade hemodinâmica dos doentes admitidos nesta sala, a deslocação dos meios, bem como a antecipação precoce da realização destes exames complementares de diagnóstico podem ser determinantes nos resultados e tratamento destes doentes.

Apesar dos benefícios de deslocar os meios de diagnóstico até ao doente, esta situação nem sempre é possível, como no caso da realização de Tomografia Computorizada (TAC), em que é necessário deslocar o doente à sala ou unidade designada para o efeito, como tal no transporte do doente para os exames complementares de diagnóstico, este deve fazer-se acompanhar de médico e enfermeiro, assim como de todo o material necessário para a sua correta monitorização e vigilância hemodinâmica, de modo a garantir dentro do possível o mesmo nível de cuidados recebidos na sala de emergência (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Durante o estágio, acompanhei três doentes no transporte intra-hospitalar para realização de exames complementares de diagnóstico. Neste contexto, foi constante a preocupação com o bem-estar do doente e com o controlo da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, nomeadamente antecipar medicação prescrita em SOS, posicionar e aplicar técnicas de conforto com regularidade. Assim como comunicar e informar o doente de todos os procedimentos, tranquilizá-lo, bem como à sua família, permitindo, sempre que possível, a sua presença junto do doente e a informação acerca do seu estado de saúde, fomentando uma relação terapêutica com o doente crítico e família e técnicas comunicacionais complexas.

Na sala de reanimação, quer pela realização de procedimentos invasivos, quer pela prioridade da estabilização hemodinâmica do doente crítico, a presença dos familiares não foi permitida regularmente, no entanto procurei em articulação com a restante equipa fornecer à família informações acerca do estado de saúde do seu familiar sempre que possível ou quando solicitado pela mesma. Verificou-se ainda que em duas situações em que os doentes entraram na sala de reanimação em PCR, os familiares pela complexidade da situação, face à possível perda do seu ente querido, sentiram-se ansiosos, manifestando interesse em estar presente na

sala. Esta situação gerou stress na equipa e foi necessário explicar aos familiares a necessidade do seu afastamento para a estabilização do doente. Em duas situações de morte, participei na comunicação de más notícias aos respetivos familiares em conjunto com o médico e enfermeiro responsáveis, observando e adquirindo competências nesta área da comunicação e gestão do luto, tendo sido ainda parte integrante no acompanhamento até junto ao corpo do seu familiar e na prestação de apoio emocional a estes familiares.

Os procedimentos acima descritos, quer relativamente à gestão da dor e da comunicação, quer em relação à conduta adotada para com o doente crítico e sua família permitiu um desenvolvimento de conhecimentos e de competências nesta área atingindo o seguinte objetivo proposto: Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família e desenvolver o processo reflexivo no [e do] exercício clínico com a PSC e família na qual se insere e competências tais como *“Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, otimizando as respostas”* e *“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4).

Neste serviço existe ainda uma sala de pequena cirurgia, onde o enfermeiro responsável pela sala de emergência é também responsável por prestar apoio a este setor. Durante diversos turnos, realizados noutros setores, colaborei na realização de pensos cirúrgicos, preparação de material para sutura de feridas, preparação de material para colocação de drenos torácicos e toracocenteses evacuadoras. Para que o meu desempenho nesta sala fosse o mais correto possível procurei articular conhecimentos e competências adquiridos anteriormente com a dinâmica do serviço e com os protocolos do mesmo.

Este percurso de estágio permitiu-me ainda acompanhar em transportes inter-hospitalares 5 doentes distintos com patologias complexas e que necessitavam de cuidados diferenciados em 5 unidades hospitalares diferentes mais específicas. O transporte inter-hospitalar exigiu um conhecimento completo do processo do doente (motivo de ida ao SU, antecedentes pessoais, medicação do domicílio, medicação administrada, procedimentos efetuados). Foi ainda necessária a preparação do material imprescindível ao transporte, nomeadamente a mala de transporte, monitores, seringas infusoras; a preparação de medicação inerente à estabilização do doente e antecipação da instabilidade; bem como a realização e preparação de carta de transferência. Durante os transportes foram avaliados e registados em folha própria os sinais

vitais e as alterações significativas. No local de transferência, foi transmitida aos colegas dos diferentes serviços a informação pertinente para a continuidade diferenciada de cuidados ao doente. Em dois dos casos em que os familiares estavam presentes, foi-lhes explicado o motivo de transferência do seu familiar e os procedimentos que iriam ser efetuados. Num deles, verificou-se que a presença da família e o seu comportamento face à situação de transferência provocou ansiedade e preocupação no próprio doente face à sua situação e da sua família que foram ultrapassadas através de técnicas comunicacionais com a equipa de profissionais de saúde durante o transporte. A realização destes transportes, facilitou o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área tão específica do doente crítico, como é o transporte inter-hospitalar, assim como conhecer e perceber a dinâmica dos diferentes contextos para os quais tive oportunidade de transferir os doentes atingindo o seguinte objetivo: Prestar cuidados diferenciados e especializados à PSC e família, sustentando a prática clínica na evidência científica e no raciocínio clínico constante e a seguinte competência: *“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4). De acordo com a Ordem dos médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, o transporte de doente crítico, efetivamente envolve vários riscos, no entanto, os benefícios provenientes de um nível assistencial superior justificam a sua realização. O nível de cuidados durante o transporte destes doentes, deve ser mantido ao mesmo nível dos prestados no serviço de origem, de forma a garantir a estabilidade do doente (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

No contexto da realização dos transportes inter-hospitalares, foi ainda elaborado um jornal de aprendizagem acerca de um transporte efetuado a um doente crítico, com o diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal. Dada a instabilidade clínica do doente, o transporte do mesmo envolvia bastantes riscos, o aneurisma apesar de estar roto estava contido pelos órgãos adjacentes, no entanto o estado do doente poderia, durante o transporte, pela imprevisibilidade da situação ocorrer um agravamento do seu estado clínico e entrar em choque. No entanto, a transferência deste doente para um hospital mais diferenciado, com especialidade em Cirurgia Vasculiar de urgência, foi considerada fundamental para a sua sobrevivência. A realização deste Jornal de Aprendizagem, especificamente, permitiu a análise e reflexão sobre a prática de cuidados numa situação experienciada no contexto de estágio no Serviço de Urgência. Tornou-se uma ferramenta essencial na construção de aprendizagens e desenvolvimento de

competências, assim como numa retrospectiva e análise de comportamentos e sentimentos vividos.

No setor de balcões foram efetuados 2 turnos onde as principais atividades centraram-se na realização de procedimentos e atitudes terapêuticas, administração de medicação, registo dos procedimentos no plano de cuidados, tendo em conta as boas práticas de higienização das mãos e utilização obrigatória de equipamentos de proteção individual (EPI'S), preconizados de acordo com o risco associado ao procedimento em questão, protegem adequadamente os profissionais de saúde, os doentes e os familiares (DGS, 2012), através da prática de cuidados seguros e tendo conhecimento dos protocolos do serviço foi atingido o objetivo de desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família.

O serviço de observação (SO) desta unidade de urgência tem uma capacidade máxima para 25 camas, sendo o número de enfermeiros distribuídos neste setor dependente do número de doentes existentes. Os doentes que se encontram internados neste serviço carecem de uma vigilância contínua e de cuidados diferenciados de enfermagem, pelo que é importante articular a evidência científica com a prática de enfermagem e protocolos do serviço.

No SO é da competência de cada enfermeiro responsável pelo doente a avaliação e estabilização de sinais vitais, elaboração e atualização de um processo de enfermagem e plano de cuidados adequado às necessidades do mesmo, conceção de intervenções direcionadas ao doente e prestação de cuidados de enfermagem diferenciados. Os registos de enfermagem refletem os cuidados prestados ao doente crítico, permitindo uma análise e avaliação dos cuidados de enfermagem com vista à autonomia e responsabilização dos enfermeiros para uma prática clínica segura e de qualidade (Fernandes e Tareco, 2016).

No plano de cuidados é essencial o estabelecimento de intervenções e processo de continuidade que visem a melhoria dos cuidados. A avaliação da dor do doente é um fator importante neste plano e está protocolado a sua avaliação no mínimo em dois momentos por turno. Neste serviço a escala da dor protocolada é a numérica, em que zero é a ausência de dor e dez a intensidade de dor máxima. Nos doentes, que não conseguem comunicar o seu nível de dor, é utilizada a escala do observador.

É de salientar o recurso a escalas de avaliação da dor de forma a identificar o nível de dor e agir em conformidade. No serviço em questão a escala da dor utilizada é a escala numérica, onde é

possível categorizar de 0 a 10 a intensidade da mesma, sendo o 0 a ausência de dor e o 10 a maior dor alguma vez experienciada, considerada dilacerante. Nos doentes que não conseguiram comunicar a avaliação era realizada à escala do observador, de acordo com uma régua orientadora. A avaliação da dor foi mantida desde a triagem, em que o estabelecimento da prioridade pode ser realizada tendo em conta o nível de dor do doente, até à sala de reanimação e sector de balcões onde foi muitas vezes detetada pela primeira vez a dor e administrados os fármacos necessários, sendo aplicados os cuidados de enfermagem decisivos para o alívio da mesma.

Sendo a dor encarada como “um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo (...) O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2008, p.1-2). No serviço de urgência, pelo cariz complexo de doentes críticos e pela dificuldade de comunicação muitas vezes associada, a dor nem sempre é percecionada no imediato, no entanto os enfermeiros demonstram especial sensibilidade para a comunicação não-verbal associada à dor e são estabelecidas o mais precocemente possível, medidas farmacológicas e não-farmacológicas no controlo da dor. Foram prestados cuidados individualizados a cada doente nos diferentes sectores e aplicadas as medidas adequadas a cada situação, com a finalidade de promover conforto e bem-estar ao doente crítico e monitorizar, avaliar e registar a dor segundo as escalas mais adequadas. Considera-se assim atingido o seguinte objetivo: desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família;

A passagem de turno é um momento crucial para a transmissão da informação pertinente acerca do doente, de forma a garantir uma continuidade de cuidados eficazes. Neste serviço foi estabelecida uma ferramenta específica, tendo em vista a otimização e padronização da informação – a ISBAR. A mnemónica ISBAR permite memorizar construções complexas em que I – corresponde à identificação dos indivíduos envolvidos na comunicação; S - diz respeito à situação atual e motivo de admissão; B - aos antecedentes do doente, descrição de dados clínicos; A – contempla a avaliação acerca do estado atual do doente, estratégias de tratamento e terapêutica instituídos e R – recomendações no plano terapêutico adequados ao doente (DGS, 2017). Considero que o conhecimento e aprendizagem de utilização desta ferramenta de

transição de cuidados foi facilitadora do ponto de vista de estruturação mental, construção de diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados e transmissão segura de informação.

Como resultado da aquisição das competências adquiridas dei a conhecer a existência desta norma e sugeri a sua implementação no serviço de urgência onde desenvolvo a minha atividade profissional, estando neste momento já implementada no referido serviço como ferramenta de registo e transmissão de informação entre serviços e equipas de forma a garantir a comunicação necessária à continuidade da prestação de cuidados seguros. As equipas prestadoras de cuidados devem obedecer a uma comunicação eficaz na transição de cuidados para segurança do doente (DGS, 2017). A folha de transmissão de informação foi utilizada com regularidade, especialmente na zona de balcões e SO, e ainda , foi fundamental ainda na transferência de doentes para outros serviços do hospital, nomeadamente para a unidade de cuidados intensivos, local para onde foram efetuadas duas transferências intra-hospitalares durante o período de estágio e na transferência do doente para outras instituições, uniformizando os registos e a informação, que se traduzem em intervenções especializadas de enfermagem. A utilização desta ferramenta permitiu desenvolver estratégias de comunicação verbal e não-verbal no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em Situação Crítica e desenvolver o processo reflexivo no [e do] exercício clínico com a PSC e família na qual se insere.

O enfermeiro chefe de equipa tem um papel relevante na dinamização e orientação da restante equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais. As suas funções passam por realizar a distribuição dos elementos por setores, gerir altas e vagas de internamento, gerir o plano de trabalho diário, gerir tempo, recursos humanos e materiais consoante a necessidade nos diversos setores. Neste estágio foi-me facultada a possibilidade de realizar um turno com o Sr. Enfermeiro chefe de equipa, a fim de conhecer a dinâmica do serviço da ótica do gestor máximo de cuidados, conhecer o plano de catástrofe do serviço e os elos de ligação com o objetivo, caso seja necessário de dar resposta à seguinte competência “ Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação” (ESEL, 2010, p.1) , e ainda, efetuar o plano de trabalho por turno, gerindo os cuidados tendo em consideração a equipa multidisciplinar, e cumprindo o objetivo de “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p. 1).

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014: “O SUMC tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a

atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte”. Os 2 turnos de observação efetuados com a equipa da VMER, foram de extrema relevância para o entendimento do funcionamento do sistema pré-hospitalar e a articulação do mesmo com o serviço de urgência. Nestes dois turnos foi verificado todo o material presente na VMER, de acordo com o protocolo estabelecido no serviço, ter conhecimento da casuística mais prevalente neste momento, que se encontra em material de arquivo e acompanhar 4 saídas para o exterior, todas elas para locais distintos, mas todas chamadas por dispneia. Apenas duas destas situações foram acompanhadas pela equipa até ao hospital, foram efetuadas as intervenções e administração de medicação necessárias à estabilização do doente, tendo o mesmo e a respetiva família sido informado dos procedimentos, recolhidas as informações pertinentes acerca da situação e transmitidos à equipa hospitalar que rececionou o doente. Pelo fato de a família não poder não poder acompanhar no transporte toda a informação relevante, por esta facultada, foi transmitida pelos profissionais de saúde envolvidos no transporte, constituindo uma mais valia para dar início imediato à prestação de cuidados. A participação nas atividades acima referidas contribuiu para o cumprimento da seguinte competência “*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4). Durante o estágio, no serviço de urgência, verificou-se que a família tem um papel essencial na informação prévia, recolhida acerca da situação clínica do seu familiar, especialmente nos doentes incapazes de fornecerem dados. Esta informação inicialmente obtida através dos familiares, pode contribuir significativamente para a eficácia e rapidez da resolução dos processos complexos de doença crítica, a que o seu familiar está sujeito. Verificou-se que apesar de ser um direito do doente, o acompanhamento por uma pessoa definida por si, esta situação nem sempre é possível dado a afluência de doentes ao serviço e o espaço físico existente, assim como situações em que é necessário intervir com procedimentos, aos quais não é recomendado a presença do família, quer pela sua interferência involuntária durante o processo, sendo uma situação muitas vezes desconhecida e incerta, os sentimentos despoletados podem destabilizar os profissionais de saúde e o próprio doente e família. Na sala de reanimação foram poucas as vezes que os familiares puderam estar presentes devido à complexidade, no entanto, apesar de não ser nas condições mais adequadas, foi sendo transmitida a informação necessária aos familiares. Muitas vezes devido às circunstâncias inerentes ao serviço, nomeadamente a escassez de tempo, de recursos humanos e espaço físico a comunicação da informação foi

efetuada nos espaços de circulação. O enfermeiro enfrenta regularmente desafios na satisfação das necessidades da família e no planeamento e execução de intervenções especializadas de enfermagem perante a complexidade e especificidade do próprio contexto de urgência. (Sá, Botelho e Henriques, 2015)

O setor onde se observou uma presença mais assídua da família foi nos balcones. Neste setor o tempo máximo de permanência dos doentes foi de cerca de 24 horas, tendo-se verificado uma enorme afluência e rotatividade de doentes neste setor, como tal os familiares não permaneciam junto ao doente, mas com regularidade procuravam saber informações do doente e era-lhe permitida a visita para lhe proporcionarem algum apoio e conforto emocional. Neste setor verificou-se que os enfermeiros não se dirigiam tão frequentemente ao familiar devido ao fluxo de trabalho, no entanto quando interpelados facultavam as informações solicitadas, descurando o acolhimento e apoio adequado ao familiar. Nestas circunstâncias, tornou-se um desafio ver o familiar como cliente de enfermagem e procurar acolhê-lo no serviço de modo a ter uma intervenção especializada de enfermagem.

O estágio realizado em contexto de urgência, num serviço distinto daquele em que habitualmente desenvolvo a minha atividade profissional, e na qualidade de estudante de mestrado permitiu-me efetuar uma análise do processo, como um todo e de cada uma das suas fases integrantes. Esta análise realçou a necessidade de uma comunicação eficiente entre os diferentes intervenientes, bem como a necessidade de implementação de estratégias ou protocolos de acolhimento e envolvimento da família.

### 3.2. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Medicina Intensiva é considerada pela DGS (2003, p..6) como “...uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (...) é por natureza multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais (...)”

As unidades de cuidados intensivos são entendidas como locais diferenciados, dotados de recursos humanos qualificados e preparados (médicos e enfermeiros), para prestar cuidados a doentes em situações complexas. Estes cuidados assentam em atitudes e recursos tecnológicos

de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurando as funções e necessidades vitais do doente 24 horas por dia (DGS, 2003).

Tendo em conta a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, o Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) onde foi efetuado o estágio é classificado em nível III, pelas valências que apresenta (assistência médica qualificada, acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários). A UCIC é constituída por 9 camas, destas 7 encontram-se dispostas numa única sala, sendo as restantes em quartos de isolamento. A sala de trabalho dos enfermeiros é a mesma sala onde se encontram os doentes, existindo um balcão central com 3 computadores destinado aos enfermeiros.

A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por: enfermeiros, assistente social, assistentes operacionais, médicos e fisioterapeutas.

Os doentes que são internados nesta unidade provêm essencialmente do serviço de urgência e do bloco operatório, no entanto, por vezes, por descompensação hemodinâmica são transferidos de outras unidades de internamento. As patologias destes doentes também são as mais variadas, no entanto caracterizam-se essencialmente por serem do foro cirúrgico, e essencialmente politraumatizados. Durante o estágio estiveram internados doentes do foro médico e cirúrgico, nomeadamente Pneumonia, Gripe B, Politraumatizados, Queimados, AVC, Hemorragia sub-aracnoideia, sépsis, entre outros.

A ventilação mecânica é considerada o procedimento invasivo mais frequente para doentes críticos com insuficiência respiratória severa, no entanto, podem surgir complicações adversas do mesmo, tais como sépsis, acidose metabólica ou pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Esta PAV é considerada uma infeção pulmonar grave, com alto risco de mortalidade ou comorbilidades e é considerada a infeção mais comum em unidades de cuidados intensivos (Moreira *et al.*, 2011).

A pneumonia associada à ventilação mecânica pode ser evitada pelos enfermeiros, recorrendo a conhecimentos científicos, previamente adquiridos ou resultantes de pesquisa efetuada para casos específicos, adequando os cuidados de enfermagem e intervenções prestados à situação e às necessidades do doente, de forma a controlar efeitos adversos da ventilação mecânica (Moreira *et al.*, 2011). Assim, foram planeadas as intervenções de enfermagem específicas para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, e prestados os cuidados inerentes tendo como foco a prevenção e controlo da infeção. Durante o estágio procedeu-se à consulta

e reflexão sobre o manual de controlo de infeção existente nesta unidade hospitalar, bem como das normas e recomendações existentes baseadas em evidências científicas e em guidelines nacionais e internacionais. Deste modo foi possível adquirir conhecimentos que resultaram em cuidados focados na prevenção de infeções e complicações associadas à mesma, e alcançar a seguinte competência: *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.2).

De acordo com a DGS (2008, p.4) “A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (...)”. Na frequência deste estágio foi possível colaborar em procedimentos complexos e considerados invasivos com risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, tais como: colocação de linha arterial (LA), CVC, drenos, entubação orotraqueal, realização de pensos cirúrgicos, algaliação, colocação de sonda nasogástrica, e ainda manipulação deste material e outros procedimentos, tais como aspiração de secreções e colheitas de fluídos orgânicos. Os cuidados prestados neste âmbito foram realizados tendo em conta técnicas de assepsia, e de acordo com as normas e protocolos do serviço, de modo a proteger o doente das IACS, alcançando o objetivo proposto de desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família. Foi ainda dada relevância à família, pelo seu envolvimento neste aspeto da prevenção e controlo de infeção, através da explicação dos riscos e formação sobre a prestação dos cuidados adequados, nomeadamente nas boas práticas de higienização das mãos e utilização de EPI, durante o horário de visitas. Deste modo a família não só entende a necessidade de determinadas práticas, como fica consciente dos riscos e cuidados que o seu familiar está exposto e necessita, respetivamente, com o intuito de dar resposta à finalidade de envolver a família, se esta assim o desejar, na dinâmica de cuidados, reconhecendo o conhecimento que tem do cliente e o subsídio para a tomada de decisão em clínica.

A monitorização hemodinâmica invasiva diz respeito à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, medição de pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares. Esta é efetuada através de cateteres e transdutores ligados em sistema num monitor. A monitorização hemodinâmica invasiva é essencial nas Unidades de Cuidados Intensivos, e os enfermeiros, pelo seu envolvimento nos cuidados são elementos fundamentais na avaliação, monitorização e vigilância destes (Azeredo, 2013).

Para melhor entendimento acerca da monitorização hemodinâmica invasiva e pela relevância desta monitorização nos cuidados intensivos para uma correta avaliação do estado do doente, tornou-se essencial durante este percurso efetuar pesquisa bibliográfica de forma a obter informação relevante associada a casos específicos, para articulação com os conhecimentos práticos adquiridos, aplicados em contextos desconhecidos e com o objetivo de fundamentar a prática de cuidados especializados e individualizados a cada doente crítico, com diferentes patologias. Em cada turno, foi dada especial atenção à monitorização hemodinâmica de cada doente atribuído, particularmente a cada parâmetro de monitorização e procurar relacionar com a fisiopatologia da doença, assim como, com a avaliação da resposta ao tratamento. Com base nestes conhecimentos e competências adquiridas nesta área tornou-se possível cumprir o objetivo de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como de adquirir as seguintes competências: *“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* e *“Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4)

A pessoa em situação crítica quer pelos procedimentos invasivos a que é sujeita, quer pela situação clínica, apresenta regularmente dor durante o internamento (Teixeira e Durão, 2016), tornando-se uma das maiores preocupações dos profissionais que trabalham em Cuidados Intensivos a avaliação, monitorização e gestão da mesma. Os doentes críticos internados em UCI, normalmente encontram-se impossibilitados de auto-avaliarem a sua dor quer pelo recurso à ventilação mecânica, quer por agentes neuromusculares e hipnóticos (Ferreira *et al.*, 2014). Os mesmos autores afirmam que para os doentes que são incapazes de comunicar existem escalas de avaliação com critérios subjetivos tais como: expressão facial, movimento no leito, parâmetros vitais (Ferreira *et al.*, 2014).

Neste serviço a escalas mais utilizada para doentes sedados é a ESCID – Escala de comportamentos indicadores de dor, em que é avaliada a musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação à ventilação mecânica e conforto. Não sendo uma escala com a qual estou regularmente familiarizada no meu contexto de prática profissional, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica acerca da dor em cuidados intensivos e as escalas utilizadas, e adquiridos conhecimentos através da experiência dos enfermeiros do serviço e das competências adquiridas ao longo do estágio com a execução de intervenções de enfermagem neste âmbito.

Na unidade de cuidados intensivos está preconizada a avaliação da dor de 4 em 4 horas, foram realizadas intervenções de enfermagem específicas para a gestão da dor e prevenção da mesma, tais como gerir a analgesia conforme necessidade do doente (por exemplo administrar bólus prescrito consoante técnicas invasivas ou posicionamentos), executar técnicas de posicionamento, gerir o ambiente físico, registo da escala mais adequada no plano de cuidados do doente a fim de concretizar o seguinte objetivo desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família e a seguinte competência: *“Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4).

Para a prestação de intervenções especializadas ao doente crítico e sua família foi necessário antes de mais, a elaboração de planos de cuidados em programa informático específico, onde são incluídos os diagnósticos de enfermagem, os cuidados e intervenções específicas a cada doente e são registados fidedignamente em cada turno todos os dados relativos ao doente e sua família. Foram assim, avaliadas e monitorizadas todas as intervenções, elaborados registos precisos, e ainda cartas de transferência para a continuidade de cuidados.

A comunicação e transmissão de informação assume uma importância acrescida, neste contexto de cuidados intensivos. A passagem de turno entre a equipa de enfermagem é neste serviço um momento crucial para a transmissão de dados relevantes ocorridos durante o turno anterior, acerca de cada doente, bem como de reflexão e análise do desempenho na prestação de cuidados. Nesta passagem de turno é efetuado uma passagem de ocorrências pormenorizada, onde importa fazer referência à evolução do estado clínico do doente, os cuidados fundamentais de enfermagem prestados, assim como à situação social do doente, se receberam visitas, quem foi o familiar que o visitou.

A transmissão de informação sobre o doente crítico e sua família também foi efetuada em diferentes serviços, como foi o caso do bloco operatório, onde foi efetuada uma transferência de um doente politraumatizado para ser intervencionado cirurgicamente.

O transporte inter-hospitalar apresentou também um papel de relevo nos cuidados prestados ao doente crítico, pois no contexto estágio em cuidados intensivos foram realizados transportes a estes doentes nomeadamente para realização de exames complementares de diagnóstico. O transporte destes doentes requer um conhecimento exato do estado clínico do doente, e a preparação e mobilização de imenso material de modo a antecipar complicações adversas. O transporte de doentes sob ventilação invasiva não sendo uma prática recorrente do meu contexto

laboral, criou a necessidade de pesquisa bibliográfica e observação dos enfermeiros com experiência profissional na área, para aquisição e conhecimentos aprofundados acerca do transporte destes doentes. Assim foram mobilizados e adquiridos conhecimentos com o objetivo de adquirir as seguintes competências: *“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* e *“Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4).

A comunicação com o doente crítico internado em cuidados intensivos é desafiante pois regularmente este encontra-se entubado orotraquealmente e sob efeito de sedação, pelo que sua comunicação verbal se encontra comprometida. Então foi necessário adquirir e desenvolver novos conhecimentos acerca da comunicação não verbal e a observar as informações que o doente nos poderia dar apenas com o olhar, o toque ou muitas vezes pela alteração dos parâmetros vitais. Foram, assim, adquiridas competências e estratégias de comunicação verbal e não verbal com o doente ao longo do estágio, assim como com a sua família. A hora da visita tornou-se um momento privilegiado para o estabelecimento de comunicação com os familiares do doente e assim fortalecer as relações terapêuticas com os mesmos. A família tem necessidades de informação do seu familiar, pela vivência do desconhecido e a persistência da dúvida, pelo que o modo como são transmitidas as notícias influencia a sua fragilidade e capacidade de receção (Mendes, 2015).

As informações transmitidas à família foram efetuadas em local próprio, primando pela privacidade, por linguagem adequada, e sobretudo demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e para confortar a família.

A informação, pelas suas características inerentes, carece de ser transmitida num ambiente propício; como tal, esta unidade dispõe de uma sala própria onde é efetuado o acolhimento à família com o médico e o enfermeiro responsável pelo doente e onde lhe é entregue um folheto informativo, onde constam informações úteis. Durante este acolhimento foi explicado à família a situação clínica do seu familiar, bem como do funcionamento da unidade e realizada uma preparação prévia para a visita. O enfermeiro deve avaliar a adequar o conteúdo da informação ao familiar, avaliando a compreensão da informação, aferir informações prévias e gerir as suas dúvidas e incertezas. O enfermeiro responsável pelo doente acompanha a família junto do doente com a finalidade de lhe prestar apoio emocional e conforto no primeiro contato com o seu familiar hospitalizado numa unidade de cuidados intensivos. No plano de cuidados

elaborado individualmente para cada doente informaticamente na UCIC estão protocoladas intervenções específicas de enfermagem em relação à aceitação do estado de saúde do doente tais como: “Executar acolhimento; facilitar o esclarecimento de dúvidas; promover o envolvimento da família. A hora preconizada para estas intervenções coincidem com a hora da visita dos familiares, e pode ser considerado um fator facilitador na preparação para a comunicação com a família, a estruturação do pensamento e os registos das intervenções efetuadas. No processo é introduzido pelo enfermeiro os dados pessoais do familiar de referência, assim como dados relevantes acerca do mesmo e do quotidiano sociofamiliar do doente internado. Toda a informação relativa à família deve constar dos registos de enfermagem, permitindo aos enfermeiros definir intervenções e monitorizar mudanças (Mendes,2015).

A participação ativa no acolhimento à família possibilitou aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da comunicação verbal e não verbal (postura corporal adequada, toque, contacto visual), direcionando as intervenções e estratégias, conferindo suporte emocional à família do doente crítico. O acolhimento é um momento privilegiado onde o familiar tem a “possibilidade de interagir, de comunicar para expressar as suas dúvidas, as suas preocupações e incertezas” (Mendes, 2015, p..215).

Os familiares podem efetuar a visita em dois períodos distintos preconizados pelo serviço, cada um destes com a duração de 30 minutos e em que pode existir rotatividade de três familiares, no entanto sempre que o serviço o permita os profissionais de saúde facilitam na medida do possível os horários e o número de visitantes de acordo com a avaliação prévia da situação.

No serviço de cuidados intensivos procurou organizar-se os cuidados e o tempo de modo a estar exclusivamente disponível para a família nos momentos de visita. Deste tempo deu-se especial relevância à recepção da família no serviço, ao acompanhamento junto do seu familiar, à apropriação do conhecimento prévio da situação e ao esclarecimento de dúvidas. Os familiares procuraram saber essencialmente a evolução do estado clínico do seu familiar, o funcionamento do serviço, a funcionalidade do material envolvente, entre outros aspectos. A cada um, individualmente foram dados os esclarecimentos necessários e o suporte emocional possível no momento. Foi ainda possível perceber que doentes com um tempo de permanência maior no

serviço, a relação de confiança construída entre enfermeiros e familiares se tornou mais consistente e benéfica na melhoria dos cuidados ao doente crítico.

Durante o estágio foi importante o acompanhamento diário do mesmo doente e sua família, que permitiu através desta interação diária ter um conhecimento prévio da família e planejar com antecedência as intervenções de enfermagem, assentes nas necessidades da família. Este acompanhamento dos familiares de um dos doentes, especificamente, permitiu que a preparação e o apoio emocional fossem planeados cuidadosamente numa situação de morte, em que a comunicação foi gerida ao longo do tempo e a família foi sendo preparada para esta situação de alta complexidade. A relação de confiança e honestidade, estabelecida com o familiar durante as visitas, foi essencial nesta situação. O conhecimento prévio da família, assim como a articulação dos conhecimentos teóricos sustentados em evidência científica e da prática clínica facilitou a resposta às necessidades dos familiares. Assim, foi consolidado o objetivo proposto desenvolver estratégias de comunicação verbal e não-verbal no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em Situação Crítica, assim como as seguintes competências: *“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”* e *“Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde / doença e ou falência orgânica”*.

Com a finalidade de clarificar a importância da informação à família do doente crítico internado na UCI foi realizada uma ação de formação no serviço com a temática “Informação à família na unidade de Cuidados Intensivos” onde foi dada relevância aos aspetos significativos da transmissão de informação, ao significado da informação para a família, aos fatores facilitadores e inibidores da transmissão de informação. Foi importante para a aquisição de conhecimentos e para a reflexão da prática, sendo de elevada pertinência as ações de formação em serviço, pelo contributo que podem dar na formação de novos enfermeiros, enquanto recurso na equipa, na melhoria dos cuidados de enfermagem no próprio serviço, e em última análise para a disciplina de enfermagem

Da ação de formação realizada emergiram reflexões pertinentes sobre a prática, nomeadamente perguntas como “quem deve dar a informação aos familiares? O enfermeiro chefe de equipa ou o enfermeiro responsável pelo doente? Quem deve comunicar as más notícias? Apenas o médico ou uma parceria médico e enfermeiro? Dos enfermeiros presentes encontrava-se uma perita na área, com trabalho de investigação desenvolvido na área da comunicação com a

família nos cuidados intensivos, que contribuiu na partilha de experiências, concluindo que é importante a cultura organizacional num serviço em que todos os enfermeiros em parceria com a restante equipa multidisciplinar trabalham com um objetivo único. Destaca-se ainda a presença da chefia de enfermagem e do elemento de coordenação do serviço, que fizeram questão de estar presentes e contribuir para a reflexão da prática. Foi elaborado um instrumento de avaliação da ação de formação em que os enfermeiros presentes consideraram muito adequados os temas debatidos na sessão e como sugestões e ou comentários os enfermeiros referiram: “informação clara e muito importante”, “ter um maior tempo de discussão/ reflexão após a apresentação”, “mais tempo para partilha”, “boa apresentação, com debate muito bom e com conclusões muito pertinentes”. Com a realização desta ação de formação foi possível concretizar os seguintes objetivos preconizados para o CMEPSC: “*Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações*”, “*expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio*”, “*selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão*” (ESEL, 2010, p.1).

No contexto deste estágio foi elaborado um estudo de caso e um jornal de aprendizagem baseados numa situação de cuidados real. Ambos foram instrumentos essenciais na estruturação de ideias, construção de aprendizagens e no desenvolvimento de competências, uma vez que foi efetuada uma análise e reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem em situações específicas e na construção de planos de cuidados específicos de um doente, exibindo os diagnósticos de enfermagem e as intervenções específicas de enfermagem. Esta reflexão e análise de situações pode melhorar os processos de aprendizagem dos enfermeiros, promovendo assim a mudança de comportamentos, uma enfermagem mais humanizada, com cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família. Estes trabalhos efetuados tornaram-se ainda imprescindíveis enquanto tomada de consciência, de sentimentos intrínsecos e atitudes face às situações.

Os registos de enfermagem permitem a comunicação efetiva da condição e evolução clínica do cliente dos cuidados de enfermagem (Riley 2004). Pela pertinência que os registos apresentam nos cuidados de enfermagem foi considerando imprescindível a participação com duas colegas do CMEPSC (Marina Tagaio e Andreia Henriques) e com a prof. Orientadora Anabela Mendes na elaboração de um poster com base na pesquisa bibliográfica avançada na base de dados CINAHL e MEDLINE, com as seguintes palavras-chave: nursing records, quality of health

care, accreditation, clinical nurse specialists. A elaboração deste poster cumpriu o objetivo de identificar de que forma os registos de enfermagem poderão contribuir para a qualidade dos cuidados especializados, intitulado “Registos de Enfermagem: Um Caminho para a Certificação da Qualidade da Intervenção Especializada”. Este póster foi elaborado no âmbito do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica realizado em Évora e apresentado dando resposta ao objetivo proposto anteriormente: Participar em congressos pertinentes na área da PSC e sua família, no sentido de apresentar e discutir a evidência enunciada e as conclusões a que se chegou, assim como às seguintes competências: para o CMEPSC: *“Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações”*, *“selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”* (ESEL, 2010,p.1).

### 3.3. ANALISE DO ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA EM DIFERENTES CONTEXTOS

Dependendo do tipo da unidade de cuidados em que doente está inserido e as competências dos profissionais do serviço, vocacionadas para o envolvimento da família, este fator é gerido de forma diferente, com implicações também diferentes para todos os intervenientes, principalmente para o doente.

Em serviços que não envolvem a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a abordagem e envolvimento da família torna-se um processo mais tranquilo e mais facilmente aceite e aplicado por alguns profissionais de saúde. Não existindo fatores como o stress, a urgência na tomada de decisão e na prestação dos cuidados, o nível de sofrimento extremamente elevado, o desconhecido, a incerteza da evolução do quadro clínico do doente, todo o processo pode ser desenvolvido de uma forma gradual e tranquila, quer pela disponibilidade de tempo do enfermeiro, quer pela disponibilidade psicológica da família. Nestas circunstâncias, apesar de continuar a ser de enorme relevância o envolvimento da família, as repercussões do mesmo são bastante distintas, principalmente porque o estado do doente não é tão grave, não transportando para o mesmo, e respetiva família, todos os sentimentos de preocupação e ansiedade associados ao estado de pessoa em situação crítica. Nestes casos, como o profissional de saúde também não se encontra numa situação de stress este tipo de envolvimento assume um cariz completamente distinto.

Nos serviços onde são prestados cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica, correspondente ao tipo de serviço associado a este trabalho e onde se pretende obter competências, onde o envolvimento da família por um lado é um processo mais difícil de desenvolver e implementar, mas por outro o tipo de output obtido é muito mais relevante para os três vértices do triângulo terapêutico. Implica, sem dúvida, um maior esforço da parte dos enfermeiros, daí não ser consensual a opinião dos mesmos relativamente a este processo, no entanto vários autores referidos ao longo deste trabalho, bem como a vivência prática resultante dos estágios realizados no âmbito do mesmo, demonstram claramente as vantagens provenientes, principalmente para o doente, o qual em última análise é o principal visado na prestação de cuidados e na melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem.

Após as experiências vivenciadas na aquisição de competências proporcionadas pela realização deste mestrado e dos respetivos estágios, a par com a evidência da importância do subsídio da família na intervenção especializada à pessoa em situação crítica, existe muitas vezes a dificuldade no desenvolvimento deste processo de interação entre o enfermeiro, a família e o doente. Esta dificuldade verifica-se principalmente devido à logística do serviço e às características inerentes ao mesmo, devido ao carácter de urgência e de situação crítica associado às inúmeras situações que existem no serviço em simultâneo. Muitas vezes a estrutura física do serviço, associado à existência de vários casos de doentes em situações críticas semelhantes, limita o envolvimento da família e até mesmo a sua presença junto do familiar doente. A existência de várias pessoas externas ao serviço, a requerer um elevado nível de atenção do enfermeiro, porque se encontram numa situação de stress, angústia e sofrimento, resultante da situação clínica dos respetivos familiares, dificulta grandemente a logística da prestação de cuidados ao doente e de apoio à família.

No serviço de urgência a diversidade de situações atendidas em simultâneo, que requerem cuidados completamente distintos, bem como o elevado número de admissões no serviço e o, muitas vezes, insuficiente número de enfermeiros disponíveis são fatores limitantes à existência de comunicação entre o enfermeiro e a família, e o envolvimento da mesma na prestação de cuidados. Para que este processo resulte é necessário ainda o envolvimento de todos os outros profissionais integrados na equipa, e a existência de uma cultura organizacional coesa para um completo entendimento e articulação da situação, e a presença e envolvimento do familiar decorra sem incidentes.

No serviço de cuidados intensivos, a maior dificuldade prende-se com a gravidade das situações existentes em simultâneo no serviço. Assim, é necessária uma reorganização das rotinas do serviço, onde possam ser incluídos períodos de integração das famílias, com acolhimento, comunicação e a respetiva troca de informações relativas ao doente. Sem descorar a necessidade de uma rotatividade de profissionais neste processo, tendo em conta a necessidade permanente de atenção e cuidados à pessoa em situação crítica.

A relevância do envolvimento da família é exatamente a mesma em qualquer um destes serviços, o resultado é sempre benéfico para doente e origina sempre uma melhoria contínua na prestação de cuidados. As diferenças são essencialmente em termos de implementação do processo, considerando que cada serviço se reveste de especificações, procedimentos e processos distintos.

Considerando as vivências no serviço de urgência onde desempenho funções e os estágios realizados, penso que o subsídio que a família pode prestar em intervenções especializadas à pessoa em situação crítica, é um processo contínuo, de extrema relevância para o doente crítico e família enquanto clientes de enfermagem. No entanto, a família nem sempre é vista desta ótica, importando assim que os enfermeiros continuem a investir nesta área, aplicando os conhecimentos teóricos na prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e para a criação de uma cultura nas organizações em que a família é parte integrante de um processo dinâmico.

## 4. CONCLUSÃO

Este relatório contempla o percurso formativo efetuado, os estágios realizados, os conhecimentos e competências adquiridas à pessoa em situação crítica inserida numa família. Para este caminho de aquisição de competências foram concebidos objetivos tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica e as competências do Curso de Mestrado da pessoa em situação crítica. Estes objetivos foram alcançados fruto da pesquisa bibliográfica, do trabalho efetuado durante os estágios, dos momentos de reflexão com os orientadores.

No estágio no SU foi possível observar este contexto da ótica de estudante de mestrado, diferente do que estou habituada no meu contexto laboral, o que me permitiu em cada contacto otimizar os conhecimentos adquiridos anteriormente e utiliza-los de forma profícua no percurso de desenvolvimento de competências para uma prática mais especializada, cumprindo os objetivos e competências propostos para este contexto.

O estágio de SU proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da Pessoa em Situação Crítica e sua família em todas as suas vertentes nomeadamente na prestação de cuidados especializados e gestão de complexos terapêuticos complexos, controlo e gestão da dor, gestão na prevenção e controlo de infeção e sobretudo a perceção e argumentação prática experienciada do subsídio da família para uma intervenção de enfermagem especializada.

O estágio de UCI pela minha inexperiência nesta área tornou-se enriquecedor do ponto de vista de investimento e pesquisa nesta área tão específica, a pessoa em situação crítica e sua família tornam-se um cliente de enfermagem rigoroso dada a sua complexidade, pelo que a prestação de cuidados especializados nesta área foi exigente e entusiasmante pela sua distinção de contexto, conduzindo à concretização dos objetivos propostos e para a aquisição de conhecimentos e competências nesta área.

Do ponto de vista da temática escolhida, é importante perceber a família enquanto cliente de enfermagem e conhecer as suas necessidades face ao processo de transição saúde doença vivenciado em contexto de SU e UCI. Como foi descrito ao longo do trabalho, pelo

conhecimento intrínseco que tem do familiar e pelo seu papel preponderante na sua vida a família pode tornar-se um elemento facilitador na comunicação e no processo de cuidar, colaborando como elo de ligação entre o mundo exterior e o hospital. Com esta premissa e tendo em consideração tudo o que foi descrito acima, o envolvimento da família e do doente através da comunicação, da informação, da interação entre as partes e da participação na tomada de decisão, passa pelo desenvolvimento de uma parceria de cuidados, onde a família se torna uma parceira de extrema relevância, fomentando cuidados mais holísticos centrados na unidade familiar e não apenas no doente e conseqüentemente para uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Hetland e colaboradores (2018) no seu trabalho fazem referência a vários trabalhos que demonstram os resultados de estudos exploratórios sobre os benefícios do envolvimento das famílias, nomeadamente: um maior cuidado centrado na família; sentir-se ligado ao objetivo de melhorar a saúde do membro da família gravemente doente; redução da ansiedade e maior satisfação para os membros da família.

Assim, a questão do envolvimento da família na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica deve estar presente no exercício clínico dos profissionais de saúde, ainda que exista evidências de que enfermeiros de cuidados intensivos têm opiniões e posturas diversas relativamente a este tema, principalmente no que se refere a assistência direta dos cuidados pela família.

Pela análise da bibliografia e pela experiência adquirida nos estágios, considero que apesar das inúmeras dificuldades muitas vezes associadas ao estabelecimento do envolvimento da família na prestação de cuidados, os benefícios daí provenientes superam os constrangimentos associados, pelo que deve existir um maior investimento na formação e nos procedimentos de forma a ultrapassar as dificuldades e passar a ser uma prática generalizada nas unidades de saúde.

Os fatores que limitam o acesso ou envolvimento da família são diferentes nos serviços de urgência e nos serviços de cuidados intensivos, enquanto no primeiro a maior dificuldade está relacionada com a admissão de inúmeros doentes e a ausência de condições físicas para o acolhimento da família, no segundo está diretamente relacionado com o grau de gravidade das

situações existentes neste serviço e a necessidade de atenção e cuidados permanentes ao doente, por parte do enfermeiro.

Essas dificuldades poderiam eventualmente ser ultrapassadas pela existência de profissionais específicos que realizassem o acolhimento da família e integrassem o familiar nas prestações de cuidados, que funcionassem como elo de ligação entre as duas partes intervenientes, o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados e o familiar designado para este acompanhamento.

Para que a família funcione como contributo à intervenção especializada à pessoa em situação crítica, é necessário o envolvimento e empenho, não só do enfermeiro, como de todos os outros profissionais integrados na equipa para que haja um completo entendimento da situação, sem ocorrência de informações contraditórias relativamente à presença do familiar.

É importante ainda salientar que apesar do controlo da situação crítica, que origina o processo de internamento e de transição para o doente e para a família, em termos clínicos pode existir o aparecimento de situações e/ou sintomas paralelos resultantes deste processo de hospitalização, muitas vezes longo. O enfermeiro tem de estar preparado para dar resposta ao aparecimento de nova sintomatologia, bem como para explicar aos familiares a existência de sintomas que aparentemente não está relacionado com a situação inicial, mas que resultam do processo. Por exemplo, desorientação ou delírios, associados a uma perturbação temporária da atenção e da consciência resultante de uma mudança na cognição, desorientação, alucinações ou agitação psicomotora e / ou hipo atividade e letargia são sintomas frequentes em pacientes adultos associados a um elevado período de permanência na unidade de cuidados intensivos (LeBlanc et al, 2017) enfermeiro deve ter consciência desta e de outras possibilidades e estar preparado para gerir a situação, quer junto do doente, quer com a família de forma a não aumentar o stress já adjacente a todo o processo de situação crítica.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ausloos, G. (2003). A competência das famílias: tempo, caos, processo. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azeredo, T., & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 44–54.
- Beer, J., & Brysiewicz, P. (2017). The conceptualization of family care during critical illness in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 22, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.006>
- Benner, P. (2001). O Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem. In *De Iniciado a Perito* (pp. 51–63). Coimbra: Quarteto Editora
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem., Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º10319/2014. (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série - N.º 153 (11-08-2014), 8174–8175.
- DGS (2017). Norma nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção Geral da Saúde. <https://doi.org/176690/02>
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, 1–20.

- El-Masri, M.M., Fox-Wasylyshyn, S.M., (2007). Nurses' roles with families: perception of ICU nurses. *Intensive Crit. Care Nurs.* 23, 43–50.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objetivos e competências do CMEPSC. Acedido em 10/07/2017. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fernandes, Carla. (2015). *A Família como Foco dos Cuidados de Enfermagem- Aprendendo com o Family Nursing Game*. Loures; Lusodidacta; ISBN: 978-989-8075-47-5
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem, 32–45.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. de F. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.
- Fulbrook, J., & Devictor, D. (2007). v GLOBAL CONNECTIONS v The Presence Family Members Members The Presence of Family Cardiopulmonary Resuscitation: Cardiopulmonary Resuscitation: During of Crítical, 2006–2008.
- Hammond, F., 1995. Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive Crit. Care Nurs.* 1, 256–264.
- Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>
- LeBlanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., & Tousignant, K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study.

*Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 92–98.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.002>

Lei n.º 33/2009 - Direito de acompanhamento dos doentes dos serviços de urgência do Serviço nacional de saúde (SNS). (2009). *Diario Da República*, 1.<sup>a</sup> série, 4467.

Martins, M. M., Sílvia, C., Ii, F., Hisako, L., & Gonçalves Iii, T. (2012). Relato De Experiência. *Rev Bras Enferm*, 65(4), 685–690. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Midle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (A. I. Meleis, Ed.) New York. New York: Springer Publishing Company. [http://doi.org/10.1300/J018v25n03\\_05](http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, A. (2015). *A INFORMAÇÃO À FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. De Material Didáctico, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Codigo Deontológico: Anotações e Comentários*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*. Lisboa. Acedido a 10/07/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica*. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Acedido a 10/07/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCrítica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCrítica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações, 45. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- Pagnamenta, A., et al (2016). *Impact of a communication strategy on family satisfaction in the intensive care unit*, 60, 800–809. <https://doi.org/10.1111/aas.12692>
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor- Resultados. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 21–24.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. (2000). Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados. Circular Normativa de 28 de Janeiro de 2000. 2p. nº 4/DSPCS.
- Riley, J.B. (2004). Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, L. M. de O. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro, 148. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sá, Florinda; Botelho, Maria Antónia; Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46.
- Society of Trauma Nurses. (2013). *ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual* (2013th ed.). STN.
- Sueli, B., Moreira, G., Maria, R., & Silva, D. O. (2011). Pneumonia associada à ventilação mecânica: medidas preventivas conhecidas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25 (2), 99–106.

Teixeira, J., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na Pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Referência*, 10, 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (ROCA, Ed.) (5.a Edição).

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (ROCA, Ed.) (4.a Edição).

Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention* (6<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Cronograma de Estágio



Apêndice II – Relatório V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

## RELATÓRIO V ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMEGAM MÉDICO-CIRÚRGICA

O V Encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica realizou-se nos dias 19 e 20 de janeiro de 2017, na cidade de Évora com a seguinte temática “A partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada”.

A comparência neste encontro teve como objetivo fundamental a aquisição e atualização de conhecimentos na área da prática especializada de enfermagem e no âmbito do projeto de estágio em desenvolvimento com a temática: “A Família como subsídio na intervenção especializada à Pessoa em Situação Crítica”.

As comunicações baseadas em evidência científicas, estudos e partilha de experiências durante este encontro centraram-se essencialmente na “Comunicação de Más Notícias na Prática Especializada”, “Morte inesperada: Comunicação de Más Notícias em contexto de urgência”, “Doente Paliativo e Família: Gestão de expectativas” e “Monitorização da dor como 5º Sinal Vital no contexto de Prática Especializada num Centro Multidisciplinar de Dor”.

De acordo com as temáticas expostas foi dada relevância à comunicação de más notícias como prática especializada de enfermagem, em que esta deve ser entendida como um processo entre a família e os profissionais envolvidos nos cuidados. De salientar ainda a importância que foi dada às necessidades de atenção e cuidados para com a família do doente em morte cerebral ou em doente paliativo. Em contexto de urgência o palestrante referiu que considerava benéfica a presença da família, no entanto por vezes esta presença poderia gerar stress nos enfermeiros. Relativamente à monitorização da dor o preletor deu especial ênfase à intervenção do enfermeiro especialista na reflexão sobre a prática com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com dor crónica.

Para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foi ainda imprescindível a elaboração de um póster para este encontro em parceria com a Professora Anabela Mendes e duas colegas do CMEPSC (Marina Tagaio e Andreia Henriques) com a seguinte temática:”

Registos de Enfermagem: Um Caminho para a Certificação da Qualidade da Intervenção Especializada “, assim como a sua apresentação e discussão no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta exposição do trabalho efetuado permitiu atingir o objetivo: Participar em congressos pertinentes na área da PSC e sua família, no sentido de apresentar e discutir a evidência enunciada e as conclusões a que se chegou, bem como “*Seleccionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão*” (ESEL, 2010, p.1)

Apêndice III – Poster “REGISTOS DE ENFERMAGEM:  
UM CAMINHO PARA A CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA  
INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA”

## REGISTOS DE ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA

M, Tagaio \*; F, Guerra \*; A, Henriques \*; A, Mendes \*\*

\*RN, MNSc -Nursing Student , Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] \*\*PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

### 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem são evidenciados pelo seu registo e documentação profícuos e permitem a comunicação efetiva da condição e evolução clínica do cliente, bem como rentabilização de tempo da equipa multidisciplinar (Riley, 2004). A qualidade em saúde considera os recursos disponíveis e adequa os cuidados, consegue a adesão e satisfação do cliente "exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que são os alicerces da qualidade em saúde" (Despacho n.º 5613/2015, p.13551). As "competências do domínio da melhoria contínua da qualidade" são inerentes ao enfermeiro especialista. Assim, emerge a necessidade de perceber como é que os registos de enfermagem poderão subsidiar a qualidade da intervenção especializada

### 2 OBJETIVO

Identificar de que forma os registos de enfermagem poderão contribuir para a qualidade dos cuidados especializados.

#### Palavras-chave

Nursing records, quality of health care, accreditation, clinical nurse specialists

### 3 METODOLOGIA

1. Elaboração de protocolo de pesquisa, definição de questão de investigação, critérios de inclusão e exclusão
2. Pesquisa em base de dados (CINAHL® e Medline®) e literatura cinzenta
3. Seleção e extração de informação, avaliação e análise dos resultados



#### Questão de Investigação

Como é que os registos de enfermagem poderão contribuir para a qualidade dos cuidados especializados?

### 4 RESULTADOS

#### INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM



#### CERTIFICAÇÃO

### 5 CONCLUSÃO

Identificou-se que os registos de enfermagem tornam visível a profissão, reforçam a autonomia e responsabilidade profissional contribuindo para uma prática clínica segura e de qualidade. Os indicadores que emergem dos mesmos possibilitam a análise e avaliação dos cuidados prestados e a certificação (Fernandes & Tareco, 2016). A intervenção especializada de enfermagem revela-se também através do seu registo fidedigno, mas também pela responsabilidade que possui de colaborar "na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade" (OE, 2010, p.6) e efectuar "a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional" (OE, 2010, p.6).

### 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Riley, J. B. (2004). Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência.
- (2) Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio (2015). Proceda à publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Ministério da Saúde. Diário Da República N.º 45 (27-05-2015),13550-13553
- (3) Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Das Competências Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (4) Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. RISTI (Revista Ibérica De Sistemas E Tecnologias De Informação), (19), 32. doi:10.17013/risti.19.32-45
- (5) Hesbeen, W. (2001). *Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. 220p. ISBN: 972-8383-20-7

Apêndice IV– Apresentação Ação de formação “Informação à Família na  
Unidade de Cuidados Intensivos



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
7.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização  
Pessoa em Situação Crítica

# INFORMAÇÃO À FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Orientado por :  
Professora Anabela Mendes  
Enfermeiro António Ribeiro

Elaborado por:  
Filipa Guerra

## Sumário

- Objetivos;
- Definições;
- Família a vivenciar processo de transição saúde-doença;
- Aspectos significativos na transmissão de informação;
- Conteúdo da Informação;
- Fatores facilitadores e Inibidores da Informação;
- Ordem dos Enfermeiros e Informação;

## Objetivo

Clarificar a importância da informação à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos;

## Objetivos Específicos

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na informação à família de doentes em cuidados intensivos;
- Perceber o modo como os enfermeiros comunicam com a família dos doentes internados numa UCI;
- Promover a reflexão perante a prática profissional;

## Definição família



*"A família é uma unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes. "*

(CIPE, Versão 2, 2011)

## Definição Informação

- "Ação com as características específicas: comunicar alguma coisa a alguém"  
(CIPE, Versão 2, 2011)

## FAMÍLIA (Processo de transição saúde-doença)

Resposta às  
suas  
necessidades

Gestão de  
situações  
Estratégias de  
coping

Necessidade  
de informação

Mitchelle e colaboradoras  
(2009) in Mendes (2015)

## FAMÍLIA (Processo de transição saúde-doença)

- *“Trabalhar com a família implica conhecer o momento presente que estão a viver, mas também visitar a sua própria história, individual e familiar”.*

(Relvas 2003, pág. 52)

- *“ Na interação com a família a comunicação assume-se como vector central na construção e transformação das relações. ”*

( Relvas 2003, pág. 52)

## Aspectos significativos na transmissão de informação...

Estabelecer empatia

Proporcionar ambiente seguro

Demonstrar disponibilidade /apoio

Comunicação não-verbal:

Postura corporal  
Contato visual  
Toque

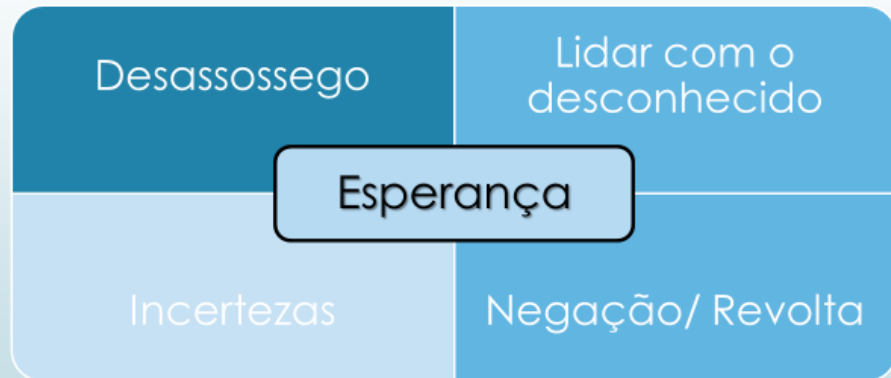
## Aspectos significativos na transmissão de informação...



## Conteúdo da Informação



## Significado da Informação para a Família



## Fatores Facilitadores

- ❖ Ambiente calmo;
- ❖ Capacidade de identificar as necessidades do familiar;
- ❖ Planeamento prévio da informação;
- ❖ Experiência profissional;
- ❖ Conhecimento sobre o doente/família;
- ❖ Recetividade / capacidade de compreensão da informação do familiar;

## Fatores Inibidores

- Ausência de privacidade;
- Sobrecarga de trabalho;
- Dificuldade em adequar a informação;
- Dificuldade em avaliar as necessidades do familiar;
- Falta de compreensão da informação pelo familiar;
- Ansiedade do familiar;

## O QUE DIZ A ORDEM DOS ENFERMEIROS

Segundo o Código Deontológico (2015), O Enfermeiro assume o dever de:

- *"Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;"* (Artigo 105º)
- *"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 106º)
- *"Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;"* (Artigo 110º)

## O QUE DIZ A ORDEM DOS ENFERMEIROS

- A Ordem dos Enfermeiros (OE) evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de "assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica" (Regulamento nº 124/2011, p.8656).

## Conclusão



Melhoria da qualidade dos cuidados

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem\_versão 2.0.pdf*.
- Mendes, A. (2015). *A INFORMAÇÃO À FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.