



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

**Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família Para
Lidar Com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção
Especializada em Enfermagem**

Liliana Isabel Martins Mascarenhas

**Lisboa
2020**

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

**Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família Para
Lidar Com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção
Especializada em Enfermagem**

Liliana Isabel Martins Mascarenhas



Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes
Coorientador: Professora Fernanda Bernardo



**Lisboa
2020**

Aprendi que são os pequenos acontecimentos diários que tornam a vida
espetacular.

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

Ao André, pelo amor, carinho, compreensão e companheirismo dentro e fora do
percurso formativo,

Aos meus pais e irmão, pelo amor incondicional, pelo exemplo de força, suporte e
incentivo,

Aos restantes familiares, por estarem do meu lado mesmo nos momentos de
ausência,

Aos meus amigos, pela presença e incentivo constante,

Aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade,

Aos meus colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização Pessoa
em Situação Crítica, por todos os momentos de partilha e companheirismo

Às Senhoras professoras, Professora Doutora Anabela Mendes e Professora
Fernanda Simões, pelo desafio, motivação,
disponibilidade e mestria,

Aos Srs. Enfermeiros Orientadores, pelo seu contributo neste processo formativo.

A todos,

Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychological Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – *Joanna Briggs Institute*;

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

A vivência de situação crítica pela pessoa e família onde se insere revela-se de grande complexidade e ambiguidade. Perante o risco imediato de vida, é desencadeada uma situação de crise vital, pautada por incerteza, que provoca mudanças no ciclo de vida familiar.

Espera-se dos profissionais de enfermagem o cuidar contínuo e altamente qualificado, de forma a prevenir complicações, limitar incapacidades e assegurar a resposta às necessidades tanto da pessoa em situação crítica como da família. Cuidar neste âmbito exige, portanto, o saber competente adquirido pelo desenvolvimento de competências, espírito crítico e reflexivo, participação no desenvolvimento de instituições, respeito pela pessoa e a família em todo o processo de cuidados, disseminação e inovação no desenvolvimento da prática de enfermagem.

A preponderância de capacitar a pessoa e família para lidar com a incerteza decorrente da vivência abrupta de situação crítica torna pertinente definir como tema do relatório de estágio, “Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem”.

Desta forma, o presente relatório procura explicar o percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e família onde se insere, tendo como referenciais teóricos a Teoria de Incerteza na Doença de Merle Mishel, Teoria do Cuidar de Kristen Swanson e Patricia Benner.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Família; Enfermagem; Incerteza na Doença

ABSTRACT

The experience of facing a critical situation by the person and family, is revealed with major complexity and ambiguity. An immediate risk to life, causes a life-threatening crisis ruled by uncertainty and changes in the family life cycle.

It is expected that nurses provide qualified and continuous care to prevent complications, limit disabilities and ensure that they meet the needs of critically ill patient and their families. Caring in this area therefore requires development of skills, critical and reflective spirit, participation in the development of institutions, respect for the person and family throughout the care process, dissemination and innovation in the development of nursing practice.

The preponderance of empowering the person and their family to deal with an uncertainty arising from the abrupt experience of the critical situation makes it pertinent to define as the theme of the internship report, “ Enabling the Critically Ill Patient and Family To Deal With Uncertainty In Illness: A Specialized Intervention In Nursing”.

Thus, this work seeks to explain the path of acquisition and development of specialized skills necessary to care for a person critically ill and their family, supported by theoretical references such as Merle Mishel's Uncertainty in Illness Theory, Theory of Caring by Kristen Swanson and Patricia Benner.

Keywords: *Critically Ill Patient; Family; Nursing; Uncertainty in Illness*

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 23 |
| 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 27 |
| 1.1 – Teoria de Incerteza de Merle Mishel | 28 |
| 1.2 – Teoria do Cuidar de Kristen Swanson | 30 |
| 1.3 – Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Intervenção de Enfermagem | 31 |
| 2 – ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO | 35 |
| 2.1 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências em contexto clínico .. | 36 |
| CONCLUSÃO | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 58 |

APÊNDICES

Apêndice I – Proposta de Cronograma

Apêndice II – 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Apêndice IIa – Resumo submetido no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Apêndice IIb – Relatório do 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Apêndice IIc – Diapositivos de Comunicação Livre “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família: Capacitar para a Incerteza na Doença”

Apêndice III – Relatório do Congresso Internacional do Doente Crítico

Apêndice IV – Sessão de Formação em Serviço de Urgência (SU)

Apêndice IVa– Divulgação da Sessão de Formação

Apêndice IVb – Plano de Sessão de Formação

Apêndice IVc – Diapositivos de Sessão de Formação

Apêndice IVd – Questionário de Avaliação de Sessão de Formação

Apêndice V – Relatório das 1as Jornadas “Pensar a *Enfermagem Avançada* no contexto atual dos cuidados de saúde”

Apêndice VI – Sessão de Formação em Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC)

Apêndice VIa – Plano de Sessão de Formação

Apêndice VIb – Diapositivos de Sessão de Formação

Apêndice VIc– Questionário: Definição de Estratégias

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

| | |
|--|----|
| Diagrama 1 - Modelo de Antecedentes de Incerteza. Mishel (1988) | 29 |
| Diagrama 2 - Mapeamento de Conceitos | 33 |
| Diagrama 3 - Encaminhamento de doentes para a sala de reanimação | 42 |
| Diagrama 4 - Mnemónica ISBAR..... | 46 |
| Diagrama 5 - Padrões de Qualidade das Precauções Básicas de Controlo de Infeção | 48 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados obtidos na Apreciação Global da Formação em contexto de SU54

Gráfico 2 - Resultados obtidos na Avaliação do Impacto da Formação em contexto de SU54

Gráfico 3 - Resultados obtidos quanto à Avaliação do formador em contexto de SU54

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório, insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). À realização do mesmo, precedeu a elaboração de um projeto de estágio, onde se encontra definido o planeamento do percurso a desenvolver no terceiro semestre com definição da problemática elegida para estudo “Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada Em Enfermagem”.

A escolha da temática surge como um desafio ao desenvolvimento de competências e baseia-se na reflexão contínua de experiências pessoais e de percurso profissional, no qual identifico que a vivência de doença súbita, por não reservar tempo à preparação e adaptação da Pessoa em Situação Crítica (PSC) e Família, gera incerteza. Desta forma, é preponderante que as intervenções de enfermagem correspondam às necessidades específicas dos intervenientes visto que, “cada pessoa tenderá a passar pela experiência e a experiência por si, de modo diferente.” (Mendes, 2015, p. 13).

Como enquadramento teórico para a fundamentação deste trabalho, foram eleitas teorias de médio alcance, a Teoria da Incerteza de Merle Mishel e a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. A escolha das mesmas prende-se com o facto de, quer a minha experiência profissional quer os estágios realizados, decorreram em serviços com especificidade de doentes em fase aguda da sua doença/doente crítico onde as dúvidas, questões e incertezas são permanentes, quer por parte da PSC como da família sendo a intervenção do enfermeiro fundamental.

A Incerteza é definida como a incapacidade de determinar o significado de eventos relacionados com uma situação de doença. É um estado cognitivo, criado quando a pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento. (Mishel, 1988).

A Teoria do Cuidar de Swanson (1991) foca-se nos processos do cuidar enquanto intervenções de enfermagem. Assim, cuidar em enfermagem inclui possibilitar/capacitar (“*enabling*”) os outros para a prática do autocuidado.

Em Swanson, considera-se *Enabling* “as facilitating the other's passage through life transitions and unfamiliar events.” (1991, p. 164; 1993, p. 356).

Por reconhecer a necessidade de adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem no sentido de capacitar a pessoa em situação crítica e família para lidar com a incerteza na doença, o percurso foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos, o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC). Pretende-se adquirir conhecimento e desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Assim, baseia-se nos objetivos e competências do Curso de Mestrado em Enfermagem à PSC da ESEL (ESEL, 2010), nas competências dos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010b).

Estabelecendo o Modelo Dreyfus como referência para a aquisição e desenvolvimento de competências, Benner (2001) adaptou-o à enfermagem, no sentido de categorizar as etapas do processo formativo. Com este modelo defende que o conhecimento do enfermeiro engloba não só a formação académica, mas também o conhecimento adquirido através da experiência e reflexão sistemática das suas práticas tendo como assunção importante que, com experiência e domínio, a competência transforma-se e esta mudança leva a uma melhoria das práticas.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Este relatório tem como finalidade destacar a aquisição de competências do percurso formativo, suportado pelo quadro teórico. A metodologia que o norteia é a descritiva - reflexiva com recurso a pesquisa bibliográfica sendo que, a aquisição e desenvolvimento de competências, se desenvolve com base nos objetivos, competências e descritores supracitados.

Para o percurso formativo, elencou-se a seguinte finalidade e objetivos.

Finalidade: Desenvolver competências especializadas de enfermagem no sentido de capacitar a pessoa em situação crítica e família para lidar com a incerteza na doença.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências comunicacionais no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e Família;
- Estabelecer uma relação terapêutica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e Família;
- Garantir o acolhimento da Pessoa em Situação Crítica e Família em contexto de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão da dor e segurança da Pessoa em Situação Crítica;
- Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção da Pessoa em Situação Crítica e família;
- Adquirir competências no âmbito da gestão de cuidados;
- Integrar a prática reflexiva e pensamento crítico na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Contribuir para a disseminação do conhecimento e formação de pares.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro é alusivo ao enquadramento teórico onde estão delineados e explicitados os conceitos fundamentais da temática tendo em conta a pesquisa inicial efetuada para conhecimento do estado da arte e a pesquisa avançada para a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), nas bases de dados CINAHL, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e MEDLINE. Foram definidas como palavras-chave: *Critically Ill Patient, Family, Nursing, Uncertainty in Illness*. Neste capítulo, estão representados os quadros de referência teóricos que suportam a temática - Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel e Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. No segundo capítulo, é efetuada a análise do percurso formativo, englobando um subcapítulo onde são apresentados os objetivos e se descreve pormenorizadamente a aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico tendo como ponto de partida as atividades planeadas.

As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma APA, primando-se pela sua pertinência e atualidade.

O documento escrito aqui apresentado cumpre as regras de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESEL.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A vivência de Doença Crítica é um processo súbito de transição, complexo. A imprevisibilidade dos factos e dos acontecimentos, gera desassossego no exercício da vida diária da Pessoa em Situação Crítica e sua família, exigindo adaptação.

Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), ao reportarem-se a Pessoa em Situação Crítica (PSC) referem que são doentes que se tornam agudos, em situação crítica e/ou feridos que não são capazes de manter de forma independente a estabilidade fisiológica ou encontram-se em alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica sendo tipicamente dependentes de cuidado intensivo e tecnologia de suporte. Esta condição crítica, define e orienta as intervenções de enfermagem.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é conceptualizada como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados um sistema que é maior do que a soma das partes.” (CIPE, 2011, p.115). Para Mendes (2015, p. 29), a família é “como um conjunto de linhas que ligam os elementos e que gera um contexto de espaço físico e emocional em que cada um dá e se permite receber”. Estas definições assumem relevância porque contemplam as diferentes dimensões da família, incluindo os laços estabelecidos com pessoas significativas para além da consanguinidade pelo que, é pertinente conhecer a unidade familiar e identificar as suas particularidades.

Pelo facto de à vivência estar associada a ameaça à vida da PSC, o impacto é intenso. Assim, é desencadeada uma situação de crise vital que provoca mudanças no ciclo de vida familiar, pautadas pela passagem súbita de “uma vivência quotidiana de situação de saúde e estabilidade para uma situação de doença, com tudo o que daí decorre.” (Mendes, 2018, p. 183).

A experiência vivenciada associada à admissão da PSC num Serviço de Urgência e/ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), permite pouco ou nenhum tempo de adaptação ou clarificação, condicionando a capacidade como a PSC e família lidam com a situação e, conseqüentemente, originando caos, preocupação, stress e incerteza. Uma vez que a vivência é um processo que afeta toda o núcleo familiar, é fundamental a intervenção de enfermagem centrada na PSC e família,

dando espaço para que a incerteza se torne mais discutida e menos presente na vivência. (Mendes, 2020)

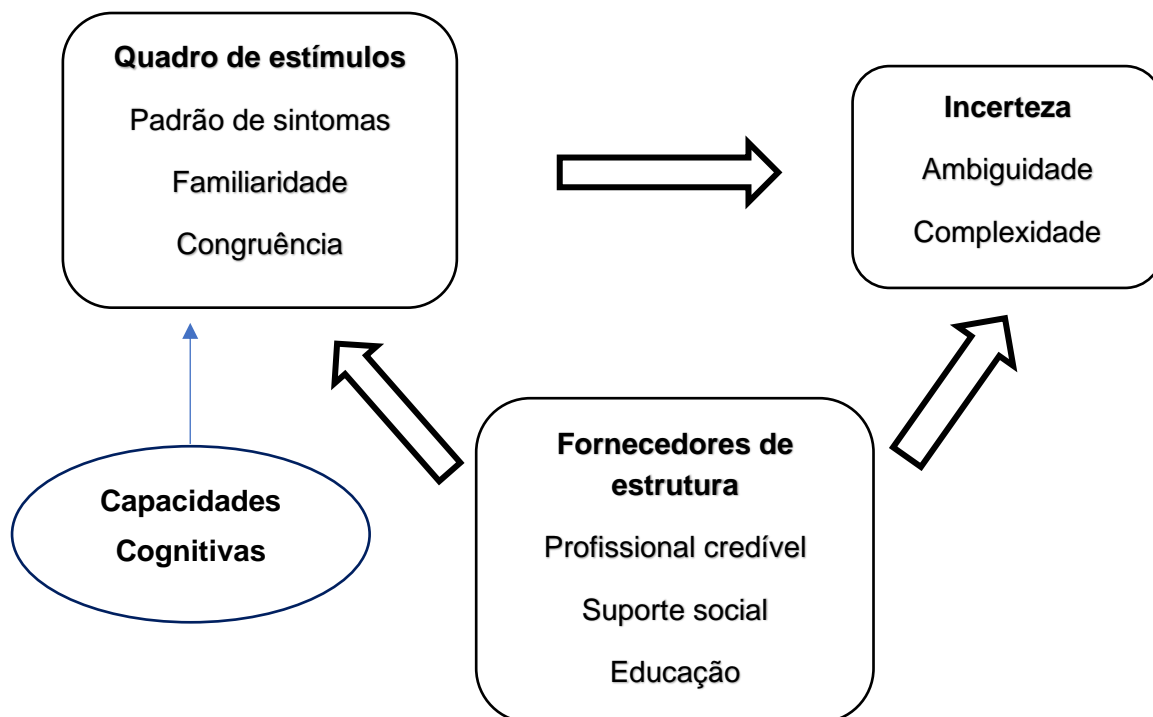
Tal como referido anteriormente, neste capítulo serão definidos e articulados os principais conceitos referentes à temática. Como referencial teórico para a fundamentação deste trabalho foram selecionados, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson e Patricia Benner. Para enriquecer o cumprimento deste percurso e auferir a evidência científica, efetuou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), sendo a análise dos resultados obtidos, explanada ao longo do deste capítulo.

1.1 – Teoria de Incerteza de Merle Mishel

A Teoria de Merle Mishel, gera a primeira conceptualização da incerteza no contexto de doença aguda e crónica, tendo sido amplamente utilizada para explorar o conceito de “incerteza na doença” especificamente em crianças e adultos com patologia oncológica. (Cypress, 2016, p. 45). A incerteza define-se como a incapacidade de determinar o significado de eventos relacionados com a doença. Sendo os componentes da doença, estímulos relacionados ao tratamento e eventos característicos de inconsistência, aleatoriedade, complexidade e imprevisibilidade, a pessoa não tem capacidade de formar um esquema cognitivo e, por isso, a sua interpretação subjetiva face à doença, hospitalização e tratamento, está comprometida. Consequentemente, afeta a sensação de controlo sobre a vida, a capacidade de mobilizar recursos e aumenta a angústia emocional. (Mishel, 1988; Dirkson, 2000 em Mishel et al., 2005).

A teoria é conceptualizada por três temas principais: os antecedentes da incerteza, o processo de apreciação da incerteza e o modo de lidar com a incerteza (estratégias de *coping*). A incerteza na doença, como processo contínuo é influenciada pelos antecedentes da incerteza, elementos que precedem a incerteza e fornecem a informação que é processada pela PSC e família. Nos antecedentes de Incerteza encontram-se englobados o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura. (Diagrama 1).

Diagrama 1 - Modelo de Antecedentes de Incerteza. Mishel (1988)



Os estímulos são processados pelos indivíduos de forma a construir um esquema cognitivo de interpretação de eventos relacionados com a doença. Através do quadro de estímulos, a pessoa identifica a forma, composição e estrutura do estímulo que decorre da vivência de situação crítica, interpretando-o tendo em conta o padrão de sintomas, familiaridade e congruência com o evento, estruturando um esquema cognitivo que, por sua vez, diminui a incerteza. Os três componentes do quadro de estímulos são influenciados por duas variáveis: as capacidades cognitivas do indivíduo e os fornecedores de estrutura. As capacidades cognitivas dizem respeito à capacidade de um indivíduo processar a informação sendo que, o excesso de informação limita a capacidade de processamento cognitivo do indivíduo. A segunda variável, os fornecedores de estrutura, dizem respeito aos recursos disponíveis para auxiliar a pessoa a interpretar o quadro de estímulos gerados num evento, tendo o propósito de diminuir a incerteza direta e indiretamente. A incerteza é reduzida diretamente quando a PSC e família procuram no enfermeiro uma forma de ajuda na interpretação de estímulos; indiretamente, quando o enfermeiro vai ao encontro da PSC e família para o estimular a interpretar o padrão de sintomas, a familiaridade dos eventos e congruência das experiências.

O processo de avaliação da incerteza pelo indivíduo é determinante na intenção de se adaptar por meio de diferentes estratégias. A incerteza é elencada como um

perigo ou uma oportunidade dependendo da informação conseguida e do uso de inferência ou ilusão. A inferência usa a recordação de exemplos semelhantes ou relacionados para avaliar a incerteza e baseia-se em disposições de personalidade; a ilusão explana as crenças que são geralmente percebidas de uma forma positiva. Assim, um indivíduo que tem disposição para perder o controlo por estímulos externos como por exemplo, a reduzida familiaridade com um evento ou lacunas na presença de autoridade credível durante o diagnóstico e tratamento da doença, aprecia a incerteza como um perigo; as crenças percebidas como positivas, geram na incerteza uma oportunidade.

Por fim, a adaptação ocorre se as estratégias de *coping* direcionadas à incerteza como oportunidade ou perigo forem eficazes: quando avaliada como perigo, as estratégias de *coping* para reduzir a incerteza incluem a vigilância e procura de informação recorrendo aos profissionais de saúde, familiares e outros meios de suporte que experienciaram situações similares; quando avaliada como oportunidade, o objetivo das estratégias de *coping* é facilitar um estado contínuo de incerteza promovendo a ignorância e interpretação seletiva de informações, neutralizando a ameaça de conteúdo que poderia modificar a avaliação de oportunidade. (Mishel et al., 2005; Cypress, 2016; Wong et al., 2017). Para Mishel (1988), importa lidar com a incerteza no sentido da adaptação, enquanto estado final, que possibilita a realização de ordem pessoal, pela aquisição de equilíbrio.

1.2– Teoria do Cuidar de Kristen Swanson

O conceito de cuidar é definido por Swanson (1993, p. 353) como “nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility.”. Na sua teoria identifica como principais certezas presentes no cuidar: a enfermagem, a pessoa/cliente, o ambiente e saúde/bem-estar. Neste contexto, a enfermagem é definida como o cuidado informado para o bem-estar do outro; a pessoa/ cliente é única cuja integridade se manifesta em pensamentos, sentimentos e comportamentos; o ambiente é situacional sendo que, para a enfermagem, é qualquer contexto que influencia ou é influenciado pelo alvo de cuidados; e a saúde/bem-estar é experienciar a subjetividade ao sentir-se integrado no qual restabelecer o bem estar é um processo complexo.

A Teoria do cuidar, divide em cinco os processos/categorias de cuidar como intervenções de enfermagem (Conhecer, Estar com, Fazer Por, Capacitar/Possibilitar e Manter a Crença) segundo o qual, capacitar o outro para o autocuidado é considerado a base do cuidar. (Swanson, 1991; 1993).

Em Swanson (1993), o enfermeiro que capacita, usa o seu conhecimento especializado para a melhoria do outro, fornecendo informações e suporte emocional de forma a permitir e validar os sentimentos e a realidade do outro, apoiar a gerar alternativas e oferecer feedback. Para a autora, independentemente da forma como é planeada a intervenção do enfermeiro, se à mesma estiver inerente a intencionalidade de facilitar a transição do outro, é capacitar.

1.3 – Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Intervenção de Enfermagem

Tal como referem Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), as intervenções de enfermagem são definidas e orientadas segundo a vivência de situação crítica da pessoa e família. O experienciar de uma situação limite associada ao risco de vida, quer pela PSC como pela família, é vivida de forma única. O doente inconsciente, muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. Os familiares sentem a incerteza das esperas onde as dúvidas e questões são permanentes: antes das visitas, durante as intervenções cirúrgicas, etc. (Urrutia & Garrido, 2011; Sá et al., 2015).

Perante a complexidade da situação saúde/doença vivida pela PSC, a sua família vive uma experiência muitas vezes inesperada e da qual emergem necessidades que poderão perturbar o equilíbrio da dinâmica familiar já fragilizada pela condição da PSC. No reconhecimento do impacto significativo sobre o bem-estar psicológico e emocional da pessoa em situação crítica e família, a necessidade que apresentam de encontrarem e se encontrarem com os que podem dar significado ao seu quotidiano assume especial importância pelo que, permite “possibilidade de interagir, de comunicar para expressar as suas dúvidas, as suas preocupações e incertezas; de encontrar respostas, um sorriso, algum sossego face à inconstância.” (Mendes, 2015, p. 215).

Hesbeen (2000, p.72) afirma que o enfermeiro deve assumir-se pelo seu profissionalismo na interação com PSC e família, evidenciando “subtileza, capacidade

de ir ao encontro e dar sentido a esse encontro”, sendo parceiro no caminho. Este como “entidade credível, fonte de informação e incluído nos antecedentes de incerteza como fornecedores de estrutura”, deve ter presente que é identificado pela PSC e família como o profissional em que podem confiar pela sua capacidade de formular diagnósticos, controlar sintomas e providenciar tratamento, o que pode contribuir para reduzir a incerteza. (Cypress, 2016, p.47).

Tal como afirma o Regulamento nº 124/2011, o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8657).

Em Mendes (2020), no exercício de enfermagem avançada, o enfermeiro está capacitado para responder às necessidades reais e potenciais das pessoas com que interagem, assumindo um papel central na transmissão de informação. O conhecimento e a informação transmitidos pelos enfermeiros são as fontes primárias para gestão da incerteza porque permitem que a PSC e família se sintam “mais perto” da interpretação de uma determinada situação. Quanto mais próxima for a relação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica e a família, mais previsíveis e reconhecíveis forem os sintomas e o ambiente, estão instituídas medidas preventivas de incerteza. (Mishel, 1988; Mishel et al., 2005; Wong et al., 2017).

No entanto, e segundo Wong et al. (2017, p. 4397), aceder à informação pode ser desafiante para os familiares porque os enfermeiros têm “the decision-making authority not only to restrict visitors at the bedside, but also to disclose or not disclose information based on their assessment of the whole situation”. Pelo confronto consequente com as características do ambiente, na família da pessoa em situação crítica denota-se a insegurança acerca do seu papel, sentimentos de ilegitimidade quanto às suas próprias necessidades e expectativas, suprimindo pensamentos e emoções. A incerteza é reduzida quando a pessoa em situação crítica e família têm conhecimento sobre o ambiente de cuidados que os rodeia.

A admissão, avaliação inicial e acolhimento da pessoa em situação crítica e família são pautadas por um período de grande incerteza. Aos enfermeiros, é essencial a identificação quotidiana das necessidades da PSC e família de forma a humanizar e individualizar a intervenção. Assim, importa garantir a interação como contributo para estabelecer uma relação terapêutica e subsidiar o bem-estar,

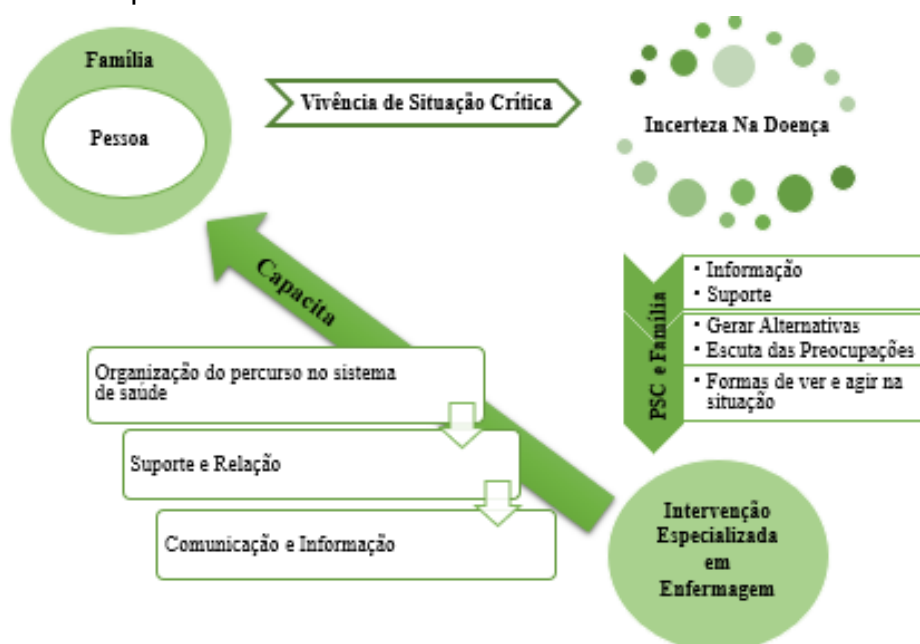
conhecendo “com detalhe o que as inquieta, o que (não desejam), o que (não) pretendem, (...) linguagem verbal e não verbal.” (Mendes, 2018, p. 188).

O conhecimento através da experiência é obtido pela família de forma gradual pelo que a mesma procura capacitar-se para lidar com a situação através da observação durante o período de visitas e informação obtida pelos profissionais. Todavia, e derivando destas componentes, a PSC e família necessitam de orientação e preparação prévia para as regras e rotinas de um ambiente com o qual não estão familiarizados.

Num estudo exploratório realizado por Ågård & Harder (2007), a família da pessoa em situação crítica refere necessitar de iniciativa e suporte por parte dos enfermeiros para participar na prestação de cuidados porque receia que, ao solicitá-lo, esteja a induzir um desvio da atenção ao seu familiar. Contudo, explicitam que quando o enfermeiro convida à participação ativa é apreciado pelas famílias porque promove a educação para a saúde e proximidade. O enfermeiro, ao conhecer as características do seio familiar e identificar as necessidades, desenvolve intervenções centradas na PSC e família. Assim, minimiza os níveis elevados de incerteza e contribui para o cuidado fundamentado, tendo como *outcome* o bem-estar do outro a longo prazo. (Swanson, 1993; Urrutia & Garrido, 2011).

Por forma a sistematizar e fazer emergir a relação entre os conceitos considerados centrais, foi elaborado o mapeamento de conceitos ilustrado na Diagrama 2.

Diagrama 2 - Mapeamento de Conceitos



2 – ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

O planeamento do projeto de estágio foi realizado tendo como suporte sessões de orientação com o orientador pedagógico, pesquisa sobre a relação da temática com os contextos de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos e foco nas competências a desenvolver. De forma a planear eficazmente e com maior especificidade os objetivos que se propõe alcançar, foram realizadas idas a campo em contexto de SU e UCI, no sentido de interagir com a chefia do serviço e responsáveis pela formação para direcionar a tomada de decisão relativa aos locais de estágio que melhor possibilitavam a e de interesse no desenvolvimento da temática.

Para a aquisição do grau académico de Mestre em Enfermagem, pretendeu-se dar resposta neste relatório às competências definidas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem à PSC da ESEL (ESEL, 2010), competências preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, bem como às explanadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010b).

Em Benner (2001), o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem determina que o enfermeiro progride por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A progressão, reflete-se na mudança em três aspetos gerais aquando a aquisição de uma competência – confiança, conceptualização da situação vivenciada pelo profissional e envolvimento do enfermeiro face à situação. Num processo contínuo de aquisição e desenvolvimento de competências, os enfermeiros progridem quanto às características específicas, comportamentos esperados e conhecimento/aprendizagens esperadas em cada nível. No Estado 5 – Perito, a enfermeira tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação, demonstra elevada capacidade de julgamento clínico e intervenção.

Como forma de descrever a prática de enfermagem tendo em conta uma abordagem interpretativa na vivência das situações, Benner (2001) define sete domínios dos cuidados de Enfermagem, que serão analisados tendo em conta as

atividades desenvolvidas para corresponder aos objetivos específicos.

Procurando desenvolver competências nesse nível de perícia, foi cumprido o percurso formativo em contexto clínico de Serviço de Urgência (SU) durante oito semanas, compreendido entre 30 de Setembro de 2019 a 22 de Novembro de 2019 e com 250 horas de contacto; e em contexto clínico de Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) de um Centro Hospitalar no período de dez semanas, de 25 de novembro de 2019 a 5 de fevereiro de 2019, igualmente com 250 horas de contato. A proposta de cronograma com as datas aferidas encontra-se em Apêndice I. A análise deste percurso será evidenciada no subcapítulo seguinte.

2.1 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências em contexto clínico

Para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na PSC é elementar associar a minha prática diária com os conhecimentos transmitidos no primeiro e segundo semestre, e a realização do estágio decorrida no terceiro semestre. No âmbito do percurso formativo de estágio no terceiro semestre, define-se como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no sentido de capacitar a pessoa em situação crítica e família para lidar com a incerteza na doença. Para a concretização do relatório, é também preponderante explicitar a necessidade de recorrer a recursos temporais (tempo de permanência nos contextos), físicos (biblioteca ESEL, documentos de apoio das unidades curriculares, livros teóricos, protocolos e procedimentos, processos clínicos), pesquisa bibliográfica, reuniões tutoriais e de orientação, trabalho autónomo e como intencionalidade do cuidar, a PSC e família.

Os locais foram selecionados tendo em conta a pertinência, adequação ao enquadramento do projeto e, por conseguinte, adequação do mesmo ao contexto clínico.

O Serviço de Urgência, onde se realizou o estágio, caracteriza-se pelas valências médico-cirúrgicas, estando fisicamente organizado em congruência com os níveis de triagem (de maior para menor gravidade). Das informações recolhidas desde as idas a campo, é notória a disponibilidade e organização da equipa no cuidado à com a pessoa em situação crítica e família, revelando a importância atribuída à identificação e integração do familiar de referência na prestação de cuidados numa hora de visita específica com enfermeiro. A inquietação do Senhor Enfermeiro Chefe

quanto à lacuna em termos da presença de enfermeiro na transmissão de informação aos familiares após situação de reanimação, revela o sentido e pertinência de desalojar o desassossego e capacitar a família na incerteza de um evento crítico, abrupto e desestruturante. Além disto, e com influência na gestão da incerteza, no serviço transparece a incrementação de protocolos direcionados à qualidade de cuidados, intervenção em tempo útil, protocolos terapêuticos e de segurança da pessoa em situação crítica tais como, as vias verdes.

Quanto à Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, onde se cumpriu o estágio, caracteriza-se por prestar cuidados centrados no cliente de foro médico e cirúrgico, organizando-se em sala *open space* com nove unidades individualizadas e totalmente equipadas, sendo que duas delas possibilitam isolamento por pressão positiva. Este contexto, destaca-se não só pela organização de estrutura física como pela clareza com que a equipa de enfermagem assume a incerteza da PSC e família como primordial na prestação de cuidados.

A intervenção do enfermeiro em momentos tais como, o acolhimento, a transmissão de notícias, consulta de *follow-up* e a gestão de visitas, influencia diretamente a forma como a PSC e família percecionam o ambiente e a incerteza gerada na vivência de situação crítica. Considero ainda que ser expressado pela Senhora Enfermeira Chefe a preocupação em desenvolver a intervenção do enfermeiro no acolhimento e consulta de *follow-up* reflete a importância atribuída não só ao momento e duração de internamento, mas a um acompanhamento do processo de incerteza como um contínuo.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências teve como ponto de partida o seguinte objetivo geral:

Desenvolver competências especializadas de enfermagem no sentido de capacitar a pessoa em situação crítica e família para lidar com a incerteza na doença.

Tendo em conta o objetivo geral supracitado, foram definidos objetivos específicos que serão analisados de forma a revelar a aquisição e desenvolvimento de competências nos contextos clínicos descritos.

Pelas características dos contextos mencionados, o ambiente revela-se o mais hostil pela angústia que gera, tanto na PSC, como na família onde se insere.

Propondo-me a **desenvolver competências especializadas de enfermagem no sentido de capacitar a pessoa em situação crítica e família para lidar com a incerteza na doença**, procurei articular-me com a missão dos contextos de SU e UCIC, e cumprir o objetivo específico **desenvolver competências comunicacionais no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e Família**.

Benner (2001, p. 17), centrando-se nas questões da aprendizagem, diz que “aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo”. Pela evidência científica obtida na realização de uma RIL, Cypress (2016) afirma que o enfermeiro é incluído como fornecedor de estrutura no que concerne aos antecedentes de incerteza da Pessoa em Situação crítica e Família. Para Mishel & Braden (1988), através da educação e gestão da relação terapêutica, o enfermeiro dispõe dos recursos disponíveis para capacitar a pessoa na interpretação do quadro de estímulos (Diagrama 1).

Ao longo do estágio, foram várias as oportunidades de estabelecer comunicação com a Pessoa em Situação Crítica e Família nos diferentes contextos: SU - desde a triagem, à sala de reanimação, ao internamento em SO, até a alta; UCIC – admissão e acolhimento, até a alta e/ou transferência.

Essencial ao cuidar em enfermagem, a comunicação é um processo consciente de intencionalidade permitindo identificar e responder às necessidades da PSC e família.

A comunicação não verbal (linguagem corporal, gestos) pode ser um fator determinante ao planeamento de intervenções de enfermagem. O toque, como abordagem terapêutica por parte do enfermeiro, “veicula mensagens e deve ser utilizado com discernimento”. (Benner, 2001, p. 89).

Um exemplo, a PSC sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Ao longo dos estágios tive oportunidade de prestar cuidados à Pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica: não invasiva e invasiva. A comunicação foi estabelecida através do toque, de gestos, dando feedback verbal ao doente, de todos os procedimentos.

Ainda que, a prestação a comunicação com a PSC sob ventilação mecânica invasiva em pessoa vígil e orientada não seja uma realidade pouco frequente no

contexto de SU, a temática foi discutida com o orientador clínico, recorrendo a evidência científica.

Como principais dificuldades no âmbito da comunicação com a PSC e Família, ressalvo o fato de muitas não saberem como iniciar o diálogo e o receio de alimentar falsas expectativas, sobretudo na comunicação de más notícias. Neste sentido, recorri à evidência científica - Buckman desenvolveu o protocolo SPIKES (*Setting up/Perception/Invitation/Knowledge/Emotions/Strategy and Summary*), que consiste numa mnemônica de seis passos, que facilitará a minha abordagem futura.

Como refere Pereira (2005, p.34) a comunicação de más notícias causa perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, “gerando nos profissionais de saúde e sobreviventes, medos, ansiedades, sentimentos de inutilidade, de desconforto e desorientação, conduzindo muitas vezes a mecanismos de fuga nos profissionais”. Perante a reflexão gerada pela perturbação intrínseca, foi elaborado um jornal de aprendizagem sobre a temática.

Apesar das características evidenciadas nestes contextos altamente tecnológicos, considero como fator facilitador ao processo de comunicação o número significativo de familiares que foram envolvidos na prestação de cuidados como fonte de informação e apoio ao processo de comunicação com a PSC. Outra estratégia facilitadora implementada foi a diminuição de ruído e estímulo durante as visitas na UCIC, de forma a tornar mais eficiente a comunicação com a PSC e família.

No que concerne à comunicação eficaz no trabalho em equipa, como potencial de melhoria em equipa no contexto de SU, foi desenvolvida uma sessão de formação de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição segura de cuidados, ressaltando a importância da comunicação em saúde com *outcome* de aumento da segurança do doente.

Atendendo às especificidades da vivência da Pessoa em situação crítica e família em SU e UCIC, comunicar englobando o discernimento clínico e a empatia no processo de cuidar, é um desafio à relação na prática diária do enfermeiro.

Assim, e tendo em conta estes pressupostos revela-se primordial desenvolver competências no sentido de **estabelecer uma relação terapêutica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e Família.**

Cuidar é um processo que assenta na relação com o outro. Quando a relação é nutrida de afetos, gera-se um processo que conduz ao desenvolvimento da Pessoa

que é alvo do cuidado, mas também do próprio enfermeiro. Ao assimilar a dimensão emocional da relação de cuidados, o enfermeiro posiciona-se como promotor de ações direcionadas de ajuda.

Harrison (2010, p.337) considera que a relação terapêutica é estabelecida em prol da pessoa sujeita de cuidados e das suas necessidades. Assim, como ponto de partida do cuidar, a construção de uma relação entre famílias e profissionais de saúde é essencial porque “nessa relação, as famílias são consideradas parcerias no fornecimento de cuidados de saúde”.

Segundo Benner (2001), os doentes interagem com os enfermeiros procurando diferentes tipos de ajuda que não esperam encontrar nos restantes profissionais de saúde. Como definido pela autora, o domínio de função de ajuda deve permitir o estabelecimento de uma relação terapêutica, promotora de segurança e alívio do sofrimento, onde o enfermeiro está presente com e durante o percurso desenvolvido pela PSC e Família, conhecendo-os e compreendendo o significado que atribuem aos eventos relacionados com a vivência de doença. Várias são as etapas que marcam o processo relacional, tais como, estabelecer esperança comum ao doente e à enfermeira, uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença que permita aceitar apoio (social, emocional ou espiritual).

Em contexto de triagem, devido ao controlo de tempo para efeitos de padrões de qualidade, reconheço o desafio de estabelecer relação terapêutica que vá ao encontro das necessidades da PSC e Família. Contudo, foi-me possível interpretar e compreender as várias situações de triagem, ajudando a PSC e Família a utilizar os seus próprios recursos na gestão da incerteza da vivência abrupta. Reconheço a importância da presença junto da PSC e família neste contexto, do toque e das relações pessoais, permitindo a relação terapêutica.

Ao discutir a temática com a equipa de enfermagem do SU, foi vivenciada e reconhecida a dificuldade em comunicar e estabelecer uma relação terapêutica perante a vítima de violência doméstica, pois o restabelecimento de equilíbrio da vítima assenta em relações interpessoais significativas, que requerem contornos adequados.

A violência interpessoal, nas suas diferentes formas, nomeadamente a violência doméstica, constitui, por si só, um verdadeiro problema de saúde pública. De acordo com a Associação de Apoio à Vítima (2013), atender e apoiar vítimas de violência, nomeadamente de violência sexual, os seus familiares e amigos, exige ao

profissional um conhecimento claro sobre os procedimentos mais adequados, sobre as ações e estratégias de intervenção que devem ser desenvolvidas ou implementadas.

No contexto de SU foi-me possibilitada a oportunidade de assistir a uma sessão formativa estruturada com a temática “Violência Doméstica e Maus Tratos” e tendo em conta o Protocolo desenvolvido entre a Guarda Nacional Republicana, Ordem dos Enfermeiros e dois hospitais do distrito de Lisboa. Nesta sessão, foram abordados também outros tipos de violência, o que me permitiu compreender o desafio de tomada de consciência crítica, a intervenção de enfermagem integrada e integradora no combate à violência tendo em conta as necessidades da vítima.

Deste modo, pude desenvolver competências comunicacionais e relacionais, ao **gerir a “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.”** (OE, 2018a, p.19363).

A relação terapêutica deve iniciar-se desde o primeiro contato enfermeiro-pessoa em situação crítica – família pelo que o objetivo específico que visa **garantir o acolhimento da Pessoa em Situação Crítica e Família em contexto de Urgência** deve estar constantemente presente na atuação do enfermeiro.

A prestação de cuidados à Pessoa em Situação crítica e Família no SU, abrangeu todos os doentes triados tendo em conta o sistema de triagem de Manchester. Em termos de percurso, foram abrangidos todos os contextos de encaminhamento, desde a triagem até a sala de observações, incluindo o balcão e a sala de reanimação.

Neste SU, encontra-se definida uma instrução de trabalho sobre o circuito de Admissão de Doentes. Por norma, o doente e familiar procedem à admissão no balcão da Unidade Administrativa e aguardam chamada para a Triagem na sala de espera junto ao Gabinete de Triagem. Aqui, podemos diferenciar estes dois conceitos, em que admissão se caracteriza pelo ato administrativo de inscrição do doente no SU, criando um episódio de urgência; e Triagem como a classificação da prioridade de atendimento do doente realizada por enfermeiro e de acordo com o grau de gravidade.

O sistema de triagem de Manchester, implementado em Portugal pela Direção-Geral de Saúde (DGS) desde o ano de 2000, possibilita o encaminhamento do doente para a área mais adequada dentro do contexto de SU. Assim, não tem como objetivo

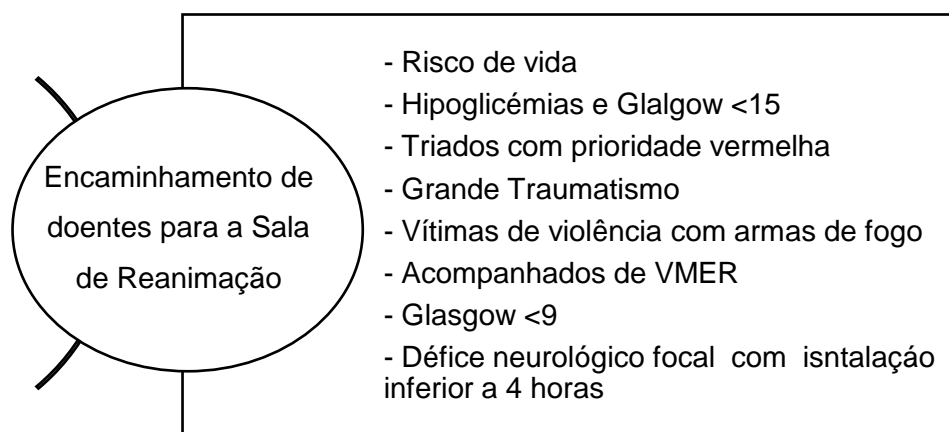
estabelecer diagnósticos, mas “definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica.” (DGS, 2015, p.11).

Revela-se preponderante à prestação de cuidados por permitir “uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de doentes nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2015, p.13).

Através deste método, o enfermeiro identifica a queixa inicial do doente e segue o fluxograma de decisão no qual, o sistema, classificando-a numa de cinco categorias possíveis identificadas por nome, cor e tempo alvo de observação inicial: emergente, vermelho, tempo alvo de observação de zero minutos; muito urgente, laranja, tempo alvo de observação de dez minutos; urgente, amarelo, tempo alvo de observação de sessenta minutos; menos urgente, verde, tempo alvo de observação de cento e vinte minutos; não urgente, azul, tempo alvo de observação de duzentos e quarenta minutos

No entanto, e como critério de exceção ao circuito habitual de admissão, encontra-se descrito em Diagrama 3 os critérios de encaminhamento para Sala de reanimação, sendo que por norma, é o enfermeiro de triagem que sinaliza acompanha a PSC até a sala, efetuando a admissão e triagem após transmissão de informação ao Enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação no turno.

Diagrama 3 - Encaminhamento de doentes para a sala de reanimação



No SU, existem cinco grandes áreas de acolhimento de doentes após triagem, adequadas à tipologia de situações clínicas e que pretendem facilitar os processos operacionais: Urgência. Ambulatória (das dez horas às 22horas), Balcão de Medicina Interna, Balcão de Cirurgia, Balcão de Ortopedia e SO. Nestes locais, os enfermeiros recebem a PSC e, quando possível, permitem o acompanhamento do familiar. Na sala de reanimação, sempre que possível, o acolhimento é efetuado com a presença do familiar na sala aquando estabilização do estado de saúde da PSC, permitindo envolver a família como fonte de informação, dar feedback da necessidade de transporte ou internamento em SO, e informar sobre o horário de visitas do local descrito.

Na perspetiva da UCIC, o acolhimento da pessoa em situação crítica e família inicia-se desde o primeiro contacto dos mesmos com os profissionais de saúde. Quando o doente dá entrada na UCIC, é avaliado pela equipa médica e de enfermagem sendo orientado espacialmente para o local onde se encontra. Sistemáticamente, é efetuada a recolha de dados essenciais a anamnese a preencher em sistema informático. No que diz respeito à família, sendo os dados referentes à mesma de extrema importância na anamnese, estes são recolhidos no primeiro contacto com médico e enfermeiro. A família, ao dirigir-se pela primeira vez à UCIC é recebida pela secretária de unidade e encaminhada à sala de acolhimento, onde aguardam médico e enfermeiro. Após receber a informação por parte da secretária de unidade, o enfermeiro organiza no processo do doente os seguintes documentos: “Guia de Acolhimento para Familiares e Amigos” e Folha de “Admissão à Família”. Assim, e nesta primeira abordagem com a família, o enfermeiro recolhe dados do familiar de referência (nome, contacto e parentesco), entrega o guia de acolhimento e explicita informações relevantes do mesmo quanto à estrutura física do serviço e dinâmica de funcionamento (equipa de saúde, horários e rotinas, visitas e acompanhantes, contactos/relação com o exterior), assinalando-as no processo do doente para conhecimento de toda a equipa. Posteriormente, e sendo o primeiro contacto da família com a UCIC, esta dá entrada na unidade acompanhada do enfermeiro, o que permite evidenciar fatores importantes não só na prestação de cuidados (higienização das mãos) mas também, na gestão da incerteza da família aquando o primeiro contacto com o ambiente tecnológico. Neste contexto, a avaliação da Qualidade do Acolhimento é de extrema importância pelo que, aquando as visitas

da família à PSC, é fornecido um questionário de Avaliação da Qualidade de Acolhimento/ Internamento ao familiar de referência.

A humanização dos cuidados inicia com o acolhimento da PSC e Família, e é fundamental que lhe seja atribuída importância em todos os momentos de circuito dentro do serviço, inclusive nas situações de exceção.

Implementar a humanização dos cuidados na intervenção de enfermagem, implica a vigilância do doente, sendo pertinente desenvolver competência **no âmbito da gestão da dor e segurança da Pessoa em Situação Crítica**.

Para Benner (2001, p.87), na gestão da dor, “a escolha de estratégia apropriada (...) faz parte do domínio de competência da enfermeira”.

A dor, como 5º sinal vital, define-se como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre”, é subjetiva, sendo variável a percepção e expressão da mesma, influenciando a qualidade de vida da pessoa e família, devendo por isto, ser efetuado o diagnóstico, avaliação, registo sistemático da dor e as medidas terapêuticas aplicadas, considerando sempre que possível, o que a pessoa menciona (DGS, 2003, p.3).

Ao longo do estágio em SU e UCIC, destaca-se a adaptação da avaliação da dor de acordo com a situação clínica da PSC. A monitorização da dor pode ser efetuada por utilização de escalas de autoavaliação ou escalas de heteroavaliação.

A OE (2008) reconhece a pessoa como o melhor avaliador da sua própria dor pelo que, sempre que a PSC manteve a capacidade de comunicação e funções cognitivas mantidas utilizou-se a escala numérica de avaliação da dor.

Perante a PSC que apresenta incapacidade de comunicar e/ou alterações cognitivas, foram aplicadas escalas de heteroavaliação (ESCID, PAINAD).

Subdividida em cinco domínios, a escala *Behavioral Indicators of Pain Scale* (ESCID) foi aplicada no cuidado à PSC sob ventilação mecânica e/ou incapaz de comunicar verbalmente, sendo avaliada a musculatura facial, tranquilidade, tônus muscular, adaptação à ventilação mecânica e o conforto. Cada domínio com pontuação de zero a dois, na totalidade de zero a dez pontos. (Souza, de Oliveira, & dos Santos Silva, 2019).

A escala *Pain Assessment in Advamced Demntia* (PAINAD), é constituída por cinco indicadores (respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e

consolabilidade) cada um pontuado de zero a dois pontos no qual, os valores mais altos indicam maior intensidade de dor. (Batalha, et al., 2012, p. 9). Pela utilização, revelou-se uma escala simples para a avaliação da dor da PSC incapaz de comunicar verbalmente, e fiável como descreve a OE (2008).

Ao longo do estágio em SU, pude assistir a sessões formativas, ministradas por dois colegas de mestrado, tendo como temáticas escalas de avaliação da dor e o conforto da PSC com Enfarte Agudo do Miocárdio, onde adquiri conhecimentos tendo como foco a especificidade da PSC.

Salienta-se a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas aplicadas a clientes do foro médico, cirúrgico e ortopédico. Como medidas não farmacológicas do controlo da dor, revela-se primordial e necessária a implementação de medidas que minimizem o impacto de intervenções que possam desencadear dor, tais como, cuidados de higiene, mobilização, tratamento de feridas ou realização de técnicas invasivas.

Na sala de reanimação, é importante ressaltar a intervenção no controlo da dor em situações emergentes tais como a dor pré- cordial, estado de mal epilético, entre outras, sendo pertinente ressaltar a prestação de cuidados durante uma situação de cardioversão de fibrilhação auricular na PSC, onde o controlo da dor e a segurança são primordiais.

Considero que os ensinamentos direcionados à PSC e família quando à dor e segurança no cuidado de manutenção de dispositivos de administração de terapêutica nas salas de espera, contribuiu como fator de adaptação na vivência e, conseqüentemente, como influenciador na diminuição da incerteza.

Especificamente quanto à segurança da PSC no contexto de SU e UCIC, e segundo o Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2015-2020 da DGS, foram desenvolvidas atividades em prol da prevenção da ocorrência de quedas e úlceras de pressão em doentes internados, sendo efetuado periodicamente o preenchimento das escalas de Morse (avaliação do risco de queda) e de Braden (avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão).

No seguimento dos objetivos específicos direcionados à comunicação e relação terapêutica, à gestão de segurança da PSC está inerente a segurança estabelecida pelos profissionais de saúde na transição de cuidados.

O Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2015-2020 da DGS, visa, atingir o objetivo estratégico de aumentar a segurança da comunicação. Assim,

encontra-se legislado que as instituições de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na segurança dos cuidados e no tratamento adequado.

Segundo a Norma nº 001/2017 de 06/02/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde da DGS (2017), a transferência de informação entre profissionais na admissão, internamento e/ou alta, caracteriza-se por ser vulnerável/crítica para a segurança do doente. Assim, define-se uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados - a técnica ISBAR. A Mnemónica associada a ISBAR, como auxiliar de memória, permite através de formas simples, “memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal” (DGS, 2017, p.4). No contexto de SU e UCIC, utilizou-se a técnica ISBAR (Diagrama 4).

Diagrama 4 - Mnemónica ISBAR

| | |
|--|--|
| <p>I (Identificação)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificação e localização dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; |
| <p>S (Situação Atual/Causa)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; |
| <p>B (Antecedentes/ Anamnese)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; |
| <p>A (Avaliação)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; |
| <p>R (Recomendações)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Descrição das atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente |

Nos contextos de estágio, fui confrontada com medidas inovadoras que tencionam garantir a segurança e qualidade da intervenção de enfermagem no

cuidado à PSC e família. No SU, a equipa de enfermagem utiliza um dispositivo portátil - o MAPP® - *Mobile App Platform*,, que permite a identificação do cliente através do leitura por infravermelhos do código presente da pulseira atribuída, facilitando a realização de registos de enfermagem junto da PSC. Para além disso, este dispositivo possui ainda outras aplicações tais como a *Pharmatrac*® (administração segura de terapêutica) e *Bloodtrac*® (administração segura de componentes sanguíneos). Na UCIC, é utilizado para a administração de componentes sanguíneos o sistema Gricode®, sendo atribuída à PSC uma pulseira específica com código para leitura com infravermelhos.

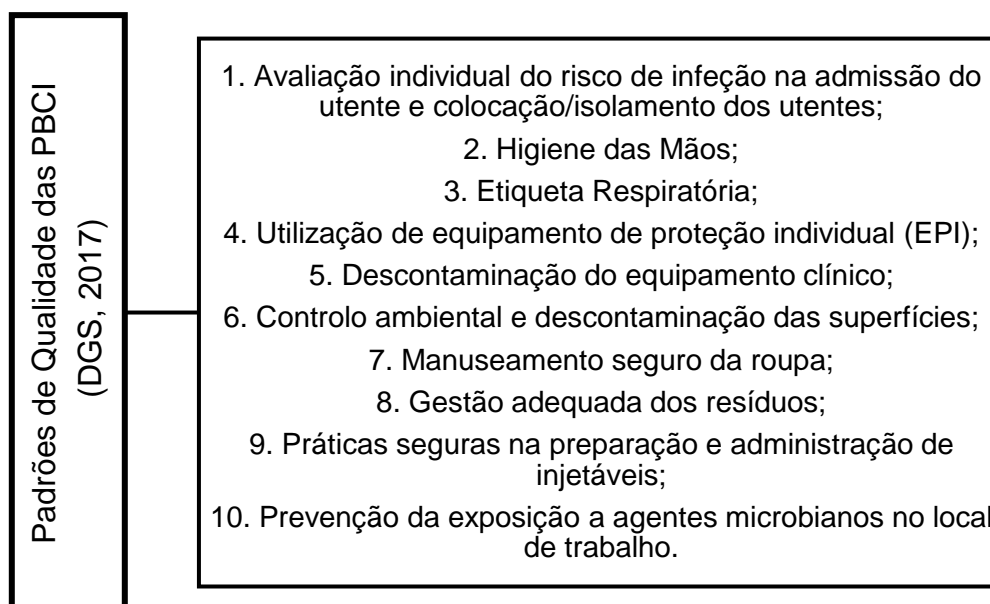
Para assegurar a segurança da PSC e família, a prevenção de complicações é essencial.

Sempre que se implica a segurança da PSC, envolve-se a família pelo que, foram desenvolvidas **competências na área da prevenção e controlo de infeção da Pessoa em Situação Crítica e família.**

Segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da DGS (2017), as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial pelo aumento da morbilidade e mortalidade pelo que, nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade.

Portugal aderiu em 2009 à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela OMS, iniciando a monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde teve início em 2009. Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) implementou a Estratégia Multimodal das Precações Básicas iniciando a promoção global das Precações Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade (Diagrama 5).

Diagrama 5 - Padrões de Qualidade das Precauções Básicas de Controlo de Infecção



Na triagem, os doentes recém-transplantados dirigiam-se ao serviço sempre com máscara de proteção, medida validada pelo enfermeiro como protetora de infeção associada aos cuidados de saúde. Sempre que identificada precocemente necessidade de isolamento (contacto, via aérea, gotícula e/ou misto), utilizou-se equipamento de proteção individual na prestação de cuidados.

Destaca-se não só a possibilidade de assistir à sessão formativa em serviço sobre a Via Verde Sépsis, de forma a sensibilizar a equipa para o cumprimento da Norma n.º 010/2016 com atualização a 16/05/2017 da DGS sobre a Via Verde Sépsis no Adulto; mas também, a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica elegível a critérios de Via Verde Sépsis.

No que diz respeito à Norma n.º 019/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical da DGS, encontra-se implementada no SU através do programa de Redução de Infeções do Trato Urinário associadas à Algaliação (RITUALS), de que tive conhecimento numa sessão formativa e durante a prestação de cuidados.

No Contexto de UCIC, foi cumprida não só a utilização de EPI, mas também a técnica assética nos procedimentos realizados. De forma a cumprir este objetivo, saliento como elemento facilitador, a importância de cada unidade estar individualmente equipada para cumprir em rigor com as normas de prevenção e

controle de infecção mas também, o ênfase contínuo sob a educação para a saúde à família no cumprimento de higienização das mãos desde o acolhimento.

Destaco ainda, o cumprimento do “Feixe de Intervenções” preconizados pela norma 021/2015 atualizada a 30/5/2017 da DGS no que diz respeito à prevenção da pneumonia associada à intubação, que engloba a gestão da sedação e se possível a sua interrupção; discussão da necessidade de ventilação e logo que exequível, o desmame e/ou extubação; manter a cabeceira elevada a 30º e evitar a posição de supina; realizar pelo menos três vezes ao dia a higienização oral com cloro-hexidina 0,2%; manter os circuitos ventilatórios e substituí-los apenas quando sujos ou em disfunção; e, manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 a 30 cmH₂O.

O cumprimento do “Feixe de Intervenções” preconizados pela Norma 020/2015 de prevenção de infecção do local cirúrgico foi de igual forma cumprido, sendo desenvolvidas intervenções de enfermagem respetivas que incluem, higiene com cloro-hexidina a 2%, manutenção da normotermia (temperatura acima de 35,5°C) e normoglicemia (glicemia inferior a 180 mg/dl).

Por considerar as aprendizagens, pude **cuidar “da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018a, p.19363), **garantindo “a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (OE, 2018a, p. 19363) e maximizando **“a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”** (OE, 2018a, p.1963).

Tanto no SU como na UCIC, a equipa de enfermagem na prestação de cuidados engloba um chefe de equipa e um segundo elemento. Estes, constituem-se como referências dentro da equipa, assumindo responsabilidades acrescidas no acompanhamento da atividade do serviço. Em caso de reporte, é a estes elementos que deverão ser comunicados quaisquer constrangimentos, dúvidas, ou sugestões de melhoria.

Ao longo do estágio, e de forma a **adquirir competências no âmbito da gestão de cuidados que envolvam a família da PSC**, em ambos os contextos surgiu a oportunidade de acompanhar o enfermeiro chefe de equipa na execução das suas funções.

No SU, o chefe de equipa assumo a prestação de cuidados à PSC e família na reanimação, mas também, valida e distribui os elementos da equipa de enfermagem

e assistentes operacionais por turno, confirma a disponibilidade de vagas e assegura a transferências dos doentes internados para pisos de internamento. É responsável pelo feedback à equipa do número de doentes no final de cada turno e gestão do horário de visitas. O horário de visitas no SO é das 12horas às 12h30 e das 18h30 às 19horas, com entrada permitida apenas a uma pessoa.

Na UCIC, o chefe de equipa presta cuidados à PSC e família sendo que, além de assumir a gestão de visitas, assume de igual forma funções de validação de distribuição dos elementos por turno, validação de vagas e transferências dos doentes internados para pisos de internamento. O horário de visitas é das 14:30 às 15 horas e das 19 horas às 19:30, com entrada permitida a duas pessoas alternadamente.

Em ambos os locais de estágio, o primeiro horário de visita é reservado à interação enfermeiro-PSC- família, sendo que é neste que o enfermeiro envolve a família, completando as informações previamente obtidas, ressaltando o ensino junto da família e identificando as necessidades da mesma. O segundo momento, destina-se às informações médicas, mas, cabe ao enfermeiro a articulação entre a família e a equipa médica.

A gestão de visitas permite ao enfermeiro a prestação de cuidados à família. As dificuldades sentidas neste âmbito, surgem na gestão de emoções e sintomas da família no contacto com a PSC sob monitorização, alarmes e quanto a incapacidade decorrente da doença. Por vezes, foi dificultador estabelecer prioridades quanto às necessidades da família neste período. Ainda assim, com a recolha da opinião dos familiares quanto, por exemplo, ao acolhimento, foram desenvolvidas intervenções que permitiram a adequação à gestão dos cuidados.

Tendo em conta a autorização por parte da ESEL, da Instituição Hospitalar onde decorreu o estágio e do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), foram realizados três turnos de observação na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A oportunidade de contactar com a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Família no extra-hospitalar revelou-se enriquecedora para aquisição de competências de continuidade de cuidados.

A VMER é A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar atuando na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) sendo que, têm base hospitalar, funcionando como uma extensão do SU à comunidade. Tem como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de

vítimas de acidente ou doença súbita, sendo a equipa médica é constituída por Médico e Enfermeiro.

Ao longo dos turnos, usufruí de um conjunto de oportunidades de aprendizagem no cuidado à PSC e Família, relembrando particularmente a ativação para uma doente com alteração do estado de consciência após episódio de hematemese. À chegada, em paragem cardiorrespiratória relatada pelos familiares com tempo de duração de 15 minutos antes da chegada da VMER. Foi muito enriquecedor o julgamento clínico efetuado pela equipa acerca do início e suspensão das manobras, tendo em conta apenas os antecedentes pessoais da doente e a informação cedida pela família. Também nesta situação foi primordial perceber a articulação entre os vários elementos do Sistema Integrado de Emergência Médico (Bombeiros, INEM e Guarda Nacional Republicana) em situações de óbito. Outro fato importante, foi a articulação do enfermeiro com a família perante a necessidade de transporte urgente para unidade hospitalar, pela transmissão de informações diretas quanto ao percurso/local de destino da PSC.

Para além da intervenção direta no cuidado ao doente e nas condições acima descritas, o papel do enfermeiro é fundamental no processo de comunicação de más notícias à família pelo impacto da incerteza antes da comunicação, durante e após.

Ao interagir com vários elementos da equipa de VMER, obtive uma noção clara acerca do processo de seleção dos enfermeiros no curso, assim como a aquisição de conhecimentos e competências necessárias ao exercer de funções no extra-hospitalar.

As intervenções desenvolvidas facilitaram o planeamento de cuidados personalizados, no sentido de cuidar **“da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (ESEL, 2010, p.1; OE, 2018a, p.19363), com uma resposta efetiva aos diagnósticos de enfermagem identificados, avaliação diagnóstica e monitorização contínua, prestando **“cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”** (OE, 2018a, p.19363).

Na prestação de cuidados à PSC e família, tive sempre presente a importância de **integrar a prática reflexiva e pensamento crítico**, reconhecendo as minhas limitações e gerando oportunidades de aprendizagem.

Segundo Benner (2001), o exercício reflexivo é fundamental uma vez que permite aos enfermeiros identificar as preocupações que organizam a história, as noções do que é correto, as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; estabelecendo novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico.

Os contextos de estágio proporcionaram o contato com peritos na área, o que considero fundamental para este percurso. Isso, aliado às situações descritas e à participação em congressos e jornadas, despoletaram a motivação para a pesquisa da melhor evidência científica e a reflexão decorrente da ação.

Para além disso, permitiram aplicar e estruturar o processo de enfermagem às necessidades da PSC e família. O processo de enfermagem é essencial ao planeamento da intervenção do enfermeiro, entendendo-se o mesmo com um instrumento metodológico de trabalho, que possibilita a análise crítica sobre as condições de saúde do cliente e efetiva a atuação dos profissionais. (Souza, Santos e Monteiro, 2013).

O Jornal de Aprendizagem tem sido reconhecido como um método projetado para melhorar a reflexão, facilitar o pensamento crítico, expressar sentimentos por escrito sobre problemas encontrados durante experiências clínicas, e praticar resumos, objetivos e argumentos focados. (Walker, 2006).

No contexto de SU, os momentos de reflexão, e a partilha de raciocínio clínico com o orientador clínico foram uma constante, tendo continuidade pela elaboração de jornal de aprendizagem sobre a comunicação de más notícias, um importante instrumento de aprendizagem sobre a prática, recorrendo à evidência científica para suportar o pensamento crítico.

Durante o estágio na UCIC, a realização do estudo de caso sobre a PSC do foro neurocrítico e a família onde se insere, revelou-se uma mais valia para o meu percurso, permitindo esquematizar as intervenções de enfermagem tendo em conta a reflexão, análise e tomada de decisão, fundamentando com base na evidência científica obtida.

Assim, revela-se o percurso de aprendizagem no **“domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.”** (OE, 2019, p. 4745).

Considero que a partilha com a professora orientadora foi também primordial não só para dar clarificar a resposta aos objetivos anteriormente descritos como também, para reconhecer a preponderância de disseminar o conhecimento adquirido neste percurso com comissões científicas e pares.

Neste percurso, surgiram oportunidades de contribuir para a disseminação de conhecimento e formação e de pares, tais como a submissão de resumo e apresentação de comunicação oral livre no dia 18 de novembro de 2019 no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, intitulado-se “Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família: Capacitar a para incerteza na Doença”. O suporte utilizado encontra-se em Apêndice II (Apêndice IIa – Resumo submetido no 2º Congresso de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar; Apêndice IIb – Relatório do 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar; e Apêndice IIc – Diapositivos de Comunicação Livre “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família: Capacitar para a Incerteza na Doença”).

Durante o estágio no contexto de SU e UCIC, foram discutidas variadas temáticas com os elementos da equipa, orientador clínico e orientadora pedagógica, sendo mobilizados conhecimentos obtidos através da elaboração da RIL, da participação em congressos e jornadas (Apêndice II, III e V), dos turnos de observação em VMER e na pesquisa de evidência científica que sustente a intervenção.

No SU, em discussão com o Senhor Enfermeiro Chefe e o Orientador Clínico, foi identificada como potencial de melhoria para o serviço e equipa a temática “Comunicação Eficaz no Trabalho Em Equipa – Transição Segura de Cuidados”. Assim, foram levadas a cabo duas sessões de formação para os enfermeiros em funções no SU – dia 19 e 20 de novembro de 2019. O suporte à Apresentação encontra-se explanado em Apêndice IV (Apêndice IVa – Divulgação da Sessão de Formação, Apêndice IVb – Plano de Sessão de Formação, Apêndice Vc – Diapositivos de Sessão de Formação; Apêndice IVd – Questionário de Avaliação de Sessão de Formação). Após a sessão de formação, foram recolhidos dados dos questionários preenchidos, apresentando-os nos gráficos seguintes:

Gráfico 1 - Resultados obtidos na Apreciação Global da Formação em contexto de SU

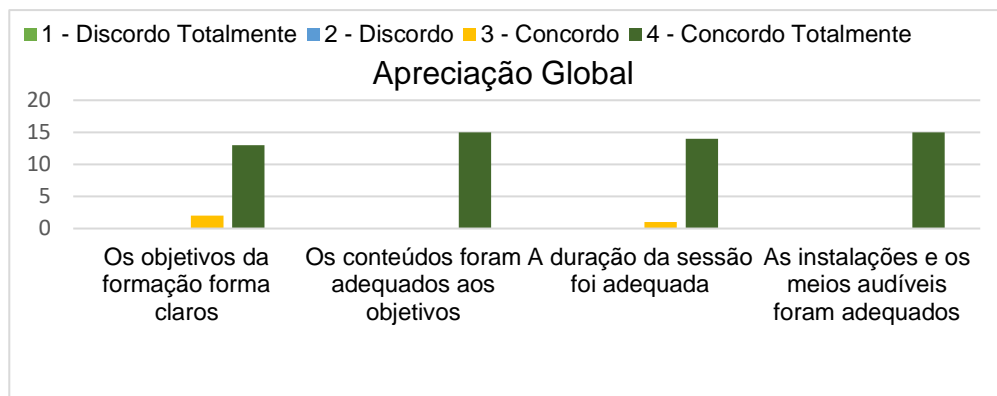


Gráfico 2 - Resultados obtidos na Avaliação do Impacto da Formação em contexto de SU

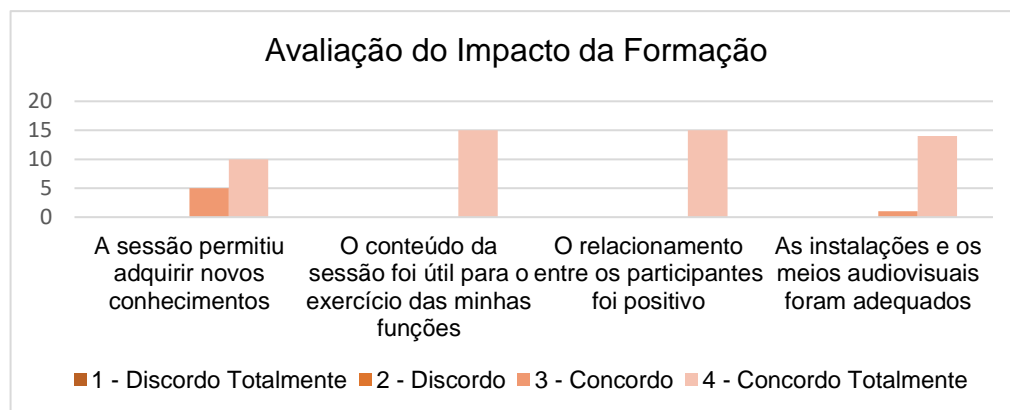
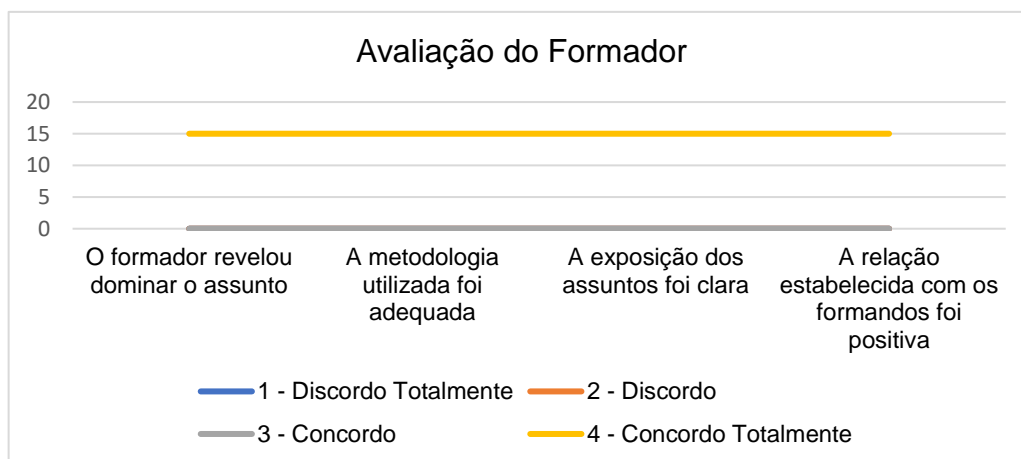


Gráfico 3 - Resultados obtidos quanto à Avaliação do formador em contexto de SU



Ficaram registadas como sugestões para sessões formativas no próximo contexto, partilhar a experiência pessoal de a comunicação no SU e incluir a importância do *debriefing* no trabalho em equipa, com *outcome* de segurança da PSC.

Assim, na UCIC, em reunião com a Senhora Enfermeira Chefe e o Orientador Clínico, e tendo em conta as sugestões obtidas da formação em contexto de SU, foi identificada como potencial de melhoria para o serviço e equipa a temática “Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC – Perspetiva dos Familiares/Pessoas Significativas”. Para desenvolver a temática, foi efetuada entre Dezembro de 2019 e Janeiro de 2020, a entrega de questionários pré-existentes no serviço e aprovados pela comissão de ética à família da PSC, intitulados “Avaliação da Qualidade do Acolhimento/ Internamento em UCI”. Estes, têm como objetivo obter dados partindo da perspetiva e opinião dos familiares da PSC internada na UCIC.

Na recolha dos dados obtidos, evidenciou-se que uma das principais apreensões da família da PSC é o horário e duração da visita. De forma a dar conhecimento aos profissionais de saúde, foi desenvolvida uma sessão de formação na UCIC a dia 31 de Janeiro de 2020. O suporte à apresentação e o resultado dos dados obtidos encontra-se explanado em Apêndice VI (Apêndice VIa - Plano de Sessão de Formação e Apêndice VIb – Diapositivos de Sessão de Formação). Tendo em conta as competências adquiridas no local de estágio anterior, como avaliação da formação no contexto de UCIC, foi incorporado o conceito de *debriefing* na discussão em equipa e formuladas questões de resposta rápida para a equipa de enfermagem. Posteriormente, e dando oportunidade às equipas para desenvolvimento da temática no contexto de UCIC, formulou-se um questionário de definição de estratégias sob orientação da Senhora Enfermeira Chefe (Apêndice VIc - Questionário: Definição de Estratégias).

Pelo descrito foram desenvolvidas “**competências no domínio da gestão de cuidados**” (OE, 2019, p.4745), sendo efetuada a gestão, considerando a pesquisa bibliográfica e a reflexão crítica das práticas, “**otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde**” (ESEL, 2010, p.1; OE,2019, p.4745).

CONCLUSÃO

O documento elaborado espelha o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências preconizadas para o 9º CMEPSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), contemplando o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem à PSC da ESEL (ESEL, 2010), os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010b), nos contextos de SU e UCIC.

A temática selecionada para estudo “Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada Em Enfermagem”, é pertinente não só pela sua atualidade, mas também, por espelhar o desafio constante à intervenção do enfermeiro.

À construção deste trabalho, encontra-se subjacente a reflexão e pensamento crítico, articulação da prática com a teoria e evidência científica. Através dele, é apreendida a importância de organizar o cuidado de enfermagem na aquisição de competências para o grau de Mestre.

O quadro teórico de Merle Mishel deve ser mobilizado no sentido de sustentar a estruturação do pensamento de enfermagem. O uso em parceria com a teoria do Cuidar de Kristen Swanson, foi uma estratégia interessante, que possibilitou relacionar os conceitos com a intervenção de enfermagem.

Como estratégias utilizadas para alcançar o sucesso do percurso, ressalvo a participação em jornadas e congressos, a realização do jornal de aprendizagem e do estudo de caso, a pesquisa de evidência científica para sustentar a prática, e a discussão das temáticas com peritos e com a orientadora pedagógica.

Nesta perspetiva, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados.

Consoante o referido, é imprescindível definir estratégias de autodesenvolvimento ativo de prática baseada na evidência e síntese de dados de pertinência para a disciplina de enfermagem, que sustentem a minha intervenção. Procede a este percurso, a mobilização de competências na supervisão clínica de pares, mestrandos e futuros especialistas, assim como, disseminação de conhecimento em jornadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care—Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170-177. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013). Manual Unisexo – para o atendimento a vítimas adultas de violência sexual. Lisboa, ISBN: 978 -972 -8852 -54-2
- Batalha, L. M. C., Duarte, C. I., Rosário, R. A., Costa, M. F., Pereira, V. J. R., & Morgado, T. M. M. (2012). Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 7–10. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora. Coimbra, Dezembro de 2001. ISBN 972-8535-97-X
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-Action Approach* (2º Edição, Vol. 3). New York: springer publishing company.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Cypress, B. S. (2016). Understanding uncertainty among critically ill patients in the Intensive Care Unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42-49. **Doi:**10.1097/DCC.000000000000152
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de junho. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma n.º 002/2015 de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. *Norma da Direção - Geral da Saúde*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>.

ESEL (2010). *Objetivos e competências do CMEPSC*. Lisboa. Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.

Harrison, T. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *J Pediatr Nurs*, pp. 25(5): 335–343.

Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva do Cuidar*. Lusociência, ISBN: 972-8383-11-8

Mendes, A. P. (2015). *A INFORMAÇÃO À FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.

Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056>.

Mishel, M. (1988). Uncertainty in Illness. *State of Science*, Volume 20 (4), p. 225 –232. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*.

Mishel et al. (2005). Benefits from na Uncertainty Management Intervention For African- American And Caucasian Older Long-Term Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 14, p. 962-978. **Doi:** 10.1002/pon.909

Ordem dos Enfermeiros (2008) *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República II Série*, N.º 135 (2018-07-16) 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. OE. Acedido a 1-3-19. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(1), 33-37. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>.

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Souza, T. G., de Oliveira, S. M., & dos Santos Silva, M. E. (2019). Avaliação da dor no paciente adulto critico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28).

Swanson, K. (1991). Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*. Volume 40(3), p. 162-166. Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032548.pdf

Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. Volume 25(4), p. 353-357. Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

Urrutia, I., & Garrido, P. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, Volume 26(1), p. 27-34. Acedido a Abril de 2019. Disponível em: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2015). Joanna Briggs Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Acedido a 18/6/2019. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2017). Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4390-4403. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/jocn.13768>

APÊNDICES

Apêndice I – Proposta de Cronograma

Unidade Curricular Ensino Clínico

CRONOGRAMA

| 3º Semestre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|----|---------|----|----|----|----------|----|----|----|----------|----|----|----|---------|----|----|----|-----------|---|----|----|----|
| Anos | 2019 | | | | | | | | | | | | | | 2020 | | | | | | | | |
| Meses | Setembro | | Outubro | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | | Janeiro | | | | Fevereiro | | | | |
| Dias | 23 | 30 | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | 18 | 25 | 2 | 9 | 16 | 23 | 2 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 |
| | 27 | 4 | 11 | 18 | 25 | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 | 7 | 14 | 21 | 28 |
| Reuniões de OT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EC Urgência | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EC Cuidados Intensivos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesquisa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seminários | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega e Apresentação do Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FÉRIAS DE NATAL

Apêndice II – 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Apêndice IIa – Resumo submetido no 2º Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde
Familiar



2nd International Congress of Family Health Nursing & 1st Iberic Congress of Family Health

16, 17 e 18 de Outubro 2019
Lisboa | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Liliana Mascarenhas* ; Anabela Mendes**

*Serviço de Internamento de Cirurgia/ Ortopedia do Hospital CUF Descobertas e Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), lilianamascarenhas@campus.esel.pt;

**Professora Adjunta na ESEL e Orientadora da Mestranda no CMEPSC

Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Família: Capacitar para a Incerteza Na Doença

Introdução: A vivência de Doença Crítica é um processo súbito, imprevisível e pelo facto de a ela estar associada a ideia de ameaça à vida da Pessoa em Situação Crítica, o impacto é intenso. Assim, é desencadeada uma situação de crise vital pautada por incerteza que provoca mudanças no ciclo de vida familiar. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo a análise da intervenção de enfermagem que capacita a Pessoa em Situação Crítica e Família para lidar com a Incerteza na Doença. **Metodologia:** Analisar a intervenção de enfermagem que capacita a Pessoa em Situação Crítica e Família para lidar com a Incerteza na Doença, cruzando três vetores determinantes: a evidência científica disponível resultante de uma RIL; a Teoria de Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988) e a Teoria de Cuidar de Kristen Swanson (1991). **Resultados e Discussão:** O experienciar de uma situação limite associada ao risco de vida, quer pela Pessoa em Situação Crítica como pela família, é vivida de forma única. O enfermeiro que usa o conhecimento especializado para a melhoria do outro, assume-se pelo profissionalismo na interação com a Pessoa em Situação Crítica e Família, evidenciando subtileza, capacidade de ir ao encontro e dar sentido a esse encontro, sendo parceiro no caminho. As intervenções de enfermagem incidem sob o acolhimento e organização do percurso do doente ao longo dos serviços de saúde, suporte, validação de sentimentos através da relação, transmissão de informação/conhecimento através de comunicação clara e direcionada. São identificados

como elementos preponderantes para minimizar a incerteza o contacto visual, a escuta ativa e a comunicação por parte dos enfermeiros. **Conclusões:** Conclui-se que o enfermeiro, ao conhecer as características do seio familiar e identificar as necessidades, desenvolve intervenções de enfermagem orientadas e centradas na vivência de situação crítica da pessoa e família, minimizando os níveis elevados de incerteza na doença, com *outcome* de bem-estar do outro a longo prazo.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Família; Enfermagem; Incerteza na Doença

Keywords: *Critically Ill Patient; Family; Nursing; Uncertainty in Illness*

Referências Bibliográficas

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-Action Approach* (2ª Edição, Vol. 3). New York: springer publishing company.

Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177.

Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

Mishel, M. (1988). Uncertainty in Illness. *State of Science*, Volume 20 (4), p. 225 –232.

Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. Volume 25(4), p. 353-357. Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

Urrutia, I., & Garrido, P. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, Volume 26(1), p. 27-34. Acedido a Abril de 2019. Disponível em: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>

Apêndice IIb – Relatório do 2º Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde
Familiar

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Relatório do 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde
Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar**

O 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, decorreu nos dias 16, 17 e 18 de Outubro de 2019 na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Calouste Gulbenkian, tendo sido organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar - uma associação presidida por Maria Henriqueta Figueiredo e que procura promover o desenvolvimento científico e clínico da saúde familiar em geral e da enfermagem de saúde familiar em particular, Na em parceria com a Asociación de Enfermería Comunitária, Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitária e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A participação neste congresso inicia-se pela submissão de resumo para comunicação oral a 30 de Setembro de 2019 e surge como parte integrante do percurso formativo desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo como finalidade a aquisição, atualização e sustentação de conhecimentos específicos na área.

No dia 18 de outubro, a sala B foi destacada para a apresentação de comunicações livres tendo com problemática “Cuidados de Enfermagem à Família”. No total de seis temáticas, foi muito interessante assistir à apresentação das destacadas nesta sala, tais como “A complexidade do sistema familiar, Aplicação do modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar”; “ Conhecimentos de adolescentes sobre prevenção do cancro do colo do útero: contributos do enfermeiro de família”; “ Representações dos enfermeiros sobre o conceito de

coaching”; “ Promover a Esperança em Pais de Crianças com Cardiopatia Congénita: operacionalização de uma intervenção de mutualidade”; e “ Espiritualidade nos cuidados de enfermagem à Família: Significações, vivências e expetativas”. Apresentei neste dia comunicação oral livre de temática “C61 - Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família: Capacitar para a Incerteza na Doença”, realizada em parceria com uma Professora Doutora e que se encontra neste relatório em Apêndice (Apêndice II – Comunicação Livre “ Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família: Capacitar para a Incerteza na Doença”).

Das comunicações livres assistidas, ressalvo a temática de espiritualidade por ter englobado o termo de incerteza como tendo impacto na dinâmica familiar, suscitando intervenção do enfermeiro não só na vertente da espiritualidade mas também na identificação das necessidades e gestão de expetativas da vivência de doença.

Participar neste evento foi gratificante, não só pelo fato de os comentários dirigidos por enfermeiros que exerceram funções em unidade de cuidados intensivos serem positivos e ressaltarem a pertinência da temática mas também, pela aprendizagem, desenvolvimento de competências profissionais e académicas e específicas do enfermeiro especialista no âmbito da disseminação do conhecimento.

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes

Liliana Mascarenhas, mestranda n.º 8849

Apêndice IIc – Diapositivos de Comunicação Livre “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família: Capacitar para a Incerteza na Doença”

2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF FAMILY HEALTH NURSING

2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

2019 || 16, 17, 18 OCTOBER

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

PORTUGAL



2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF FAMILY HEALTH NURSING

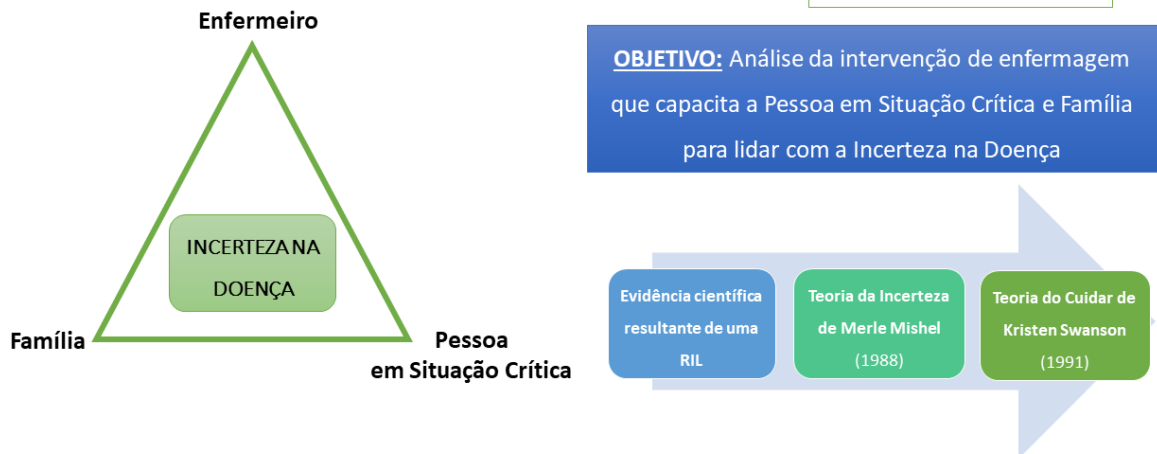
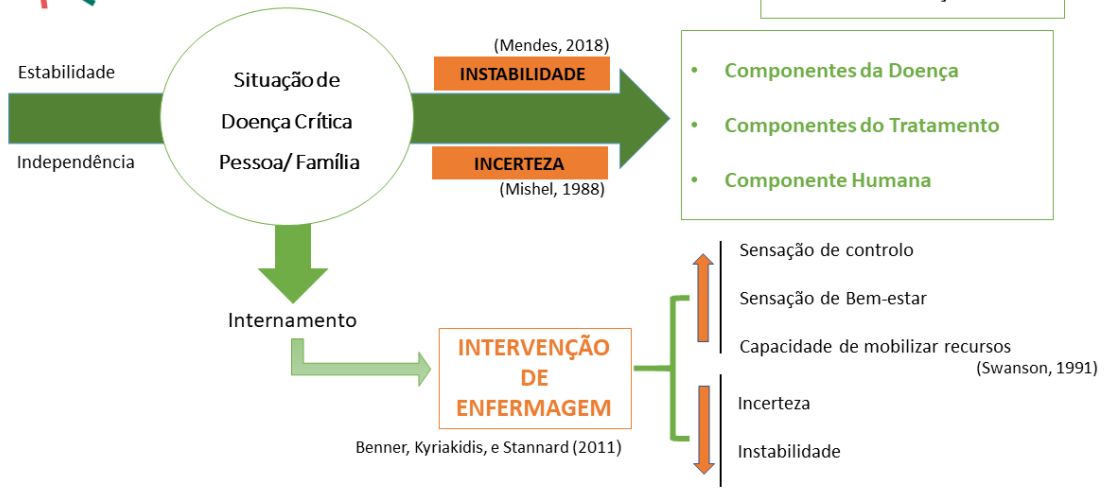
2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

**INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA:
CAPACITAR PARA A INCERTEZA NA
DOENÇA**

Liliana Mascarenhas*
Anabela Mendes**

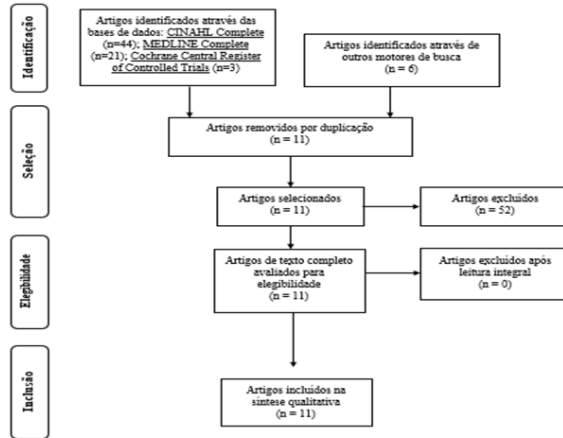
*Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em
Situação Crítica (CMEPSC) da ESEL - lilianamascarenhas@campus.esel.pt
**Professora Adjunta da ESEL - anabelamendes@esel.pt







RESULTADOS



Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Família; Enfermagem; Incerteza na Doença

Keywords: Critically Ill Patient; Family; Nursing; Uncertainty in Illness



Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty

Patient experiences of uncertainty – a synthesis to guide nursing practice and research

Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members

Incetidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo*

The experiences of rural and remote families involved in an inter-hospital transfer to a tertiary ICU: A hermeneutic study

Family Conference in the Intensive Care Unit

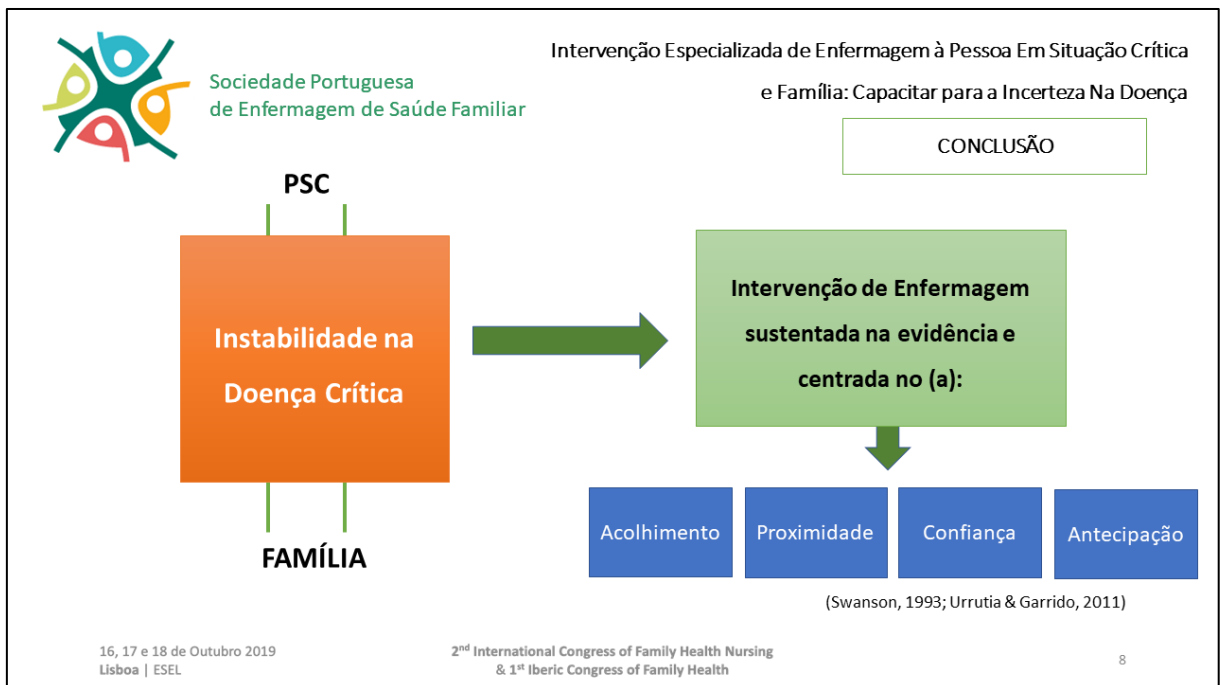
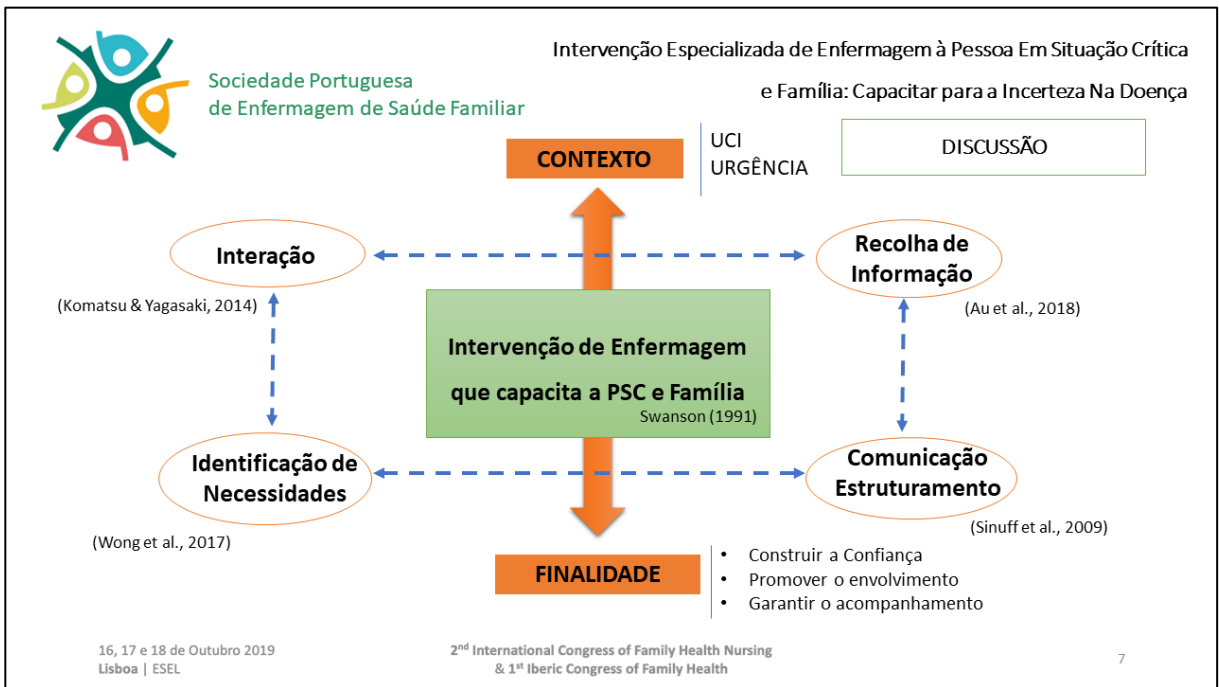
A Multicenter Observational Study of Family Participation in ICU Rounds

Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness

"Living with dying": The evolution of family members' experience of mechanical ventilation

Relatives perception of writing diaries for critically ill. A phenomenological hermeneutical study

The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Au, S. S., des Ordon, A. L. R., Leigh, J. P., Soo, A., Guienguere, S., Bagshaw, S. M., & Stelfox, H. T. (2018). A multicenter observational study of family participation in ICU rounds. *Critical care medicine*, 46(8), 1255-1262. **Doi:** 10.1097/CCM.0000000000003193
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-Action Approach* (2ª Edição, Vol. 3). New York: springer publishing company.
- Komatsu, H., & Yagasaki, K. (2014). The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 419-424. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.006>
- Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170-177. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in Illness. *State of Science*, Volume 20 (4), p. 225-232. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sinuff, T., Giacomini, M., Shaw, R., Swinton, M., & Cook, D. J. (2009). "Living with dying": The evolution of family members' experience of mechanical ventilation. *Critical care medicine*, 37(1), 154-158. **Doi:** 10.1097/CCM.0b013e318192fb7c
- Swanson, K. (1991). Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*. Volume 40(3), p. 162-166.
Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032548.pdf
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. Volume 25(4), p. 353-357. Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- Urrutia, I., & Garrido, P. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, Volume 26(1), p. 27-34. Acedido a Abril de 2019. Disponível em: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2017). Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4390-4403. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/jocn.13768>

2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF FAMILY HEALTH NURSING

2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: CAPACITAR PARA A INCERTEZA NA DOENÇA

Liliana Mascarenhas*
Anabela Mendes**

*Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em
Situação Crítica (CMEPSC) da ESEL - lilianamascarenhas@campus.esel.pt
**Professora Adjunta da ESEL - anabelapmendes@esel.pt



Apêndice III – Relatório do Congresso Internacional do Doente Crítico

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Relatório do Congresso Internacional do Doente Crítico

O Congresso Internacional do Doente Crítico, decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro de 2019 no Auditório do Instituto Politécnico de Setúbal.

A participação neste congresso surge como parte integrante do percurso formativo desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo como finalidade a aquisição, atualização e sustentação de conhecimentos específicos na área da PSC.

Como fonte obtenção de novos conhecimentos, de entre as várias temáticas discutidas e relacionadas com a intervenção à PSC, destacam-se a “oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO)”, o Dador de Coração Parado e a Via aérea difícil.

Relativamente ao tema de Dador de coração parado, foi importante relembrar a importância da articulação e comunicação entre as equipas de identificação e referência dos dadores elegíveis, em que recordei as aulas ministradas pelo Senhor Enfermeiro Fernando Rodrigues na unidade curricular de Enfermagem em Cuidados Intensivos.

A técnica ECMO foi um tema totalmente novo para mim, apesar de ter observado o procedimento em visita a campo á UUM no contexto de Ensino Clínico e ter efetuado pesquisa após esse contacto. Revelando-se insuficiente para a aquisição de conhecimentos, a forma como foram explicitadas neste congresso as indicações, referências e dificuldades, foram uma mais-valia.

Quanto à temática via aérea difícil, foi interessante perceber a repercussão da capnografia e das compressões torácicas na ressuscitação. Segundo a palestrante, tendi em conta que a anatomia do ser humano não é estanque, o local preconizado pelas guidelines para iniciar as compressões torácicas, nem sempre é o mais eficaz, depende de pessoa para pessoa. Partilha que, na sua prática, já conseguiu reverter

valores de capnografia baixos, que seriam indicativos de compressões não eficazes, apenas por indicar o posicionamento das compressões diferente das *guidelines*. Isto, pode ter repercussões até na reanimação pré-hospitalar com compressor torácico mecânico.

No que toca á relação com a temática de projeto “Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem”, ressalvo a importância da comunicação livre intitulada “Implicações da Comunicação de Más notícias em Familiares: A Scoping Review”. Nesta, foi definido que as más notícias são vivenciadas pela PSC e Família com grande sofrimento. O processo de transmissão de más notícias é compreendido por interações, que decorem no período priori à comunicação, durante e após a mesma. Foi ainda, ressaltado o impacto físico (distúrbios de sono, doença, uso de terapêutica) e emocional (incerteza) da comunicação das más notícias na dinâmica familiar. Contudo, e apesar da pesquisa efetuada pelos colegas, chegaram á conclusão que a evidência científica atribui maioritariamente a ênfase do fenómeno a instrumentos e protocolos de procedimento, tal como o SPIKES protocol.

Considero assim, que a participação no congresso contribui para o percurso de aquisição de competências na atualização e sustentação da intervenção do enfermeiro sendo que, a comunicação de más notícias é tida como desafio na perspectiva de reflexão a desenvolver nos contextos de estágio.

Professora Orientadora: Professor Anabela Mendes

Liliana Mascarenhas, mestranda n.º 8849

Apêndice IV – Sessão de Formação em Serviço de Urgência (SU)


Apêndice IVa– Divulgação da Sessão de Formação




Formação

COMUNICAÇÃO EFICAZ NO TRABALHO EM EQUIPA


TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS

 **Data e Hora**


- 19/11/2019 - 16:00 às 16:20
- 20/11/2019 - 16:00 às 16:20

 **Local**

[Redacted]

 **Finalidade**

- Enfatizar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da doente e continuidade de

 **Destinatários**

- Enfermeiros

“A cultura da segurança do paciente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI.”

Autor: Sr^a Enf^a Liliana Mascarenhas

Professora Orientadora: Sr^a Prof^a Anabela Mendes

Orientador Clínico: [Redacted]

Apêndice IVb – Plano de Sessão de Formação

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da ação

Tema: Comunicação Eficaz no Trabalho em Equipe - Transição Segura de Cuidados

Data: 19 e 20 de Novembro de 2019

Duração: 20 minutos

Local: Serviço de Urgência

Destinatários: Enfermeiros

Formador: Liliana Isabel Martins Mascarenhas

2. Finalidade:

- Enfatizar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da pessoa e continuidade de cuidados.

3. Objetivos:

- Sensibilizar a equipa para a importância de uma transição segura de cuidados e comunicação eficaz
- Clarificar sobre a ferramenta de transição de cuidados ISBAR.

4. Recursos didáticos/material:

- Computador;
- Videoprojetor;
- Papel;
- Caneta.

5. Sumário da sessão:

- Introdução
- Pertinência
- Fundamentação
- Síntese

- Referências Bibliográficas

6. Metodologia

Método expositivo e interrogativo

7. Avaliação:

Avaliação Diagnóstica e Formativa: Formulação de questões orais sobre a comunicação como componente da prestação de cuidados, principais dificuldades, categorização de características entre Trabalho em Equipa e Grupo de Trabalho, Ferramenta ISBAR.

Liliana Isabel Martins Mascarenhas – Estudante de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes

Orientador Clínico: 

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Comunicação Eficaz no Trabalho em Equipe - **Transição Segura de Cuidados**

Data: 19 e 20 de Novembro de 2019

Duração: 20 minutos

Local: Serviço de Urgência

Destinatários: Enfermeiros

Formador: Liliana Isabel Martins Mascarenhas

| 2019 | | | |
|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Conteúdos | Método | Recursos Didáticos | Duração |
| Introdução | Método Expositivo/Interrogativo | Computador Videoprojetor | 5 minutos |
| Pertinência | | | 15 minutos |
| Fundamentação | | | |
| Síntese | | | |
| Referências Bibliográficas | | | 5 minutos |

Liliana Isabel Martins Mascarenhas – Estudante de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes

Orientador Clínico: 

Apêndice IVc – Diapositivos de Sessão de Formação

COMUNICAÇÃO EFICAZ NO TRABALHO EM EQUIPA TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS

Autor:

Sr^a En^{fa} Liliana Mascarenhas

Professora Orientadora:

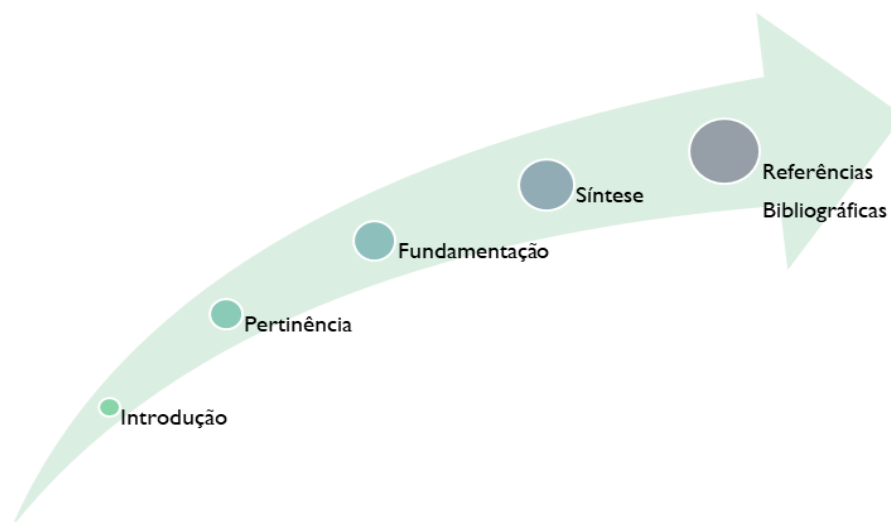
Sr^a Prof^a Anabela Mendes

Orientador Clínico:

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Comunicação Eficaz No Trabalho Em Equipa – Transição Segura De Cuidados

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

■ Finalidade

- Enfatizar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da pessoa e continuidade de cuidados

■ Objetivos

- Sensibilizar a equipa para a importância de uma transição segura de cuidados e comunicação eficaz
- Clarificar sobre a ferramenta de transição de cuidados ISBAR

“A cultura da segurança do paciente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI.”

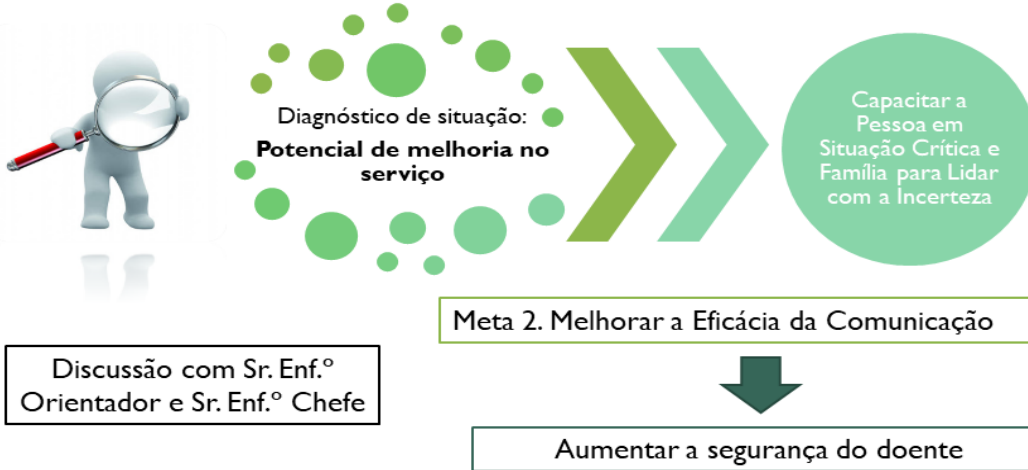
(Nogueira & Rodrigues, 2015) ³

INTRODUÇÃO

A **mudança permanente** das conjunturas de trabalho (aumento da esperança média de vida, doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica cada vez mais complexa), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, **pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional.**

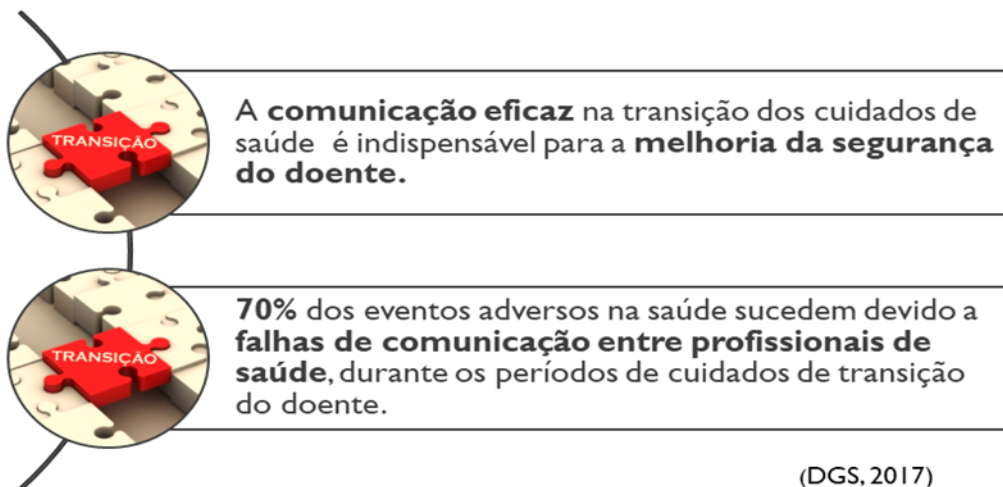
(Mendes e Barroso, 2014)

INTRODUÇÃO



5

PERTINÊNCIA



6

PERTINÊNCIA

Na abordagem do doente em situação de emergência, a **complementaridade**, a **articulação interprofissional**, as **relações entre os profissionais**, a **formação**, e a **comunicação** são tidos como condições imprescindíveis para desenvolver um adequado **trabalho de equipa**.

(Bem, 2013)

7

FUNDAMENTAÇÃO

Comunicação

Informação é transmitida a alguém
(compartilhada)

Recetor recebe-a e compreende-a

A informação simplesmente
transmitida – mas não recebida –
não foi comunicada



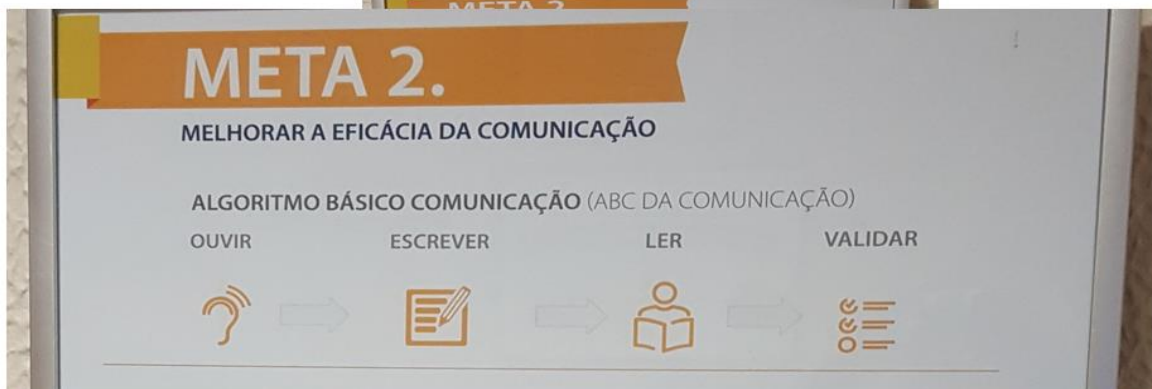
Comunicar significa
tornar comum a uma ou mais
pessoas determinada informação.

(Chiavenato, 2006) ⁸

FUNDAMENTAÇÃO

Comunicação

Meta 2



LILIANA MASCARENHAS – MESTRADO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FUNDAMENTAÇÃO

Comunicação em Saúde

“Pilar fundamental para a segurança do doente”



O profissional de saúde deve:

- ✓ *Saber quando falar*
- ✓ *Saber o que dizer*
- ✓ *Saber como dizer*



Por isso é necessário que:

Desenvolva, atualize e pratique
constantemente competências comunicacionais

Garantir a prestação de cuidados de qualidade,
eficaz e segura

(Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011)

10

FUNDAMENTAÇÃO

Teamwork



Work Group



11

FUNDAMENTAÇÃO

Teamwork



Work Group

“units with closely connected individuals who care about a common cause”

Member-centered

Unity
Cooperation
Participation
Commitment
Connection
Interdependence
Concern for others

“simply collections of individuals whose energies are all directed towards their individual roles and responsibilities”

Leader-centered

Little sense of community
Not committed to others' personal growth
Individual agendas

(Webber, 2007)¹²

FUNDAMENTAÇÃO

Comunicação no Trabalho em Equipa

Fator Condicionante ? Principais Dificuldades ?

13

FUNDAMENTAÇÃO

Comunicação no Trabalho em Equipa

“A comunicação às vezes vem de vários pontos, não tem uma única direção, e isso é dificultador, (...)”

“Acho que a comunicação com a equipa, acaba por facilitar também num contexto de aprendizagem, porque ninguém sabe tudo, esta comunicação acaba por ser também um momento de formação, há sempre alguma coisa que alguém acrescenta, que vai depois servir como base no futuro numa situação idêntica, (...)”

(Azinhaga, 2014)

14

FUNDAMENTAÇÃO

Comunicação no Trabalho em Equipa

“(...)tão importante como isso é estimular as pessoas para que comuniquem. Já fiz (...) não fiz, está assim, não está assim, está a agravar, está a melhorar, em que ponto é que estamos neste momento (...)”

“Para mim é dos pontos mais importantes no trabalho em Equipa, é que haja esta comunicação, não dispersar para outros aspetos, estarmos preocupados com outros aspetos exteriores aquela situação, mas é sobretudo haver esta comunicação das coisas essenciais, e do que é determinante naquela situação de emergência, para mim é o fundamental num trabalho em Equipa.”

(Azinhaga, 2014)

15

FUNDAMENTAÇÃO

Evidência Científica obtida na Revisão Integrativa da Literatura

“Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem”

ENFERMEIRO

“autoridade credível, fonte de informação e incluído nos antecedentes de incerteza como fornecedores de estrutura”.

(Cypress, 2016, p.47)



(Hansen et al., 2012) 16

FUNDAMENTAÇÃO

“It is not sufficient to know what is going on clinically with patients; this **knowledge** has to also be **communicated to and validated** by other clinicians in order to generate timely responses”

(Benner, Kyriakidis & Stannard, p.381, 2011)

FUNDAMENTAÇÃO

Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015 - 2020

3882-(2)

PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012, os cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo da prestação, é um direito fundamental do cidadão e reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade de saúde, sendo que a segurança é um dos pontos da qualidade em saúde. A segurança é um direito de confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

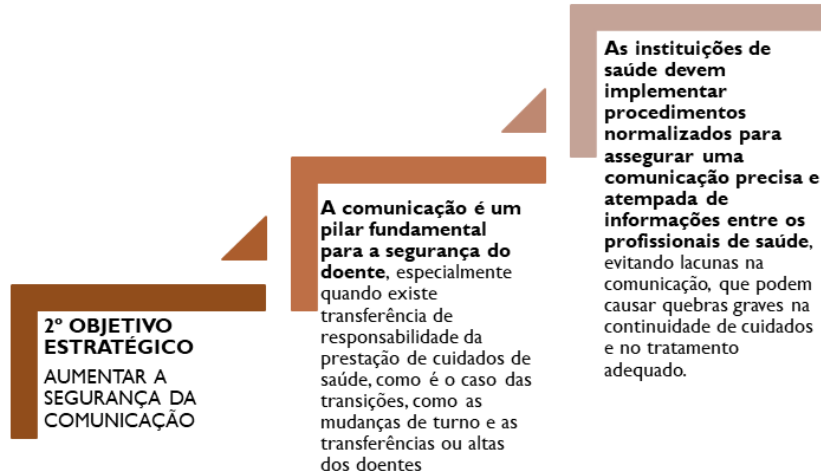
O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, atuar na gestão e na qualidade do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral de Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Serra Leal da Costa.

FUNDAMENTAÇÃO

- Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015 - 2020



19

FUNDAMENTAÇÃO

- Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde



Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser **oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor**.

Momentos de transferência **Vulneráveis/Críticos** para a segurança do doente



(DGS, 2017a)

20

FUNDAMENTAÇÃO

■ Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde



NORMA

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.

21

FUNDAMENTAÇÃO

■ Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

| | |
|---------------------------------------|---|
| I Identificação | • Identificação e localização dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação |
| S Situação Atual/Causa | • Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde (o que se passa e quando iniciou) |
| B Antecedentes/ Anamnese | • Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade |
| A Avaliação | • Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas |
| R Recomendações | • Descrição das atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente |

22

FUNDAMENTAÇÃO

“While the communication of **SBAR** is extremely useful, it focuses on the point when the clinical **problems and definitive actions are clearer and definitive**. Leading up to that clarity is the need to **articulate and compare subtle, less definitive patient trends to other clinicians**”.

(Benner, Kyriakidis & Stannard, p. 379, 2011)

SÍNTESE

Comunicação no Trabalho em Equipa



(Santos al., 2010)

SÍNTESE



25



QUESTÕES?

MUITO OBRIGADA

26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azinhaga, A. I. R. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bem, Andreia Grilo Santos – *Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo*. Tese de Mestrado [Em linha] Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Julho de 2013), 163 p. [Consult. a 22 de Agosto de 2014]. Disponível em WWW:<URL:file:///C:/Users/Alex/Downloads/D2012_10001822012_21016025_1%20(3).pdf.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical care - A thinking-in-Action Approach*. (S.P Company, Ed.) (2a Edição). New York.
- Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos: fundamentos básicos*. 6 ed. São Paulo:Atlas,
- Cypress, B. S. (2016). Understanding uncertainty among critically ill patients in the Intensive Care Unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42-49. Doi: 10.1097/DCC.000000000000152
- Direção-Geral de Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n° 001/2017 de 06/02/2017

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hansen, B. S., RØRTVEIT, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., & Severinsson, E. (2012). Patient experiences of uncertainty—a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 266-277. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01369.x>
- Mendes, C. & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197- 205. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Ministério da Saúde. *Procede à publicação do Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020*. Pub. I. No. Despacho no 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015. Portugal: Diário da República.
- Nogueira, J.V.S., Rodrigues, M.C.S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 20(3):636-640
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, pp.47-57
- Webber, M. (2007). *Leadership: Building teams*. Elkhart, Indiana:Strategic Press.

COMUNICAÇÃO EFICAZ NO TRABALHO EM EQUIPA TRANSIÇÃO SEGURA DE CUIDADOS

Autor:

Sr^a Enf^a Liliana Mascarenhas

Professora Orientadora:

Anabela Mendes

Orientador de Estágio:

Sr Enf^o Ricardo Bento

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Apêndice IVd – Questionário de Avaliação de Sessão de Formação

Avaliação da Formação

Tema: Comunicação Eficaz no Trabalho em Equipa - **Transição Segura de Cuidados**

Data: 19 e 20 de Novembro de 2019

Formador: Liliana Isabel Martins Mascarenhas

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 – Concordo Totalmente.

Apreciação Global:

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| Os objetivos da formação foram claros | | | | |
| Os conteúdos foram adequados aos objetivos | | | | |
| A duração da sessão foi adequada | | | | |
| O relacionamento entre os participantes foi positivo | | | | |
| As instalações e os meios audiovisuais foram adequados | | | | |

Avaliação do Impacto da Formação:

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| A sessão permitiu adquirir novos conhecimentos | | | | |
| O conteúdo da sessão foi útil para o exercício das minhas funções | | | | |
| O relacionamento entre os participantes foi positivo | | | | |
| As instalações e os meios audiovisuais foram adequados | | | | |

Avaliação do Formador:

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| O formador revelou dominar o assunto | | | | |
| A metodologia utilizada foi adequada | | | | |
| A exposição dos assuntos foi clara | | | | |
| A relação estabelecida com os formandos foi positiva | | | | |

Sugestões/Críticas

| |
|--|
| |
|--|

Muito obrigada,
Liliana Mascarenhas

Apêndice V – Relatório das 1as Jornadas “Pensar a *Enfermagem*
Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde”

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Relatório Das 1as Jornadas “Pensar a *Enfermagem Avançada* no
contexto atual dos cuidados de saúde”**

As Primeiras Jornadas “Pensar a *Enfermagem Avançada* no contexto atual dos cuidados de saúde”, decorreram no dia 18 de Dezembro de 2019 no Auditório do Pólo Artur Ravara, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A participação nestas jornadas surge como parte integrante do percurso formativo desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo como finalidade a aquisição, atualização e sustentação de conhecimentos específicos na área da PSC.

As temáticas apresentadas tais como, “Capacitação da Pessoa com Insuficiência Cardíaca” e “Gestão de sintomas e segurança da Pessoa em Situação Crítica: subsídio para a *Enfermagem Avançada*”, revelaram-se muito enriquecedora para o percurso formativo ao fornecerem uma perspetiva que adota uma visão paradigmática, permitindo melhor compreensão dos fenómenos de enfermagem. Como fonte obtenção de novos conhecimentos, de entre as várias temáticas discutidas e relacionadas com a intervenção à PSC, destaco o principal orador das Jornadas – o Senhor Professor Abel Paiva e Silva, Primeiro Doutor em Enfermagem em Portugal. A sua intervenção nas jornadas, inicia-se por afirmações que geram inquietação: as necessidades das pessoas em saúde serão os grandes desafios para uma enfermagem com mais enfermagem.

Foi interessante perceber a forma simples mas assertiva como o Senhor Professor consegue traduzir por suas palavras aquilo que a enfermagem representa para mim, *Enfermagem Avançada* é enfermagem “com mais enfermagem dentro” (SIC). Falou-nos da disparidade entre ter visibilidade e ser significativo na prestação de cuidados, referindo humildemente que o enfermeiro quer é ser significativo para as

peças, quer é que as peças digam que querem ser atendidas por enfermeiros sendo que, para isso, os enfermeiros têm de responder às necessidades das peças.

No que toca á relação com a temática de projeto “Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem”, ressalvo a importância das afirmações do Senhor Professor Abel Paiva e Silva quanto à adaptação da intervenção do enfermeiro tendo em conta as necessidades das peças, alterável pelas condições da sociedade e da saúde. O enfermeiro é significativo e só assim terá visibilidade. Para que seja significativo, o desafio à disciplina é obter conhecimento e competências para investigar a prática de cuidados. A ênfase da PSC e família no centro dos cuidados gera valorização do cuidar em Enfermagem. Assim, ganhos em saúde que se traduzem em ganhos na gestão da incerteza decorrente vivência da situação crítica pela pessoa e família, e consecutivamente, ganhos para a Enfermagem.

Considero assim, que a participação no congresso contribui para o percurso de aquisição de competências na atualização e sustentação da intervenção do enfermeiro para corresponder à natureza mutável das necessidades da PSC e família.

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes

Liliana Mascarenhas, mestranda n.º 8849

Apêndice VI – Sessão de Formação em Unidade de Cuidados Intensivos
Cirúrgicos (UCIC)

Apêndice VIa – Plano de Sessão de Formação

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da ação

Tema: Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC – Perspetiva dos Familiares/ Pessoas Significativas

Data: 31 de Janeiro de 2020

Duração: 30 minutos. Horário: 8.30H

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC)

Destinatários: Profissionais de Saúde da UCIC

Formadores: Liliana Mascarenhas – Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, sob orientação clínica do Enf^o R. P. e pedagógica da Prof Anabela Mendes; Enf. R.P. e Enf^a A.G. (UCIC).

2. Finalidade:

- Enfatizar a relevância do Acolhimento na prestação e continuidade de cuidados, partindo da perspetiva dos familiares/ pessoas significativas.

3. Objetivos:

- Sensibilizar a equipa para a importância do Acolhimento na prestação de cuidados;
- Clarificar sobre os resultados dos questionários entregues às Famílias de modo a suscitarem possíveis soluções.

4. Recursos didáticos/material:

- Suporte informático (computador);
- Suporte escrito (papel e caneta).

5. Sumário da sessão:

- Introdução
- Pertinência
- Apresentação de Resultados
- Síntese
- Referências Bibliográficas

6. Metodologia

Método expositivo (“powerpoint”).

7. Avaliação:

Avaliação Diagnóstica e Formativa: Participação ativa dos profissionais de saúde, discussão de ideias com sugestão de soluções.

Liliana Isabel Martins Mascarenhas – Estudante de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes

Orientador Clínico: XXXXXXXXXX

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC – Perspetiva dos Familiares/ Pessoas Significativas

Data: 31 de Janeiro de 2020

Duração: 30 minutos. Horário: 8.30H

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC)

Destinatários: Profissionais de Saúde da UCIC

Formadores: Liliana Mascarenhas – Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, sob orientação clínica do Enf^o R. P. e pedagógica da Prof Anabela Mendes; Enf. R.P. e Enf^a A.G. (UCIC).

| 2020 | | | | |
|----------------------------|-------------------|---------------------------|----------------|---|
| Conteúdos | Método | Recursos Didáticos | Duração | Preletor |
| Introdução | Método Expositivo | Computador | 5 minutos | Enf ^a A, Liliana, Enf ^o P |
| Pertinência | | | 15 minutos | Liliana |
| Apresentação de Resultados | | | | Enf ^a A e Enf ^o P |
| Síntese | | | 5 minutos | Liliana |
| Discussão | | | 5 minutos | Enf ^a A, Liliana, Enf ^o P |
| Referências Bibliográficas | | | | |

Liliana Isabel Martins Mascarenhas – Estudante de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes

Orientador Clínico: XXXXXXXXXX

Apêndice VIb – Diapositivos de Sessão de Formação



Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos



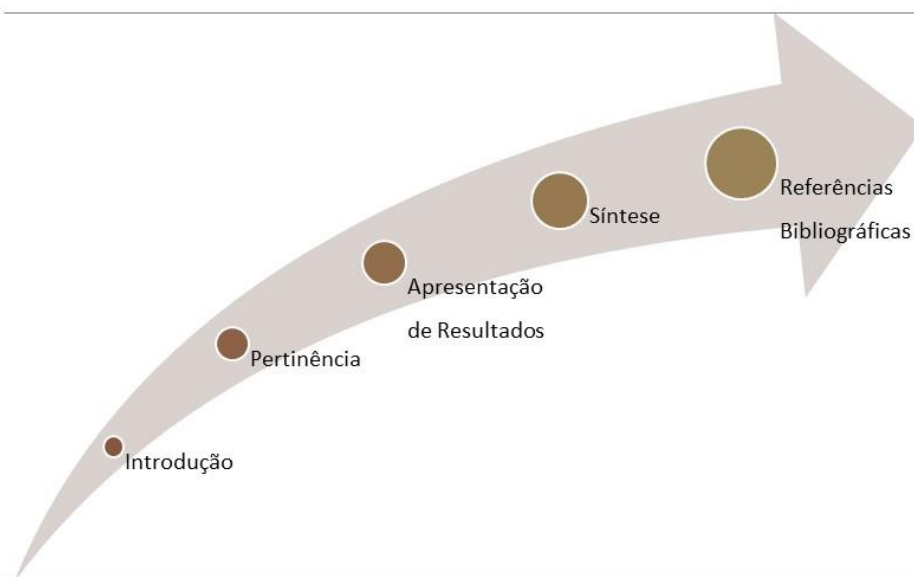
Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC - Perspetiva dos Familiares/Pessoas Significativas

Janeiro 2020

Enfª **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enfª R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enfª **R. P.** e Enfª **A. G.** (CHLO/HSFX – UCIC)

Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC – Perspetiva dos Familiares/ Pessoas Significativas

Sumário



2

Enfª **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enfª R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enfª **R. P.** e Enfª **A. G.** (CHLO/HSFX – UCIC)

Introdução

Finalidade

- Enfatizar a relevância do Acolhimento na prestação e continuidade de cuidados, partindo da perspetiva dos familiares/ pessoas significativas.

Objetivos

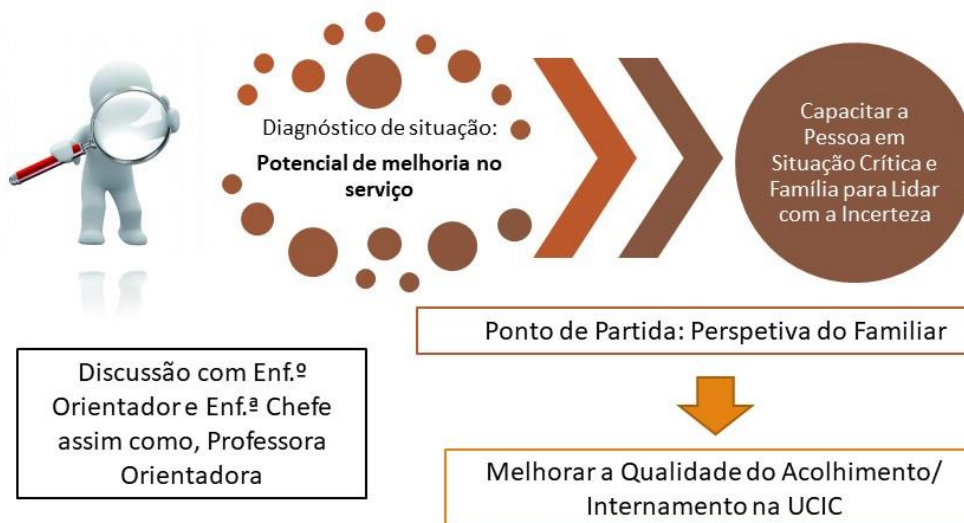
- Sensibilizar a equipa para a importância do acolhimento na prestação de cuidados;
- Clarificar sobre os resultados dos questionários entregues às famílias de modo a suscitarem possíveis soluções.

“ O acolhimento pode constituir uma estratégia terapêutica desafiante para a equipa de enfermagem, sobretudo em contexto de cuidados intensivos”

(Oliveira & Nunes, 2014)

3

Introdução



4

Pertinência

Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica

- Representa o início do estabelecimento de um vínculo de confiança na relação entre enfermeiro e família;
(Maestri et al., 2012)
- Permite que nos momentos de acesso à UCI “ alivie algum do seu desassossego”;
(Mendes, 2015, p. 13)
- Pretende-se que a sua vulnerabilidade seja reconhecida e que o cuidado que recebem seja o mais humanizado possível, considerando na pessoa doente, a família em que se insere.
(Mendes, 2015)

5

Pertinência

Evidência Científica obtida na Revisão Integrativa da Literatura

“Capacitar a Pessoa em Situação Crítica e Família para Lidar com a Incerteza na Doença: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem”

ENFERMEIRO

“autoridade credível, fonte de informação e incluído nos antecedentes de incerteza como fornecedores de estrutura”.

(Cypress, 2016, p.47)



(Hansen et al., 2012)

6

Apresentação de Resultados

Questionários



15 Questões

3 de resposta aberta

Recolha de dados individualizada à família da Pessoa em Situação Crítica



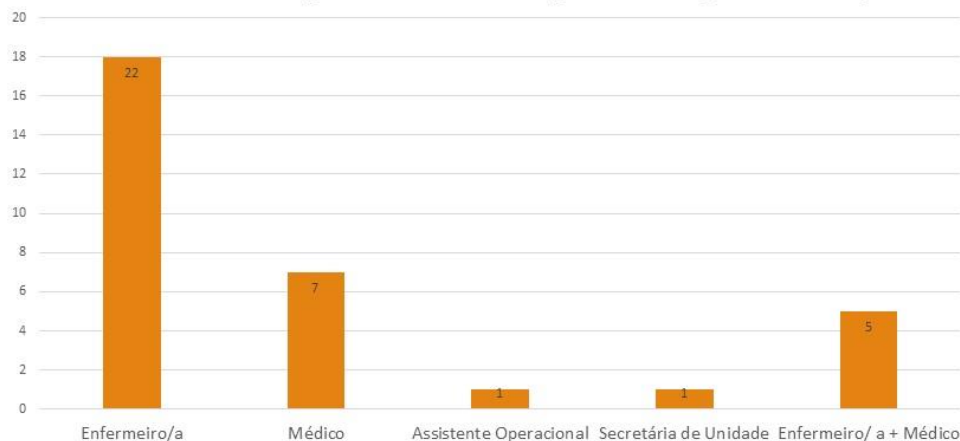
Tratamento de dados

7

Apresentação de Resultados

Questionários

1 - Por quem foi recebido quando chegou ao serviço?

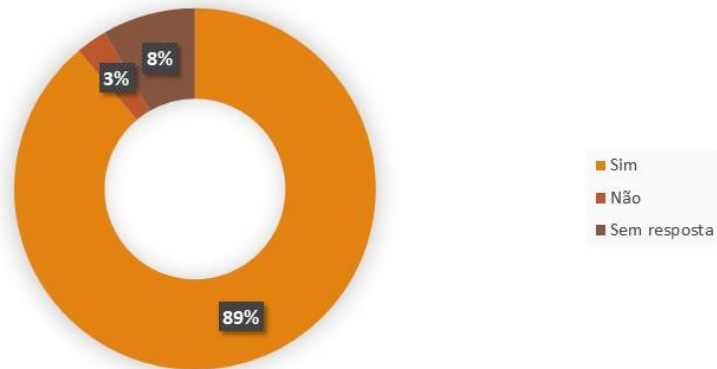


8

Apresentação de Resultados

Questionários

2 - A pessoa que o/a recebeu apresentou-se?

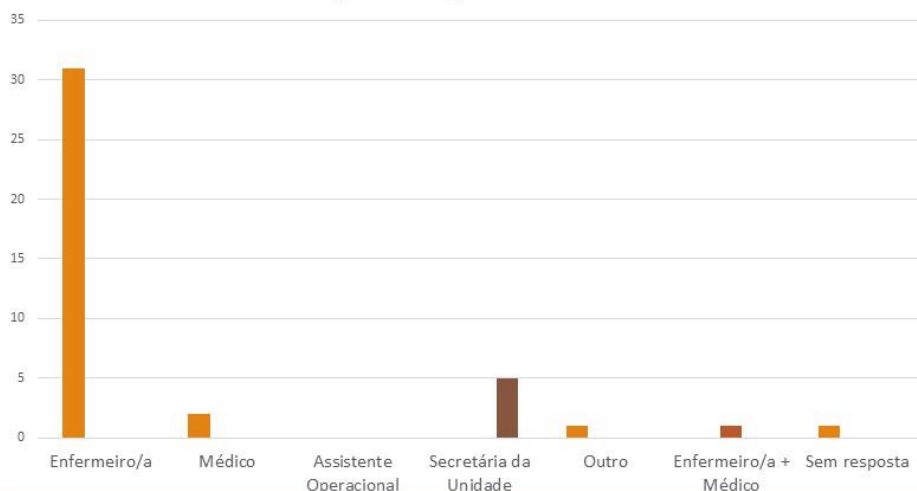


9

Apresentação de Resultados

Questionários

3 - Quem o/a levou junto do seu familiar?

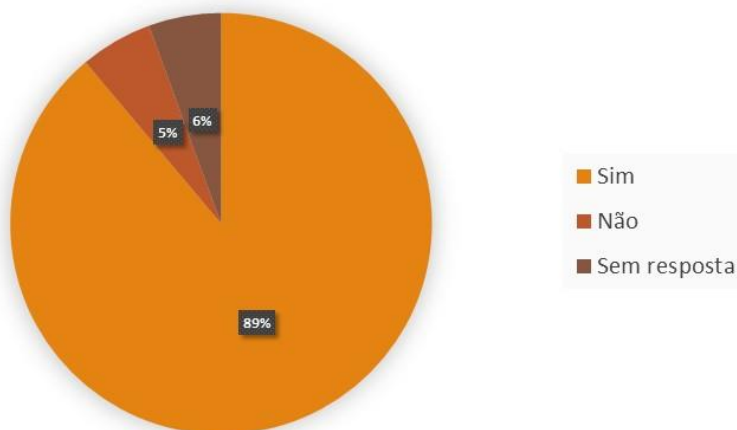


10

Apresentação de Resultados

Questionários

4 - Os profissionais de saúde estavam identificados?

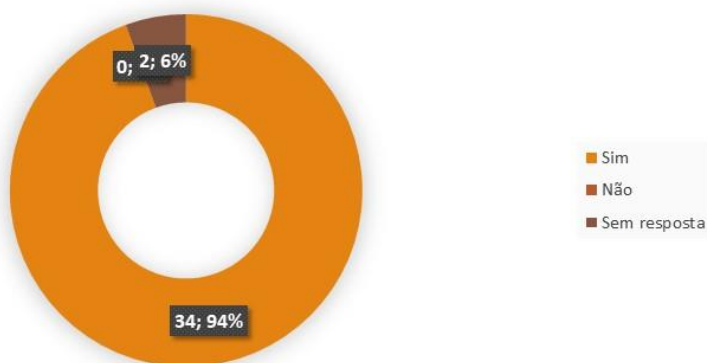


11

Apresentação de Resultados

Questionários

5 - Explicaram-lhe o motivo de internamento?

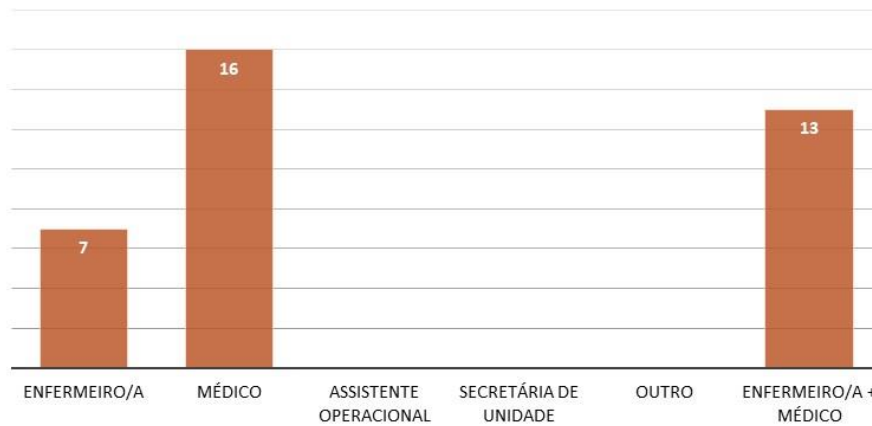


12

Apresentação de Resultados

Questionários

6- Quem lhe explicou?



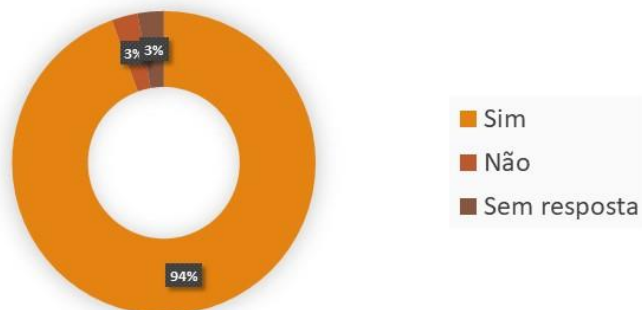
13

Enf^ª **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enf^º R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enf^º R. P. e Enf^º A. G. (CHLO/ HSFX – UCIC)

Apresentação de Resultados

Questionários

7 - Foi-lhe facultado o guia de acolhimento?



14

Enf^ª **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enf^º R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enf^º R. P. e Enf^º A. G. (CHLO/ HSFX – UCIC)

Apresentação de Resultados

Questionários

8 – Foi informado/a acerca de:

| | Sim | Não | Sem resposta |
|------------------------|-----|-----|--------------|
| Horário de Visitas? | 35 | 0 | 1 |
| Número de Visitas? | 35 | 0 | 1 |
| Contactos telefónicos? | 35 | 0 | 1 |
| Wc para visitas? | 25 | 9 | 2 |
| Sala de espera? | 35 | 1 | 0 |

15

Apresentação de Resultados

Questionários

9- Foi-lhe explicado a importância da lavagem das mãos/desinfecção antisséptica na prevenção de infeções?



16

Apresentação de Resultados

Questionários

10 - Foi informado/a relativamente aos exames/tratamentos que o seu familiar foi submetido?



17

Apresentação de Resultados

Questionários

11 – Considera o espaço físico/ equipamento:

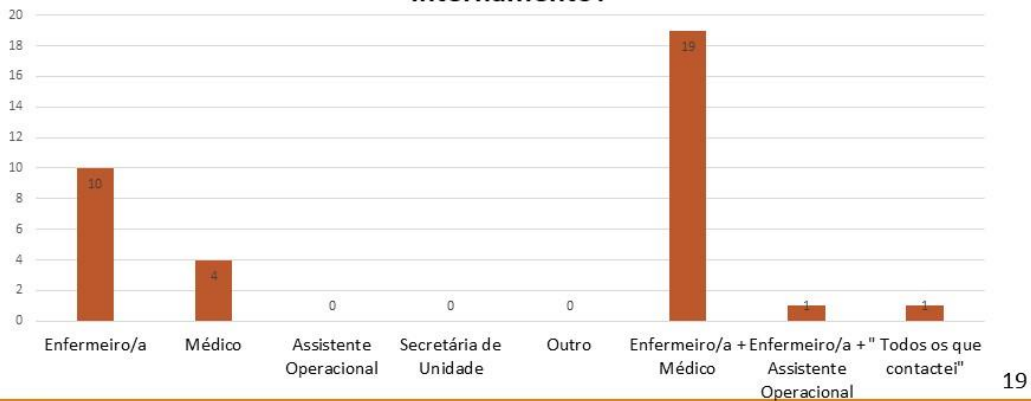
| | Sim | Não | Sem resposta |
|--------------------------|-----|-----|--------------|
| Arrumado | 36 | 0 | 0 |
| Limpo | 36 | 0 | 0 |
| Agradável | 33 | 1 | 2 |
| Humanizado/ acolhedor | 33 | 1 | 2 |
| Calmo | 36 | 0 | 0 |

18

Apresentação de Resultados

Questionários

12 - Com que profissional se sentiu mais à vontade para expor os seus sentimentos/problemas relacionados com o internamento?



Enfª Lílíana Mascarenhas, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enfª R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enfª R. P. e Enfª A. G. (CHLO/ HSFX – UCIC)

Apresentação de Resultados

Questionários

13 – O que mais lhe agradou no serviço?

“A atenção dada aos familiares”

“A simpatia e a organização”

“A calma transmitida pelo silêncio”

“humanizado e disponível para informar os familiares”

“Atendimento, Informação sobre o doente, Higiene e silêncio”

“Tudo. Acima de tudo o profissionalismo, parte humana”

20

Enfª Lílíana Mascarenhas, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enfª R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enfª R. P. e Enfª A. G. (CHLO/ HSFX – UCIC)

Apresentação de Resultados

Questionários

14 – O que menos lhe agradou no serviço?

“ O horário de visita”

“De momento nada a apontar”

“Não ser dada informação pró-ativa
por parte dos médicos”

“Uma ou outra abordagem”

“O pouco tempo que os familiares
têm para visitar os doentes. A falta
de apoio e simpatia de alguns
auxiliares”

21

Apresentação de Resultados

Questionários

15 – Dê sugestões de melhoria:

- ❖ As visitas deveriam usar máscaras;
- ❖ Colocação de desinfetante na sala de espera;
- ❖ Cacifos na sala de espera para as visitas colocarem os seus pertences antes de visitarem o doente;
- ❖ Horário de visita mais flexível e alargado em números de pessoas permitidas.

22

Síntese



23

Síntese



24



Questões?

Muito obrigada

Enfª **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enfº R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enfº R. P. e Enfº A. G. (CHLO/HSFX – UCIC)

Referências Bibliográficas

- Cypress, B. S. (2016). Understanding uncertainty among critically ill patients in the Intensive Care Unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42-49. **Doi:**10.1097/DCC.0000000000000152
- Hansen, B. S., RØRTVEIT, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., & Severinsson, E. (2012). Patient experiences of uncertainty—a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 266-277. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01369.x>
- Mendes, A. P. (2015). A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: Lusodidacta.
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954-963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Picoito, Ricardo; Grazina, Adelaide (2018). Questionário da Avaliação da Qualidade do acolhimento/ Internamento em UCI. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de São Francisco Xavier – UCIC.

Enfª **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enfº R. P. e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enfº R. P. e Enfº A. G. (CHLO/HSFX – UCIC)



Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos



Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em
Situação Crítica na UCIC -
Perspetiva dos Familiares/Pessoas Significativas

Janeiro 2020

Enf^a **Liliana Mascarenhas**, Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação crítica, sob orientação clínica do Enf^o Ricardo Picoito e pedagógica da Prof. Anabela Mendes; Enf^o **Ricardo Picoito** e Enf^a **Adelaide Grazina** (CHLO/ HSFx – UCIC)

Apêndice VIc– Questionário: Definição de Estratégias

Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

Tema: Avaliação da Qualidade do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC – Perspetiva dos Familiares/ Pessoas Significativas

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC)

Destinatários: Profissionais de Saúde da UCIC

Formadores: Liliana Mascarenhas – Mestranda na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, sob orientação clínica do Enfº R.P. e pedagógica da Prof Anabela Mendes; Enfº R.P. e Enfª A. G. (UCIC).

De forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido, e no sentido de direcionar estratégias de melhoria do Acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica na UCIC, solicitamos a todos os colegas, a resposta às seguintes questões:

1) Na sua opinião, de que forma o aumento de tempo de visita seria benéfico para a Pessoa em Situação Crítica e a sua Família/Pessoa Significativa?

2) Tendo em conta a alteração do horário da visita, e justificada a sua pertinência na resposta à questão anterior, que intervenções implementaria nesse âmbito?

3) No que diz respeito à entrega e preenchimento de questionários de acolhimento, que alternativas sugere para aumentar a taxa de adesão?

Muito Obrigada pela sua Colaboração!