



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

**Intervenção de enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica: Distanciamento da família em cenário de
Pandemia**

Maria Elisabete dos Santos Silva

—

**Lisboa
2022**



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

**Intervenção de enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica: Distanciamento da família em cenário de
Pandemia**

Maria Elisabete dos Santos Silva



Orientadora: Professora Doutora Anabela Pereira Mendes



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Olhamo-nos nos olhos pela internet.

Eu transmito-te este domingo à tarde,
a voz do vizinho através da parede.

Tu transmites-me a distância que existe
depois do que consigo ver pela janela.
(...)

Olhamo-nos nos olhos pela internet,
estamos verdadeiramente aqui. (...)”

José Luís Peixoto (2020)

Agradecimentos

À minha Professora Doutora Anabela pela honestidade intelectual, conhecimentos e dedicação. Obrigada pelos desafios, consigo aprendi a nunca desistir e a dar o nosso melhor em cada coisa que fazamos.

Obrigada Ana, Marcos e a todos quanto se cruzaram no meu caminho e aceitaram partilhar os seus conhecimentos comigo.

Aos meus velhos e novos amigos, Alexandra, Carina e Cátia, que tanto me ajudaram.

Aos meus colegas de trabalho, as palavras de apoio.

A todas as pessoas doentes e suas famílias, que me permitem ser sua Enfermeira.

À minha família pelas palavras de conforto e incentivo.

Ao João, à Inês e à Ana e ao Rui por tudo.

Ao meu pai, sem ele nada disto teria sido possível.

À minha Mãe, minha grande inspiração, que me deu o verdadeiro significado de ser família. A sua luz permanece no meu coração e serve de guia em cada momento da minha vida!

Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde,IP

APA - *American Psychological Association*

ATCN - *Advanced Trauma Care for Nurses*

BPS - *Behaviour Pain Scale*

CIAIQ2021 - Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa 2021

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem Área Especialização Pessoa em Situação Crítica

COVID-19 - *Coronavirus disease 2019*

CPR - Cirurgia Plástica e Reconstructiva

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enf^a - Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa Prevenção e Controlo Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HCIS - *Health-Care Information Systems*

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência dos microrganismos aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

R(t) - Índice de transmissibilidade do vírus SARS-COV-2

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

SARS-COV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus 2*

SAV - Suporte Avançado de Vida

SMS - *Short Message Service*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

TOT - Tubo orotraqueal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UPP - Úlcera Por Pressão

UQ - Unidade de Queimados

RESUMO

Atravessamos a mais complexa pandemia da quarta revolução industrial da história da Humanidade (Sandle et al., 2020), com repercussões incalculáveis na vida de todos nós. Os hospitais, com o intuito de controlar a propagação da infeção, limitaram o acesso da família aos serviços de internamento, essencial para a prestação de cuidados de excelência à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Sá et al., 2015), condicionando a interação enfermeiro-família-pessoa doente. Torna-se assim importante compreender e identificar quais as intervenções que o enfermeiro, num registo quer autónomo, quer interdependente, emerge como agente facilitador para uma transição saudável da PSC e família, justificando-se desta forma a pertinência da escolha da temática para a aquisição e desenvolvimento de competências.

O relatório procura expor todas as atividades e estratégias desenvolvidas no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Área Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo em vista a aquisição de competências especializadas ao longo do 3º semestre, com base na problemática escolhida e, tendo em conta os contextos de cuidados da PSC: a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e o Serviço de Urgência (SU).

O referencial teórico adotado para fundamentação, e fio condutor deste trabalho, foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O caminho efetuado possibilitou adquirir competências e mobilizar conhecimentos ancorados na evidência científica, tendo em vista a perícia, num exercício clínico especializado à PSC e família.

Palavras-chave: Intervenções de Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Distanciamento da Família, Pandemia

ABSTRACT

We are going through the most complex pandemic of the fourth industrial revolution, in the history of mankind (Sandle et al., 2020), with incalculable repercussions in the lives of all of us. In order to control the spread of infection, hospitals limited family access, which is essential for the provision of excellent care to People in Critical Situation (PCS) (Sá et al., 2015), conditioning the nurse-family-patient interaction. It is therefore important to understand and identify which interventions the nurse, in a record both autonomous and as well interdependent, emerges as a facilitating agent for a healthy transition.

The report seeks to expose all the activities and strategies developed within the scope of the 10th Master's Course in Nursing in the Specialization Area for People in Critical Situation (CMEPSC) of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), with a view to the acquisition of specialized skills throughout the 3rd semester, based on the chosen problem and, taking into account the care contexts of the PCS, the Intensive Care Unit (ICU) and the Emergency Service (SU). The theoretical framework adopted for the rationale, and guiding thread of this work, was the Transitions Theory by Afaf Meleis.

The path made it possible to acquire skills and mobilize knowledge anchored in scientific evidence, in view of the expertise in a specialized clinical exercise to PSC and family.

Keyword: Nursing Interventions, People in Critical Situation, Distancing from the Family, Pandemic

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1.1 Apresentação dos conceitos.....	21
1.1.1 A Situação de pandemia COVID-19.....	21
1.1.2 A Pessoa em Situação Crítica e os contextos onde é cuidada: Serviço Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.....	22
1.1.3 A Família da Pessoa em Situação Crítica.....	25
1.1.4 Os Processos de Transição Saúde-Doença e Situacional.....	25
1.1.5 As Intervenções Terapêuticas de Enfermagem.....	26
1.2 Revisão Integrativa da Literatura.....	29
2. PERCURSO DESENVOLVIMENTO COMPETÊNCIAS.....	31
2.1 A Pessoa em Situação Crítica em contexto de Cuidados Intensivos.....	33
2.2 A Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência.....	48
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma de Estágio 3º Semestre

Apêndice II- Objetivos e atividades de estágio na Unidade de Queimados/ Serviço de Urgência

Apêndice III- Artigo “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão Integrativa da Literatura”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	27
Figura 2. Mapeamento de conceitos.....	31
Figura 3. Intervenções facilitadoras no processo de transição.....	32

INTRODUÇÃO

O trabalho aqui apresentado revela o percurso formativo desenvolvido no 3º semestre, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Área Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que conduz à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

O relatório de estágio é um documento escrito, onde o *“estudante descreve e analisa o seu percurso, realizando uma análise crítica das competências desenvolvidas”* (Nunes et al, 2014, p. 32).

A aquisição de competências durante os estágios teve como guia orientador o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências adaptado à Enfermagem por Patricia Benner. Neste modelo, são descritas as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências e nomeadas as necessidades relativamente ao ensino/aprendizagem dos enfermeiros em cada nível. É pela experiência que o enfermeiro aprende a destacar rapidamente aquilo que é pertinente na situação e a extrair o seu significado (Benner, 2001). Segundo Patricia Benner, as competências para a excelência dos cuidados prestados emergem quando se adquire perícia profissional, através da aprendizagem experiencial, como afirma aqui: *“o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis”* (Benner, 2001, p.58), articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática. O conhecimento que é adquirido pelo perito, de acordo com Queirós (2007), baseando-se em Benner, é um conhecimento competente e uma forma de conhecimento em si mesmo, e não uma aplicação do conhecimento e, *“com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações.”* (Benner, 2001, p.63), isto é, o princípio do desenvolvimento de competências está na experiência profissional. O conhecimento prático modifica-se com o tempo, e com as experiências vividas de situações reais.

O trabalho teve como foco as intervenções terapêuticas de enfermagem à PSC, que se revelam facilitadoras perante o distanciamento da família em cenário de

pandemia. Definiu-se o tema: **“Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Distanciamento da família em cenário de Pandemia”**.

A escolha deste tema prendeu-se com o facto de atravessarmos um período único na história mundial, porque por força de uma pandemia a PSC ficou privada da presença física da família e pessoas significativas. Inquietou-me particularmente a disrupção familiar acarretada com esta limitação na interação enfermeiro-família-pessoa doente. A Unidade Clínica onde exerço a minha atividade profissional, não foi exceção e, em todo o centro clínico foram impostas medidas de distanciamento social para impedir a propagação do vírus e as famílias ficaram impossibilitadas de aceder ao espaço, ou foram apenas autorizadas, em casos muito particulares, de situações de fim de vida, ou outras.

Este trabalho procurou perceber o impacto deste distanciamento na PSC e sua família e, que intervenções terapêuticas de enfermagem foram facilitadoras na promoção de uma transição saudável da PSC. Que papel significativo coube ao enfermeiro? Como foi promovida a interação familiar? Como pode esta família ser subsídio para o cuidado da PSC, em circunstâncias tão excecionais?

Como enfermeira em formação, penso que o desenvolvimento do exercício académico e profissional na área temática escolhida, contribuiu para a melhoria dos cuidados especializados prestados à PSC no atual contexto em que vivemos. Num cuidado que se pretende, cada vez mais, centrado na família e pessoa doente e ancorado em evidência científica bem sustentada (Mendes, 2018).

Como orientadora do pensamento e intervenção nos contextos clínicos, recorri à Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis, que desenvolveu o conceito de transição, tendo este assumido uma relevância crescente no âmago do desenvolvimento teórico em enfermagem (Andrade, 2013) com o princípio de que *“os enfermeiros (...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam e quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença”* (Meleis et al, 2000 p. 13).

No meu contexto de exercício clínico e em outras unidades de cuidados intensivos, previamente à pandemia, a PSC era já sujeita a distanciamento social, com internamentos muito prolongados, visitas muito limitadas com horários rígidos e era muitas vezes colocada em isolamento de contenção, motivado por uma infeção adquirida ou outra situação patológica.

Segundo Meleis (2010), a PSC vivencia um processo de Transição Saúde-Doença, em situação de vulnerabilidade acrescida por circunstâncias muitas vezes difíceis de suportar. Destacam-se o conjunto de máquinas a que a PSC está ligada e de que depende; o sofrimento, que nem sempre nós, profissionais de saúde conseguimos evitar; a alteração da sua imagem corporal, por vezes causada por amputações dramáticas dos membros e, a somar a tudo isto, a situação pandémica que obriga a PSC a vivenciar um grande distanciamento da família. A família face à Transição Saúde-Doença da PSC, encontra-se em processo de Transição Situacional, com necessidades de segurança, conforto, suporte e informação (Bailey et al., 2010; Meleis, 2010).

O enfermeiro através das suas intervenções terapêuticas, é peça fundamental para conduzir o processo pelo qual o resultado desejado seja a mestria da pessoa numa transição saudável (Meleis, 2010). As intervenções procuram valorizar a pessoa doente como um ser único, inserida num seio familiar. Pretende-se um cuidado centrado na PSC, mais humanizado e suportado a nível científico (McCormack, Brendan; McCance, 2010). Na interação com a família, o enfermeiro proporciona o encontro e a satisfação de expectativas, ao permitir a cada um dos intervenientes, a oportunidade para agir, para se informar e ser informado e, também entender quais as necessidades reais da PSC e família (Mendes, 2015).

O enfermeiro assume um *“papel preponderante no envolvimento da família nesse processo, ao escutar os sentimentos e as dificuldades do doente/família, estabelecendo novas estratégias de adaptação”* (Pinto et al, 2008, p.69).

A escolha deste tema foi essencial no meu desenvolvimento pessoal e profissional, para alcançar o nível de perito na prestação de cuidados especializados à PSC a vivenciar o distanciamento da família. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele que de forma intuitiva compreende a situação e, entende o problema sem se perder num variadíssimo leque de soluções e diagnósticos, *“age a partir de uma compreensão profunda da situação global”* (Benner, 2001, p.58). Desta forma, pretendeu-se adquirir um bom entendimento de como o enfermeiro pode ser facilitador em contexto de UCI e SU para a PSC e família.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi a descritiva-reflexiva, através da análise e reflexão crítica da bibliografia consultada sobre a temática desenvolvida, na participação de inúmeros webinars nacionais e internacionais, da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada nas bases de dados CINAHL e

MEDLINE e do diálogo com peritos e orientadores clínicos dos diversos locais de estágio e orientador pedagógico, articulando a prática clínica com o exercício reflexivo.

Considera-se que, o *“exercício reflexivo é essencial na aprendizagem clínica, implicando um trabalho efetivo dos atores envolvidos, estudante e orientadores, considerando a responsabilidade assumida no processo formativo”* (Mendes, 2016, p. 1).

Este trabalho consta de duas partes principais. A primeira abrange o enquadramento teórico, onde são explanados os conceitos centrais da temática em estudo e a descrição do quadro de referência teórico escolhido – Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A segunda parte remete-se à análise do percurso formativo nos contextos clínicos de UCI e SU, com a descrição das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências e os resultados obtidos (Apêndice II e III).

Foi construído como instrumento de organização, um cronograma (Apêndice I), que abarca todas as atividades desenvolvidas para o percurso pretendido.

Este trabalho foi realizado conforme o novo acordo ortográfico e, segundo as normas orientadoras para a produção de trabalhos adotadas pela ESEL, as Normas da *American Psychological Association*, APA (Godinho, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, em que é realizado o enquadramento teórico, elencam-se duas partes. Numa primeira parte, é feita a análise dos conceitos com o seu mapeamento e, numa segunda parte a RIL realizada.

Pretende-se analisar: a situação de pandemia COVID-19; a Pessoa em Situação Crítica e os contextos onde é cuidada: Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos; a Família da Pessoa em Situação Crítica; os Processos de Transição Saúde-Doença e Situacional e as Intervenção Terapêutica de Enfermagem.

Percebi a dificuldade em obter evidência científica para o tema levantado, nomeadamente o do distanciamento da família em situação de pandemia, dado parecer não ser ainda objeto de estudo para a comunidade científica atual.

1.1 Apresentação dos conceitos

1.1.1 A Situação de pandemia COVID-19

Em 2020, no início de fevereiro, o Grupo de Estudo dos Coronavírus, do Comité Internacional de Taxinomia dos Vírus, concluiu que o vírus responsável pelo surto de pneumonia a nível mundial, com origem em Wuhan, era um novo vírus que foi designado por SARS-COV-2 (do inglês, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), pertencente à família dos coronavírus, como o SARS-COV responsável pelo surto da Síndrome de Pneumonia Aguda Grave em 2002-2003 (Martins, 2020).

A doença provocada pelo SARS-COV-2 foi então designada pela OMS por COVID-19 (do inglês *Coronavirus disease 2019*). E, em março de 2020, foi caracterizada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) não existindo, à altura, medicamento eficaz para tratar a infeção nem vacina disponível. O espectro clínico da COVID-19 é muito amplo, variando desde o assintomático até à pneumonia vírica com falência múltipla de órgãos (Bento, 2020).

Foi considerada a mais complexa pandemia da quarta revolução industrial da história da humanidade (Sandle et al., 2020), sendo a “*primeira pandemia a um vírus da família dos coronavírus*” (Ordem dos Médicos, 2020, pág. 80), com repercussões incalculáveis na vida de todos nós. Pandemia que já em 2017, a Times Magazine

conjeturava que, o mundo não estaria preparado para enfrentar, com danos imprevisíveis (Walsh, 2017).

A transmissão deste coronavírus pode ocorrer muito facilmente de duas formas: pessoa-a-pessoa por contacto próximo com pessoas infetadas (transmissão direta), ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta) (DGS, 2021). Tem uma taxa de letalidade descrita entre 0,3% e 5,8% e um $R(t)$ na Europa que oscila entre 3,27 na Itália e 6,32 na França (Bento, 2020) e *“estas características propiciam uma rápida saturação dos sistemas de saúde com um elevado risco de condicionar a rotura dos mesmos”* (Bento, 2020, p. 1).

Foram tomadas medidas restritivas nos hospitais e em outras instituições de saúde, por recomendação das autoridades de saúde, entre as quais, a limitação do acesso das famílias e pessoas significativas às instituições, para conter a propagação do vírus (Fan et al., 2020). Em Portugal, o quadro de emergência decretado pelo Presidente da República a 18 de março de 2020 e regulamentado pelo Governo português a 20 de março do mesmo ano teve também a adoção de medidas *“essenciais, adequadas e necessárias para, proporcionalmente, restringir determinados direitos para salvar o bem maior que é a saúde pública e a vida de todos os portugueses”* (Diário da República, 2020, p. 1), estabelecendo regras de contacto entre pessoas, o dever de confinamento obrigatório e de recolhimento domiciliário, entre outros.

Estudos muito recentes revelam que doentes isolados experimentam stress levando a manifestações comportamentais ou emocionais, como medo, ansiedade, depressão e mudanças precipitadas de humor (Fan et al., 2020).

1.1.2 A Pessoa em Situação Crítica e os contextos onde é cuidada: Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos

A Pessoa em Situação Crítica pode ser definida como,

os pacientes que se tornam agudos, gravemente doentes ou feridos, não são mais capazes de manter a estabilidade fisiológica de forma independente ou, apresentam alto risco de desenvolver instabilidade fisiológica rapidamente. As suas condições críticas definem e orientam as intervenções e práticas dos enfermeiros de cuidados agudos e críticos (...). Esses pacientes são tipicamente dependentes de cuidados intensivos contínuos e da tecnologia de apoio (Benner et al., 2011, p. 87).

E desta definição percebe-se que são necessários cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os contextos de cuidados à PSC considerados para desenvolver o presente trabalho foram, o SU e a UCI.

De acordo com o Artigo 1º do Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde, os **SU** são definidos como: “*serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica*” (Ministério da Saúde, 2002, p.1865). No mesmo Artigo são também definidas situações de urgência e emergência médica como “*aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata*” (Ministério da Saúde, 2002, p. 1865). A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência (CRRNEU) distingue os conceitos de urgência e emergência, “*urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)*; e emergência como “*um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão*”. (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015, p.1). O Serviço de Urgência apresenta-se como um verdadeiro desafio no Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelos desafios que apresenta e é elencado no Relatório Grupo de Trabalho Serviço de Urgência (GT-SU), constituído pelo Despacho 696/2019, Série II DE 2019-01-15, como “*Aberto 24h/dia, 365 dias/ano*”, dependente da realidade onde está inserido, “*com uma dinâmica de constante mudança*”, onde tudo se passa de forma não programada e rápida, “*exigindo cada vez mais uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada*” (Pereira, Adelina et al. 2019, p. 3). De acordo com o mesmo relatório, e tendo por base os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), Portugal (2002-2011) é o país com maior número de episódios de SU, com 70,5 de idas por 100 habitantes (Pereira, Adelina et al. 2019, p.

4) e, com “*visitas inapropriadas*”, porque como mostram os dados nacionais a percentagem de doentes triados entre maio 2018 e abril 2019, apenas 50% correspondem a verdadeiros doentes urgentes (Pereira, Adelina et al. 2019, p. 5). A elevada prevalência de episódios de urgência desapropriados prejudica “os *profissionais de saúde, diminui a satisfação dos doentes e reduz a qualidade do atendimento com tempos de espera e diagnósticos ou tratamentos tardios*” (Pereira, Adelina et al. 2019, p. 3). Este contexto de cuidado exige do enfermeiro intuição e sensibilidade, capacidade de se antecipar e inovar, alicerçada a uma prática baseada na evidência (Vinhas, 2018).

A **UCI** visa a observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica mas, potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais com suporte tecnológico, dado que a “*sobrevivência depende de meios mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362). Os doentes são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado (ACSS, 2013) e a tecnologia é também, uma parte integrante da UCI, dado que a PSC precisa de tratamento altamente especializado (Stayt et al., 2015).

A UCI tem a sua origem nos finais dos anos 50 do século passado e nessa altura, pouca ou nenhuma atenção era dada à família da PSC e à sua situação familiar. As visitas eram muitas vezes interditas ou confinadas a períodos muito curtos de tempo (Bergbom & Askwall, 2000).

A pessoa internada está mais vulnerável, hemodinamicamente instável e, já anteriormente descrito, com necessidade de tecnologia altamente sofisticada para a manutenção das suas funções vitais (Ferreira et al., 2017). Eventos de maior ansiedade e até stress pós-traumático (Kisorio & Langley, 2019) podem ocorrer. A presença da família, e de pessoas significativas para o doente, pode reforçar e sustentar a sua humanidade, pela partilha de memórias da vida fora do hospital e, pela coragem dada ao doente para lutar pela sobrevivência (Kisorio & Langley, 2019; Bergbom & Askwall, 2000).

O desafio para o enfermeiro, neste ambiente tecnológico complexo, passa também por compreender que cada pessoa sendo única, com respostas à situação de doença de forma singular, exige um cuidar focado na sua individualidade (Locsin, 2007).

1.1.3 A Família da Pessoa em Situação Crítica

O conceito de família tem sofrido alterações aos longo dos anos, segundo Dias (2011, p. 140) *“novas configurações familiares têm permitido novas concepções de família e organização da vida dos seus membros”*. Independentemente do modelo familiar que tenhamos presente, a autora define família como *“um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistêmico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior”* (Dias, 2011, p.141) e *“ao mesmo tempo um processo de interação e de integração dos seus membros”* (Dias, 2011, p.140). Sendo a comunicação o elo de ligação que, *“constitui condição de convívio e de sustentação de todo o sistema”* (Dias, 2011, p.140). Entende-se desta forma a família como um sistema comunicacional, que segundo a referida autora contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo.

O conceito de família para a CIPE® 2015 pág. 143 (Ordem Enfermeiros, 2016), é definido como: *“ Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”*. Mendes (2015, p. 20), afirma que *“...no domínio família a existência de um conjunto de linhas que ligam os elementos, e que gera como que uma zona de segurança em que se movem e na qual encontram conforto.”* Para Meleis (2010, p. 211) também a família é entendida como um *“grupo unitário, com a consequência de que alterações que afetem um membro, trarão mudanças ao grupo”* e que *“a família como um todo irá necessitar de suporte adicional e informação para restabelecer o equilíbrio”*. De todas estas definições destaca-se para este relatório, a intenção de olhar a família como um todo e de a considerar central nos cuidados de enfermagem à PSC.

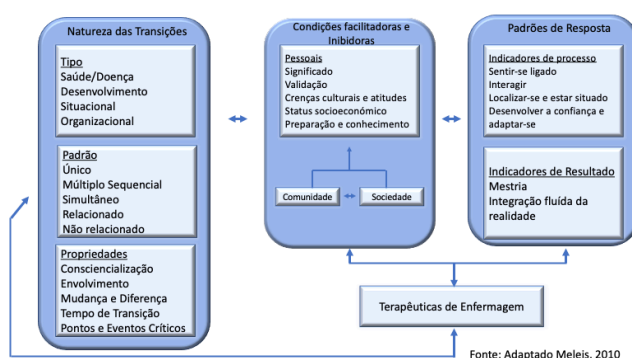
1.1.4 Os Processos de Transição Saúde-Doença e Situacional

De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010 p. 1) e, *“num mundo em constante mudança devido a convulsões de ordem política, de relocação geográfica, os avanços tecnológicos e as descobertas médicas, entre outros, as pessoas experienciam no seu ciclo vital, processos de transição que podem ou não*

levá-las a uma capacidade de lidar com essas mudanças”. A transição é definida como: uma passagem entre dois estados relativamente estáveis desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. Assim sendo, Meleis et al (2000) afirmam existirem diferentes tipos de transição: saúde-doença; situacional; de desenvolvimento e organizacional. No caso da PSC, é experienciado um processo de Transição Saúde-Doença, sendo este, dinâmico e temporário, caracterizado por uma alteração do estado de saúde-doença. Esta alteração pode ser súbita (doença aguda) ou progressiva (admite aceitar a sua nova condição) e vice-versa.

No caso da família, esta encontra-se em Transição Situacional por força da experiência de um processo de Transição Saúde-Doença do seu familiar, que exige a definição ou redefinição de papéis dos elementos da família (Meleis et al, 2000), tornando-se igualmente cliente de enfermagem (Mendes, 2015). De acordo com Meleis, os enfermeiros pela posição privilegiada em que se encontram, devem avaliar e identificar as necessidades individuais do doente e perdas que ocorrem durante o processo de transição, estabelecendo intervenções terapêuticas de enfermagem. A PSC e sua família precisam assim, “(...) de cuidados competentes e de perícia até à recuperação da transição. Quando os doentes e suas famílias não são cuidados durante essas transições experienciam muitas complicações” (Meleis, 2010 p. 1).

Figura 1. Teoria de médio alcance – Teoria das Transições de Afaf Meleis



1.1.5 As Intervenções terapêuticas de enfermagem

A enfermagem, enquanto disciplina com um corpo de conhecimentos teóricos, que se desenvolve e sustenta na prática, coloca ao dispor das pessoas que vivenciam estes processos de transição, conhecimentos, tendo em vista a facilitação nos

processos de transição, na procura da homeostasia e bem-estar (Meleis, 2010). O enfermeiro deve ter como requisito na abordagem das transições vivenciadas pelas pessoas, a compreensão da sua natureza, quanto ao tipo, padrão e propriedades, as condições facilitadoras e inibidoras assim como os padrões de resposta a essas mesmas transições, e deve fazê-lo o mais precocemente possível, por forma à recuperação para a transição saudável ser alcançada e se obter a mestria do indivíduo (Meleis, 2010; Meleis, 2012).

De acordo com Meleis (2010), são três os tipos de intervenção de enfermagem presentes durante o processo de transição: primeiro, é essencial que se faça uma avaliação da pessoa como um todo, nos seus aspetos cognitivo, comportamental e emocional e a sua condição física. A segunda intervenção consiste na preparação para a transição e implica a criação das condições adequadas, como a educação da pessoa. A terceira compreende a promoção do papel do familiar/cuidador/suporte social, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Os cuidados críticos são altamente tecnológicos, orientam a nossa atenção para o doente crítico, mas este faz parte de um contexto familiar, em que a família se torna uma extensão do doente crítico (Benner et al., 2011), logo também cliente dos nossos cuidados.

A situação de doença grave atinge não só a pessoa doente mas, provoca sofrimento nos seus familiares afetando as suas vidas e as suas circunstâncias de vida. Engström et al. (2011) corroboram esta ideia afirmando que a admissão de um doente na UCI, transforma totalmente o dia-a-dia dos familiares e permite muito pouco tempo para se ajustarem. Citando Morton e Fontaine, Engström et al. (2011) referem que a UCI, um serviço muitas vezes desconhecido, passa a ser o centro da vida para o doente e família. Muitas destas famílias não têm experiência com estes ambientes e, não têm ideia do que os profissionais de saúde esperam deles ou o que é seguro em termos de interação com seu familiar doente (Benner, Patricia; Kyriakidis, Patricia Hooper; Stannard, 2011).

A generalidade dos estudos atualmente concluem que, promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à PSC (Sá et al., 2015). Há mesmo um estudo que indica uma associação positiva entre a sobrevivência da pessoa queimada e presença da família ou amigos durante a permanência nos cuidados intensivos (Moi & Gjengedal, 2014). Outro estudo revela que a visita da família proporciona um sentido de segurança, proteção e conforto para a PSC numa altura de extrema vulnerabilidade (Bergbom & Askwall, 2000). A

proximidade familiar ajuda a tranquilizar os membros da família sobre o estado de ser da pessoa doente; a separação física é um lembrete constante da fragilidade da existência da PSC (Mitchell et al., 2009).

A visita sendo um dos aspetos de manifestação de apoio social, é legalmente vista como um direito de qualquer doente internado. Na alínea 13 da CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO, publicada pelo Ministério da Saúde em 2005, é mencionado que: *“O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos... As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “entes significativos” para o doente”* (Ministério da Saúde, 2005. p. 11), estando o direito ao acompanhamento familiar consagrado no Decreto-Lei n.º/2014 de 21 março, nomeadamente no artigo 12º: *“1 — Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”* (Diário da República, 2014, p. 2129).

Detalhes e decisões relativos ao cuidado da PSC na UCI, envolvem comunicação e discussões com os membros da família, em que estes assumem o papel de advogado e mensageiro da história e desejos da pessoa doente. Com a restrição das visitas em virtude da COVID-19, é limitado o acesso do doente ao envolvimento com a família e ao receber apoio dos seus entes queridos (Freeman-Sanderson, Rose, & Brodsky, 2020). Os Enfermeiros são os profissionais de saúde com uma presença contínua e com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família, pelo relacionamento único que conseguem estabelecer (Ordem dos Enfermeiros, 2018). E, de acordo com o art.º 89 do Código Deontológico do Enfermeiro, Da humanização dos cuidados, que determina que *“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”* (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.1756).

Engström (2011) baseando-se em Gavaghan and Carroll (2002) refere que, conhecendo as necessidades dos familiares, os enfermeiros da UCI desenvolveram um sentimento de ajuda para melhorar os resultados esperados para os doentes e família. Noutro estudo, igualmente de Engström, mas de 2007, é mencionado que os

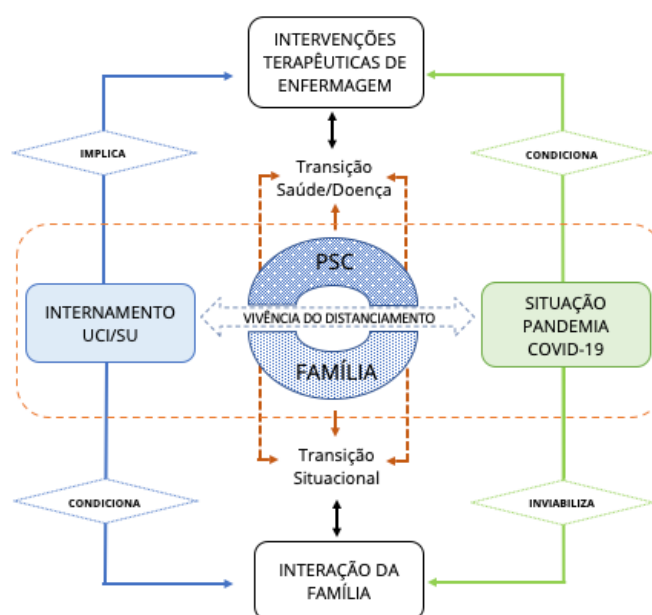
enfermeiros citados, sentem frustração quando o doente não tem familiares ou são difíceis de contactar (Engström et al., 2011).

As necessidades da família têm sido portanto, muito estudadas e de acordo com a evidência, algumas vezes categorizadas em 5 domínios: segurança, proximidade, conforto, suporte e informação (Bailey et al., 2010).

É importante então, compreender de que modo integrar a família, sendo subsídio à PSC, no desenvolvimento de intervenções terapêuticas de enfermagem, por forma a facilitar o processo de transição da pessoa em situação crítica, na situação atual de pandemia, em que está interdita a sua presença no hospital.

Estando a problemática toda explanada neste subcapítulo, foi realizado um mapeamento de conceitos que demonstra a relação entre os conceitos de forma sistematizada (Figura 2).

Figura 2- Mapeamento de conceitos



1.2 Revisão Integrativa da Literatura

Para sintetizar todo o conhecimento sobre o tema deste trabalho e por forma a facilitar a transposição das evidências encontradas para a prática dos cuidados de enfermagem, foi realizada uma RIL, apresentada em coautoria no Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa 2021(CIAIQ2021) e publicada em coautoria, com a Professora Doutora Anabela Mendes e com a mestranda Suse Antunes, sob

forma de artigo na revista *New Trends in Qualitative Research*, Vol. 8 *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, em julho de 2021 (Apêndice IV) com o título: “*Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura*”.

Teve como objetivo, compreender as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, que se revelam facilitadoras, perante o distanciamento da família, em contexto de SU e UCI, em cenário de pandemia.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta. A pesquisa nas bases de dados, foi realizada na última semana de novembro de 2020, à exceção dos artigos obtidos pela literatura cinzenta em fevereiro de 2021. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 24 artigos para extração e análise. A análise dos dados foi sustentada, tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Como intervenções facilitadoras no processo de transição, face ao distanciamento da família emergiram:

- a construção de estratégias de comunicação: a videochamada como visita virtual,
- a definição das necessidades reais e potenciais da família e PSC e,
- conhecimento das experiências vividas pela família face ao processo.

Verificou-se que, o cuidado centrado na família-pessoa em situação crítica, subsidia o potencial das intervenções de enfermagem, como ilustrado na figura 3. Implica considerar a pessoa na sua circunstância, no seu potencial, nas suas crenças e na sua família.

Figura 3 - Intervenções facilitadoras no processo de transição



2. PERCURSO DESENVOLVIMENTO COMPETÊNCIAS

Por forma a desenvolver as competências especializadas no cuidar da PSC e, com vista à obtenção do grau de mestre foram tidas em consideração, as competências preconizadas no Artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018, que fazem concordância com os Descritores de Dublin (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino

Superior, 2018), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), e o plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2019).

Importa elencar de seguida a definição de enfermeiro especialista, com base no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista:

é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...), que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (...) e que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019 p. 4744 e 4745).

As competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, *“independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019 p. 4745) e compreendem quatro domínios: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências específicas são aquelas que *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019 p. 4745). No caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, as

competências que se pretende alcançar e desenvolver e, que também serviram de apoio à finalidade e aos objetivos traçados são:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 19359).

Para além destas, são também consideradas as competências, capacidades e conhecimentos, que figuram no plano de estudos do CMEPSC da ESEL:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da concepção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão;
- Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações;
- Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio;
- Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação;
- Elaborar projetos de investigação coerentes;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina
- Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador” (ESEL, 2019).

Como finalidade para este percurso formativo definiu-se: Desenvolvimento de competências no cuidado à PSC, em contexto de SU e UCI, considerando o distanciamento da família em cenário de pandemia.

Os objetivos estabelecidos para os locais de estágio, foram :

- Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da(o) UQ/SU e da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver competências teóricas e instrumentais na gestão de cuidados à PSC e família;
- Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família da PSC;
- Desenvolver competências no estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e família;
- Desenvolver competências no cuidado à PSC que facilitam a vivência do processo Transição Saúde-Doença da PSC e família, face ao distanciamento social imposto;
- Desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as guidelines mais recentes;
- Promover a disseminação de informação;
- Garantir a documentação da informação e a continuidade dos cuidados.

As competências foram desenvolvidas nos estágios em contexto de UCI, numa Unidade de Queimados de um hospital central de Lisboa e em contexto de SU, em outro hospital central de Lisboa, num total de 424 horas . De referir que, dada a situação pandémica em que o país se encontrava, os locais de estágio não puderam ser previamente visitados nem intencionalmente escolhidos.

Nos subcapítulos subsequentes, é apresentada a análise e reflexão fundamentadas do percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências, nos dois locais de estágio referidos, onde cada um dos objetivos definidos será analisado particularmente.

2.1 A Pessoa em Situação Crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Queimados (UQ) de um hospital central da área metropolitana de Lisboa, como anteriormente referido, no período compreendido entre 23 novembro 2020 e 20 janeiro de 2021.

Dada a minha vasta experiência na área e tendo em conta a finalidade do trabalho, e em parceria com a Enfermeira orientadora procurei situações de cuidados conducentes à concretização dos objetivos planeados, que passo a descrever.

Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da UQ e da equipa multidisciplinar

A UQ é considerada um centro de queimados de referência, conforme norma da DGS 024/2012 atualizada a 13/07/2017- *“Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto”* (Direção-Geral da Saúde, 2017) e as recomendações técnicas da ACSS para Unidades de Queimados (ACSS, 2019). Na norma da DGS, encontram-se as linhas orientadoras para a admissão de pessoas vítimas de queimaduras e esses critérios são, entre outros: Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal; Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal; Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés; Queimaduras circulares do tórax e/ou membros; Queimaduras elétricas; Queimaduras químicas; entre outros.

De acordo com a CIPE® Versão 2015, a queimadura é definida como:

Ferida traumática: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos; químicos; elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau (Ordem Enfermeiros, 2016).

A pele como maior órgão do corpo humano, quando sofre dano decorrente de uma queimadura grave, pode levar ao *“comprometimento do sistema imunitário, da regulação térmica, do sistema cardiovascular e renal, do sistema gastrointestinal, ao aumento da perda de líquidos, à infeção, a alterações na aparência, na função e na imagem corporal”* (Culleiton, Alicia L; Simko, 2013 p. 31). A fisiopatologia da queimadura é extraordinariamente complexa podendo causar falência multiorgânica e morte. A pessoa vítima de queimadura é incluída na definição de PSC, conforme descrito na fundamentação da norma da DGS, *“A pessoa queimada é por definição*

uma pessoa politraumatizada, com necessidade de cuidados multidisciplinares, uma vez que as consequências das queimaduras vão muito além da destruição parcial ou total da espessura da pele” (Direção-Geral da Saúde, 2017 p. 17).

Há também outros exemplos de pessoas com queimaduras graves, que não têm atingimento da sua pele, mas que também constituem critério de internamento na UQ, como é o caso das queimaduras por inalação.

As UQ são capacitadas de tecnologia e recursos humanos necessários para o cuidado à pessoa grande queimada, particularmente uma *“equipa multidisciplinar diferenciada e experiente”*, tal como referem Al-Mousawi et al. (2009, pág.2). Estes autores constataram que a equipa de enfermagem está representada em maior número e que ser enfermeiro na UQ, implica obrigatoriamente a aquisição e o desenvolvimento de competências. Competências no cuidar da pessoa queimada com *“suporte ventilatório e renal, na realização de técnicas sofisticadas de tratamentos às queimaduras, e competências relacionais com a PSC e família”* (Al-Mousawi et al.2009, pág. 3). Os enfermeiros são responsáveis pela implementação de cuidados, que representam muitas vezes verdadeiros desafios, porque requerem um suporte físico intenso mas também emocional a pessoas vítimas de queimaduras e suas famílias, com internamentos muitas vezes muito prolongados. São cuidados *“altamente qualificados prestados de forma contínua (...) com resposta às necessidades afetadas (...)prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

A UQ encontra-se provisoriamente instalada há 30 anos e é um serviço que dispõe de: sala de balneoterapia, bloco operatório, sala de processamento de materiais, copa, instalações sanitárias, vestiário, entre outras. Tem capacidade para 5 doentes em quartos de isolamento dispostos em leque, à frente dos quais se encontra a estação de enfermagem com computadores e uma bancada onde é preparada a medicação. Os materiais encontram-se arrumados por todo o serviço em armários identificados e alguns dispersos em carros junto aos quartos. A UQ tem do seu lado exterior um corredor, por onde foi possível até abril de 2020 a realização de visitas, sendo a comunicação verbal conseguida, através de intercomunicadores existentes nos vidros possibilitando-se deste modo a conversação entre a pessoa doente e a família.

Os doentes que se encontram internados nesta unidade, são provenientes do SU e sempre com contato prévio. A admissão de um doente queimado implica toda uma

logística de recursos humanos e materiais que requer algum tempo de preparação. Depois da abordagem inicial no SU, o doente queimado é transferido para a UQ sempre acompanhado de enfermeiro e assistente operacional e, pode ou não ter acompanhamento médico, dependendo da avaliação dos riscos previamente feita para o transporte. Com a atual pandemia, a UQ adaptou-se e dotou a sala de balneoterapia com um sistema de pressão negativa que é ativado na admissão de doente positivo à COVID-19 ou com teste ainda em curso. Serve para proteção dos profissionais de saúde, bem como para evitar propagação do vírus aos outros doentes internados. Posteriormente e dado que a UQ não possui pressão negativa nos quartos, os doentes queimados com teste positivo irão para unidades cuidados intensivos adstritas a doentes COVID-19 e serão os enfermeiros da UQ a deslocar-se a essas unidades para proceder ao tratamento das queimaduras dos doentes.

No meu primeiro dia de estágio, foram apresentados e discutidos os objetivos e atividades propostos, com a Enfª Responsável à altura (Enfª Chefe assumiu funções na direção de enfermagem face à pandemia por COVID-19, sendo que estava ao corrente de todo o meu projeto) e Enfª Orientadora da UQ (Enfª Chefe Equipa), por forma a planear a melhor estratégia para os atingir. Foi demonstrado de imediato, todo o interesse pelo meu tema, dada a situação pandémica que os serviços de saúde e, em especial a UQ atravessava e, também pela particular sensibilidade que a minha orientadora apresentava face ao distanciamento da família imposto pela pandemia aos doentes internados.

Ao longo da minha permanência na UQ, foram-me sendo apresentados e também me apresentei a quase todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar da UQ: enfermeiros (alguns entretanto deslocados para serviços COVID-19), médicos CPR (Cirurgia Plástica e Reconstructiva), médicos anestesistas (em permanência 24h), assistentes operacionais, assistente técnico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnica de higiene hospitalar, o que me possibilitou interagir e compreender o papel de cada elemento no cuidado à PSC.

Pude também conhecer e analisar algumas das atividades em curso na UQ, junto dos respetivos enfermeiros dinamizadores, se bem que de momento a quase totalidade se encontrava suspensa por constrangimentos da pandemia, como a formação, cujo planeamento anual das formações em consonância com necessidades formativas dos enfermeiros estava em situação de espera. Pude também conhecer nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), as escalas

instituídas para avaliação da dor: BPS (*Behaviour Pain Scale*) e escala numérica; para a prevenção das Úlceras Por Pressão (UPP)- escala de Braden; na prevenção de quedas- escala de Morse; na avaliação do nível de independência nas 10 atividades básicas de vida-índice Barthel e avaliação do nível de sedação- escala de Ramsay. As escalas de Atividade de Enfermagem utilizadas: NAS (nursing activity score-diário-dotação segura) e o TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System), que eram desconhecidas para mim. Tratam-se de escalas que medem o volume de trabalho dos enfermeiros e assim permitem dotar o serviço com os enfermeiros necessários para prestação de cuidados em cuidados intensivos em segurança (Conceição, 2016).

O sistema informático de registos utilizado é o sistema Picis CareSuite® que faz a integração do processo de enfermagem com linguagem CIPE®, protocolos, escalas de avaliação, prescrição medicamentosa, monitorização contínua dos parâmetros vitais e registos médicos e de outras especialidades- é um sistema de registos muito interessante dada a interaoperabilidade que permite.

A disponibilidade, a atenção e o interesse da enfermeira orientadora, bem como a colaboração de toda a equipa e pelo facto de exercer funções em ambiente similar, foram determinantes para uma integração plena na UQ e para o desenvolvimento e aquisição de competências.

Desenvolver competências teóricas e instrumentais na gestão de cuidados à PSC e família

Para a concretização deste objetivo, contribuiu o acompanhamento em permanência da Enfermeira Chefe de Equipa em regime de turnos rotativos, para compreender a dinâmica da unidade, bem como, a consulta de evidência científica mais recente e relevante para as questões que surgiram.

De salientar que, apesar de perita no meu local de trabalho, assumi desde o início e à luz de Benner (2001) posicionar-me como enfermeira proficiente na UQ, dado não *“possuir uma compreensão profunda da situação global”* (p. 58).

O método de trabalho dos enfermeiros é o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados a serem prestados ao seu doente e família, pese embora muitas decisões sejam fruto da análise e discussão em equipa. De acordo com Vinhas (2018) as vantagens deste método são essencialmente: a individualização dos cuidados, o favorecimento da relação de

ajuda, a possibilidade da continuidade dos cuidados, a fomentação da criatividade e o aumento da responsabilidade do enfermeiro e da sua capacidade de decisão.

No início de cada turno da manhã, a Enf^a Chefe ou Responsável distribui os doentes aos enfermeiros presentes tendo em conta o seu desenvolvimento profissional e a complexidade de cuidados e, nos turnos da tarde e noite cabe ao Enfermeiro Chefe de Equipa fazer essa distribuição e presidir à reunião de passagem de turno, entre outras funções.

Particpei de uma forma ativa e gradual na prestação de cuidados aos doentes respeitando os seus valores, costumes e crenças espirituais.

Ao acompanhar a Enfermeira Chefe de Equipa, pude constatar o papel preponderante que uma enfermeira dotada de formação especializada, tem na coordenação da equipa de cuidados, na assessoria aos colegas, na colaboração na tomada de decisão e na exigência da qualidade dos cuidados. Importante também, no desenvolvimento de competências instrumentais e relacionais dos elementos mais novos, de modo a garantir não só a qualidade como também a segurança nos cuidados de saúde prestados. Exemplo disso, a explicação do funcionamento de um ventilador, a calibração de linhas arteriais, a interpretação de parâmetros vitais alterados e a adequação de respostas e também assegurar o respeito pelos valores, costumes e crenças de uma senhora de etnia cigana que não queria ser cuidada por um profissional do sexo masculino, por exemplo.

Pude participar na tomada de decisão em equipa, com a partilha de conhecimentos adquiridos na evidência científica consultada e na vasta experiência nesta área, nomeadamente a forma como cuidar de determinada queimadura, produtos alternativos para os tratamentos, o posicionamento para reabilitação funcional dos membros e aspetos relacionados com o meu tema, no que diz respeito ao conceito de cuidados centrados na PSC/família, assunto que irei desenvolver mais à frente neste relatório.

Para desenvolver competências ao nível da gestão de serviço, além do acompanhamento diário da Enfermeira Chefe Equipa, foi feita tentativa de agendamento para acompanhar a Enfermeira Chefe, o que não foi possível devido aos seus compromissos na resposta à situação pandémica no hospital. Foi apenas possível uma breve conversa onde pude perceber quais as competências ao nível da gestão de recursos materiais e humanos, a realização dos horários e respetivas trocas, entre outras atividades. A Enf^a Chefe, referiu o desafio que tem sido gerir a UQ

neste momento histórico. O cansaço muito presente na equipa com as dificuldades impostas pela pandemia, a mobilidade dos enfermeiros para os serviços COVID-19 criados sob pressão e, pela dificuldade na gestão familiar dos profissionais. Demonstrou que apesar de estar menos presente fisicamente na UQ, pelas suas responsabilidades atuais, tem estado sempre disponível telefonicamente para ouvir o sofrimento relatado pela equipa e para ajudar até na orientação do pensamento dos colegas. É seu princípio a cultura do elogio! Entendendo que ajuda a motivar e a manter a equipa coesa. E, expressou o seu apoio para o desenvolvimento do meu tema na UQ, considerando as mais valias para os doentes internados, que se encontram com vulnerabilidade acrescida e sem apoio familiar.

Afirma ter vários projetos a serem desenvolvidos por enfermeiros da UQ, em áreas como hipnose e consulta de follow-up das pessoas queimados. E refere muita esperança no futuro!

Estas atividades possibilitaram desenvolver competências no Domínio da gestão dos cuidados, mais especificamente “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e também no Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, mais especificamente “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” e “Promove a proteção dos direitos humanos”, de acordo com Regulamento 140/2019, das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746 e 4748) e a competência do plano de estudos da ESEL “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2019, p. 4).

Desenvolver competências no estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e família

De acordo com os PQCE da OE, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional, caracteriza-se pela *“parceria estabelecida”* com a pessoa alvo de cuidados, *“respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel”* (Ordem Enfermeiros, 2001, p.10). Esta relação desenvolve-se e reforça-se ao longo de um “processo dinâmico” que tem como objetivo ajudar a pessoa a ser proactiva na

consecução do seu projeto de saúde. Várias são as situações em que esta parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas para a pessoa seja familiar ou convivente significativo (Ordem Enfermeiros, 2001). E de acordo com o REPE no seu Capítulo II das Disposições Gerais, Artigo 5º, os cuidados de enfermagem: “*são caracterizados por: 1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; e 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui: a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade*” (Decreto-lei, 1996, p.3).

O ambiente em UCI é desconhecido para a família, bem como a imprevisibilidade das situações. O enfermeiro deve promover um clima de segurança e confiança traduzidas numa comunicação direta e eficaz que promova um reajuste na transição situacional que vivenciam (Meleis, 2010; Mendes, 2015). Com estas premissas e dados os constrangimentos pandémicos, a minha intervenção junto da família da PSC foi identificar o familiar ou pessoa significativa da PSC, mostrar sempre disponibilidade para escutar, incentivar a expressão de emoções e sentimentos, procurando estabelecer relação empática, assistindo a família nas perturbações emocionais e tentando minimizar o impacto negativo do distanciamento.

Na informação que transmiti por telefone, procurei adequá-la ao recetor, validando sempre que a mensagem era compreendida no sentido de ajudar no reajuste transicional em que se encontravam, respeitando sempre a sua dignidade e vontade próprias.

Conseguia desta forma ir ao encontro do que Benner et al., (2011) referem como uma necessidade da família em obter informação e do papel que o enfermeiro deve desempenhar, em preparar a família para o que é esperado relativamente à PSC.

Percebi que os profissionais de saúde não recusavam comunicar com a família, mas não havia na UQ nenhum projeto de contacto periódico, como em outras unidades de cuidados intensivos.

Estas atividades possibilitaram desenvolver a competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, nomeadamente a unidade de competência “ 1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.”, de acordo com o Regulamento 429/2018 das

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363).

Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família da PSC

Na UQ foram várias as situações que me desafiaram no que diz respeito a este objetivo, relativamente à PSC. Descrevo a situação de um doente submetido a ventilação mecânica invasiva e sob efeito de sedação e analgesia com muitas limitações na comunicação, exigindo o recurso à componente não verbal da comunicação, através da expressão facial (sorriso, piscar olhos, fâcies triste) e do tato (aperto de mão), que de acordo com Teresa & Santos (2009) é uma forma por excelência de estabelecer relações com o outro, pois permite transmitir estados emocionais e sendo até substituto da comunicação verbal, quando esta é impossível. Sendo considerado por vários autores que, a componente não verbal compreende cerca de 55 a 97% da mensagem transmitida (Teresa & Santos, 2009). Dada esta limitação, a importância da identificação do familiar ou pessoa significativa de forma a conhecer os valores, crenças e até gostos musicais do doente, por forma a proporcionar-lhe momentos de tranquilidade e satisfação na UQ.

A competência de comunicação eficaz não é uma habilidade natural, mas pode ser desenvolvida com treino e prática (Teresa & Santos, 2009).

Comunicar com a família ansiosa, face ao internamento em UCI do seu familiar requer paciência, compreensão, disponibilidade e competências comunicacionais desenvolvidas. De acordo com Benner et al (2011, p. 288) inclui *“escuta ativa, bem como uma compreensão firme do conteúdo para que possa ser simplificado e reafirmado de várias maneiras se preciso para garantir a compreensão da família”*. Esta comunicação com a família era estabelecida via telefone apenas, dada a restrição das visitas.

Estas atividades possibilitaram desenvolver a competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, nomeadamente a unidade de competência “1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, de acordo com o

Regulamento 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363).

Desenvolver competências no cuidado à PSC que facilitam a vivência do processo Transição Saúde-Doença da PSC e família, face ao distanciamento social imposto

As interações família-doente-enfermeiro organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações (intervenções terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis, 2010). Mendes refere que *“a interação, que medeia os cuidados de enfermagem, deve permitir um olhar detalhado e simultaneamente abrangente, das necessidades e motivações individuais e conjuntas”* (Mendes, 2015 p. 215), e neste estágio pude realizar um jornal de aprendizagem intitulado: “Impacto de uma Videochamada”, que permitiu precisamente este exercício.

A análise de uma experiência vivida que originou o projeto para a UQ: **“Videochamada para a Família”**. Foi desenvolvido por mim, pela Enf^a Orientadora e pela Professora Orientadora e com apoio da Chefia de Enfermagem, como uma necessidade sentida, que visa garantir a interação família-pessoa doente em cenário de internamento hospitalar, por videochamada. Pretende a melhoria dos cuidados prestados na UQ, no que diz respeito ao atenuar do distanciamento entre pessoa internada e os seus familiares, proporcionando uma ferramenta de comunicação dinâmica, que mantenha a interação família-doente-profissional de saúde e é também corroborado pela RIL efetuada. É importante que os enfermeiros, reconheçam o sofrimento e a vulnerabilidade das famílias e lhes proporcionem oportunidades de comunicação honesta e sensível, incluindo-as na experiência de doença crítica, em todos os aspetos do cuidado, suportado nos princípios do cuidado centrado na família (Nelms & Eggenberger, 2010; Cypress, 2011). Recorreu-se igualmente à consulta de peritos na instituição onde exerço atividade, nomeadamente ao gabinete do projeto *“Mais próximos de ti”*, projeto este que permite a realização de videochamadas em todo o centro hospitalar mediante agendamento, para compreender os trâmites processuais para a sua implementação.

Na UQ, em situação pré-pandemia, era vedada a entrada de membros da família na unidade, assim como o uso de telemóvel pessoal pelo doente. A possibilidade de comunicação família - pessoa doente, ocorria no corredor exterior à unidade por meio de um intercomunicador e pelo vidro da unidade, no período de uma hora. Face à possibilidade de partilha do mesmo espaço por visitas de vários doentes, a privacidade dos doentes e familiares revelava-se garantia de um desafio.

Dada a especificidade das situações clínicas do serviço, a UQ pode receber doentes de todo o território nacional e ilhas. Desta forma, a possibilidade de haver visitas pode estar comprometida pela distância a que os familiares se encontram.

E, em situação específica de pandemia, com a restrição das visitas dos familiares à UCI, a videochamada, surge como estratégia para a comunicação entre profissionais de saúde-pessoa doente-família, e para o cuidado centrado na pessoa (Rose et al., 2021), como também demonstrado pelos resultados que emergiram da RIL efetuada. A videochamada acarreta benefícios valiosos em termos de recuperação do doente e da moral da equipa de saúde. Melhorar o acesso e desenvolver uma abordagem mais consistente para a visita virtual da família à UCI pode melhorar a qualidade do atendimento, tanto durante quanto após pandemia (Rose et al., 2021). Montauk & Kuhl (2020) estabelecem medidas a serem tomadas pelos profissionais de saúde por forma a manter interação e estabelecer o vínculo família-pessoa doente e profissional de saúde, face ao distanciamento imposto pelo COVID-19. A saber, *“o reconhecer a singularidade e dificuldade da situação e validar a incerteza sentida por todos; iniciar videochamada desde o início do internamento, com consentimento familiar; não recear a demonstração de emoções e transmitir a informação abertamente”* (Montauk & Kuhl, 2020, p. 97). O projeto desenvolvido teve como objetivos específicos: fomentar a comunicação verbal e não verbal entre família-pessoa doente; permitir a proximidade sem compromisso da segurança da família e da pessoa doente; atenuar o distanciamento pela possibilidade de *encontro online*; diminuir a ansiedade associada ao distanciamento social, motivado pelo internamento.

O projeto de intervenção foi suportado na metodologia de projeto de acordo com Ruivo et al., (2010) na qual são identificadas as seguintes fases: o diagnóstico da situação; a planificação das atividades; os meios e estratégias; a execução das atividades planeadas; a avaliação e a divulgação dos resultados obtidos. Na proposta de implementação do projeto foram garantidos os princípios éticos, nomeadamente

pela expressão formal do consentimento livre e esclarecido e a confidencialidade dos dados. É um projeto a desenvolver e implementar pelos enfermeiros. Compreende várias etapas: apresentação à equipa multidisciplinar (sessões formação e envio informação via email); apresentação aos doentes, com capacidade cognitiva e apresentação aos familiares, presencial e remotamente (agendamento data e hora de forma a conciliar Família/Equipa Enfermagem, duração da videochamada de 10 min/doente/dia). Suportam esta etapa: um folheto explicativo do processo e um questionário para monitorização da compreensão e importância do processo.

A submissão do projeto para aprovação, considerou os resultados que emergiram do pré-teste realizado. A análise dos dados, dos questionários, envolve etapas de disseminação e divulgação do conhecimento, internamente (com a equipa multidisciplinar e direção de enfermagem) e externamente (apresentação e publicação dos resultados).

Por motivos de intervenção técnica na UQ, o estágio foi interrompido a 18 janeiro, o projeto entregue a 20 de janeiro, tendo sido posteriormente aprovado, para implementação no serviço.

Estas atividades possibilitaram desenvolver a competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, nomeadamente a unidade de competência “1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.”, de acordo com o Regulamento 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363); facilitaram igualmente o desenvolvimento no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, nomeadamente a competência “B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”, de acordo com o Regulamento 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

Desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as guidelines mais recentes

“As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial” (DGS, 2018 p. 5), pois aumentam a morbilidade e a mortalidade, agravando os custos em saúde. E é a infeção, a maior complicação associada aos doentes queimados, estimando-se em cerca de 75% como causa de mortalidade (Komolafe et al., 2003).

Na UQ foi realizada análise e consulta do manual de controlo de infeção do hospital, relativamente às normas e recomendações do Grupo Coordenador Local do Programa Prevenção e Controlo Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Foi-me dado a conhecer pela Enfermeira Especialista e dinamizadora do PPCIRA, o plano anual das atividades de 2019, contemplando as ações desenvolvidas pelo grupo, no seguimento do cumprimento das normas da DGS: campanha higiene das mãos e a realização de auditorias, o programa de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea. Este plano também destaca a preocupação com a higienização dos espaços e equipamentos da UQ, tendo programado a elaboração de posteres relacionados com a temática, mas dada a situação pandémica se encontram para já suspensos.

Constatei a existência de *bundles* na UQ, nomeadamente para o catéter venoso central (cvc), catéter vesical e para a Pneumonia Associada à Ventilação incorporados no processo de enfermagem. As bundles constituem ferramentas na redução das IACS (Pinho et al., 2020) bem como na diminuição dos custos e no tempo de internamento, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados. Pude refletir e considero que compete ao elemento dinamizador a disseminação da evidência científica mais recente, a motivação da equipa e o desenvolvimento de estratégias, que levem à redução de eventos adversos pela modificação de comportamentos de risco com o cumprimento das melhores práticas de cuidados. E que a prevenção e controlo de infeção, é preocupação presente nos cuidados prestados à pessoa queimada, nomeadamente o cumprimento dos 5 momentos da higienização das mãos, a disponibilização de Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) em cada quarto de isolamento, a utilização de EPI's de acordo com o momento da prática de cuidados, o cumprimento das bundles, a sinalização dos doentes com infeção e a

divulgação do agente patogénico na reunião de passagem de informação, não esquecendo, a preocupação sempre presente com as vias de transmissão da COVID-19, com o uso de máscara por parte dos profissionais e doentes, bem como restantes medidas adotadas já descritas anteriormente neste relatório no primeiro objetivo apresentado.

De referir que pelas atividades desenvolvidas neste domínio, julgo ter adquirido e desenvolvido a competência: “Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção da PSC e/ou falência orgânica” (ESEL, 2019, p. 4), igualmente espelhada no regulamento 429/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Promover a disseminação de informação

De modo a atingir este objetivo e tendo em conta as limitações já descritas neste relatório, procurei sempre que possível a partilha em reunião de passagem de turno e em momentos formais, de reflexões sobre o impacto do distanciamento da família nas pessoas doentes, quer com a Enfª Orientadora, quer com outros colegas da UQ. Acentuei a importância da criação de estratégias de comunicação, como a videochamada, enfatizando o papel do enfermeiro como facilitador da Transição Saúde -Doença.

Foi desenvolvido juntamente com o projeto, uma ação de formação em formato *power point* para realizar à equipa multidisciplinar, assim que o projeto tivesse luz verde para ser implementado, bem como um folheto explicativo para facultar aos doentes e família.

De referir que pelas atividades desenvolvidas neste domínio, julgo ter adquirido e desenvolvido dentro do Domínio da Melhoria contínua da qualidade, nomeadamente a competência “ B3-Garante um ambiente terapêutico e seguro” de acordo com o Regulamento 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

Garantir a documentação da informação e a continuidade dos cuidados

A continuidade dos cuidados é entendida atualmente como a grande finalidade dos registos de enfermagem (Figueiredo, 2007), sendo a documentação fundamental na transmissão de informação entre a equipa de saúde, de forma a evitar duplicação ou omissão de cuidados e proporcionando cuidados centrados na pessoa doente-família. É referido pelo Artigo 83º Do direito ao cuidado, do código deontológico do enfermeiro, alínea d), que os enfermeiros assumem o dever de: *“Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p. 1755). E esta assunção resultante da expressão “fielmente”, estabelece um valor de verdade no registo, que deve ser relativo a “observações” e “intervenções”. A *“ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização, com as implicações que decorrem desta possibilidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 109).

De acordo com Mendes (2015, p. 217) a informação respeitante à família, deve constar nos registos de enfermagem uma vez que permite a monitorização de mudanças no seu comportamento, nomeadamente: *“colocação da mesma questão aos diferentes elementos da equipa, discurso inapropriado/agressividade, recusa em participar na tomada de decisão, entre outros aspetos”*. Face ao exposto, procurei sempre documentar a informação pertinente da pessoa doente e família no processo do doente e transmitir oralmente nas reuniões de passagem de turno essa mesma informação, garantindo a continuidade dos cuidados e assegurando a prestação de cuidados de qualidade.

Estas atividades possibilitaram desenvolver competências no Domínio da gestão dos cuidados, mais especificamente *“otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”*, de acordo com Regulamento 140/2019, das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

2.2 A Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência

O segundo estágio decorreu no Serviço de Urgência (SU) de um hospital central da área metropolitana de Lisboa, no período compreendido entre 23 janeiro 2021 e 29 março de 2021, em pleno pico pandémico COVID-19. Neste espaço temporal, procurei concretizar os objetivos definidos, que elenco detalhadamente a seguir.

Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do SU e da equipa multidisciplinar

O SU está integrado na Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos (AUGPCI), funcionando 24 horas por dia/sete dias por semana, como uma área clínica transversal cuja missão é: *“garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos doentes urgentes e emergentes que a ela acorram, em particular aos da sua área de referência”* (SNS, 2021) e serve numa área alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes. Desde 2013 que constitui um dos polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para várias especialidades definidas : Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Vascular, Gastrenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Neurologia, Psiquiatria e Urologia, possuindo múltiplas valências, desde Anestesia, Cardiologia, entre outras.

A prioridade no atendimento de doentes é definida segundo o sistema de Triagem de Manchester (desde 2007), cujo objetivo é *“definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica”* (DGS, 2018, p. 9). A triagem permite o apoio científico à tomada de decisão que é realizada pelo Enfermeiro, e uma melhor gestão do encaminhamento dos doentes, promovendo um atendimento mais célere e clinicamente adequado (Silva, 2009). Dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC; Via Verde Sépsis e Via Verde de Trauma (SNS, 2021).

A equipa de enfermagem é constituída por 120 profissionais distribuídos por 5 equipas lideradas por um Chefe de Equipa. É o Chefe de Equipa que distribui os seus elementos pelos diferentes setores em cada turno, redistribuindo os mesmos se necessário, consoante as necessidades.

Apresentei-me numa manhã, tendo ficado com o 3º elemento da equipa, que é Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica e apresentei o meu projeto de estágio ao Enfº Orientador e à Enfª Chefe de Equipa, que demonstraram muito interesse pelo tema dadas as restrições impostas a nível hospitalar, nomeadamente aos acompanhantes dos doentes, em virtude da pandemia COVID-19, e com a penalização da prestação de cuidados no SU aos doentes. Decidiu-se que iríamos percorrer, numa primeira fase todos os setores de SU, por forma a conhecer o percurso que o doente faz. Numa segunda fase, e por um período mais longo permanecer na triagem e nas salas de emergência onde podem estar presentes as pessoas alvo da minha intervenção: as pessoas em situação crítica e definimos 3 turnos para a chefia da equipa. Era o primeiro contacto com esta realidade hospitalar onde nunca estivera, excetuando como utente e, devo referir que me senti bastante apreensiva num ambiente aparentemente caótico, com tantos profissionais de saúde a interagir, alguns não identificados, com tantos doentes com patologias tão diversas e com graus de gravidade tão díspares, em que a tomada de decisão pode ser numa questão de segundos, dada a imprevisibilidade das situações. Benner (2001, p.136) refere que nestas situações é importante que os enfermeiros tenham *“capacidade de apreender rapidamente o problema, de intervir de forma apropriada e de avaliar e mobilizar toda a ajuda possível”*.

Fizemos uma visita para conhecer a estrutura física, os circuitos e a articulação com os outros serviços do hospital e fui conhecendo a equipa multiprofissional. Pude contactar com o Conexall®, sistema muito útil e eficaz, de comunicação interna do SU que permite pedir o transporte de doentes, requerer a limpeza dos espaços, solicitar presença de Enfermeiro na Pequena Cirurgia ou Ortopedia, entre outros, minimizando perda de tempo nos contactos telefónicos.

Em cada turno, os enfermeiros são distribuídos de acordo com uma escala pelos diversos setores, sendo que a triagem carece de formação específica e as salas de emergência de um tempo de integração também específico. Com a pandemia, o SU foi reorganizado e obedece a um plano de contingência desenvolvido para o efeito, tendo sido criada a Área de Doentes Respiratórios em contentor no exterior, dividido

em dois setores: atendimento para pessoas com SarsCov2 confirmado e pessoas suspeitas. Se houver agravamento da condição clínica de um doente que careça de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, é encaminhada para uma das 4 salas de emergência que está preparada para funcionar como isolamento com possibilidade de pressão negativa. O SU recebe os doentes majoritariamente pela triagem após receção administrativa e depois de acordo com prioridade atribuída, estado clínico e grau dependência, aguardará atendimento médico em balcão “ambulatórios” ou balcão “macas” ou, se se tratar de uma situação emergente é atendido de imediato numa das 4 salas de emergência. No balcão “macas” pude constatar a vigilância atenta que cada doente exige ao enfermeiro, porque a situação clínica pode deteriorar-se no segundo a seguir aos nossos cuidados. Torna-se desta forma importante desenvolver julgamento clínico apropriado a cada doente e programar intervenções que possam dar resposta priorizando as necessidades de cada um com segurança e qualidade. E pude perceber, quão difícil é manter a privacidade na prestação de cuidados e as soluções que são exigidas ao enfermeiro.

Em cada uma das salas de emergência, existe a capacidade para prestar cuidados altamente diferenciados, tem ventilador e carro de emergência com monitor desfibrilhador e podem ser lá realizados procedimentos de alta complexidade, como colocação de dispositivos invasivos e a realização de cirurgias. Existe no SU, a unidade de observação com capacidade para 22 doentes em 5 salas, que em caso de necessidades pode aumentar a capacidade para até mais dois doentes por sala. São doentes que carecem de maior vigilância, com monitorização contínua, cuja permanência não deveria ser superior a 24 horas, mas dada a recorrente carência de vagas no internamento, este período pode ser muito superior.

Nos turnos que realizei com o meu orientador em função de chefia de equipa, cargo que por vezes desempenha quando o chefe de equipa e 2º elemento não estão presentes, pude conhecer a dinâmica do SU do ponto de vista de gestão de recursos humanos e materiais, bem como na gestão de vagas. Esta gestão era realizada após *meeting* quase diário na manhã, com Chefe Equipa Urgência, Enfª Supervisora, Enfº Chefe, Enf Chefe de Equipa e Enfª de Apoio à Gestão e o Serviço Social, o que também permitia a identificação de situações de risco social. A chefia de equipa desempenha um papel fundamental na dinamização e orientação dos enfermeiros e assistentes operacionais, com a sua distribuição pelos diferentes setores e também do plano diário de trabalho, com muitos ajustes, dado que existe também algum

absentismo dado o número de casos positivos para COVID-19 nos profissionais do SU.

Estas atividades permitiram adquirir e desenvolver as competências de mestrado “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; “Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação” (ESEL, 2019).

Desenvolver competências teóricas e instrumentais na gestão de cuidados à PSC e família

De salientar que, apesar de perita no meu local de trabalho, como já referido neste relatório previamente, assumi desde o início e à luz de Benner (2001, p.54) posicionar-me como enfermeira competente no SU, pois tal como é dito pela autora eu não tenho a *“rapidez nem a maleabilidade do enfermeiro proficiente mas”* tenho *“o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos”*. E Benner (2001) refere também que os enfermeiros com nível superior de competência numa área podem ser classificados em grau inferior quando expostos a uma situação desconhecida.

O facto de o Enfermeiro que me orientou ter competências acrescidas com a sua especialidade e uma vasta experiência em SU, ajudou a potenciar a aquisição e desenvolvimento de competências.

Como tal, observei e participei na prestação de cuidados à PSC, realizando os respetivos registos em plataforma informática HCIS, de acordo com o setor em que me encontrava e também o registo das várias escalas implementadas nos PQCE: quedas, dor, risco de úlcera por pressão e JDT (*Jones Dependency Tool*)- escala para avaliação do grau dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência. Realizei também validação da medicação em sistema Pyxis (já utilizado por mim em estágio anterior). Realizei transporte intra e inter-hospitalar de doentes críticos e de doentes com COVID-19 diagnosticados, com respetivas notas de transferência. Estes transportes exigiam preparação de material e equipamento prévio. Participei em muitas situações de Via verde de Trauma e AVC. Foram colocados em prática conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e de ATCN (*Advanced Trauma Care for Nurses*) frequentados no 1º ano do curso de mestrado. Das várias situações que ocorreram

de paragem cardiorrespiratória (PCR), descrevo a que mais me marcou: a reanimação de uma doente bastante idosa que, no decurso de uma deslocação a TAC sofre uma PCR, tendo o meu enfermeiro orientador assumido liderança na reanimação, com a utilização de aparelho de massagem cardíaca externa- LUCAS até à chegada do médico à sala. Foi uma reanimação bem sucedida, em que após 9 ciclos foi revertida a paragem cárdiorespiratória. De salientar a boa dinâmica entre a equipa de reanimadores da qual também fiz parte, o seguimento do protocolo SAV, com administração de fármacos e colaboração na colocação de dispositivos invasivos para controle hemodinâmico. É importante uma boa comunicação entre pares e respeito pelos papéis que cada um exerce na equipa (Courtenay et al., 2013). A doente foi entubada com tubo orotraqueal (TOT), ligada a ventilador da sala, colocada sob suporte aminérgico em doses muito elevadas, mas após reavaliação neurológica, constata-se que a doente se encontrava em Glasgow 3. Contactam-se os cuidados intensivos, e não havendo ventilador disponível, a equipa toma a decisão difícil: de suspender suporte avançado de vida. Como a família “*é parte integrante da unidade de cuidados num SU*” (Sousa et al., 2011, p.205) foi contactada e pedida a sua comparência no serviço, para a comunicação da má notícia. A comunicação é realizada pela equipe médica sendo autorizado a que se despeça da mãe. O familiar coloca questões, despede-se sozinho da mãe, e sai apressadamente. Fiquei muito emocionada com esta situação e abordei o senhor para o confortar e questionar se havia algo em que o pudesse ajudar, que estava ali para o ouvir e esclarecer. Agradeceu-me, disse algumas palavras sobre a mãe que tanto amava e saiu. Refleti muito nesta situação, em como nós profissionais de saúde estamos tão impreparados para estas situações. Num estudo de Pereira (2005, p. 34) é referido que a “*comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde; ninguém gosta de ser portador de más notícias*” e que “*conduzem a mecanismos de fuga*”. Para Meleis et al (2000) a enfermagem é uma ciência com foco na experiência humana da transição, é importante entender os seus processos, nomeadamente na morte para desenvolver intervenções que apoiem a família.

Quando o corpo da senhora foi enviado para a casa mortuária o Enfermeiro Orientador reuniu a equipa de reanimação, na sala, para um *debriefing*, onde foram debatidas atuações relativas ao SAV, nos seus aspetos positivos e negativos, e eu levantei as minhas reflexões relativas à atuação com o familiar da doente e por parte dos enfermeiros. Como a nossa impreparação pode trazer efeitos no processo de luto

da família e como elementos da equipa de saúde, é importante que tenhamos uma prática sustentada em referenciais teóricos, numa intencionalidade em que a comunicação seja preparada, treinada e eficaz para reduzir as incertezas, os medos e constitui uma ajuda fundamental na aceitação da morte do familiar (Cardoso et al., 2019; Mendes, 2015; Pereira, 2005). A equipa ficou bastante receptiva e considerou ser um aspeto a refletir e a investir em formações futuras.

Considero ter adquirido e desenvolvido competências no Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente a unidade de competência “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, de acordo com Regulamento 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

Desenvolver competências no estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e família

Para Novo et al. (2014) os Enfermeiros em SU, desenvolvem as suas intervenções terapêuticas em ambiente de stress, ansiedade, desconforto e insegurança e é-lhes exigido uma postura de suporte, de ajuda e de resolução atempada de situações críticas e graves. Já Barbosa de Pinho & Prado Kantorski (2004, p. 75) considera que para a família, o SU “*funciona como uma fonte de inquietações e insegurança emocional em função da gravidade do quadro clínico do familiar*”. Benner (2001) alerta-nos que as enfermeiras ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grande complexidade, em que o sofrimento e vulnerabilidade estão presentes a todo o instante, necessitam de desenvolver um sentido de responsabilidades face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes à perícia clínica. Daí ser muito importante o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na presença, na confiança, na escuta ativa, no respeito e na verdade assente numa filosofia holística que tem em conta as dimensões da pessoa (Novo et al., 2014), que darão também uma melhor visibilidade do trabalho de enfermagem. E Meleis (2012) menciona algumas das atitudes que melhor se adequam: simplicidade na linguagem,

subtileza, escuta ativa, respeito e consideração pelo outro, sem descurar o cuidar de si próprio.

E na atual situação de pandemia o enfermeiro tem que reinventar as suas atuações para manter a qualidade nos cuidados que presta. É importante a identificação familiar ou pessoa significativa do doente, que muitas vezes procurei na sala de espera, na rua de acesso à urgência ou mesmo telefonando, com o acordo do orientador clínico, para números constantes no processo clínico do doente.

Penso ter obtido e desenvolvido a competência “1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, de acordo com o regulamento 429/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família da PSC

No SU eram diferentes as abordagens no que diz respeito à comunicação com a PSC e família. No setor da triagem, por exemplo conseguia-se muitas vezes estabelecer contacto precoce com familiares de uma forma direta, permitindo informações pertinentes e importantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica e futura planificação do processo de cuidados e também no esclarecimento de procedimentos da urgência e encaminhamento seguinte. De acordo com a Lei n.º 15/2014 publicada em Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014, p. 2129 “ *Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.*” (Diário da República, 2014). Contudo, com a situação pandémica, apenas era permitido ao familiar devidamente identificado, estar junto do doente no setor do balcão ambulatório. No caso de doentes transportados por técnicos de saúde e que não estabeleciam diálogo, foi muito importante o diálogo com estes técnicos por forma a contextualizar a situação social, habitacional e mesmo relacional, para assegurar continuidade dos cuidados em segurança e fazer a ponte com outros técnicos de saúde no hospital, para dar a melhor resposta às necessidades dos doentes.

Partilho uma situação, entre tantas que ocorreram na triagem onde um doente que só falava francês, a residir no Ribatejo, foi vítima de queimadura nas mãos e foi transportado para Lisboa a fim de ser observado por CPR. Doente muito ansioso

porque não entendia o que se passava, não tinha telefone pessoal para comunicar com a sua família e quando lhe expliquei em francês todos os procedimentos e que o ajudaríamos a contactar com os seus familiares, ficou mais tranquilo e colaborante, agradecendo o cuidado e a atenção que demonstrei. É também importante que possamos articular os meios necessários, como por exemplo a tradução em simultâneo ou procurar alguém que fale a língua, a fim de poder tranquilizar os doentes e proporcionar uma experiência no SU mais gratificante.

Já no setor de SO e tendo em conta a não autorização de visitantes, encontrava-se instituído um circuito de informação para contato, com o devido consentimento do doente, com seus familiares. Existe um sistema de SMS (*short message service*) em que são enviadas mensagens via telemóvel, com informações relativas ao 1º atendimento médico, à entrada em SO, transferência para internamento ou alta para o exterior ou alta por transferência para outro hospital. Estava também estipulado a existência de dois tempos de contacto, de manhã e à tarde em que a assistente técnica fazia as chamadas para as pessoas significativas e possibilitava que o enfermeiro pudesse falar com o familiar. Aproveitei esses momentos para escutar ativamente os familiares, para transmitir informações claras relativas aos doentes, ao plano de cuidados estipulado, esclarecendo dúvidas e inquietações mostrando empatia e, muitas vezes proporcionando contacto direto via telefone com o doente. Pude perceber que estes momentos eram uma excelente oportunidade para compreender a relação entre os membros da família, bem como as compreender as suas reais necessidades e poder reajustar o plano de cuidados.

Durante a minha estadia no SU e dadas as circunstâncias tão adversas à presença da família no hospital, foi com agrado que percebi que se estava a constituir um grupo de intervenção com gabinete na urgência, dinamizado por Enfermeiros, que se encarregaria de fazer a ponte entre os doentes internados e a família, com disponibilização de informação e de encaminhamento para outros técnicos de saúde, se necessário. Falei com um dos elementos de grupo, percebi a preocupação que os enfermeiros sentiram para manter os canais de comunicação com a família abertos e partilhei a importância de incluir a família nas nossas intervenções à pessoa doente, como fator decisivo na sua recuperação.

Pude desenvolver e adquirir a competência “1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, especificamente a unidade de competência “1.4 — Gere a comunicação interpessoal

que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, de acordo com o regulamento 429/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Desenvolver competências no cuidado à PSC que facilitam a vivência do processo Transição Saúde-Doença da PSC e família, face ao distanciamento social imposto

O SU é um local muito complexo pela variedade de situações, muitas delas imprevisíveis ao enfermeiro, colocando-lhe muitos desafios na satisfação das necessidades da PSC e família e no planeamento e execução de intervenções especializadas de enfermagem (Sá et al., 2015) face aos processos transicionais que cada pessoa enfrenta. Cada qual lida com as situações de forma muito diferente. Cabe ao enfermeiro, bem fundamentado na evidência científica mais atual, para agir como facilitador das transições de forma saudável, tendo em conta a saúde e bem-estar dos intervenientes (Meleis, 2010). As necessidades que a família experiencia, são “*muitas vezes relegadas para segundo plano já que nestes contextos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam*” (Sá et al., 2015, p. 33). O suporte familiar, quando presente, “*é assumido como um elemento facilitador no processo de transição Saúde-Doença que a pessoa está a experienciar, bem como outros processos em que estão envolvidos*” (Mendes, 2015, p.38).

Procurei assim, tendo por base a fundamentação teórica e os resultados da RIL que obtive, estar presente junto da família quando possível, proporcionar informações e orientar a família no ambiente desfavorável do SU, escutei as suas preocupações, respondendo à suas dúvidas e proporcionando conforto físico e emocional. E tive muitas vezes o papel de mediador com o médico que tinha observado o doente, para este transmitir as informações à família, muitas vezes em parceria médico e enfermeira. Permitiu também a tomada de decisões sustentadas e informadas, e a possibilidade de advogar pelos seus familiares (Mitchell et al., 2009). E realizei registos no processo de enfermagem com todas as informações fornecidas e contactos realizados com a família, bem como tomadas de decisão.

Desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as guidelines mais recentes

Em contexto de urgência era notória a preocupação com o cumprimento das precauções face à COVID-19, com os procedimentos de colocação e remoção dos EPI's muito interiorizados em cada profissional, com indicações escritas em papel e afixadas em locais estratégicos e os circuitos definidos para os doentes. Os EPI's encontravam-se também dispersos pelos locais de prestação cuidados, bem como o SABA, e era também prestada informação aos doentes das medidas a tomar e realizada troca de máscaras sempre que exigido. Reuni com a perita na área da infeção hospitalar- elo dinamizador do controlo de infeção, que me explicitou as auditorias anuais solicitadas pelo GCL-PPCIRA às PBCI-DGS de acordo com a norma 29/2013, revista em 31/10/2013, como sendo a higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, tratamento de equipamento médico, manuseamento seguro da roupa e práticas seguras na preparação e administração de injetáveis. Tive apenas acesso à taxa de global de adesão à higiene das mãos que se encontra nos 76% e à taxa do 1º momento higienização mãos que se encontra muito abaixo do esperado, 57%, dado que no PNSD 2021-2016 é preconizado que esta adesão se encontre nos 95% (Ministério da Saúde, p. 103, 2021). Referiu também toda a reorganização do SU para enfrentar a COVID-19, como adequação dos espaços e a formação dos pares quanto ao manuseio correto dos EPI's e a desinfecção dos equipamentos.

Pude constatar nas salas de emergência a existência de aventais para a prestação de cuidados que nem sempre são colocados pelos profissionais e, para o qual fiz questão de lembrar e reforçar a sua utilização, no sentido de evitar a eventual transmissão de agentes patogénicos para outros doentes, que foi bem acatado pelos enfermeiros. O consciencializar para a higienização obrigatória das mãos antes e após colocação de luvas. Pude perceber o rigor na paramentação para cuidar de doentes com COVID-19, em contraste com aparente relaxar no cumprimento das medidas básicas com outros doentes. Aproveitei momentos de pausa para criar espaços de reflexão formais sobre estas temáticas e divulgação das normas e da importância na prevenção das IACS.

De referir que pelas atividades desenvolvidas neste domínio, julgo ter adquirido e desenvolvido a competência: "Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da

infecção da PSC e/ou falência orgânica” (ESEL, 2019), igualmente espelhada no regulamento 429/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem PSC” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Promover a disseminação de informação

Foram várias as formações que assisti via online com temas que confluíam para o meu trabalho e das quais retirei muitos conhecimentos e divulguei no SU em forma de conversa formal, em momentos mais calmos dos turnos. Principalmente Webinars promovidos pela Ordem dos Enfermeiros e outras entidades idóneas, que foram promotores de muita formação não presencial e que em muito contribui para a minha formação. Tais como: “Ouvir relatos pandémicos” da Ordem dos Enfermeiros – com descrições na primeira pessoa de colegas de outros hospitais a vivenciar experiências similares, tendo sido importante a partilha de estratégias para diminuir o distanciamento da família e PSC; “*Ventilador Hamilton® VNI e VMI*”- necessidade sentida por mim dado que era um equipamento desconhecido para mim e muito utilizado em SU, especificamente em modo VNI, sendo que depois partilhei conhecimentos com a equipa e propus formação em serviço, mas não foi possível concretizar dado já existir um grupo multidisciplinar a preparar formação. Pude também assistir à apresentação do trabalho da Enfermeira Chefe de Equipa no decurso do seu mestrado, cujo tema versava a Cultura de Segurança do Doente em ambiente de UCI (Reino Unido) e SU (Portugal), em que se constata a importância da Enfermeira Especialista na comunicação, no compromisso, no planeamento e na organização com todos os elementos da equipa multidisciplinar que compõe o SU, para uma verdadeira cultura de segurança nos cuidados de saúde.

Estas atividades permitiram atingir e desenvolver competências de mestrado como: “Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” e “Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” (ESEL, 2019).

Garantir a documentação da informação e a continuidade dos cuidados

O SU tem sistema informático próprio de registos, o HCIS (*Health-Care Information Systems*) que permite documentar toda a informação respeitante ao doente, ao estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem, aos registos do médico e suas prescrições, mas não possui inter-operabilidade com o sistema informático do internamento do centro hospitalar, o que causa bastantes constrangimentos para a consulta de dados, quer quando um doente internado noutro polo hospitalar tem um agravamento e vem à urgência, quer quando um doente é transferido para o serviço de internamento. Logo, a passagem da informação deve ser o mais completa possível.

No SU é muito importante que na transição de cuidados, ocorra passagem de informação à equipa seguinte, das intervenções já prestadas aos doentes, e as que são aguardadas. De acordo com a DGS (2017, p. 1) *“as equipas prestadoras de cuidados devem obedecer a uma comunicação eficaz na transição de cuidados para segurança do doente”*. A qualidade na transição dos cuidados de saúde *“é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade”* (DGS, 2017, p. 5).

A passagem de turno é feita oralmente e é essencial munir-mo-nos de ferramentas que permitam uma comunicação eficaz, precisa e atempada, que nos auxiliem e assegurem a segurança e continuidade dos cuidados. Uma das ferramentas é a utilização da técnica ISBAR, um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações (DGS, 2017). Apesar de não estar instituído formalmente no serviço, é muitas vezes utilizada na passagem de informação entre pares.

No que diz respeito à temática e estudo, procurei documentar todas as informações no processo de enfermagem e Benner (2001, p. 60) diz-nos no seu livro que *“a documentação sistemática das competências da perita constitui uma primeira etapa para o desenvolvimento dos conhecimentos clínicos”*, permitindo adiante o seu estudo e o desenvolvimento de novos domínios de conhecimentos. E também nas transferências de doentes críticos para UCI, procurei documentar-me da informação mais pertinente possível, para a mais completa transmissão de dados. De acordo com

o artigo 104º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, compete ao enfermeiro o dever de: “(...)d) *Assegura a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8079) e também de acordo com o artigo 96 nº 2 , cabe ao enfermeiro assumir o direito obter: “f) *A informação sobre os aspetos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8077). Destacar que nos deveres relativos à excelência do exercício profissional também o artigo 109 do mesmo estatuto menciona: “e) *Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8103).

Estas atividades permitiram adquirir e desenvolver competências no Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente na unidade de competência: “A1.1 — *Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas*”.

CONCLUSÃO

Este trabalho apresenta o percurso formativo efetuado para o desenvolvimento de competências com vista à obtenção do título de especialista e mestre. Contempla as aprendizagens recebidas nas aulas teóricas, que permitiram a realização de um projeto de estágio a desenvolver na prática clínica. Neste projeto e dada a situação pandémica vivida, procurei dar resposta a situações experienciadas profissionalmente, no que diz respeito ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem à PSC, a vivenciar o distanciamento da família. Intervenções estas que se preconizam centradas na PSC e família. Para este percurso foram traçados objetivos de estágio, tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em PSC e as competências do Curso de Mestrado da PSC. Este trabalho contempla também o relato dos estágios efetuados, os conhecimentos adquiridos e a reflexão crítica das experiências vividas com a PSC e família, nos contextos de aprendizagem, ancorada na Teoria das Transições de Afaf Meleis e na evidência científica obtida com a RIL realizada.

Os locais de estágio foram determinantes para aquisição de novos saberes, partilha entre pares e equipa multidisciplinar, permitindo o desenvolvimento de uma prática clínica reflexiva e crítica, promotora de um grande desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando que *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”* (Benner, 2001, p.61).

O estágio em UCI, apesar dos 19 anos de experiência nesta área, deu a conhecer novas abordagens no cuidar do doente grande queimado e levou ao questionamento sobre a ação de enfermagem na temática em estudo, sob a forma de jornal de aprendizagem, levando à elaboração de um projeto de intervenção à PSC e família, com o desenvolvimento de uma ferramenta dinâmica que garantisse a interação família-PSC, por videochamada. Pude desenvolver pensamento crítico em enfermagem e dar um novo olhar para o impacto positivo social, que as intervenções de enfermagem podem representar para a PSC e sua família distante, em processo de transição.

O estágio em SU, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da PSC e sua família em ambiente de grande imprevisibilidade. Apesar do distanciamento imposto, procurei consciencializar os enfermeiros para se assumirem como facilitadores das transições de saúde doença vivenciadas pela PSC e situacionais vivenciadas pela família, de forma saudável, identificando e intervindo nos obstáculos ao seu desenvolvimento. Foi acima de tudo a partilha formal da evidência científica obtida, o de considerar a PSC e família cliente de enfermagem e procurar identificar quais as suas necessidades face ao processo de transição vivenciados naquele ambiente de cuidados.

Penso ter alcançado os objetivos com sucesso, mesmo em situação pandémica tão adversa, como resultado da evidência científica pesquisada, do trabalho desenvolvido em estágio e principalmente do diálogo entre pares e orientadores clínicos e pedagógico. Diálogos estes, que proporcionaram momentos de reflexão que, ajudaram a suportar a tomada de decisão, a potenciar a capacidade de liderança, o desenvolvimento da autonomia, da destreza manual, a flexibilidade na adaptação a situações novas, a capacidade de planear tendo em conta a melhor gestão de recursos e o trabalho em equipa.

Penso ter contribuído para uma maior consciencialização do cuidado centrado no doente e família- conceito transformador de capacitação do cliente de enfermagem, junto dos profissionais com quem trabalhei. E do papel fundamental do enfermeiro como facilitador nos processos transicionais que o doente e família atravessam, sendo uma área de intervenção autónoma de enfermagem.

Tendo em conta o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências, adaptado à Enfermagem por Patricia Benner, penso ter atingido o nível de perita, tendo o reconhecimento dos orientadores clínicos e tornando-me um elemento importante nas equipas que integrei.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. In *Ministério da Saúde*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- ACSS. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. *Ministério Da Saúde*, 50. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urgências_final.pdf?fbclid=IwAR2SKxDf0p9NL_7nn1JCLkyNHohG_cm9FGGy5hGIGIKs2j0PLRU0EAmnG9I
- ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-Unidades-de-Queimados.pdf>
- Al-Mousawi, A. M., Mecott-Rivera, G. A., Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2009). Burn Teams and Burn Centers: The Importance of a Comprehensive Team Approach to Burn Care. *Clinics in Plastic Surgery*, 36(4). <https://doi.org/10.1016/j.cps.2009.05.015>
- Andrade, C. M. S. M. (2013). *Membro da Família Prestador de Cuidados Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel* (Issue 3) [Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15493>
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006>
- Barbosa de Pinho, L., & Prado Kantorski, L. (2004). Refletindo sobre o Contexto Psicossocial de Famílias de Pacientes Internados na Unidade de Emergência. *Ciencia y Enfermería*, 10(1), 67–77. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532004000100008>
- Benner, Patricia; Kyriakidis, Patricia Hooper; Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach Second Edition* (L. Springer Publishing Company (ed.)). ISBN 978-0-8261-0574 (e-book)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de*

- Enfermagem (Edição Comemorativa)* (Quarteto E). ISBN: 972-8535-97-X.
- Benner, Patricia. (2010). The Cambridge Handbook of Situated Cognition. *Nursing Philosophy*, 11(3), 215–215. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00446.x>
- Bento, L. (2020). Impacto do SARS-CoV-2 na Medicina Intensiva em Portugal. *SPMI*, 27(May), 1–4.
<https://doi.org/10.24950/RSPMI/COVID19/LUISBENTO/CHULC/S/2020>
- Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: A lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 384–395.
<https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1520>
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. da S. (2019). A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 10.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>
- Conceição, M. A. M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho*. 15. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89733/2/170933.pdf>
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: A scoping review. *Human Resources for Health*, 11(1), 1.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>
- Culleiton, Alicia L; Simko, L. M. (2013). Caring for patients with burn injuries. *Nursing2013*, 26–34. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000432018.28250.c3>
- Cypress, B. S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 273–280.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.001>
- DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2018a). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. In *Direção Geral da Saúde*.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- DGS. (2018b). Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referência Interna

- Imediata. *Norma Nº 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. www.dgs.pt
- DGS. (2021). *COVID19*. <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/?t=como-se-transmite-2#>
- Diário da República. (2014). Lei n.º 15/2014 de 21 de março -Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, 1.^a Série — N.º 57 — 21 de Março de 2014, 2127–2131. <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Diário da República. (2020). *Decreto nº2-A/2020 - Diário da República nº 57/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-20*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBAAAAB%2BLCAAAAAAABACzNDW2AADikq5SBAAAAA%3D%3D>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19(19), 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017- Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. *DGS*, 1–29. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>
- Enfermeiros, O. (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Decreto-Lei 161/96, de 4 setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.004>
- ESEL. (2019). *Plano Estudos CMEPSC 2019*.
- Fan, P. E. M., Aloweni, F., Lim, S. H., Ang, S. Y., Perera, K., Quek, A. H., Quek, H. K. S., & Ayre, T. C. (2020). Needs and concerns of patients in isolation care units - learnings from COVID-19: A reflection. *World Journal of Clinical Cases*, 8(10), 1763–1766. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i10.1763>
- Ferreira, D., Veladeiro, E., Cartaxo, J., Maia, M., Claro, L., & Vidinha, P. (2017). *As Vivências do Doente em relação ao Período de Visita na Unidade de Tratamento Intensivo Coronário*. 6, 66–75.
- Figueiredo, R. M. S. A. (2007). *A Pessoa em Fim da Vida no Hospital: Modelos de*

- cuidados que emergem da documentação de enfermagem* [Universidade do Porto]. [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A_PFV_no_hospitalModelos de cuidados que emergem da documentao de enfermagem.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A_PFV_no_hospitalModelos_de_cuidados_que_emergem_da_documentao_de_enfermagem.pdf)
- Freeman-Sanderson, A., Rose, L., & Brodsky, M. B. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) cuts ties with patients' outside world. *Australian Critical Care*, 33(5), 397–398. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.08.001>
- Godinho, N. (2020). Guia Orientadoe para a Elaboração de Trabalhos Escritos , Referências Bibliográficas e Citações Norma APA. *ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca*, 37.
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2019). Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 24(6), 392–398. <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>
- Komolafe, O. O., James, J., Kalongolera, L., & Makoka, M. (2003). Bacteriology of burns at the Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. *Burns*, 29(3), 235–238. [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(02\)00273-5](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00273-5)
- Locsin, R. C. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal of Human Caring*, 11(1), 38–43. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.1.38>
- Martins, A. (2020). *Novo coronavírus provoca epidemia com desfecho imprevisível*. <https://www.spmi.pt/o-sars-cov-2-vem-para-alterar-os-nossos-habitos>
- McCormack, Brendan;McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory-Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A. I. (2012). *THEORETICAL NURSING Development and Progress* (Fifth Edit). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/leader.FTR3.14062009.20>
- Meleis et al, A. I. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si* (Lusodidacta (ed.)).
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a

- construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: o cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 203–212.
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário Da República*, 1.^a Série — N.º 157, 4147–4182. <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Ministério da Saúde. (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar- Despacho Normativo nº 11/2002. *Diário Da República*, Série I - B - Nº55 de 6 de Março, 1865–1866. www.dre.pt
- Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026. *Diário Da República*, 2.^a Série, Nº 187 de 24/9/2021, 96–103.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>
- Moi, A. L., & Gjengedal, E. (2014). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of Clinical Nursing*, 2323–2331. <https://doi.org/10.1111/jocn.12514>
- Montauk, T. R., & Kuhl, E. A. (2020). COVID-Related Family Separation and Trauma in the Intensive Care Unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 96–97. <https://doi.org/10.1037/tra0000839>
- Nelms, T. P., & Eggenberger, S. K. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 462–486. <https://doi.org/10.1177/1074840710386608>
- Novo, S., Galvão, A., & Rodrigues, S. (2014). *Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência*. 1, 978–989.
- Nunes, L., Costa, F., Cerqueira, A., & Leal, P. (2014). *Didática Em Enfermagem- Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem* (Departamen, Issue January). https://www.researchgate.net/publication/303686238_Didatica_em_Enfermagem_Documento_Orientador_de_Processos_de_Ensino_e_Aprendizagem

- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, Alterado e Republicado Pela Lei 111/2009 de 16 de Setembro*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos* (Ordem dos).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei nº 156/2015 Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário Da República*, 8059–8105.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. In *Diário da República*, 2.ª série: Vol. N.º 135.
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750.
- Ordem dos Médicos. (2020). *Primeira Linha- As histórias de quem vive e convive com a Pandemia COVID-19* (Astellas (ed.)).
- Ordem Enfermeiros. (2001). *Padrões Qualidade Cuidados de Enfermagem ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL ENUNCIADOS DESCRITIVOS*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. ISBN: 978-92-95099-35-7.
- Pereira, Adelina; Corredoura, Ana Sofia; Garrido, Ana; Marques, António; Próspero, Fernando; Sousa, Fernando; Penedo, Jorge; Alexandre, José; Pimentel, Regina; Gomes, Sérgio; Cruz, D. (2019). *Relatório GT-SU*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000100004>
- Pinho, C. M., Bezerra, B. L., Lima, A. B. A. de, Silva, D. A. V., Silva, E. L. da, Reis, J. D. de O., & Lima, M. C. L. de. (2020). The use of bundles in intensive care units: prevention and reduction of infections. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 5(2), 117–124. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200021>
- Pinto, J. M., Miguel, L., Montinho, S., Ricardo, P., & Gonçalves, C. (2008). O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: O Impacto da Doença na Família. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(6), 69–76.
- Queirós, A. (2007). *As Competências dos Profissionais de Enfermagem : Como as Afirmer e as Desenvolver*. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/2770-as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver#.YcCgIRPP1sM>
- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 0, 1–35. <https://doi.org/10.1513/annalsats.202012-1500oc>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Sandle, N., Haque, N., Wh, S., Wh, O., Sm, S., Ky, E., Raymont, V., Au-yeung, S. K., & Kingdon, D. (2020). *An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis*. January.
- Silva, A. M. da. (2009). *Triagem de Prioridades. Triagem de Manchester*. <https://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>
- SNS. (2021). *SU CHULC São José*. <http://www.chlc.min-saude.pt/urgencias/>

- Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. J. (2011). Vivências em serviço de urgências: O papel dos acompanhantes dos doentes. *Saude e Sociedade*, 20(1), 195–206. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100021>
- Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2051–2061. <https://doi.org/10.1111/jan.12664>
- Teresa, P., & Santos, A. I. R. (2009). APRENDER A COMUNICAR EM ENFERMAGEM. In *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Vinhas, J. V. M. (2018). *CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA-DE GENERALISTA A ESPECIALISTA* (Vol. 212). Universidade Católica Portuguesa.
- Walsh, B. (2017). The World Is Not Ready for the Next Pandemic. *Times*, 15 May Vol 189 No 18. <https://time.com/magazine/us/4766607/may-15th-2017-vol-189-no-18-u-s/>

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma da UC Estágio com Relatório

Cronograma do Estágio com Relatório

Ano	2020												2021																			
Mês	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maior			
Dias	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	
	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	
Unidade Queimados								I			AF	FÉRIAS NATAL					AS															
Serviço de Urgência																		I						AF				AS				
Webinars e Ações Formação																																
Apresentação Pré-Projeto																																
Conferência de Peritos																																
Entrega do Projeto																																
Elaboração Relatório																																
Orientação Tutorial																																
RIL																																
Seminário ESEL																																

Legenda:

Introdução (I)

Avaliação Formativa (AF)

Avaliação Sumativa (AS)

Isolamento Profilático COVID-19
(29/12/2020 a 12/01/2021)

APÊNDICE II

Objetivos e atividades de estágio na UQ e SU

Objetivos e atividades de estágio na UQ/SU

Objetivos Específicos	Atividades	Competência a adquirir	Recursos
. Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da UQ/SU e da equipa multidisciplinar	-Validação de objetivos e atividades a desenvolver junto do Enfº orientador; -Visita guiada à UQ/SU por forma conhecer a estrutura física, funcional e organizacional e consulta das normas e protocolos existentes; -Conhecer os recursos materiais e normas de procedimento existentes no serviço; -Conhecimento de projetos em curso e necessidades da UQ/SU; -Integrar a equipa multidisciplinar; -Compreender o modelo de gestão e prestação de cuidados. -Colaboração participativa com a equipa multidisciplinar; -Pesquisa bibliográfica relativamente a temáticas não dominadas;	Cuida de pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	• Espaço físico da UQ/SU • Equipa Multidisciplinar • Normas e protocolos da UQ/SU • Artigos e livros científicos • Internet e Intranet hospital • Documentação e registos relativos aos cuidados prestados na UQ/SU • Trabalhos desenvolvidos pela UQ/SU

. Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família da PSC; . Desenvolver competências no estabelecimento de relação terapêutica com a PSC e família; . Desenvolver competências teóricas e instrumentais na gestão de cuidados à PSC e família. . Desenvolver competências no cuidado à PSC que facilitam a vivência do processo Transição Saúde-Doença da PSC e família, face ao distanciamento social imposto.	-Desenvolver técnicas de comunicação facilitadoras perante a pessoa e família em situação crítica; -Assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, se possível; -Abordagem da família procurando estabelecer comunicação efetiva e identificar alterações emocionais minimizando o impacto negativo de cada situação, se possível; -Estabelecimento de prioridades e resposta atempada relativamente aos cuidados de enfermagem a prestar; -Observação e colaboração nos cuidados de enfermagem desenvolvidas procurando novas situações de aprendizagem com vista a consolidar conhecimentos; -Desenvolver competências sobre a gestão de ansiedade/medo vivido pelos familiares da PSC, se possível; -Identificar estratégias já implementadas na UQ/SU para minimizar o distanciamento da família	Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica	
--	--	--	--

Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: distanciamento da família em cenário de pandemia

. Desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as guidelines mais recentes; . Promover a disseminação de informação . Garantir a documentação da informação e a continuidade dos cuidados	-Acompanhamento do percurso da PSC, desde o primeiro acolhimento até à alta; -Prestação de cuidados de enfermagem que minimizem o risco de infeção; -Identificação de necessidades formativas da UQ/SU na área da temática em questão; -Reflexão final relativamente ao percurso efetuado com base na evidência científica e nos objetivos previamente definidos.	Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas Suportar a prática clínica em evidência científica	
---	---	---	--

Apêndice III

**Artigo “Intervenções de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário
de pandemia: Revisão Integrativa da Literatura”**

Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura

Elisabete Silva¹, Anabela Mendes² e Suse Antunes³

¹ Unidade de Queimados do Hospital de São José – CHULC, Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | mariabeta@sapo.pt | <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

² Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Adulto/Idoso, Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | anabelapmendes@esel.pt | <https://orcid.org/0000-0002-0001-4862>

³ Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando da Fonseca, Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | suseisabelantunes@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Resumo: A pessoa em situação crítica, internada em contexto de urgência e unidade de cuidados intensivos, encontra-se em processo de transição saúde-doença. O enfermeiro, num registo autónomo e interdependente, emerge como agente facilitador para a promoção de uma transição saudável. A presença da família, na qual se insere a pessoa doente, é essencial na prestação de cuidados. Face a um evento excecional, como uma pandemia, a presença da família é limitada e a interação pessoa doente-família fica condicionada. Este trabalho tem como objetivo, compreender as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, que se revelam facilitadoras, perante o distanciamento da família, em contexto de urgência e UCI, em cenário de pandemia. Considerando a temática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, tendo por suporte um protocolo de pesquisa validado por perito. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 24 artigos para extração e análise. A análise dos dados foi sustentada, tendo por base a teoria das Transições de Afaf Meleis. Como intervenções facilitadoras no processo de transição, emergiram: a construção de estratégias de comunicação, a definição das necessidades reais e potenciais da família e pessoa em situação crítica e o conhecimento das experiências vividas pela família face ao processo. Verificou-se que, o cuidado centrado na família-pessoa em situação crítica, subsidia o potencial das intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Intervenções de Enfermagem; Pandemia; Distanciamento da Família.

Nursing Intervention to Person in Critical Situation Facing Family's Distance in a Pandemic Scenario: Integrative Literature Review

Abstract: The Person in Critical Situation, hospitalized in a context of emergency and intensive care unit, is in a health-disease transition process. The Nurse, in an autonomous and interdependent register, emerges as a facilitating agent for the promotion of a healthy transition. Family presence is essential in providing of care. Due to the exceptional pandemic situation, the presence of the family is limited and the interaction between patient-family is conditioned. This work aims to understand nursing interventions to the person in critical situation, which prove to be facilitators, due to the distancing from the family, in an Emergency Service and in Intensive Care Unit, in a pandemic scenario. Considering the topic under analysis, an integrative literature review was conducted, supported by a research protocol, validated by an expert. The research was carried out in the MEDLINE and CINAHL databases and grey literature. Applied the inclusion and exclusion criteria, a total of 24 articles were obtained for extraction and analysis. Data analysis was supported based on the Afaf Meleis' Transitions Theory. As facilitating interventions in the transition process, emerged: the construction of communication strategies, the definition of the real and potential needs of the family and the person in critical situation and the knowledge of the experiences lived by the family in the process. It was found that, care centered on the family-person in a critical situation, subsidizes the potential of nursing interventions.

Keywords: Critical Person; Nursing interventions; Pandemic; Family distance.

1. Introdução

A situação de doença grave, atinge não só a pessoa doente, como provoca sofrimento nos seus familiares, afetando as suas vidas e as suas circunstâncias de vida. Engström et al. (2011) corroboram esta ideia afirmando que, a admissão de um doente na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), transforma totalmente o dia-a-dia dos familiares e não permite muito tempo para se ajustarem à nova condição. Citando Morton e Fontaine, Engström et al. (2011) referem que a UCI, um serviço muitas vezes desconhecido, passa a ser o centro da vida para a pessoa doente e família. A generalidade dos estudos, atualmente, concluem que promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica (PSC) (Sá et al., 2015). A visita da família proporciona um sentido de segurança, proteção e conforto, numa altura de extrema vulnerabilidade (Bergbom & Askwall, 2000). Um outro estudo, mostra que a proximidade familiar ajuda a tranquilizar os membros da família sobre o estado de saúde da pessoa doente; a separação física é um lembrete constante da sua fragilidade (Mitchell et al. 2009). Detalhes e decisões relativos ao cuidado da PSC na UCI envolvem comunicação e discussões, com os membros da família a adotarem o papel de advogado e mensageiro da história e desejos da pessoa doente.

Com a restrição das visitas em virtude da situação de pandemia COVID-19, ficou limitado o acesso do doente à interação com a família, nomeadamente, o receber apoio dos que lhe são significativos (Freeman-Sanderson et al., 2020).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela presença contínua e competência clínica, podem avaliar e intervir na satisfação das necessidades do doente e família, pelo relacionamento único que conseguem estabelecer (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Engström et al. (2011), citando Gavaghan and Carroll (2002), referem que, conhecendo as necessidades dos familiares, os enfermeiros das UCI desenvolveram um sentimento de ajuda, na intenção de melhorar os resultados esperados para os doentes e família.

Segundo Meleis (2010), a PSC vivencia um processo de transição, enquanto passagem entre dois estados relativamente estáveis, desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos e/ou no ambiente. Assim, existem diferentes tipos de transição: saúde-doença; situacional; de desenvolvimento e organizacional. No caso da PSC, considera-se que experiencia uma transição saúde-doença. Trata-se de um processo dinâmico e temporário, caracterizado por uma alteração do estado de saúde/doença. Esta alteração pode ser súbita (doença aguda) ou progressiva no caso da doença crónica (admite aceitar a sua nova condição). De acordo com esta mesma autora, os enfermeiros pela posição privilegiada em que se encontram devem, pela apreciação estruturada, identificar as necessidades individuais da pessoa doente e perdas que ocorrem durante o processo de transição, estabelecendo intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

A enfermagem, enquanto disciplina, com um corpo de conhecimentos próprios, que se desenvolve e sustenta no exercício clínico, coloca conhecimentos ao dispor das pessoas que, vivenciam estes processos de transição, tendo em vista a facilitação dos mesmos, na procura da homeostasia e bem-estar (Meleis, 2010; Pires, 2009).

O enfermeiro, numa abordagem sistemática, deve identificar e compreender nas transições vivenciadas pelas pessoas, a sua natureza, as condições facilitadoras e inibidoras assim como, os indicadores de processo e de resultado (Meleis, 2010). Assume-se como agente facilitador do processo de transição, tendo como foco de atenção, no exercício clínico de Enfermagem, a pessoa (Guimarães, MSF. Silva, 2016).

Considerando a transição saúde-doença e situacional, experienciada pela PSC e família, esta revisão integrativa da literatura, teve como objetivo: compreender quais as Intervenções de Enfermagem que se revelam facilitadoras à PSC, em contexto de UCI e no Serviço de Urgência (SU). Foi formulada a seguinte questão de investigação: - Quais as intervenções de enfermagem, que se revelam facilitadoras, face ao distanciamento da família, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, em cenário de pandemia?

2. Metodologia

Foram realizadas pesquisas aleatórias no motor de busca Google, artigos e literatura cinzenta nos repositórios das bibliotecas, para melhor orientar e desenvolver a problemática em análise. A partir desta pesquisa, foi aprofundada a temática, tendo-se identificado e selecionado as palavras-chave a serem utilizadas, tendo em consideração o objetivo do estudo e questão de investigação. Na formulação da questão de investigação e, para a definição dos critérios de inclusão, utilizou-se o método designado de PICo (População, Fenômeno de Interesse e Contexto) -Tabela 1, a partir do qual se construiu o processo de identificação e seleção dos estudos, tendo por base as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Lizarondo et al., 2020).

Tabela 1. Critérios de Seleção e Inclusão dos Estudos

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Tipo de Participantes P (Person)	Pessoa em situação crítica com idade superior a 18 anos.
Fenômeno Interesse I (Intervention)	Intervenções terapêuticas de enfermagem à PSC, perante o distanciamento da família, em situação de pandemia.
Contexto Co (Context)	Estudos realizados em Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos.

Como critérios de exclusão definiram-se estudos: que não façam referência à PSC com idade superior a 18 anos; que não façam referência às intervenções terapêuticas de enfermagem; que não sejam realizados em contexto de SU e UCI e que não sejam de língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa.

A estratégia de pesquisa utilizada pretendeu identificar todas as tipologias de evidência, não se restringindo apenas a estudos de investigação primários. Foi estabelecido o limite temporal a partir do ano 2009, no sentido de extrair eventuais estudos relativos à pandemia de gripe H1N1 de 2009, por isso no período de 2009 a 2020. Foram definidos como limitadores: a língua Portuguesa, Inglesa, Espanhola e Francesa, por serem aquelas que são dominadas pela equipa de investigadores. A estratégia inicial de pesquisa usou termos de pesquisa mapeados para o Medical Subject Headings (MeSH). Foram utilizados os seguintes descritores, de acordo com a questão de investigação: *critically ill patient; adult; middle aged; aged; aged 80 and over; nurse intervention; nurse therapeutics intervention; Family distance; Critical care; Intensive care; emergency department; emergency care; pandemic*. A pesquisa foi realizada na plataforma agregadora EBSCOhost e nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Estes foram combinados através das expressões booleanas AND e OR. A pesquisa nas bases de dados, foi realizada na última semana de novembro de 2020, à exceção dos artigos obtidos pela literatura cinzenta em fevereiro de 2021.

O processo de triagem foi baseado no *Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA), para a realização de revisões sistemáticas (Moher, Liberati, Tezlauff and Altman, 2009) e na metodologia do *Joanna Briggs Institute* no que concerne às diretrizes de uma revisão sistemática.

A pesquisa inicial revelou 283 artigos no total, sendo 10 duplicados. Após a análise dos títulos dos 273 artigos, foram excluídos 169, e pela leitura do abstract excluíram-se 93. Depois da leitura de todos os artigos, trabalharam-se 24, tal como se pode ver na Figura 1. Pela amostra de artigos apresentada, constata-se que o seu volume é reduzido, e a temática menos abordada, nomeadamente em contexto de SU, com apenas 2 artigos para análise.

De evidenciar a existência de um estudo português. Da extração de resultados e posterior análise, constata-se, relativamente à opção metodológica, que apenas 1 seguiu metodologia quantitativa, 1 estudo misto e, os restantes, metodologia qualitativa. A mencionar: 1 estudo seguiu metodologia para gerar uma Grounded Theory, de acordo com Corbin e Strauss (2015). Outros 2 estudos uma abordagem fenomenológica, de acordo com Van Manen (1990). Verificou-se que muitos estudos se basearam na teoria do cuidado centrado na família. De mencionar que, nenhum deles tem como objetivo as intervenções de enfermagem no cuidado à PSC, face ao distanciamento da família, no SU e UCI em contexto de pandemia. No entanto, a grande maioria refere-se à importância da definição das necessidades reais e potenciais da família e PSC, nestes contextos. Há a referência também, ao conhecimento das experiências vividas pela família face ao internamento. Dois artigos nomeiam e exploram a videochamada, como estratégia de comunicação doente-família-profissionais de saúde. Verifica-se desta extração que a metodologia qualitativa, se revela determinante em enfermagem, pelo potencial de extração de dados essenciais, nomeadamente da experiência vivida ou de processos de transição experienciados, pelas pessoas que se revelam clientes de enfermagem. A apreciação dos artigos, foi efetuada pelo investigador principal de forma independente com a revisão dos outros dois investigadores. A análise crítica dos estudos incluídos, implicou uma abordagem organizada na intenção de ponderar o rigor e as características de cada estudo. Constata-se que a grande maioria dos estudos se enquadra no Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa (Soares et al., 2010).

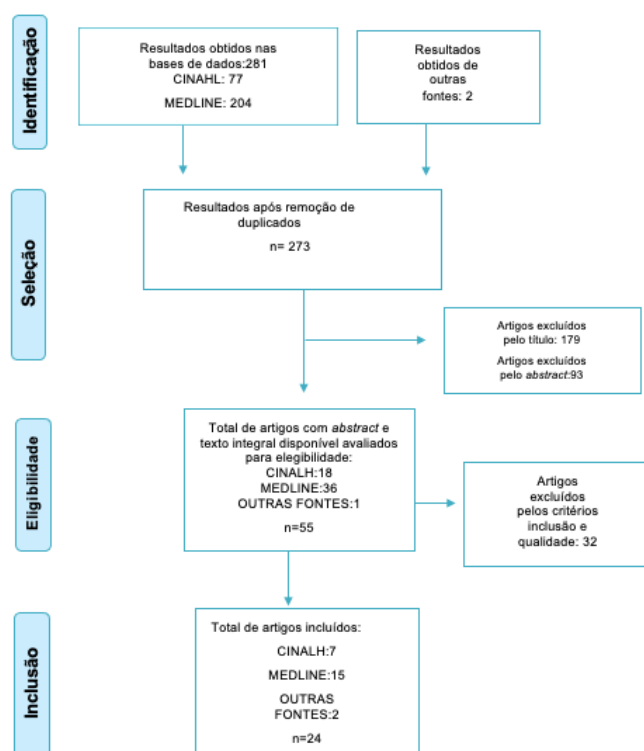


Fig. 1. Diagrama de Seleção dos Artigos (adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J and Altman DG, The PRISMA Group (2009).

3. Resultados e Discussão

Os principais resultados são sintetizados usando a forma narrativa, por estarem incluídos nesta revisão 22 artigos qualitativos, 1 quantitativo e 1 misto. Importa que a partir da interpretação e síntese dos resultados, os mesmos sejam trabalhados tendo como suporte o referencial teórico elencado, nomeadamente a teoria das transições de Afaf Meleis (Soares et al., 2010).

De acordo com Abad et al. (2010), o processo de isolamento físico em UCI tem um impacto negativo no comportamento da PSC, com taxas aumentadas de depressão, ansiedade, medo e hostilidade. A razão para estes resultados está provavelmente ligada à incerteza e perda de controlo da situação. Por sua vez, os familiares sentem-se desconetados, conduzindo a um aumento da vulnerabilidade emocional, o que representa uma barreira à recuperação do controlo (Wong et al., 2018). Compreender as experiências da família e as suas interações em UCI, permite gerar uma teoria substantiva que represente as interações das famílias, podendo ser usada para orientar a prática de enfermagem. Para Wong et al. (2018), bem como para outros autores mencionados neste trabalho, as intervenções de enfermagem devem ter em conta o cuidado centrado na família da PSC. Cuidado esse, definido pelo IPFCC (Instituto Cuidado Centrado no Paciente e Família, 2010), como: “uma abordagem, entrega e avaliação dos cuidados de saúde, baseada em parcerias benéficas entre prestador do cuidado de saúde-doente-família” (Wong et al., 2018, pág.95). Kydonaki et al. (2020) mencionam que, o envolvimento no cuidado requer a consideração pelos valores dos pacientes e família e o desenvolvimento de uma parceria construtiva entre os parceiros. Van Mol et al. (2017, pág.3212) atentam que, “o incentivo e o aprofundamento”, do cuidado centrado no paciente e na família “é uma meta importante na UCI; no entanto, requer mudanças desafiadoras na mentalidade dos profissionais”, sendo necessária uma mudança do paradigma de atitude paternalista para uma atitude de papel de apoio “o que posso fazer por si, para o ajudar?” (van Mol et al., 2017, pág. 3214). As intervenções focadas no apoio aos familiares e na comunicação à luz do foco no paciente, irão melhorar a perceção da qualidade do atendimento (van Mol et al., 2017). Essas intervenções deverão ter em conta aspetos como: dignidade, respeito, partilha da informação, participação e os valores, antecedentes culturais e as perspetivas da família e da pessoa doente. Aro et al. (2012) acrescentam: segurança, suporte emocional e conforto físico. Já no SU, é referida também e, de acordo com Redley et al. (2019) a comunicação.

A necessidade de comunicar, classificada como a mais importante por familiares e enfermeiros, é determinante em UCI e SU (Hsiao et al., 2017). Mendes (2020) tendo por base a Teoria da Incerteza na doença de Mishel e a Teoria das Transições de Meleis, constatou que a comunicação que é estabelecida entre familiares e enfermeiros em UCI, nomeadamente em busca de informação, é mediada pela vivência da incerteza, num imprevisto constante. Casarini et al. (2009) designam incerteza como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença. Consta-se que uma “comunicação continuada e profícua com o enfermeiro, num registo de análise de probabilidades e de informação consistente” (Mendes, 2020, pág.5), é considerada como um fator facilitador na experiência vivida.

Mitchell et al. (2018) elencam que, a informação a ser dada aos familiares deve ser: adequada, nas mais variadas formas e ao longo de todas as fases de doença, recuperação ou morte. Desta forma, a ansiedade é reduzida, permitindo também, a tomada de decisões sustentadas e informadas e, a possibilidade de advogar pelos seus familiares.

Khalaila (2013), no estudo que conduziu relativamente às necessidades dos familiares e à satisfação das necessidades atendidas, compreendeu a importância da atenção, que os enfermeiros devem ter e, do estabelecimento de planos para as satisfazer, dando-lhes máxima prioridade e tempo suficiente. Nair et al. (2015) referem o uso de diários dos pacientes em UCI, como ferramentas de comunicação, de recuperação do doente e estratégia de cuidados centrados na família.

O impacto real da sua utilização ainda não foi estabelecido e seriam necessárias pesquisas, para ser instituído no exercício clínico de enfermagem, o conteúdo e aplicação, bem como garantir o não malefício aos doentes e família.

A elaboração de um diário, consiste na narrativa de fatos, fotografias, eventos e emoções do período temporal, por aqueles que acompanham o doente em UCI (profissionais de saúde e familiares) (Tavares et al., 2019). Os mesmos autores mencionam que tem sido “uma das estratégias que permite ao doente atribuir significado, coerência” ao período de tempo em UCI (Tavares et al., 2019, pág.165). Egerod & Christensen (2009) num estudo de análise de 25 diários escritos por enfermeiros de UCI, apontam o reconhecimento da experiência do paciente, bem como proporcionam novos *insights* sobre o desempenho da enfermagem.

Aitken et al. (2017), no seu processo de revisão Cochrane, relativamente aos diários, relata a não evidência de sintomas de stress pós-traumático para os pacientes, mas verifica uma redução significativa destes sintomas nos familiares. Højager et al.(2019) por sua vez, aborda os diários da PSC apenas elaborados pelos familiares, como elementos que, evoluíram da intervenção de enfermagem para a participação da família. São ferramentas que fornecem informações e promovem a compreensão das experiências, quer dos doentes, quer dos familiares durante a situação crítica, apoiando assim o processo de recuperar o controlo (Højager et al., 2019).

Cutler et al. (2013), através de uma revisão sistemática da literatura, identificaram alguns temas associados às experiências em situação crítica, para perceber como estas informam o conhecimento do doente. A referir, “o cuidado, comunicação e relacionamento com profissionais de saúde” e “suporte da família e amigos e o desejo de contacto” (Cutler et al., 2013, pág.143). Há aspetos que podem facilitar ou interferir na interação entre a PSC e o enfermeiro. Por exemplo, Saldaña et al. (2015) mencionam que, o contacto escasso com PSC, privilegiando intervenções de cuidado físico, a limitação de tempo quando ocorrem, o uso de linguagem técnica não muito assertiva e não envolver as famílias, como sujeitos de cuidado, são aspetos que limitam a comunicação. É importante que os enfermeiros, reconheçam o sofrimento e a vulnerabilidade das famílias e lhes proporcionem oportunidades de comunicação honesta e sensível, incluindo-as na experiência de doença crítica, em todos os aspetos do cuidado, suportado nos princípios do cuidado centrado na família (Nelms & Eggenberger, 2010; Cypress, 2011).

E, em situação específica de pandemia, com a restrição das visitas dos familiares à UCI, a videochamada, surge como estratégia para a comunicação entre profissionais de saúde-pessoa doente-família, e para o cuidado centrado no paciente (Rose et al., 2021). A videochamada acarreta benefícios valiosos em termos de recuperação do doente e da moral da equipa de saúde. Melhorar o acesso e desenvolver uma abordagem mais consistente para a visita virtual da família à UCI pode melhorar a qualidade do atendimento, tanto durante quanto após pandemia (Rose et al., 2021). Montauk & Kuhl (2020) estabelecem medidas a serem tomadas pelos profissionais de saúde por forma a manter interação e estabelecer o vínculo família-pessoa doente e profissional de saúde, face ao distanciamento imposto pelo COVID-19. A saber, “o reconhecer a singularidade e dificuldade da situação e validar a incerteza sentida por todos; iniciar videochamada desde o início do internamento, com consentimento familiar; não recriar a demonstração de emoções e transmitir a informação abertamente” (Montauk & Kuhl, 2020, pág.97).

Na figura 2 é representada uma esquematização das intervenções facilitadoras para uma transição saudável, face ao distanciamento da família.

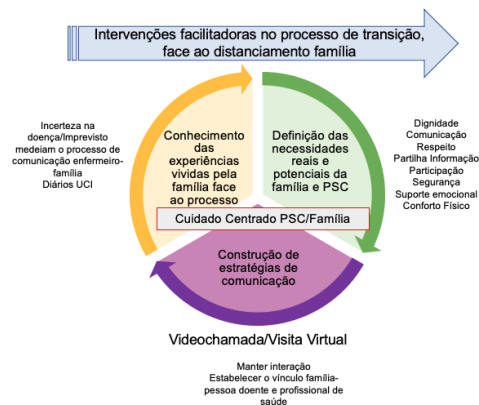


Fig. 2. Intervenções facilitadoras no processo de transição.

4. Conclusões

Torna-se evidente, tendo como referencial a Teoria das transições de Meleis, que o cuidado de enfermagem centrado na família e pessoa doente emerge como facilitador no processo experienciado. O enfermeiro realiza de forma sistemática a identificação das necessidades individuais da PSC/Família e planeia intervenções por forma a que a transição seja saudável. Consideram-se os processos de transição, e neles as experiências vividas, num registo que pode ser individual ou múltiplo, simultâneo ou sequencial, face ao impacto e solicitações encontradas.

Esta revisão integrativa da literatura ainda que não responda diretamente à questão de investigação, subsidia a prática profissional em contexto de pandemia. Emergiram deste estudo três aspetos essenciais quanto às intervenções facilitadoras: a definição das necessidades reais e potenciais da PSC e família, o conhecimento das experiências vividas pela família face ao processo e a construção de estratégias de comunicação.

Como implicações para a prática e investigação, propõem-se mais estudos na área das intervenções de enfermagem facilitadoras de uma transição saudável da PSC, face ao distanciamento da família, em contextos em que a interação família-doente-profissional de saúde esteja limitado por circunstâncias muito significativas.

Verifica-se que a riqueza da metodologia qualitativa, garante e possibilita, uma proximidade única e confortadora, daquelas que são as reais ou potenciais necessidades da pessoa e família.

5. Referências

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>
- Aitken, L. M., Rattray, J., & Hull, A. M. (2017). The creation of patient diaries as a therapeutic intervention – for whom? *Nursing in Critical Care*, 22(2), 67–69. <https://doi.org/10.1111/nicc.12286>
- Aro, I., Pietilä, A. M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13–14), 1847–1858. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x>

- Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: A lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 384–395. <https://doi.org/10.1054/icc.2000.1520>
- Casarini, K. A., Gorayeb, R., & Filho, A. B. (2009). Coping by relatives of critical care patients. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.003>
- Cutler, L. R., Hayter, M., & Ryan, T. (2013). A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.12.001>
- Cypress, B. S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.001>
- Egerod, I., & Christensen, D. (2009). Analysis of patient diaries in Danish ICUs: A narrative approach. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 268–277. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.005>
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.004>
- Freeman-Sanderson, A., Rose, L., & Brodsky, M. B. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) cuts ties with patients' outside world. *Australian Critical Care*, 33(5), 397–398. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.08.001>
- Guimarães, MSF, Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Højager Nielsen, A., Egerod, I., & Angel, S. (2019). Patients' perceptions of an intensive care unit diary written by relatives: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.001>
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y. C., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1172–1182. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x>
- Kydonaki, K., Kean, S., & Tocher, J. (2020). Family Involvement in inTensive care: A qualitative exploration of critically ill patients, their families and critical care nurses (INpuT study). *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1115–1128. <https://doi.org/10.1111/jocn.15175>
- Lizarondo L, Stern C, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, Apostolo J, Kirkpatrick P, L. H. (2020). Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-09>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory-Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Mendes, A. P. (2020). Uncertainty in critical illness and the unexpected: important mediators in the process of nurse-family communication. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056>
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>
- Montauk, T. R., & Kuhl, E. A. (2020). COVID-Related Family Separation and Trauma in the Intensive Care Unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 96–97. <https://doi.org/10.1037/tra0000839>
- Nair, R., Mitchell, M., & Keogh, S. (2015). The extent and application of patient diaries in Australian intensive care units: A national survey. *Australian Critical Care*, 28(2), 93–102. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.09.001>

- Nelms, T. P., & Eggenberger, S. K. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 462–486. <https://doi.org/10.1177/1074840710386608>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739–744. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500015>
- Redley, B., Phiri, L. M., Heyns, T., Wang, W., & Han, C. Y. (2019). Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2813–2823. <https://doi.org/10.1111/jocn.14857>
- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 0, 1–35. <https://doi.org/10.1513/annalsats.202012-1500oc>
- Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Patient: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Saldaña, D. M. A., Alarcón, M. P., & Romero, H. A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 33(1), 102–111. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a12>
- Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., Silva, D. R. A. D., Dutra, V. F. D., Oliveira, R. M. P., Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., Koller, S. H. S. H., Grau, D. E. F. E., Evidência, D. E. R. D. E., Souza, M. T. De, Dias, M., Carvalho, R. De, Ercole, F. F., Melo, L. S. de, ... Trevizan, M. A. (2010). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Remex: Revista Mineira de Enfermagem*, 8(1), 102–106. http://www.scielo.br/pdf/rtae/v12n3/v12n3a14%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400002&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.ncbi.
- Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (2019). Assessment of patient satisfaction and preferences with an intensive care diary. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 164–170. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190028>
- van Mol, M. M. C., Boeter, T. G. W., Verharen, L., Kompanje, E. J. O., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2017). Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 3212–3223. <https://doi.org/10.1111/jocn.13669>
- Wong, P., Liampittong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2018). Barriers to families' regaining control in ICU: Disconnectedness. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 95–101. <https://doi.org/10.1111/nicc.12310>