



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação com os familiares dos doentes internados em Urgência

Filipa Alexandra Marques Andrade

Orientação: Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa
em Situação Crítica***

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação com os familiares dos doentes internados em Urgência

Filipa Alexandra Marques Andrade

Orientação: Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DOS DOENTES INTERNADOS EM URGÊNCIA

Filipa Alexandra Marques Andrade

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre
e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica**

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | (nome) (Instituição de ensino superior)

Vogais | (nome) (Instituição de ensino superior)(Arguente)

(nome) (Instituição de ensino superior)(Orientador)

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Paula Sapeta por toda a ajuda e paciência ao longo destes dois anos e pelo acompanhamento realizado nessa etapa final.

Ao homem que partilha a vida comigo por estar sempre presente e ajudar no que necessito.

À minha irmã por tudo no que me ajudou nestes 2 anos.

Aos meus pais e amigos por todo o incentivo

A todos o meu grande Obrigada por estes dois anos!

RESUMO

O presente Relatório resulta no culminar de duas experiências profissionais no âmbito de estágios associados ao Mestrado em Enfermagem e à aquisição de competências como Futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.

A metodologia aplicada para a elaboração do relatório é a descritiva uma vez que, neste é descrito o processo de aprendizagem para aquisição de competências bem como o projeto aplicado no serviço em que foi desenvolvido o estágio final.

Sobre este relatório recaem duas teorias da enfermagem, a teoria de Larrabee que sustenta a prática Baseada na Evidência com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Na questão da temática abordada no relatório, sendo ela a comunicação, é aplicada a teoria de Peplau de forma sustentar a necessidade das relações interpessoais nos cuidados de saúde.

O projeto aplicado no serviço tem como base a metodologia de projeto, é sustentado com investigação seguindo as linhas orientadoras de Joanne Briggs Institute e tem como objetivo principal a melhoria da qualidade do serviço e a uniformização de procedimentos de Enfermagem. O projeto resultou na elaboração de uma norma que sustenta e regulamenta a comunicação entre os enfermeiros e os familiares de referência dos doentes internados.

O relatório encerra com a descrição das atividades realizadas para a aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Comunicação; Família; Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência

ABSTRACT

This Report results in the culmination of two Professional experiences with in the scope of internships associated with the Master's Degree in Nursing and the acquisition of skills as a Future Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Situation.

The methodology applied to prepare the report is descriptives in that it describes the learning process for acquiring skills as well as the Project applied in the service in which the final internship was developed.

This report includes two nursing theories, Larrabee's theory that supports Evidence-Based practice with a view to continuous improvement in the quality of care. Regarding the topic addressed in the report, which is communication, Peplau's theory is applied in order to support the need for interpersonal relationships in healthcare.

The Project applied in the service is based on the Project methodology, is supported by research following the guidelines of the Joanne Briggs Institute and has as its main objective the improvement of the quality of the service and the standardization of Nursing procedures.

The Project resulted in the development of a standard that supports and regulates communication between nurses and family members of hospitalized patients.

The report ends with a description of the activities carried out to acquire skills as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing – Persons in Critical Situations.

Keywords: Nursing Care; Medical-Surgical Nursing; Communication; Family; Person in Critical Situation; Emergency Service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AO - Assistentes Operacionais

APA – American Psychological Association

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EF – Estágio Final

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBÍ - Joanna Briggs Institute

MeSH - Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

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

PPT – PowerPoint

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SF – Sessão de Formação

SU – Serviço de Urgência

SO – Serviço de Observação

SR –*Scoping Review*

SWOT - Strenghts, Weaknesses, Opportunities e Threats

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	16
1.1.1. Relação Terapêutica	19
1.1.2. Perspetiva Jurídica	20
1.2. QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS.....	22
1.3. MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	24
1.4. MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU: TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	27
2. CARATERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	30
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	30
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA	31
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	34
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	35
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	38
3.3. PLANEAMENTO	39
3.4. EXECUÇÃO	45
3.5. AVALIAÇÃO.....	46
3.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	48
4. SCOPING REVIEW	49
4.1. INTRODUÇÃO	51
4.2. METODOLOGIA.....	52
4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
4.4. CONCLUSÃO	61
5. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS	62
5.1. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	63
5.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	65

5.2.1. Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	65
5.2.2. Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade	68
5.2.3. Domínio da Gestão Dos Cuidados	71
5.2.4. Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais.....	74
5.3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (EMC-PSC)	76
5.3.1. Cuida da pessoa, cuidador/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	76
5.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	80
5.3.3. 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 da resposta em tempo útil e adequada .	81
CONCLUSÃO.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	88

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Declaração de Aceitação do Projeto.....	82
Anexo II: Autorização do Conselho de Administração para Realização do Projeto	84
Anexo III: Certificado enquanto formadora na sessão de formação “comunicação com o familiar de referência dos doentes internados no serviço de observação”	88
Anexo IV: Certificado de participação no curso de suporte avançado de vida.....	91

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I: Resumo do projeto de intervenção apresentado à comissão de ética do Instituto Politécnico de Portalegre	110
Apêndice II: Pedido de aplicação do projeto no serviço ao Conselho de Administração do Hospital Y	115
Apêndice III: Proposta de norma de procedimento “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”	117
Apêndice IV: Plano da sessão de formação: “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”	123
Apêndice V: Suporte teórico para apresentação da sessão de formação “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”	126
Apêndice VI: Questionário aplicado na sessão de formação “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”	132
Apêndice VII: Suporte teórico para apresentação da sessão de formação: “Projeto de formação em serviço – Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”	136
Apêndice VIII: Cronograma da Sessão de Formação “Projeto de formação em serviço –Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”	150
Apêndice IX: Plano da sessão de formação “Projeto de formação em serviço –Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”	152

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 7º Mestrado em Associação em Enfermagem, com Especialidade na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica que decorreu entre 2022-2024 no Instituto Politécnico de Portalegre. Este foi solicitado como avaliação final na Unidade Curricular Relatório Final em complemento à Unidade Curricular Estágio Final.

O principal intuito da realização deste relatório é a demonstração de aquisição de competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. O presente relatório recai também sobre o Projeto de Intervenção em Serviço apresentado no âmbito do Estágio Final.

Conforme disposto em Diário da República, no Decreto de Lei nº 63/2016, capítulo III, artigo 15º, “É conferido o grau de mestre (...) aprovação no ato público de defesa do relatório da unidade curricular relativa à prática de ensino supervisionada”. O Relatório é então elaborado para a obtenção de Grau de Mestre e aporta o disposto na lei para a concretização desta etapa após o Estágio Final. O presente Relatório será então discutido publicamente e após aprovação e publicado na internet para consulta pública.

O Relatório Final teve sob orientação da Professora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, professora no Instituto Politécnico de Castelo Branco. A declaração de orientação do projeto consta no anexo I do presente relatório.

A atividades descritas são resultantes dos dois estágios realizados no âmbito do Mestrado, que comportam atividades profissionais desenvolvidas para aquisição das competências a que me proponho. Este, segue as linhas orientadoras descritas nos Regulamentos nº 429/2018 e nº 140/2019, publicados em Diário da República e que enunciam as competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, respetivamente.

Os estágios decorreram em 2 períodos diferentes, sendo que o primeiro estágio foi ainda parte integrante do primeiro semestre do primeiro ano do Mestrado e decorreu entre maio e junho de 2023. Este, foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente na qual foi planeada e executada uma sessão de formação a apresentar à equipa, como uma das componentes de avaliação do estágio. O tema escolhido para apresentação desta sessão de formação teve por base uma necessidade identificada no serviço pelos colegas que nele prestam cuidados. A sessão de formação recaiu sobre um tema atual da prática de cuidados

em contexto de cuidados intensivos, nomeadamente a Pressão Arterial Invasiva e a Variação de Pressão de Pulso, do interesse teórico à prática clínica.

O estágio final foi parte integrante do primeiro semestre do segundo ano e decorreu entre setembro de 2023 e janeiro de 2024, no Serviço de Urgência. Teve como parte que recai sobre avaliação a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço, para realizar uma norma de forma a uniformizar cuidados de enfermagem. O projeto é parte integrante do presente relatório onde o tema é partilhado com o mesmo, sendo uma temática de interesse para o serviço e considerada pelo Enfermeiro Chefe do mesmo uma “falha” a nível da qualidade.

No âmbito do estágio final foi necessário realizar um pedido de autorização ao Conselho de Administração do hospital onde o mesmo decorreu, que se encontra disposto no anexo II. Foi também necessário solicitar à Comissão de Ética a aprovação do projeto e encontra-se disposto no anexo III, a resposta positiva à elaboração do mesmo.

Os Padrões de Qualidade impostos pela Ordem dos Enfermeiros são as linhas orientadoras para a prática de cuidados, recaindo então o projeto de intervenção em serviço sobre os referidos padrões, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade e a uniformização de procedimentos de enfermagem.

O presente relatório final tem como objetivo geral demonstrar a aquisição de competências adquiridas em contexto de estágio para obtenção do Grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.

Como objetivos específicos enumero os seguintes:

- Relatar as atividades desenvolvidas para aquisição de competências;
- Demonstrar as etapas realizadas para desenvolvimento e aplicação do projeto em serviço;
- Refletir a cerca das práticas efetuadas para aquisição de competências.

O relatório final divide-se em 4 partes diferentes que comportam o corpo do relatório. Após a presente introdução, apresenta-se como primeiro ponto o “Enquadramento Teórico”, onde são abordados os temas da comunicação em saúde, a relação terapêutica e a perspetiva jurídica deste tema. Neste ponto ainda é feita uma abordagem à qualidade dos cuidados de Enfermagem, bem como a relação dos mesmos com duas teorias de Enfermagem diferentes.

O segundo ponto do relatório relata o contexto em que os estágios foram desenvolvidos e é uma descrição dos serviços tanto da Urgência como da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. O terceiro ponto aborda todas as fases e etapas que foram desenvolvidas para a realização do projeto de intervenção em serviço. Relata como foram realizadas as atividades e o resultado final de cada uma delas.

Como quarto e último ponto deste relatório encontra-se o relato de aquisição das competências, o mesmo está dividido em vários pontos, fazendo a relação entre as competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre em Enfermagem impostas pelas instituições de ensino que o regem.

Por fim é apresentada a conclusão que resume e conclui as aprendizagens, seguindo a bibliografia, os anexos e os apêndices que demonstram o trabalho desenvolvido ao longo do curso de mestrado.

As referências presentes na bibliografia encontram-se elaboradas segundo as Normas da 7ª edição da *“American Psychological Association”* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Comunicação é a forma mais básica de relacionamento entre os seres humanos, desta forma, é o que nos permite desenvolver relações e manter contacto com as pessoas. Almeida, cita Ramos e Rego referindo que “a comunicação baseia-se num processo de interações nas quais se partilham mensagens, ideias, sentimentos e emoções, que certamente influenciam a forma de atuação dos indivíduos, exteriorizando a história de vida, os valores, as crenças e toda a sua cultura(Almeida, 2016. P.27).

Qualquer ser consciente utiliza a comunicação como forma de relacionamento, e de sustentar relações entre os mesmos, quer sejam seres humanos ou animais. Assim, Silva afirma que “a comunicação consiste na transmissão de conteúdos entre duas entidades. Não dizemos que, neste processo de transmissão, estão necessariamente envolvidos seres humanos porque os animais também comunicam (recorde-se as “danças” das abelhas, a “linguagem” dos golfinhos e das baleias, e o ladrar dos cães, entre muitos outros exemplos)” (Silva, 2012. P.6).

A Comunicação é essencial à vivência de qualquer ser, seja ela representada em forma de comunicação verbal ou não verbal. A vida em sociedade é sustentada por uma comunicação como forma base e sobrevivência entre as pessoas. “Não é verosímil que pudéssemos sobreviver, quer enquanto indivíduos, quer enquanto comunidades, se não houvesse qualquer tipo de comunicação entre os seres humanos” (Silva, 2012. P.6).

1.1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A saúde é uma área em que a comunicação é essencial para a sua prática, tendo em conta que é através dela que existem relações entre profissionais de saúde e os doentes que procuram os seus serviços. “A Organização Mundial da Saúde define a comunicação para a saúde como uma estratégia chave para disseminar informação sobre questões relacionadas com a saúde, através dos meios de comunicação social ou outras inovações tecnológicas” (Garcia & Gomes, 2021. P. 191).

Após a definição apresentada, podemos afirmar que a comunicação é uma das ferramentas essenciais à prática do exercício da Enfermagem, é a base para qualquer cuidado prestado ao doente e família a ele associado. “As relações interpessoais que se estabelecem através da comunicação facilitam o processo terapêutico, pois tornam possível entender o outro, e

reconhecer os seus comportamentos, sentimentos e necessidades com a finalidade de ajudar no seu processo de recuperação” (Vieira, 2014. P.5). As necessidades individuais de cada utente, baseiam-se então numa boa comunicação entre o enfermeiro e o mesmo ou família. “É por intermédio da comunicação que o enfermeiro pode compreender a pessoa e a sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais, com a finalidade de aplicar alternativas de ajuda e humanizar os cuidados prestados”(Vieira, 2014. P.14-15).

A Comunicação permite que exista um cuidado prestado ao doente de forma holística e adaptado às suas necessidades de forma individual e humanizada. “A enfermagem, como profissão da área de saúde que permanece mais tempo ao lado do cliente, tendo como objeto de trabalho o cuidado que procura estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações e conhecer o outro, deve ser uma facilitadora na promoção da saúde e do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de doença e hospitalização” (Morais, Costa, Fontes & Carneiro, 2008. P.324). A utilização da comunicação na prática de enfermagem contribui para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, assim afirmamos que a humanização dos cuidados é cada vez mais defendida de forma a prestar os cuidados mais atualizados e com maior qualidade, dirigindo os mesmos para os doentes como forma individual e em família. “A expressão humanização vem sendo comumente empregada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e, ao mesmo tempo singular, em suas necessidades” (Morais e tal, 2008. P.324).

São várias as ferramentas utilizadas na forma de comunicar em enfermagem, podemos assim dividir esta prática como comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal é utilizada através do diálogo entre o enfermeiro e o doente/família, “como forma de melhorar ou realizar o cuidado de enfermagem, destaca-se a importância do diálogo, pois através dele se cria uma aproximação entre as pessoas, inicia-se um contato mais próximo, uma relação de integração de culturas, uma troca de experiências e vivências” (Broca & Ferreira, 2012. P.98). A comunicação verbal pode ser aplicada em diálogo ou em palavras escritas. É a base das relações interpessoais e torna-se primordial para conhecer a realidade do quotidiano. (Coelho, 2015).

Coelho cita Wiemann, referindo que “as palavras são importantes, mas como dispomos de muitas para comunicar, devemos escolhê-las sabiamente a fim de que a comunicação seja mais eficaz e se criem relações satisfatórias” (Coelho, 2015. P.40). É de extrema importância a criação de uma relação entre os doentes e os enfermeiros que lhes prestam cuidados, desta forma, é crucial que a comunicação seja utilizada de forma sábia, clara e adequada às capacidades de cada um. Coelho cita Phaneuf, reforçando a ideia de que “Pela magia da

palavra exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Coelho, 2015. P.40). O uso da palavra é fundamental para a expressão de emoções, sentimentos e crenças, embora à palavra estejam sempre associados gestos e atitudes que compreendem por outro lado a comunicação não verbal incumbindo sempre de estas formas de comunicar estarem sempre lado a lado e em concordância. Assim, a comunicação não verbal está sempre presente nos cuidados aos doentes, sendo de extrema importância a adequação das nossas atitudes e expressões juntos dos doentes e família. Coelho cita ainda Stuart & Laraia; Bioy, Bourgeois & Nègre, consolidando a ideia de que ambas as formas de comunicação estão interrelacionadas uma com a outra uma vez que “no processo comunicativo, sendo naturalmente importantes as trocas verbais, sabe-se que estas representam uma pequena parcela no estabelecimento de uma boa comunicação, pois estima-se que apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais 42 para linguísticos e 55% por gestos corporais” (Coelho, 2015. P.41).

“A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor. Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto” (Ramos & Bortagarai, 2012. P.164). A comunicação não-verbal é uma das formas de comunicação mais completa, pois através dos gestos e do próprio silêncio conseguimos compreender o outro e quais as suas necessidades. Desta forma, é imprescindível que os enfermeiros adquiram competências na área da comunicação de forma a facilitar os cuidados a prestar aos doentes.

Existem várias formas de comunicação não verbal, sendo elas definidas por “meio de gestos, posturas corporais, silêncio, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos” (Amorim & Silva, 2014. P.863). Podemos também afirmar que a comunicação não verbal assume um peso major no nosso comportamento e forma de estar junto dos doentes que cuidamos, pois, estes últimos observam a forma com que nos relacionamos de forma meticulosa pois o enfermeiro torna-se o principal foco da sua atenção. (Martins, 2019)

Ao abordar a comunicação não verbal, compreendemos também a importância da empatia e que está intrinsecamente ligada com as atitudes que o profissional adota na presença dos doentes/família. “A empatia é a chave das relações e da comunicação, com ela conseguimos compreender através das expressões corporais o profissional, a sua motivação e o seu

empenho” (Martins, 2019). A empatia é então definida como um atributo cognitivo que protagoniza a compreensão das experiências do outro; como um estado emocional que protagoniza a partilha de sentimentos; e como um conceito que envolve tanto a cognição como a emoção” (Magalhães, 2019. P.6). A empatia é também a forma mais evidente de compreender o lugar do outro e conseguirmos perceber aquilo que os doentes ou família assumem como suas necessidades. É uma competência instrumental que nos permite entender o doente como um todo, adaptando os cuidados a prestar às suas necessidades de forma individual, incorporando as necessidades cognitivas, emocionais e biológicas. (Magalhães, 2019)

1.1.1. Relação Terapêutica

Quando abordamos a empatia, conseguimos englobar a mesma nas competências para o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz e com resultados positivos entre o enfermeiro e o doente. A Ordem dos Enfermeiros define a relação terapêutica como uma “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001. P.10). Os vários componentes que envolvem esta relação entre os enfermeiros e os doentes/família, são desenvolvidos e fortalecidos ao longo de um processo que tem como finalidade ajudar o doente a ser pró-ativo no seu processo de doença. (OE, 2001).

A Comunicação é a base para o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica entre os vários envolvidos na mesma, assim, podemos afirmar que esta faz parte da arte de bem cuidar em Enfermagem. Ramalho cita Peplau referindo que este “defende que a relação terapêutica é uma ferramenta própria do cuidar em enfermagem, centrada nas relações interpessoais, entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, potencializando o crescimento e desenvolvimento, dos intervenientes, num processo dinâmico” (Ramalho, 2012. P.27).

No âmbito da relação terapêutica no doente crítico, os objetivos da mesma “passam por ajudar a pessoa a atravessar um momento potencial ou atualmente difícil, ajudar a identificar e a resolver os problemas que se colocam, e favorecer um funcionamento pessoal e interpessoal mais satisfatório considerando os recursos latentes” (Ramalho, 2012. P.27). A relação terapêutica contribui para o que vem a ser defendido há muito tempo e em vários estudos analisados, que defende o fato de os cuidados terem de ser centrados nos doentes e observar os doentes de forma holística em todas as suas necessidades. Neste sentido, Diogo cita McQueen que defende que “os enfermeiros ao adotarem os valores do holismo, parceria e proximidade procuram conhecer o cliente enquanto pessoa, no entanto experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento” (Diogo, 2017. P.21). A forma de cuidar o doente de

uma posição holística tem alguns contrassensos no que concerne à posição do enfermeiro. Por um lado, podemos afirmar que é benéfico o olhar para o doente como um todo, uma vez que permite uma relação de proximidade e permite conhecer o doente e as suas necessidades. Por outro lado, podemos afirmar que os enfermeiros ficam mais expostos ao stress emocional e físico impedindo o distanciamento necessário para a realização de cuidados mais complexos (Diogo, 2017).

A família é parte integrante no processo de relação terapêutica e podemos considerar que “o conceito de família é importante compreender como se desenvolve a dinâmica desta unidade e sobretudo o impacto que a relação que cada elemento estabelece entre si tem nos outros elementos, seja individualmente seja no coletivo” (Lopes, 2018. P.4). A posição da família perante eventos adversos pode muitas vezes fazer com que existam alterações no seu seio e nas relações com os pares. O doente em situação crítica é muitas vezes um dos grandes fatores para essa mudança de gestão por parte da família. Pelo seu caráter de emergência e inesperado, leva a que os elementos da família não estejam preparados psicologicamente para tais alterações, comprometendo assim as relações familiares e determinar a desorganização da mesma. (Lopes, 2018)

Segundo Lopes que cita Leske (2002) foi criado um documento de suporte ao reconhecimento das necessidades da família, que se denomina por CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory) que abrange cinco dimensões Informação, Suporte, Conforto, Proximidade e Segurança. A informação caracteriza-se por conhecer a necessidade do doente de forma a reduzir a ansiedade e stress causado pelo evento traumático, promovendo a sensação de controlo. O Suporte reflete a necessidade de intervenção especializada no sentido de desenvolvimento de estratégias para lidar com a situação crítica do doente. O Conforto é a necessidade de reduzir o stress para que a família se sinta confortável e conserve a energia. A Proximidade contribui para que se mantenha o vínculo da família e os membros da mesma se sintam emocionalmente próximos no apoio ao doente crítico. A Segurança relaciona-se com a esperança a manter na recuperação do doente em situação crítica.

1.1.2. Perspetiva Jurídica

Legalmente, a profissão de Enfermagem está regulamentada de forma que todos os enfermeiros prestem os cuidados de forma uniforme e que todos orientem os cuidados a prestar cumprindo direitos e deveres. Assim, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), diz respeito aos conjuntos de regras, normas e regulamentações que se impõe sobre determinada atividade e abarcam o próprio processo, político e económico, de elaboração e implementação dessas regras. (Nunes, 2016)

O REPE, descreve a profissão de Enfermagem, no capítulo II, artigo 4º do decreto-lei nº.161/96 de 4 de setembro como a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Assim, assumimos perante a lei que é dever do enfermeiro cuidar tanto do doente como da sua família, o que inclui os cuidados à mesma no que concerne à comunicação de notícias. Está previsto também no artigo 5º do decreto-lei nº 161/96 do REPE uma caracterização dos cuidados de enfermagem que contemplam a interação do enfermeiro para com o doente e família tal como a construção de uma relação de ajuda entre os mesmos.

Apresenta-se também disposto no manual dos Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde, regulamentado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no ponto 4 que se faz representar pelo Direito à decisão, que afirma que “a decisão do utente sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, para ser juridicamente válida, deve ser livre, informada, esclarecida e consciente. Deste modo, o direito à decisão contempla dois vetores essenciais: o direito à informação e o direito ao consentimento ou à recusa.” (ERS, 2021. Pág. 131).

Segundo a Lei nº15/2014 de 21 de março, apresenta-se no artigo 5º os Dados Pessoais e a Vida Privada, que aborda a titularidade por parte dos doentes o direito à proteção dos dados pessoais e à reserva da vida privada. Complementando com o artigo 7º da mesma lei, que dispõe o direito à informação no qual refere que o doente tem o direito à informação pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação clínica, as alternativas de tratamento e a evolução do seu estado.

Analisando o Código Deontológico dos Enfermeiros, apresenta-se na Lei n.º156/2015 o artigo n.º 105 que aborda o dever do profissional de Enfermagem informar o doente e família sobre os cuidados de Enfermagem, respeitar, defender e promover o direito do doente ao consentimento informado, atender com responsabilidade todo o pedido de informação ou explicação solicitada pelo doente ou família em questão de cuidados de Enfermagem e informar o doente sobre os recursos disponíveis e a forma de os obter. Está ainda descrito na lei supracitada no artigo n.º 107 o dever do profissional ao sigilo que refere que o profissional está obrigado a guardar segredo profissional sobre o conhecimento no exercício da sua profissão no que concerne à confidencialidade de toda a informação acerca do doente, partilhar informação pertinente apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, divulgar informações a cerca do doente apenas nas situações previstas por lei para o efeito e manter o anonimato do doente sempre que o seu caso for utilizado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados.

Podemos afirmar então que a comunicação tanto com os doentes como com a família está prevista pela lei de forma a regulamentar o exercício da profissão. Faz então parte dos cuidados de enfermagem a informação atualizada e atempadamente dos enfermeiros para com os doentes e família.

1.2. QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS

“A procura da qualidade na área de enfermagem tem a sua origem nos primórdios da profissão. Já no século XIX, Florence Nightingale evidenciou a necessidade de reunir dados epidemiológicos que permitissem perceber a qualidade dos cuidados prestados.”(Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017. P.90).

O conceito de qualidade está associado a vários padrões que devemos cumprir na nossa prática diária. Este, tem sofrido várias alterações com o passar dos anos de forma a atualizar os cuidados a ser prestados aos doentes. Apesar da sua longevidade, o conceito de qualidade tem-se alterado e até integrado novos significados, onde os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros obtiveram um papel de destaque, relacionado com o desempenho global dos enfermeiros, no exercício das suas funções (Neto, Costa, Martins, Maerta & Florentim, 2023).

A qualidade dos cuidados, tem como objetivo prestar cuidados que vão ao encontro das necessidades dos doentes de forma satisfatória para os mesmos. Assim, a gestão dos cuidados proporciona aos doentes uma qualidade satisfatória num ambiente de confiança com vista à sua melhoria (Neto et al. 2023).

Numa procura permanente da excelência no exercício profissional, é exigido aos enfermeiros uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo pertinente perceber o fenómeno no contexto hospitalar (Ribeiro et al. 2017).

Assim, a Ordem dos Enfermeiros (OE) viu-se na responsabilidade de regulamentar a prestação de cuidados com vista à melhoria da sua qualidade. Os Padrões de Qualidade desenvolvidos pela OE centram-se em seis pilares essenciais que comportam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. “Estes enunciados descritivos, visando explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, são para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum e a orientação para uma prática profissional de excelência” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os Padrões de Qualidade descritos pela OE, descrevem a pessoa/doente como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001). Assim, a pessoa está integrada num grupo social e os comportamentos da mesma são influenciados pelo ambiente em que vive e se desenvolve. Os cuidados de Enfermagem são também centrados numa relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidade). (OE, 2001). Desta forma, faz parte dos padrões de qualidade a integração da família no processo de melhoria contínua do estado de saúde dos doentes, com vista à prática de cuidados de qualidade e satisfatórios dos doentes.

A segurança é também um tema central para a prestação de cuidados de qualidade no que concerne aos doentes/família. Esta assume um papel cada vez mais relevante na prática clínica. A evidência científica sugere que os cuidados de enfermagem poderão ser a solução para a segurança do doente, e que os líderes em enfermagem podem desempenhar um papel crucial na mudança das crenças e valores relativos às práticas de segurança do doente (Rosa, 2014).

Rosa cita Fragata (2011) referindo que “mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos (sai mais barato fazer bem e à primeira vez!)” complementando com o facto de a segurança ser um dos itens englobados na qualidade dos cuidados de saúde, pois não poderá existir qualidade com uma prestação insegura, erros e complicações. (Rosa, 2014).

Sousa cita Fragata (2011) referindo que “a preocupação com a segurança deve ser transversal a todos os intervenientes da saúde, não só por questões éticas, mas ainda pelo facto de maior segurança servir a causa da reputação, da confiança e da credibilidade em torno dos profissionais, da sua atividade e das instituições onde estão inseridos, sendo um sinónimo de qualidade na saúde” (Sousa, 2013. P.6).

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) apresentado no ponto 3 do presente relatório, foi desenvolvido no sentido de atribuir relevância a uma necessidade encontrada no local onde decorreu o estágio final. O PIS teve como finalidade atribuir qualidade ao serviço com o desenvolvimento de uma nova norma e assim poder melhorar a qualidade dos cuidados prestados no referido serviço. O objetivo principal do projeto foi a normalização da comunicação entre os enfermeiros e os familiares dos doentes internados em Serviço de Observação (SO) o que contribuiu de certa forma também para a segurança dos cuidados a prestar aos mesmos.

Podemos afirmar, após vários estudos encontrados que a relevância atribuída à comunicação como indicador de qualidade e segurança dos doentes é cada vez maior. “A Comunicação Segura e Eficaz assume um papel fulcral na Enfermagem uma vez que a segurança dos cuidados não pode ser dissociada do processo comunicativo, suporte imprescindível ao ato de cuidar” (Ramos & Cunha, 2022. P.5). Ramos & Cunha (2022) afirmam ainda que “torna-se assim fundamental que os enfermeiros assegurem um processo comunicacional sem erros e imprecisões por forma a promover ambientes e cuidados seguros”.

Uma comunicação eficaz com a família dos doentes, pode por vezes ser apenas o necessário para a contribuição de uma melhoria do estado clínico dos mesmos. Diminuir a ansiedade e stress da família resulta num melhor acompanhamento aos doentes o que traz uma melhoria do seu estado de saúde. Assim, ao satisfazer as necessidades dos doentes, afirmamos então que prestamos cuidados de qualidade e segurança aos mesmos. A comunicação terapêutica em enfermagem com a família permite diminuir o seu sofrimento, porque esclarece a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade (Sá & Henriques, 2020).

1.3. MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática do exercício de Enfermagem é assente em várias teorias que comportam a sua estrutura e incorporam a justificação para as suas competências. Assim, os enfermeiros desenvolvem os seus cuidados à luz de várias teorias desenvolvidas ao longo dos anos por vários teóricos da área. “Para a prática de enfermagem é fundamental a aplicação de teorias, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos clientes” (Balona, 2016. P.25).

“São os modelos conceptuais que nos dão indicações muito precisas sobre os conceitos que caracterizam a enfermagem (cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente), assim como as relações que se estabelecem entre eles porque isolados não são suficientes para caracterizar e esclarecer a contribuição da enfermeira nos cuidados de saúde”. (Mendes, 1997. P.8)

Atualmente, a Enfermagem centra os seus cuidados na maior evidência científica de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados e a prestar os cuidados mais atualizados em vista à melhoria contínua do estado de saúde dos doentes. Assim, o modelo teórico de Larrabee, afirma a prática baseada na evidência e a melhoria contínua dos cuidados. “O modelo é

baseado em literatura teórica e de pesquisa relacionada à prática baseada em evidências, utilização de pesquisas, linguagem padronizada e teoria da mudança” (Rosswurm & Larrabee, 1999). “O modelo apoia mudanças na prática baseadas em evidências derivadas de uma combinação de dados quantitativos e qualitativos, experiência clínica e evidências contextuais.” (Rosswurm & Larrabee, 1999)

June Larrabee, desenvolveu assim dois Modelos Teóricos na área da Enfermagem que se denominam por Modelo Teórico da Qualidade e Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência (MMPBE). O modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência (PBE) serve de linha de orientação para a prática do Enfermeiro Especialista tendo em conta que este presta cuidados atualizados e segundo a maior evidência apresentada. Apresenta-se descrito em Diário da República, disposto no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro que “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”.

Este modelo serve então para uma mudança que se centra na troca entre os cuidados prestados sob o paradigma da tradicional prática baseada na intuição, para uma prática baseada na evidência (Afonso, Ramos & Charepe, 2019). “Através deste modelo, os enfermeiros são guiados pelo processo de desenvolvimento e integração da mudança para a prática baseada na evidência, essencial na intervenção junto dos alvos de cuidados” (Afonso et al. 2019. P.44).

O modelo apresentado compreende seis etapas essenciais para a prática de cuidados atualizados que se caracterizam por: “Avaliar a necessidade de mudança da prática”, “Localizar as melhores evidências”, “Fazer uma análise crítica das evidências”, “Projetar a mudança da prática”, “Implementar e avaliar a mudança da prática” e “Integrar e manter a mudança da prática” (Larrabee, 2011).

A prática executada durante os estágios com vista à obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica foi então aplicada tendo em conta o modelo apresentado uma vez que foi dividida também em várias etapas.

“Avaliar a necessidade de mudança da prática”

Primeiramente foi avaliada conforme observação direta e ou em diálogo com os colegas dos serviços em questão, as necessidades associadas a ambos os serviços identificando a problemática a trabalhar, definindo então intervenções de forma a obter resultados positivos

consoante a problemática identificada. A problemática identificada foi a falta de uma norma que estabelecesse uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e a família dos doentes internados na urgência. Surgiu assim como projeto de intervenção e foco principal deste relatório, a norma a elaborar para uniformizar os cuidados a prestar nesta área no Serviço de Observação parte integrante do Serviço de Urgência onde decorreu o estágio final. A avaliação de necessidades foi também executada no primeiro estágio, tendo por base uma sessão de formação a apresentar à equipa. Assim, após diálogo com o enfermeiro orientador, foi definido como tema a Pressão Arterial Invasiva e a Variação de Pressão de Pulso abordando a parte teórica de ambos os parâmetros com vista à prática baseada na evidência.

“Localizar as melhores evidências”

Como forma a dar resposta à problemática em questão, foi então realizada pesquisa bibliográfica que se sustenta na realização de uma *Scoping Review* (SR) e consultadas “Guidelines” dispostas nos serviços para uma prática correta dos cuidados. Larrabee descreve esta etapa como a escolha das melhores fontes para identificar as melhores evidências e, portanto, realizar uma revisão com os conceitos de pesquisa (Larrabee, 2011).

“Fazer uma análise crítica das evidências”

Após a recolha das evidências científicas, Larrabee (2011) defende que se devem sintetizar as melhores evidências de forma a fazer uma análise crítica das mesmas. Assim, com a realização da SR foi possível analisar as evidências disponíveis e retirar os resultados e conclusões com vista à sustentação da realização da norma a desenvolver para os PIS a aplicar no SU onde decorreu o estágio final.

“Projetar a mudança da prática”

A construção da norma a aplicar no SU compreende esta etapa do modelo teórico de Larrabee, uma vez que esta se caracteriza como o Projetar a mudança da prática. Nesta fase foi então projetado um plano para a aplicação do PIS, tendo por base a sessão de formação (SF) realizada no serviço para a discussão da norma a aplicar com os colegas. Neste ponto a equipa demonstrou bastante interesse em mudar a prática utilizada até então e fazer esta melhoria evidente no serviço com os dados apresentados.

“Implementar e avaliar a mudança da prática”

Esta é a fase caracterizada pela tentativa de avaliar a mudança (Larrabee, 2011). Fase esta que se inicia à posteriori da SF e que a durabilidade do estágio final (EF) não permite fazer uma correta avaliação da equipa e da sua prática. Assim, esta fase pode ser considerada e

avaliada em todo o relatório aqui presente uma vez que este reflete as aprendizagens ao longo dos dois estágios e a mudança efetuada na prática para a aquisição de competência consoante o grau a atribuir de Enfermeira Especialista.

“Integrar e manter a mudança da prática”

A última fase do modelo apresentado representa a divulgação dos resultados consoante a investigação realizada. Esta é a fase em que o relatório aqui apresentado se torna primordial à divulgação de informação para uma PBE. Os enfermeiros são o volante principal para a divulgação de informações com base na pesquisa que efetuam ao longo da sua prática clínica, são o meio mais eficaz de divulgação de informação. Este modelo é então a base para a realização de futuras investigações com vista à melhoria da qualidade dos cuidados nos serviços por onde preste cuidados aos doentes.

O modelo apresentado não segue com rigor todas as etapas apresentadas podendo surgir umas depois das outras sem a ordem apresentada ser a aplicar, a PBE é uma constante evolução e é importante perceber que por vezes, para aplicar novos conceitos e projetos, é imprescindível regressa à pesquisa científica de novas evidências para que estas suportem a pesquisa mais atualizada possível.

1.4. MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU: TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Com a temática do PIS a aplicar no SU é também importante a reflexão no que concerne às relações interpessoais que os enfermeiros desenvolvem no serviço uma vez que foi evidenciado que a prestação de cuidados de qualidade e em segurança passa também por uma construção de boas relações e o desenvolvimento de competências na área da comunicação. É também função Comum do Enfermeiro Especialista, como disposto no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, artigo 6º, as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade que englobam o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro.

A teoria de Peplau centra-se “no fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no paciente e, a sua teoria, pretende identificar conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal” (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005. P.203).

A teoria apresentada foi desenvolvida em 1952 e a mesma recai sobre a relação enfermeiro-doente. Peplau defende que esta relação deve ser centralizada na empatia, no respeito, na confiança, na comunicação eficaz e na compreensão das necessidades e perspetivas do doente. Segundo Peplau, o enfermeiro serve de vetor facilitador para a promoção da autonomia e autoconhecimento do doente, auxiliando no seu processo de doença (Franzoi, Lemos, Jesus, Pinho, Kamada & Reis, 2016).

“Peplau define também os conceitos estruturais do processo interpessoal, constituído por quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, que se sobrepõem, inter-relacionam-se e variam quanto à duração, à medida que o problema evolui para uma resolução” (Franzoi et al, 2016. P.3656).

Fase de Orientação

Nesta primeira etapa é quando se estabelece o primeiro vínculo com o doente e família, conseguimos perceber a partir de uma conversa inicial qual a necessidade do doente e retirar informações essenciais da família para o processo de cura do doente. Nesta fase é também a orientação dos doentes nos serviços de forma a tentar acalmar o stress e ansiedade provocada pela alteração da sua vida normal (Franzoi et al, 2016). Aplicando esta primeira etapa aos estágios desenvolvidos, podemos afirmar que no SU este momento acontece com a chegada do doente à triagem ou a sala de tratamento inicial. No caso da UCIP podemos considerar este primeiro vínculo aquando da primeira visita da família tendo em conta que nem sempre o doente à entrada está consciente de forma a conseguir estabelecer uma relação com o enfermeiro.

Fase de Identificação

A fase de identificação caracteriza-se pelo entender da forma como o serviço funciona e quais são os objetivos para o doente estar ali. Aqui existe uma exploração por parte do enfermeiro de sentimentos refletidos no doente de forma que o enfermeiro possa auxiliar na solução do problema fortalecendo aspetos positivos na personalidade do mesmo fornecendo a satisfação necessária. A resposta do paciente à enfermeira pode ocorrer de três formas: o paciente participa com a enfermeira atuando de forma interdependente com ela; isola-se e adota uma postura de total autonomia e independência em relação à enfermeira; ou posiciona-se como agente passivo e dependente da enfermeira (Franzoi et al, 2016). Aplicando esta etapa à prática desenvolvida, esta ocorre quando o enfermeiro está a prestar qualquer tipo de cuidado aos doentes, em contexto de SU e mantém um papel de escuta ativa e comunicação eficaz para com os doentes. Apresentam também hipóteses possíveis para os tratamentos necessários. Em contexto de UCI esta fase é aplicada e direcionada também para a família

uma vez que os doentes não estão conscientes para o estabelecimento desta relação com os enfermeiros. Na hora da visita mantém assim o papel de escuta ativa, tal como de comunicação eficaz para com a família de forma a conseguir identificar os recursos disponíveis para os tratamentos possíveis.

Fase de Exploração

A quarta fase é identificada como a fase da exploração na qual o paciente procura todos os recursos disponíveis e profissionais especializados para solucionar as suas necessidades de forma satisfatória. O enfermeiro utiliza instrumentos de comunicação tais como o esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino e a interpretação para atuar no cuidado ao paciente, o qual aproveita os serviços oferecidos para satisfazer as suas necessidades. (Franzoi et al., 2016) Nesta fase, aplicando às atividades desenvolvidas nos estágios podemos afirmar que o encaminhamento dos doentes aos médicos das especialidades, aos exames complementares de diagnóstico e a todos os locais necessários à sua ajuda para satisfazer necessidades. Tal como prestar os ensinamentos necessários no que concerne aos cuidados de enfermagem de forma a promover a autonomia do doente. Aqui podemos afirmar que o doente ainda se mantém dependente da relação construída com o enfermeiro e mantém o preciso da sua ajuda constante para satisfazer as suas necessidades básicas.

Fase de Resolução

A última etapa deste processo segundo a teoria de Peplau é apresentada por uma fase de resolução que se caracteriza pela quebra do laço enfermeiro-doente. Aqui as necessidades do doente são gradualmente satisfeitas o que significa uma maior autonomia por parte dos doentes (Franzoi et al, 2016). Nesta fase, o doente prepara-se para a alta clínica após receber todas as ajudas necessárias ao sucesso do seu processo de cura de forma a ser autónomo nas suas atividades e vida.

“No decorrer destas fases de processo da relação enfermeiro-doente, há mudanças progressivas no papel do doente e do enfermeiro, resultando no amadurecimento e crescimento pessoal de ambos, destacando-se, principalmente, a conquista de autonomia e participação do paciente, que não se trata de um sujeito passivo neste processo, mas de um sujeito ativo” (Franzoi et al, 2016. P.3656).

2. CARATERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

O presente relatório, tem como finalidade a descrição da apreensão de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica. Assim, contemplava o programa de estudos a realização de 2 estágios em unidades diferentes para enriquecer e justificar o processo de aquisição de competências.

O primeiro estágio decorreu no Hospital X, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, entre o dia 22 de maio e o dia 30 de junho de 2023, teve uma duração total de 6 semanas o que compreende um total de 18 turnos traduzidos em 144h em campo de estágio.

O estágio final decorreu no Hospital Y, no Serviço de Urgência, entre o dia 12 de setembro de 2023 e o dia 26 de janeiro de 2024, teve uma duração total de 18 semanas, o que se traduz em 336h em campo de estágio.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

A Unidade Local de Saúde na qual desenvolvi o primeiro estágio, tem sediada no piso 4 do Hospital, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Esta unidade teve início em 1984, na prestação de cuidados ao doente crítico, contando apenas com 5 camas, aumentando em abril de 1997 a sua lotação para 8 camas, recebendo doentes de ambos os sexos, como permanece atualmente.

A UCIP encontra-se disposta fisicamente em circular, encontrando-se centralmente uma área de monitorização central e uma sala de trabalho adjacente onde se encontram os fármacos disponíveis e onde se realiza a sua preparação, de forma a haver uma vigilância contínua de todos os doentes internados. Cada doente tem a sua unidade, separadas fisicamente por cortinados de forma a permitir uma livre e desimpedida circulação entre as mesmas. Para além destas áreas dispõe também de outras, que objetivam o apoio e armazenamento de material. Promovendo o descanso e evitando a ansiedade acrescida dos doentes em situação crítica, a unidade dispõe também de um sistema de climatização e minimização do ruído existente.

A UCIP dispõe de diversos materiais e equipamentos que suportam os cuidados, como central de monitorização e registo, ventiladores, monitores cardíacos equipados com módulos para estudo hemodinâmico e ventilatório, carros de emergência com desfibriladores, *pacing* provisório, aparelho de gasometria e eletrólitos séricos, bombas volumétricas, seringas

infusoras, monitores para técnicas de diálise, entre outros. A unidade do doente usufrui de todo o equipamento necessário, específico e individual para atender às necessidades do mesmo, sendo repostado e limpo diariamente, e quando necessário, permitindo assim maximizar a segurança aquando da prestação de cuidados.

Na UCIP também se encontra sediada a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), encontrando-se nesta todo o material específico e dedicado para o suporte técnico da mesma, bem como a estipulação dos elementos da equipa que integram a EEMI, em cada turno de trabalho. Esta equipa está destinada ao auxílio de doentes no meio intra-hospitalar abrangendo também a área envolvente ao hospital. Dela fazem parte todos os enfermeiros e médicos que realizam turnos na UCIP, ficando escalado um em cada turno. Existe um número telefónico associado a esta equipa, ao qual, apenas telefones internos conseguem ter acesso às chamadas a realizar para o mesmo.

A equipa multidisciplinar é composta atualmente por 26 enfermeiros (incluindo o enfermeiro chefe), 5 médicos, 7 assistentes operacionais, 1 assistente administrativa de secretariado clínico. A distribuição de trabalho é realizada pelo enfermeiro chefe no início de cada turno, bem como a definição do elemento para a EEMI e do elemento que realiza a primeira admissão no serviço no caso de entradas de doentes novos.

A prestação de cuidados na UCIP tem por base uma continuidade dos mesmos de turno para turno, havendo no fim de cada turno uma passagem aos enfermeiros que entram, havendo um quadro na sala da passagem de turno onde estão descritos os doentes internados na unidade, a respetiva cama, idade, data de admissão, familiar responsável e contacto do mesmo.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência (SU) onde decorreu o estágio final é composto fisicamente por vários gabinetes de tratamento, gabinetes médicos, de triagem, sala de emergência, gabinete de enfermeiro chefe, sala de pausa de enfermagem, serviço de observação, copa e serviços administrativos.

Os serviços administrativos possuem 2 postos de trabalho e dão apoio ao serviço de urgência 24h por dia, funcionam também em regime de turno de 8h nos quais estão distribuídos 2 administrativos na manhã, 2 na tarde e 1 na noite. Existe também um posto de trabalho junto dos serviços administrativos que se encontra destinado ao segurança da urgência, presente 24h por dia.

O gabinete de triagem possui um posto de trabalho com computador e monitor para avaliação de sinais vitais, de forma que exista uma correta triagem dos doentes, segundo o sistema de triagem de Manchester.

Os doentes são localizados no serviço consoante a cor da pulseira, a sua necessidade de vigilância e os tratamentos associados. Existe uma sala de pulseiras verdes, com capacidade de observação para 4 doentes, onde conta com a presença de um gabinete médico dentro da mesma. Esta sala possui apenas gabinete de observação para médico de clínica geral, não existindo nenhum posto de enfermagem.

Os médicos que estão de serviço à urgência têm 2 gabinetes junto do balcão dos doentes com pulseiras amarelas. Estes gabinetes são compostos cada um por um computador e por material necessário à observação dos doentes.

O balcão dos doentes com pulseira amarela é então composto por 2 postos de enfermagem, com 2 computadores. Esta sala destina-se à realização dos tratamentos prescritos pelos médicos. Nesta sala existem vários armários com material de consumo clínico, vários monitores de avaliação de sinais vitais e monitores de monitorização cardíaca, rampas de oxigenoterapia, carro de punções, máquinas de avaliação de glicémia capilar e um carro de medicação descarregada sob um sistema informático, Pyxis. Nesta sala, existe a capacidade também para vários doentes, consoante a necessidade do serviço, mas o ideal será 5 doentes, pela presença das 5 cortinas de corte para garantir a individualidade e a privacidade de cada pessoa.

A sala de Emergência, local foco para a aprendizagem no Estágio. Nesta existe disponível um posto de trabalho com computador destinado ao médico e dois postos de trabalho com computador destinados a dois enfermeiros. A sala é composta por duas unidades com duas macas destinadas ao tratamento do doente crítico. Cada unidade é composta por um monitor cardíaco, uma rampa de oxigénio, um sistema de aspiração, uma bomba infusora que deve estar sempre conectada à eletricidade, e um armário com material de consumo clínico destinado à permeabilização da via aérea, respiração, circulação e eliminação. Encontra-se na sala de emergência um balcão de trabalho, onde está presente toda a terapêutica mais utilizada em situação de emergência dividida e identificada em gavetas, bem como material de consumo clínico destinado à circulação, inerente à colocação de acessos venosos e administração de terapêutica endovenosa.

O gabinete de enfermagem/sala de pausa, possui também 2 computadores que funcionam como postos de trabalho para os enfermeiros que estão de apoio. Estes estão destinados à prestação de cuidados dos doentes que se encontram internados em corredor, por não haver vagas de internamento no Serviço de Observação (SO).

No SU existe também um gabinete destinado à pequena cirurgia, onde se realizam todos os procedimentos inerentes à cirurgia que não seja considerada major e não necessite de

cuidados e procedimentos mais complexos. Existem também gabinetes médicos destinados às especialidades, como ortopedia, oftalmologia e medicina interna.

Existem também 3 salas de espera, onde os doentes estão distribuídos consoante a necessidade do serviço. Os doentes de pediatria e obstetrícia que recorram ao SU têm um itinerário diferente que os remete de imediato para as especialidades e os pisos do hospital correspondentes. Estes doentes apenas vão para a urgência geral quando necessitam de cuidados na sala de emergência.

Anexado ao SU existe um serviço de observação, composto por 15 camas de internamento e uma cama de emergência. Neste serviço existem 3 postos de trabalho de enfermagem, 5 camas para cada enfermeiro. Todas as unidades destes doentes são compostas por monitor para monitorização cardíaca, rampa de oxigénio e sistema de aspiração. Nesta zona da urgência é onde se encontram também os ventiladores para ventilação não invasiva. Neste serviço existem também gabinetes destinados aos médicos e sala de pausa para os mesmos. Existem também vários armários destinados à roupa, armazém de material de consumo clínico e a copa. No corredor encontra-se também um carro de emergência que dá apoio ao SO e um sistema de terapêutica Pyxis.

Relativamente à equipa de Enfermagem, é composta por 55 enfermeiros, sendo 12 destes Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3 em Enfermagem de Reabilitação, 2 em Saúde Pública, 5 a realizar Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e 33 Enf. Generalistas. Relativamente ao plano de trabalho por turno, este é adquirido semanalmente com a divisão dos enfermeiros pelos postos de trabalho: SO, Apoio (responsável Projeto de Estágio 12 pelos doentes internados em corredor sem vaga no SO), Sala de Emergência, Chefe de Equipa, Balcão e Triagem. O método de trabalho utilizado no serviço é o método por Enfermeiro Responsável.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O Projeto de Intervenção em Serviço(PIS), foi desenvolvido no âmbito do estágio final que decorreu no Serviço de Urgência do Hospital Y. O mesmo foi concebido através da metodologia de projeto em saúde que sustenta a base para a realização e implementação de novos indicadores de qualidade ao serviço. Assim, com o desenvolvimento do PIS no serviço em questão, foi possível iniciar um processo de melhoria de qualidade dos cuidados, tendo sempre em conta a evidência científica tal como referido no modelo teórico de Larrabee. O tema do projeto conjuga o modelo supracitado com a teoria das relações interpessoais desenvolvido por Peplau e apresentado também no presente relatório.

“Os pressupostos teórico-metodológicos que deram origem ao projeto de intervenção, remontam à área do planeamento em saúde e à pesquisa-ação, caracterizando-o como instrumento de elevada complexidade, que se apresenta simultaneamente como ferramenta de gestão e método científico” (Xavier, Sampaio, Gomes, Nascimento & Esperidião, 2018).

“A Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010. P.2). Desta forma, resumimos o que é o PIS uma vez que todas estas etapas foram necessárias para o sucesso da sua criação. Primeiro foi identificado um problema real do serviço e definir estratégias para a sua solução. “A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo et al, 2010. P.3).

Ruivo et al (2010) afirmam que a metodologia de projeto assume características essenciais como o fato de ser uma atividade intencional no sentido de pressupor um objetivo formulado pelos autores e executores do projeto que dá sentido às várias atividades e têm uma solução final. Esta metodologia pressupõe também iniciativa e autonomia dos autores do projeto. A autenticidade do projeto segundo Ruivo et al (2010) é também uma das caraterísticas essenciais uma vez que se retrata de uma coisa genuína e estudada para ser aplicada naquelas condições definidas pelos autores. A complexidade e incerteza tal como o carácter prolongado e faseado são também caraterísticas associadas a esta metodologia.

O objetivo principal associado à metodologia de projeto prende-se com a resolução de problemas de forma a serem adquiridas capacidades e competências de características pessoais com vista à resolução de problemas e à elaboração e concretização de projetos pessoais numa situação real. (Ruivo et al, 2010) Esta metodologia é desenvolvida em várias

etapas que compreendem a fundamentação teórica e a explicitação da própria metodologia; o diagnóstico de situação; a definição de objetivos; o planeamento; a execução e avaliação e a divulgação de resultados. (Ruivo et al, 2010)

O projeto apresentado foi elaborado segundo todas as etapas supracitadas com vista ao cumprimento da metodologia supracitada de acordo com a correta aquisição de competências e capacidades numa melhoria da qualidade dos cuidados.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto em saúde. Aqui é onde identificamos o problema a ser trabalho com vista à melhoria da qualidade tendo sempre por base os relatos de quem está em campo e sente necessidade de alterações. A elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada caracteriza esta fase, ou seja, é a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. (Ruivo et al, 2010)

A problemática abordada neste projeto de intervenção, vem contribuir para a melhoria dos padrões de qualidade do mesmo, uma vez que consiste na elaboração de uma norma para padronizar e uniformizar a prática de um cuidado ao doente e família. O projeto foi aplicado no Serviço de Urgência onde decorreu o estágio final, mais propriamente no Serviço de Observação integrado no referido SU. O intuito deste projeto é iniciar o que seja um esboço de norma para que mais tarde possa ser limpa e aperfeiçoado consoante as necessidades e dinâmica do próprio serviço.

As autoras supracitadas referem que o diagnóstico de situação é dinâmico no qual a situação encontrada para melhoria pode sofrer alterações consoante as necessidades e alterações nas suas características. Assim, trata-se de um processo contínuo que é composto por um ponto inicial com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes.

A escolha do tema para a realização do PIS prende-se também com uma parte mais teórica da nossa prática clínica, mas que vai ao encontro das funções enquanto Enfermeiro Especialista. A forma como transmitimos notícias sobre os doentes à família não estava padronizada no serviço e maior parte das vezes nem havia qualquer tipo de comunicação entre o enfermeiro e familiares dos doentes, provocando assim aspetos negativos na prática clínica dos profissionais. A quem transmitimos as notícias também não estava definido no presente serviço o que muitas vezes podia provocar a quebra do sigilo profissional, uma vez que por chamada telefónica não sabemos quem é o remetente da mensagem.

Nesta primeira fase inicia-se a Investigação na procura do tema a abordar no projeto. Assim, durante as primeiras semanas de estágio foi investigado juntos dos colegas, Enfermeiro Orientador, Professora Orientadora e Enfermeiro Chefe do serviço, qual a temática com maior interesse para ser aplicada e para provocar interesse na equipa.

A observação direta e a consulta de documentos presentes no serviço foram a primeira abordagem de identificação do problema. Ruivo et al (2010) afirmam que é imprescindível a observação direta do contexto e pessoas, todos os intervenientes e atividades sendo assim a base para a sua correta e fiável utilização.

Durante as primeiras semanas de estágio, foram observados diretamente os cuidados aos doentes internados e identificar que a comunicação com a família não fazia parte destes cuidados. O fato de cada família ligar quando quer e não ser um momento oportuno para o enfermeiro, por estar a prestar cuidados diretos ao doente, é um entrave ao desenvolvimento da relação enfermeiro-família. A hora das visitas é a única ocasião em que o enfermeiro tem contacto com a família e fornece informações caso a mesma solicite. O único contacto que o enfermeiro faz de livre vontade para com as famílias é na comunicação de más notícias, ou seja, em caso de morte ou agravamento. A parte do registo e atualização dos contatos foi também uma “falha” encontrada a partir de observação direta, onde pude constatar que o registo do contacto com a família, seja presencial ou telefonicamente, não é feito tal como os contatos dos familiares responsáveis não estão atualizados. Aqui existe uma necessidade de uniformização de cuidados para que toda a equipa cumpra o procedimento de forma correta.

Segundo Ruivo et al (2010), nesta fase um dos aspetos a ter em consideração é a qualidade e pertinência do problema, assim, para além da observação direta, foi também realizada uma reunião com o Enfermeiro Chefe do serviço e o Enfermeiro Orientador, a fim de compreender qual a sua opinião a cerca da pertinência do tema. Esta reunião conjunta permitiu então uma síntese mais completa, dinâmica e compreensiva.

Assumimos assim como ponto a melhorar a sugestão dada pelo Enfermeiro Chefe do serviço, servindo de ponto de partida para a realização do projeto, que se prende então com a comunicação com os familiares dos doentes internados. O mesmo referiu que não há um contacto assíduo com os familiares dos doentes, confirmando assim a observação realizada nas primeiras semanas. O Enfermeiro Chefe referiu também que é um padrão de qualidade para questões de avaliação do serviço e não está a ser cumprido. Referiu também sentir necessidade de ser normalizada esta prática, para que todos os enfermeiros sigam o mesmo protocolo e a mesma forma de fazer os contatos. Permite também uma menor difusão de informação a cerca dos doentes tal como quebra do sigilo profissional por parte dos enfermeiros.

Para sustentar as duas formas apresentadas de identificação do problema, foi realizada uma análise SWOT de forma a caracterizar a equipa existente no serviço. A análise SWOT permite-nos encontrar as forças, as oportunidades, as fraquezas e as ameaças relativamente à equipa, a sigla significa strenghts, weaknesses, opportunities e threats (SWOT). (Raeburn, 2024) “A aplicação da análise SWOT dividiu-se em ambiente interno, com as forças e as fraquezas, e ambiente externo, com as oportunidades e ameaças” (Scherer, Cattani, & Silva, 2020).

A análise SWOT “trata-se de uma ferramenta estrutural que possui como principal finalidade avaliar os ambientes internos e externos de uma empresa/organização, formulando estratégias de negócios, procurando aperfeiçoar seu desempenho” (Schereret al, 2020).

A presente análise tem um carácter subjetivo uma vez são os pontos encontrados pelo investigador e os quais o mesmo considera que precisam de melhoria ou ser intervencionados. Segundo Schereret al (2020) “ela pode auxiliar em diversos aspetos, principalmente na tomada de decisão, lembrando que se trata de uma análise subjetiva”.

Tendo em conta o projeto a aplicar no serviço foram analisadas as necessidades da equipa e do presente serviço de forma a conseguir intervencionar conforme o pretendido. A análise SWOT realizada para aplicação do mesmo é revelada na tabela a baixo que nos permite identificar as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças da presente equipa consoante o serviço em questão.

Ambiente Interno	Forças	Fraquezas
	✓ Existência de uma equipa jovem na prestação de cuidados; ✓ Existência de vários profissionais especialistas na PSC; ✓ Material disponível nos postos de trabalho para uma correta comunicação de notícias com os familiares;	✓ Rotatividade de profissionais no serviço; ✓ Profissionais pouco despostos para a importância da comunicação com os familiares; ✓ Ausência de instrução de trabalho no serviço; ✓ Ausência de Instrumento de Registo para a comunicação com os familiares; ✓ A rotatividade dos doentes no serviço; ✓ Predomínio de várias classes profissionais envolvidos na comunicação com os familiares dos doentes;
Ambiente Externo	Oportunidades	Ameaças
	✓ Uniformização de cuidados a ser prestados no serviço; ✓ Uniformização do procedimento de escolha do familiar de referência para contacto do serviço;	✓ Ausência de política institucional direcionada para a comunicação;

Tab. 1. Análise SWOT

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é a segunda etapa da metodologia de projeto em saúde. O diagnóstico da situação completa a primeira etapa da metodologia em projeto de forma a reunir toda a informação necessária consoante as necessidades do serviço e qual a necessidade de definir estratégias para mais tarde conseguir aplicar o projeto desenvolvido. Após a definição da temática é importante definir objetivos para que seja sentida a importância da definição de estratégias. É assim reconhecida como a segunda etapa da metodologia de projeto, a definição dos objetivos do mesmo. “Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao específico” (Ruivo et al, 2010. P.18).

Assim, podemos definir um objetivo geral que comporta a finalidade principal do projeto em questão e que serve de linha orientadora para as primeiras investigações. Ruivo et al definem os objetivos gerais como fornecedores de indicações a cerca das capacidades a adquirir após a aplicação do projeto. Referem ainda que estes são enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. As competências englobadas nos objetivos gerais são descritas como complexas e amplas tem em conta os conhecimentos a adquirir.

Os objetivos específicos são caracterizados pela sua especificidade uma vez que afunilam o objetivo geral, tornam-nos mais concreto e acabam por dividi-lo em várias partes. São assim caracterizados pelos autores anteriormente mencionados como indicadores de conhecimentos e aptidões que devemos adquirir após aplicação do projeto. Sendo que os resultados dos objetivos específicos é a subdivisão do objetivo geral complementado com várias atividades e mais vastas.

A definição de objetivos inicia com o traçar do objetivo geral uma vez que deste advém então todos os objetivos específicos. É então relacionável o número de objetivos específicos consoante a complexidade atribuída ao objetivo geral, ou seja, quanto mais complexidade for fornecido o objetivo geral, em maior número serão apresentados os objetivos específicos. (Ruivo et al, 2010).

Consoante o enquadramento acima descrito foi então elaborado o objetivo geral do presente projeto, tendo em conta a temática a abordar e após ter sido realizado todo o processo de diagnóstico de situação. Afirmo que o objetivo geral do PIS é: **“Elaborar uma norma de procedimento sobre a comunicação com a família de um doente durante o seu internamento em Serviço de Observação”**. O presente objetivo foi delineado tendo em conta o resultado do projeto, uma vez que o mesmo foi desenvolvido com o intuito de criar uma

normalização desta prática e uniformizar os cuidados a prestar pelos enfermeiros do presente serviço.

Os objetivos específicos do PIS, foram elaborados a partir do objetivo geral supracitado e são apresentados assim:

- **“Mapear as necessidades do serviço para a melhoria dos padrões de qualidade na área da comunicação;”**
- **“Realizar uma *Scoping Review* (SR) que sustente os assuntos, critérios e formas de informar a família e contribuir para a construção da norma;”**
- **“Estabelecer a rotina que sustente a comunicação com a família durante o internamento.”**

Todos os objetivos delineados e supracitados assentam em bases conforme os enunciados descritivos afetos à OE que assumem a segurança como uma qualidade de cuidado. Estes enunciados centram-se também no bem-estar do doente e veem o doente e seus pares como um todo. Delineamos objetivos com vista a encontrar a mais recente evidência científica, mantendo uma temática atualizada e sobre a qual é importante refletir. A segurança dos cuidados é também ponto chave para uma prestação com qualidade que tal como referido no diagnóstico de situação não estava a ser cumprida tendo em conta que a comunicação com os familiares dos doentes internados no SU do Hospital Y era inexistente ou muito rudimentar.

3.3. PLANEAMENTO

A terceira etapa da metodologia de projeto em saúde é denominada de planeamento, o momento em que são definidas as estratégias a realizar de forma a conseguirmos atingir os objetivos delineados na etapa anterior. Ruivo et al (2010) afirmam que nesta fase da metodologia referida é a altura em que são definidas as atividades a realizar, tal como os recursos necessários bem como as limitações e condicionantes da realização do trabalho.

Como primeira instância, o presente projeto foi discutido e elaborado com a Professora Orientadora, Enfermeiro Orientador e Enfermeiro Chefe do SU do Hospital Y, assim foi possível definir o que era essencial intervencionar e as linhas principais que o projeto deverá seguir. Os recursos necessários foram também discutidos e delineados tendo em conta a formação dos profissionais presentes no serviço. Desta forma, foi direcionado o projeto para o início de uma prática que não está presente no serviço, de forma a conseguir que os enfermeiros que nele prestam cuidados sigam uma norma a aplicar com base na formação e nos cuidados com qualidade e em segurança.

Os recursos financeiros inerentes à aplicação deste projeto prendem-se apenas com os custos associados ao presente mestrado por mim suportados, não apresentando nenhum custo financeiro a realização das sessões de formação a apresentar aos enfermeiros do serviço. Os recursos materiais passam apenas pela sala disponível, o computador e a plataforma zoom para apresentação e realização da sessão de formação de forma a expor a norma realizada à presente equipa.

Após delinear o projeto a realizar e os recursos a utilizar, são definidas as atividades com base num cronograma, para que as mesmas sejam definidas em espaços temporais de possível execução. O cronograma é definido por Ruivo et al (2010) como uma premissa importante de forma a impor a necessária revisão das estimativas, de recursos e durações.

O cronograma elaborado para este projeto compreende 4 fases principais em espaços temporais diferentes. Como primeira instância é realizado um resumo do presente projeto, apresentado no apêndice I deste relatório para ser apresentado à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre e um pedido de elaboração e aplicação do mesmo, apresentado no apêndice II, ao Conselho de Administração do Hospital onde o mesmo será para aplicar. Encontra-se no anexo I a resposta positiva para aplicação do projeto no serviço por parte do Conselho de Administração do referido hospital. Após apresentação dos referidos pedidos, inicia-se no cronograma a Investigação que tem por base uma SR para promover a prática baseada na evidência e reunir toda a bibliografia existente a cerca da temática a abordar.

Na terceira fase do cronograma está presente a elaboração da norma e apresentação da mesma ao Enfermeiro Chefe do SU, ao Enfermeiro Orientador e Professora Orientadora para revisão e melhoria da mesma. Em última instância é então apresentada a Sessão de Formação aos colegas do serviço e discussão da norma apresentada de forma a ir ao encontro das necessidades e capacidades dos enfermeiros que prestam cuidados.

Após conceção de todas as etapas anteriormente referidas e de todos os pedidos formalizados e realizados às entidades competentes, dei início ao projeto dando resposta aos objetivos a que me propus com o mesmo.

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo específico **“Mapear as necessidades do serviço para a melhoria dos padrões de qualidade na área da comunicação;”** as estratégias/atividades definidas para concretização do mesmo foram:

- Observação direta dos cuidados;
- Pesquisa de normas já presentes no serviço em relação à comunicação estabelecida com os familiares dos doentes internados.

Assim foi possível constatar que havia uma necessidade de melhoria contínua no que concerne ao estabelecimento de uma relação com os familiares dos doentes através da comunicação com os mesmos. As atividades referidas anteriormente serviram também de ponto de partida para a escolha da presente temática uma vez que foi referido pelo Enfermeiro Chefe uma necessidade de intervenção para a melhoria da qualidade em questões de avaliações internas do presente serviço.

O segundo objetivo específico do presente projeto apresenta-se da seguinte forma: **“Realizar uma Scoping Review que sustente os assuntos, critérios e formas de informar a família e contribuir para a construção da norma;”** Tendo em conta o objetivo apresentado, as estratégias definidas prendem-se com:

- Pesquisa Bibliográfica a cerca do tipo de comunicação existente entre os familiares e os enfermeiros;
- Pesquisa Bibliográfica a cerca dos benefícios para a melhoria constante do estado de saúde dos doentes acarretada pela comunicação entre os enfermeiros e os familiares.

Segundo descrito no manual da evidência de Joanna Briggs Institute (JBI), uma SR segue a metodologia **PCC** que se define como População, Conceito e Contexto. Através desta metodologia conseguimos afunilar a pesquisa somente ao que vá ao encontro da temática abordada. Assim na presente SR podemos definir o PCC abaixo indicado:

- **População** – A população em estudo é apresentada como os “enfermeiros do serviço de urgência” e toda a pesquisa a efetuar recai sobre a forma como estes comunicam com os familiares dos doentes em internamento;
- **Conceito** – O conceito em estudo é o tipo de comunicação que os enfermeiros mantêm com os familiares dos doentes em internamento. Recai assim sobre a comunicação o conceito principal em estudo na presente SR;
- **Contexto** – O contexto será então definido pelo serviço de urgência, uma vez que queremos encontrar a mais recente evidência científica acerca da comunicação neste contexto para dar suporte ao PIS.

Após definição da metodologia acima apresentada surge então como pergunta de investigação a seguinte: **“Como se caracteriza a comunicação entre os enfermeiros e a família dos doentes internados na urgência?”**

Para dar resposta à pergunta apresentada foi realizada uma pesquisa em bases de dados utilizando os motores de busca: EBSCOhost e Google Académico. Para tal foi delineada uma estratégia de pesquisa e foram selecionadas palavras-chave presentes quer nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) quer no Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores

presentes na plataforma anteriormente descrita têm como objetivo servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais. Os descritores utilizados foram **Comunicação** – “Communication”; **Serviço de Emergência** – “Emergency Service”; **Família** – “Family” e **Enfermagem** – “Nursing”. Aquando da realização da pesquisa no motor de busca selecionado utilizámos o operador booleano “AND”.

A pesquisa realizada no motor de busca EBSCOhost deu um total de 97 artigos que após aplicação de critérios de exclusão e inclusão obtive um resultado final de 4 artigos que cumprem os critérios para inclusão no presente estudo. Os critérios de inclusão utilizados foram “texto integral”, “revisto pelos pares”, “artigos dos últimos 5 anos (2019-2023)”. Como critério de exclusão, foram eliminados todos os artigos que tivessem em duplicado. Por último foram lidos os títulos e resumos de todos os artigos após a seleção feita anteriormente que resultou então nos 4 artigos para avaliar em estudo.

No Google Académico, foi utilizado “comunicação com os familiares do doente no serviço de urgência” como termo de pesquisa o que resultou um total de 6070 artigos, nos quais foram também aplicados critérios de exclusão e inclusão, e obtive um resultado final de 4 artigos. Os critérios de inclusão aplicados contemplam “artigos de revisão”, “páginas escritas em português” e “artigos dos últimos 5 anos (2019-2023)”. Após esta seleção foram também lidos os títulos e resumos dos artigos encontrados e selecionados então os 4 que foram incluídos no estudo. Concluo assim a pesquisa de artigos com um total de 8 artigos que foram analisados e avaliados para realização de SR. A presente SR apresenta-se no capítulo 4 do relatório.

Os 8 artigos encontrados conseguem caraterizar a comunicação entre os enfermeiros e as famílias dos doentes, bem como identificar quais os benefícios que a mesma acarreta quando eficaz. Os principais resultados obtidos refletem uma comunicação baseada na confiança e na inclusão da família no tratamento ao doente. A importância da relação terapêutica é transversal a todos os artigos e os benefícios no tratamento ao doente que a mesma acarreta. É também evidenciado em todos os artigos a gestão de emoções e a gestão de stress quando a comunicação entre os enfermeiros e os familiares é eficaz, contribuindo assim para a melhoria do estado de saúde dos doentes. As principais necessidades que os familiares reportam, prendem-se com a atualização de informação do estado de saúde do doente, uma comunicação eficaz e adaptada às limitações de cada um, a humanização dos cuidados de forma a centrar estes nos doentes e nas necessidades individuais dos mesmos e família e apoio emocional prestados aos familiares sempre que possível.

A vertente da formação a nível da aquisição de competências na área da comunicação é também evidenciada nos artigos em estudo uma vez que estas fornecem ferramentas para o tratamento à família e doentes.

O terceiro e último objetivo específico do PIS enuncia-se da seguinte forma: **“Estabelecer a rotina que sustente a comunicação com a família durante o internamento.”** As estratégias adotadas para conseguir atingir o objetivo supracitado foram as seguintes:

- Elaboração de norma para aplicação no serviço de forma a estabelecer horários de comunicação com a família;
- Incluir nos registos de enfermagem notas em conforme essa comunicação foi realizada.

De forma a cumprir este objetivo foi então elaborada uma norma, que mais tarde poderá ser revista de forma a responder à necessidade do serviço e ir ao encontro com a rotina dos enfermeiros na prestação de cuidados. Encontra-se no apêndice III a proposta de norma apresentada aos colegas do serviço em questão e ao Enfermeiro Chefe para ir ao encontro da temática do projeto.

Na norma consta o horário estabelecido para o contacto com os familiares de referência dos doentes que estão internados no serviço pelo enfermeiro responsável pelos mesmos no turno. Fica então estabelecido dois contactos por dia, um no turno da manhã e um no turno da tarde, a realizar pelo enfermeiro responsável pelos doentes no turno. Esse contacto deve ser atualizado à entrada do doente na urgência e confirmado pelo enfermeiro que tem o primeiro contato com o doente em sala de tratamento ainda antes do internamento. O contato feito diariamente deverá ser deixado registado em notas de enfermagem tal como o contato após atualização.

Na quarta e última fase apresentada no cronograma foi marcada então a Sessão de Formação em conjunto com a disponibilidade da Professora Orientadora, do Enfermeiro Chefe do Serviço e de salas disponíveis para o efeito segundo o Gabinete de Formação do referido hospital. A SF foi agendada mediante disponibilidades de recursos na sala de conferências do Hospital Y, onde foi disponibilizado um computador com a plataforma necessária para apresentação via zoom, tendo também a opção de ser presencial. Após verificação da disponibilidade de todos os principais intervenientes e recursos materiais, foi afixado na sala de pausa de enfermagem do referido serviço, um documento onde era referido o dia, o título da sessão, os formadores e os locais onde a qual ia ser apresentada.

A SF foi lecionada pela estudante em causa em conjunto com o Enfermeiro Orientador que deu início à mesma. Contou com a presença da Professora Orientadora e o Enfermeiro Chefe do serviço. Apresentavam-se ainda em sala cerca de 6 enfermeiros prestadores de cuidados no serviço e os restantes assistiram à mesma via zoom. Por motivos alheios, não foi possível contabilizar o número de enfermeiros que assistiam via internet.

Apresenta-se no apêndice IV o plano elaborado para a SF em causa intitulada de “Comunicação com os familiares dos doentes internados em Urgência”. A SF teve como suporte teórico o documento presente no apêndice V.

Para a referida SF foram delineados objetivos a atingir. O objetivo geral da mesma apresenta-se como: **“Apresentar a norma elaborada para implementação no Serviço de Observação.”** Este objetivo representa o fundamento principal da sessão de formação, uma vez que o projeto foi desenvolvido para a criação de uma norma e a SF serve principalmente para apresentar aos enfermeiros que prestam cuidados no serviço qual a norma elaborada e qual o contributo que estes podem fornecer para melhoria da mesma.

Os objetivos específicos da mesma SF apresentam-se seguidamente:

- **“Desenvolver uma melhoria na qualidade dos cuidados de Enfermagem a praticar no serviço de observação através da aplicação da norma;”**
- **“Promover o projeto desenvolvido durante o estágio final;”**
- **“Adquirir conhecimentos sobre técnicas de comunicação em Enfermagem.”**

O primeiro objetivo específico definido para esta sessão de formação, que se intitula de **“Desenvolver uma melhoria na qualidade dos cuidados de Enfermagem a praticar no serviço de observação através da aplicação da norma”** aborda uma das principais competências do Enfermeiro Especialista uma vez que segundo o Regulamento nº140/2019, publicado em Diário da República, o artigo 6º aborda a competência da melhoria contínua da qualidade. Assim, é referido que o enfermeiro especialista colabora em programas de melhoria contínua desenvolvendo práticas de qualidade.

Desta forma, o objetivo referido contribui para a uniformização dos cuidados, tal como com contribuição para a melhoria da qualidade interna do serviço como já foi referido anteriormente no presente relatório. A melhoria dos cuidados de Enfermagem também é evidente, uma vez que com esta norma, será possível uma ligação mais assertiva com os familiares dos doentes, contribuindo assim para a segurança dos cuidados. A segurança dos cuidados é também abordada nas competências do Enfermeiro Especialista apresentado no artigo 6º do Regulamento nº140/2019.

O segundo objetivo específico da SF apresenta-se como **“Promover o projeto desenvolvido durante o estágio final”**. Assim, a SF tem como uma das principais finalidades apresentar o projeto desenvolvido em estágio de forma a adquirir e justificar as competências atribuídas à categoria de Enfermeiro Especialista. Este objetivo serve também para apresentar aos enfermeiros prestadores de cuidados no serviço quais as possíveis alterações que o mesmo possa ter e de que forma podem contribuir, adaptando a norma desenvolvida à sua realidade e à sua prática clínica.

O terceiro objetivo intitula-se de **“Adquirir conhecimentos sobre técnicas de comunicação em Enfermagem.”** Com este objetivo apresenta-se uma parte teórica na SF que atribui alguma informação sobre técnicas e quais os tipos de comunicação. Leite (2020) afirma que a “eficácia da comunicação em Enfermagem, é essencial para que haja troca de informação segura entre profissionais de saúde, entre profissionais e a pessoa internada e também com a sua família”. Assim, assumo este objetivo como essencial uma vez que traz à equipa não só benefícios no que concerne à comunicação com os doentes, como também com os familiares e até entre pares nas equipas.

Após o término da SF foi aplicado um questionário que se apresenta no apêndice VI, em que constam 2 partes diferentes de resposta rápida. O questionário aplicado garante o anonimato e a proteção de dados de todos os inquiridos não sendo possível a identificação de nenhum dos intervenientes.

A primeira parte denominada de “Caraterização dos Inquiridos”, solicita dados que caracterizem os formandos como o intervalo de idade em que se encontram, qual o grau de escolaridade que detém e se são detentores de título de especialista. Numa segunda parte, atribui o título de “Avaliação da Sessão de Formação” na qual têm de quantificar qual o grau de satisfação legendado de 1-4, sendo que 1 é Insatisfeito e o 4 corresponde ao Muito Satisfeito. Esta avaliação engloba a sessão de formação lecionada, a avaliação da formadora, a avaliação dos recursos tecnológicos utilizados e por fim sugere melhorias.

Por motivos que me são alheios, é de realçar que as respostas ao questionário foram em quantidade reduzida o que não permite através do mesmo atribuir um grau quantitativo à sessão apresentada. Por outro lado, afirmo que o tema foi de bastante interesse para os presentes, uma vez que surgiu após término dos conteúdos lecionados um debate entre a equipa, quer os presentes quer os enfermeiros que se encontravam via zoom, de forma a chegarem a um consenso para o que é fazível nos seus contextos de prestação de cuidados. Este debate contou com a presença do Enfermeiro Chefe, o mesmo forneceu alguns esclarecimentos acerca da norma apresentada e referiu também que a mesma terá de ser trabalhada e implementada aos poucos no serviço.

3.4. EXECUÇÃO

A fase da execução contempla a quarta fase da metodologia de projeto em saúde e é definido por Ruivo et al (2010) como uma materialização para a realização e pôr em prática tudo o que foi planeado anteriormente. Segundo os autores anteriormente mencionados, esta

fase da metodologia de projeto, assume uma importância significativa para os participantes do projeto uma vez que possibilita as suas vontades e necessidades através de ações planeadas.

Nesta fase, a norma elaborada sofreu alterações conforme as sugestões do Enfermeiro Chefe para que possa mais tarde vir a ser trabalhada e aplicada. Após a apresentação da sessão de formação, fui informada pelo Enfermeiro Orientador que foi criado no serviço um grupo de trabalho encarregue de dar ênfase à proposta de norma realizada e “limar” as arestas necessárias para que estas sejam factíveis.

De realçar que o tempo de estágio não é suficiente para conseguir implementar por completo o projeto, uma vez que todas estas propostas e alterações sofrem várias etapas a cumprir, nomeadamente a nível do Conselho de Administração do Hospital para dar uma resposta positiva à implementação das mesmas.

Numa primeira instância o Enfermeiro Chefe afirmou durante a sessão de formação que já estaria a ser criado um poster para colocar na entrada do serviço de urgência que fornecia a informação necessária para a atualização dos contactos por parte dos doentes e familiares que os acompanham na ida à urgência. O sistema de contacto por parte do hospital também tem de ser atualizado e trabalho, uma vez que estes utilizam o sistema de “SMS” e maior parte dos doentes do serviço não têm como ser contactos pois não são possuidores de telemóveis.

Todas estas questões anteriormente descritas influenciam a aplicação do projeto e apresentam algumas questões éticas e relevantes que levam tempo a ser resolvidas tendo em conta a duração do estágio final.

A temática abordada na SF também foi debatida com os colegas do serviço em contexto de diálogo, onde os mesmos puderam tirar dúvidas a cerca do projeto a implementar a dos conteúdos lecionados na sessão. Assim, os colegas forneceram também aí um “feedback” positivo em relação ao tema e à necessidade de o mesmo ser implantado não só pela segurança dos cuidados como também pela salvaguarda dos profissionais no fornecimento de informação à família, mantendo sempre a proteção dos doentes e cumprindo a lei da proteção de dados inerente à nossa profissão tal como o cumprimento do sigilo profissional.

3.5. AVALIAÇÃO

A avaliação contempla a sexta e penúltima fase da metodologia de projeto e é o momento em que conseguimos perceber e avaliar se o projeto é factível, quais as melhorias e etapas a alterar tendo em conta que será sempre projetado para um objetivo de melhoria contínua sofrendo alterações consoante as necessidades materiais e humanas.

Segundo Ruivo et al (2010) cita Carvalho (2001) referindo que a avaliação contínua do projeto permite uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados.

O objetivo principal deste projeto é a uniformização de cuidados e a promoção da melhoria contínua da qualidade no serviço em questão. Desta forma, a avaliação do projeto teria de passar pelas auditorias internas, uma vez que o serviço é avaliado pela prática e pela forma como formaliza as coisas. A norma contribui para uma melhoria na avaliação do serviço e permite que este reformule a forma que traga benefícios ao mesmo. Esta avaliação só pode ser realizada após aprovação por parte do Conselho de Administração do Hospital aprovar a aplicação da mesma no serviço.

A avaliação dos profissionais passaria por uma auditoria aos registos de enfermagem de forma a compreender se todos os enfermeiros do serviço estavam a cumprir com as ligações realizadas aos familiares dos doentes, bem como a proceder de forma correta aos registos dessas ligações e ao registo à entrada da atualização dos contactos. A observação direta de cuidados, 6 meses após a implementação da norma também seria utilizada para avaliação dos profissionais de forma a compreender se cumprem com o aplicado no serviço.

O objetivo principal desta avaliação é que todos os enfermeiros procedam às chamadas para os familiares dos doentes tanto no turno da manhã como no turno da tarde para informar as famílias de qualquer alteração nos doentes, bem como para informar sobre alterações realizadas a nível de cuidados de Enfermagem. É também objetivo desta avaliação a garantia de que todos os doentes têm a nível hospitalar os contactos atualizados para qualquer eventualidade que exista com os doentes.

O primeiro momento de autoavaliação do projeto ocorreu com o término da SF uma vez que os enfermeiros que prestam cuidados no serviço tiveram a oportunidade em contexto de debate, apresentar quais as opções e alterações que fariam à norma apresentada tendo em conta que são estes profissionais que a vão pôr em prática e terão de a cumprir caso a mesma venha a ser aplicada. A avaliação referida nos parágrafos anteriores já seria uma avaliação final do projeto após o mesmo estar em vigor no serviço.

A heteroavaliação ocorreu assim com o preenchimento dos questionários, embora as respostas tenham sido rudimentares e não seja possível tirar conclusões fidedignas uma vez que demonstram a opinião de uma percentagem pequenada população. O debate também serviu para perceber que os enfermeiros entendem este tema como pertinente para o serviço, relataram algumas críticas construtivas de forma a “limar” a norma realizada e atribuíram também importância à sessão realizada e à temática abordada.

Desta forma é possível ao serviço continuar a trabalhar na norma já realizada de forma a conseguirem aplicar a mesma no serviço tendo em conta as suas particularidades e por vezes a carga extrema de horas de cuidados que os enfermeiros que nele exercem funções acarretam.

3.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação de resultados é apresentada como a última fase da metodologia de projeto, tendo assim como responsabilidade a demonstração do que foi projetado e realizado ao longo do trabalho desenvolvido. Segundo Ruivo et al (2010), a divulgação de resultados dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema.

Assim, a primeira apresentação de resultados compreende o presente relatório, onde vem descrito todo o projeto desenvolvido em contexto do estágio final, compreendido no presente capítulo. A SF realizada no serviço foi uma forma de divulgação do que foi planeado durante o estágio final e assim foi apresentado à população do SU o que foi elaborado durante o período em que realizei turnos no serviço em questão.

A SR realizada para dar suporte teórico ao PIS serve também como divulgação de resultados uma vez que a mesa poderá ser mais tarde publicada como artigo em revistas científicas ou até mesmo em sites na internet que permitam a sua publicação.

É importante para a profissão de enfermagem a divulgação de pesquisa para que os profissionais possam basear a sua prática na maior evidência científica. É responsabilidade do investigador a divulgação do projeto uma vez que é uma forma de sensibilização das pessoas e outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo de caminho a seguir delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problema em vários contextos. (Ruivo et al, 2010)

4. SCOPING REVIEW

O presente capítulo é composto pela Investigação realizada de forma a dar suporte ao projeto aplicado no serviço onde decorreu o estágio final. Esta, apresenta-se de forma que mais tarde seja possível publicar a mesma como artigo científico.

Communication with the family of the patient admitted to the emergency room: Scoping Review

Comunicação com a família do doente internado na urgência: *Scoping Review*

Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Filipa Alexandra Marques Andrade

Resumo

Objetivo: Caracterizar a comunicação com o familiar de referência dos doentes internados em urgência.

Metodologia: *Scoping Review* realizada através da pesquisa em bases de dados e literatura cinzenta de trabalhos publicados que forneçam respostas à pergunta de investigação “Como se caracteriza a comunicação entre os enfermeiros e a família dos doentes internados na urgência?” Foram aplicados vários critérios de inclusão e exclusão para mapear os artigos que respondem à pergunta supracitada.

Resultados: Os resultados apresentados dão resposta à pergunta de investigação e relatam a importância da comunicação e envolvimento da família nos cuidados a prestar aos doentes em situação crítica. A qualidade dos cuidados, a inclusão da família e a relação terapêutica são o que caracteriza a comunicação descrita nos estudos selecionados.

Conclusões: A comunicação é a forma mais eficaz de relação entre enfermeiro-doente/família, desta forma, conseguimos envolver a família no processo de melhoria do estado de saúde dos doentes. Com uma comunicação clara e esclarecedora, constroem-se relações que findam a melhoria continua dos cuidados e assistência aos doentes internados em contexto de situação crítica.

Palavras chave: Comunicação; Família; Enfermeiros; Serviço de Urgência

Abstract

Objective: To characterize communication with the family member of reference for patients hospitalized in emergency care.

Methodology: Scoping Review carried out through research in databases and gray literature of published works that provide answers to the research question “How is communication between nurses and the families of patients hospitalized in the emergency department characterized?” Various inclusion and exclusion criteria were applied to map the articles that answer the aforementioned question.

Results: The results presented answer the research question and report the importance of communication and family involvement in the care provided to patients in critical situations. The quality of care, the inclusion of the family and the therapeutic relationship are what characterize the communication described in the selected studies.

Conclusions: Communication is the most effective form of relationship between nurse-patient/family, in this way, we are able to involve the family in the process of improving the patients' health status. With clear and enlightening communication, relationships are built that result in continuous improvement in care and assistance for hospitalized patients in a critical situation.

Keywords: Communication; Family; Nurses; Emergency Service

4.1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Projeto a desenvolver no serviço onde decorreu o estágio final, foi realizada uma entrevista não estruturada com o Enfermeiro Chefe e o Enfermeiro Orientador, na qual foi identificada uma “falha” presente no serviço e que necessitava ser normalizada para uma melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, e em concordância com a Professora Orientadora, definimos como tema a desenvolver no presente projeto a Comunicação com a família do doente internado na urgência.

Desta forma, surge então a necessidade da normalização desta prática, de forma a dar resposta a uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e doentes, tendo em conta os padrões impostos pela Ordem dos Enfermeiros.

A importância do tema abordado remete-nos para uma abordagem teórica da comunicação em saúde e a regularização da forma como esta é feita. Uma vez que, a importância da comunicação é vista como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010)

A normalização de conceitos no serviço, vai permitir que seja uniformizada a prática de comunicação e de informações aos familiares dos doentes internados no serviço. Assim, o propósito é o da consolidação da atuação por parte dos enfermeiros de forma a garantir a segurança do doente e o respeito pelos seus direitos, designadamente, o da informação da própria saúde e a quem o mesmo quer que esta seja fornecida.

A investigação sobre o presente tema foi realizada através de uma *Scoping Review*, de forma a mapear e quantificar a bibliografia existente sobre o mesmo, na busca da mais recente evidência científica disponível.

A presente SR permite-nos esquematizar a importância da comunicação em cuidados de saúde, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados e a melhoria contínua do estado de saúde dos doentes. A comunicação é um tema transversal em saúde e com relevância em contextos muito diferentes: na relação entre os profissionais de saúde e os utentes dos serviços de saúde; Na disponibilização e uso de informação sobre saúde; Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise; Na educação dos utentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde; Na formação dos técnicos de saúde; Nas relações interprofissionais em saúde; Nas intervenções e afirmações públicas dos técnicos de saúde; Na comunicação interna nas organizações de saúde; Na qualidade do atendimento dos utentes por parte de funcionários e serviços. (Teixeira, 2004)

4.2. METODOLOGIA

Após definição dos conceitos supracitados, surge então a pergunta de investigação: **“Como se caracteriza a comunicação entre os enfermeiros e a família dos doentes internados na urgência?”**

O objetivo principal definido para a presente SR é: Caracterizar a comunicação com o familiar de referência dos doentes internados em urgência.

Como objetivos específicos podemos definir os seguintes: Identificar o tipo de comunicação existente com os familiares no serviço de urgência; Identificar a abordagem no âmbito da comunicação aos familiares do doente crítico; Compreender a importância da comunicação com os familiares dos doentes que recorrem ao serviço de urgência; Identificar a influência que a comunicação com os familiares proporcionado no caminho de cura para os doentes.

A metodologia a desenvolver na SR, segundo o descrito no manual síntese de evidência de Joanna Briggs Institute (JBI) foi a PCC: População – Conceito – Contexto, que aborda as partes integrantes da pergunta de investigação de forma a ser realizada uma pesquisa intensiva e abrangente nas bases de dados que nos forneçam informação sobre o tema a ser abordado. Desta forma, foi definido como **População** - os enfermeiros do serviço de urgência. Desta forma, foi selecionada como população em estudo, os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência, uma vez que será sobre estes profissionais que recai o presente estudo e a sua prática clínica na área da comunicação; como **Conceito** – o tipo de comunicação com a família dos doentes. A comunicação é então definida como conceito principal desta SR, uma vez que é nesta área que incide a presente investigação de forma a mapear as várias formas e tipos de comunicação existente entre os enfermeiros e os familiares dos doentes; e como **Contexto** – o serviço de urgência. Este será então o contexto no qual vai recair a presente investigação, que é culminar da junção entre a população e o conceito. O contexto define o âmbito em que o estudo incide e o local onde mais tarde será aplicada a norma resultante da investigação realizada de forma a ser sustentada com a maior evidência científica.

A *Scoping Review* foi realizada recorrendo a bases de dados, utilizando os motores de busca: EBSCOhost e Google Académico. Para tal, foi planeada a estratégia de pesquisa de forma a conseguir mapear todos os estudos disponíveis através da elaboração e identificação da problemática. Foram selecionadas várias palavras-chave relevantes à pesquisa e aferindo, quer nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) quer no Medical Subject Headings (MeSH). Foram eles: Comunicação – “Communication”; Serviço de Emergência – “emergency

service” Família – “Family” e Enfermagem – “Nursing”. Aquando da realização da pesquisa no motor de busca selecionado utilizámos o operador booleano “AND”.

Após uma conjugação entre os descritores selecionados e o operador booleano “AND” foi obtido um total de 97 artigos no motor de busca EBSCOhost, onde foram incluídas todas as bases de dados com acesso reservado contempladas pela Ordem dos Enfermeiros, são elas CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers. A seguinte tabela relaciona a equação booleana utilizada para pesquisa em cada uma das bases de dados utilizadas.

Base de Dados	Equação Booleana
CINAHL Complete	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
MEDLINE Complete	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Cochrane Central Register of Controlled Trials	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Cochrane Database of Systematic Reviews	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Cochrane Methodology Register	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Library	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Information Science & Technology Abstracts	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
MedicLatina	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”
Cochrane Clinical Answers	“Communication” AND “Emergency Service” AND “Nursing” AND “Family”

Tabela 1. Equação booleana utilizada para pesquisa em base de dados.

Ao aplicar o critério de inclusão “texto integral”, obtenho um total de 63 artigos. Aplicado mais um critério de inclusão “Revisto pelos pares”, obtenho um total de 60 artigos. Por último, ao restringir o espaço temporal em que foram publicados, utilizando como intervalo de tempo os últimos 5 anos (2019-2023), obtenho um total de 29 artigos. Foram descartados também todos os artigos que se encontravam em duplicado, mantendo os mesmos 29 artigos após aplicar o último critério de inclusão. Por último, após a leitura do título e resumo de cada um dos artigos obtive um total de 4 artigos.

O Google Académico foi também utilizado como forma de pesquisa genérica na Web e foram utilizados os seguintes termos para a realização da pesquisa “comunicação com os familiares do doente no serviço de urgência” que resultou num total de 6070 artigos. Como critérios de inclusão de forma a estreitar a pesquisa feita foram aplicados “artigos de revisão”

que obtém um total de 96 artigos; “pesquisar páginas em português” que reduz o número de artigos para 80 resultados; “intervalo de tempo reduzido para os últimos 5 anos” que dá um total de 40 artigos. Após leitura do título e resumo de cada artigo, obtenho um resultado de 4 artigos. Ou seja, um total de 8 artigos.

Os artigos selecionados para a realização da presente SR, foram triados de forma a corresponder às necessidades presentes na abordagem e pesquisa científica. Desta forma, foram selecionados os estudos mais recentes que compreendem um espaço temporal que contempla os últimos 5 anos, de forma que estes apresentem a melhor evidência científica. O tema abordado nos estudos selecionados foi também uma forma de triagem dos mesmos, uma vez que todos eles deviam ser aplicados ao Serviço de Urgência e é imprescindível que demonstrem também os vários tipos de comunicação e estratégias para a realização da mesma entre os enfermeiros e os familiares dos doentes. A revisão do texto também contempla a inclusão aplicada aos estudos selecionados.

Em resumo, apresenta-se em baixo o fluxograma resultante das pesquisas realizadas de forma a selecionar os artigos em estudo.

A disposição dos artigos em tabelas de forma a resumir cada um e a apresentar os resultados apresentados nos mesmos, encontra-se após a figura 1 que representa o fluxograma PRISMA associado à metodologia de pesquisa. Apresenta-se também na tabela, o nível de evidência em cada um dos artigos consoante o descrito e premeditado no Joanna Briggs Institute de forma a garantir a maior evidência no presente estudo.

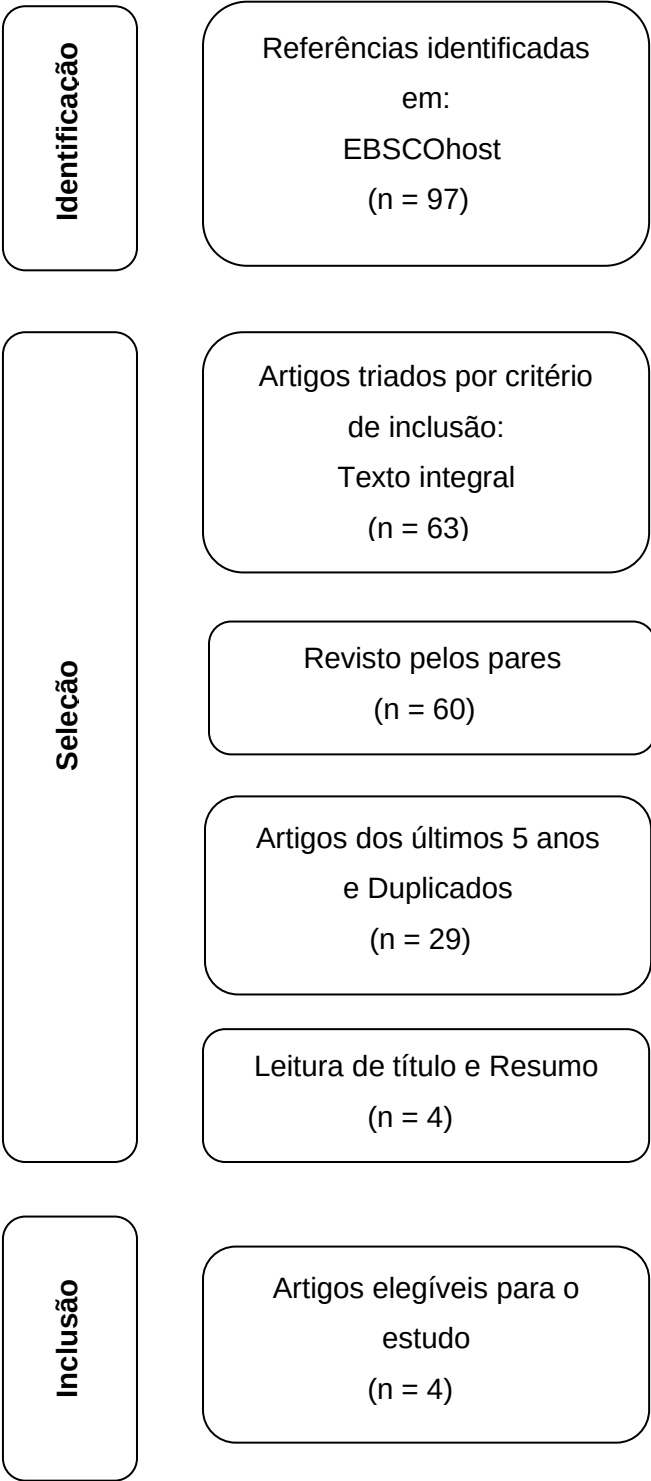


Fig. 1 – Fluxograma Prisma (Page et al. 2021).

Identificação do Estudo (Título e Referência)	Objetivo / Desenho do Estudo / Nível de Evidência	Resultados	Conclusões
Artigo 1 "Family Experience of Emergency Care" Barreto, M.S., Marcon, S.S., Garcia-Vivar, C., Prado, E., Costa, J.R., Ferreira, P.C., Seguraço, R. (2020). Family Experience of Emergency Care. <i>Rev baiana enferm</i> (34)	Compreender como a família percebe a vivência do atendimento na urgência a um de seus familiares. Estudo descritivo de natureza qualitativa Nível de Evidência - 4a	"Fatores como rapidez e resolutividade no atendimento inicial, presença de comunicação eficaz, com oferta de informação e atenção e possibilidade de acompanhar o atendimento dentro da sala de emergência, constituíram, quando presentes, atualizadores do atendimento. Isso desencadeou uma percepção positiva nos familiares e facilitou a vivência da situação crítica." Caracterizam como uma experiência negativa quando não existia qualquer tipo de comunicação para com os familiares dos doentes presentes na urgência.	"Os resultados deste estudo permitiram identificar que os entrevistados vivenciaram o atendimento emergencial de seu familiar com intenso sofrimento." "Alguns entrevistados perceberam que o sofrimento foi intensificado pela falta de comunicação, atenção e resolutividade e pela impossibilidade de estar com o familiar durante o atendimento, o que culminou com a percepção de pior atendimento." "Ao assistir a família em suas diversas necessidades e estabelecer junto a ela um processo comunicacional eficaz, claro e objetivo, os profissionais da saúde podem proporcionar a cada membro familiar o reconhecimento dos pontos fortes, e assim, contribuir de modo que todos os membros vivenciem os momentos críticos."
Artigo 2 "Family care in the emergency department: nurses' lived experiences" Sá, F. L., & Velez, M. A. (2021). Family care in the emergency service: The nurse's lived experience. <i>Revista de Enfermagem Referência</i>, 5(8), e21007. https://doi.org/10.12707/RV21007	Compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros no cuidado à família no serviço de urgência. Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica de Van Kaam Nível de Evidência - 4c	"Este estudo revela ainda que a maioria das situações envolve a presença da família na sala de reanimação, onde normalmente as famílias não estão presentes, demonstrando o cuidado dos enfermeiros em encontrar um local onde pudessem conversar, geralmente uma sala para realizar uma conferência familiar." "Por meio da comunicação terapêutica, o enfermeiro pode aliviar o sofrimento do paciente e,	"Da reflexão fenomenológica emergiram os seguintes aspectos: a importância do desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica com a família do CIP, o que impulsiona a melhoria contínua do ensino e formação em enfermagem; a presença da família em situações de reanimação, o que requer mais investigação a nível nacional; e a necessidade de conferências familiares, que mobilizam recursos humanos e
		dessa forma, a família também consegue perceber a qualidade do cuidado que seu ente querido está recebendo e os procedimentos não visíveis que fazem parte desse cuidado complexo."	materiais na área de gestão do próprio contexto para apoiar a prática clínica."
Artigo 3 "Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses' experiences" Anguita, M.V., Quiles, Á., Rísquez, M., Anguita, M.C., Sanchis, R., Lozoya, R. (2019). Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses' experiences. <i>Revista de Enfermagem Referência</i> (Série IV - nº23). Pág. 59-68 https://doi.org/10.12707/RIV19030	"Estudo qualitativo explorou as perspectivas dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados de saúde nos serviços de urgência espanhóis." Nível de evidência - 5a	"Os participantes consideraram que a humanização dos cuidados assenta no estabelecimento de uma relação eficaz com o doente/ família e na consciência da sua vulnerabilidade no recurso ao SU" "A utilização de habilidades sociais e de comunicação foi destacada como parte essencial da enfermagem, bem como estar atento à singularidade de cada paciente/família e fornecer as informações necessárias sobre sua situação para garantir a autonomia e autodeterminação do paciente." "Os entrevistados identificaram a necessidade de estabelecer uma relação bilateral em que o modelo hegemônico-paternalista de saúde despersonalizado (onde o paciente é considerado apenas um caso, uma doença ou um número) seja desenraizado."	"Os entrevistados identificaram a humanização como um conceito multidimensional baseado na relação estabelecida entre o paciente/família e a equipa de trabalho." "Dada a sua posição chave enquanto agentes terapêuticos e membros da equipa de saúde, o enfermeiro de referência seria responsável por acolher o doente no serviço, servindo de elo entre os envolvidos, promovendo uma comunicação eficaz." "A humanização dos cuidados de saúde deve ser sistematicamente integrada na prática diária dos SU espanhóis, progredindo para modelos de cuidados de saúde mais holísticos, integrados e centrados no paciente/família."
Artigo 4 "Communicating decisions about care with patients and companions in emergency"	Compreender a comunicação no PS entre médicos, pacientes e seus acompanhantes,	"O importante papel que os acompanhantes desempenham na formação da comunicação nas consultas de pronto-socorro e como	"A contribuição deste artigo foi demonstrar o importante papel que os familiares e outras pessoas que acompanham os pacientes

department consultations” Cooper, S., Stevenson, F. (2022). Communicating decisions about care with patients and companions in emergency department consultations. <i>Health Expectations</i> (25). Pág. 1766-1775. DOI: 10.1111/hex.13519	e consultores. Estudo qualitativo. Nível de evidência – 4c	isso pode ser recebido pelo médico.”	desempenham um papel na formação de interações e na facilitação ou <u>redirecionamento</u> do fluxo de consultas no pronto-socorro, questionando, esclarecendo e solicitando mais informações.”
Artigo 5 “Communication strategies with the family of the person in critical situation: integrative review” Sá, F., Henriques, H. (2020). Communication strategies with the family of the person in critical situation: integrative review. <i>Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental</i> (313).	“Identificar as intervenções de enfermagem que otimizam a comunicação com a família da pessoa em situação crítica.” Revisão integrativa da literatura realizada através da pesquisa de trabalhos publicados e literatura cinzenta nas bases de dados Nível de evidência – 4a	Os resultados mostram a importância do enfermeiro na transmissão de informação atualizada de forma regular, usando uma linguagem acessível à compreensão do familiar; na promoção de conferências familiares; na demonstração de uma atitude empática, mantendo contato visual, tocando e ouvindo ativamente a família em sofrimento; no acolhimento da família no contexto, fornece informação escrita; na promoção da confiança no enfermeiro e na equipa e no apoio emocional, gerindo as expectativas e a esperança.	Os resultados demonstram a importância do enfermeiro intervir na comunicação com a família quer a nível verbal, quer a nível não verbal. Na comunicação com a família do PSC surge frequentemente a necessidade de gestão do estresse familiar, ou ser capaz de lidar com a angústia e o sofrimento familiar Comunicar de forma terapêutica requer uma intencionalidade na adoção de estratégias comunicacionais consistentes com a família em crise, que desative competência, através da formação e consciencialização, para o seu uso enquanto instrumento de cuidar.
Artigo 6 “Small Bursts of Frequent Communications—an Effective Communication Method in a Busy Emergency Department” Kumar, A., Aggarwal, R., Bhoi, S., Sharma, A. (2019). Small Bursts of Frequent Communications—an Effective Communication Method in a Busy Emergency Department. <i>Indian Journal of Surgery</i> (81), Pág. 513-515. https://doi.org/10.1007/s12262-019-02032-w	Nível de evidência – 4a		As habilidades de comunicação de um cuidador, tanto médico quanto de enfermagem, são de extrema importância no fornecimento de serviços de emergência de qualidade. Os motivos mais comuns para litígios e reclamações em qualquer centro médico líder estão relacionados à má comunicação e conduta inadequada dos prestadores de cuidados de saúde.
Artigo 7 “Nursing Professionals’ Performance Regarding the Transmission of Information to the relatives of Children Admitted to Emergency Care Units” Santos, K., Oliveira, I., Martinez, E., Azevedo, M., Carmo, S., Dias, R. (2020). Nursing Professionals’ Performance Regarding the Transmission of Information to the relatives of Children Admitted to Emergency Care Units. <i>Revista Online de Pesquisa</i> (12) Pág. 1087-1092. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7994	Este artigo analisa a atuação dos profissionais de enfermagem quanto à transmissão de informações aos familiares de crianças internadas em unidades de pronto atendimento. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa Nível de evidência – 5a.	As informações transmitidas pelos enfermeiros foram relacionadas às normas e rotinas, permanência, alternância de familiares e visitas, bem como alimentação e controle de infecção hospitalar. Os participantes relataram que em alguns momentos do trabalho de enfermagem não foi estabelecido um diálogo adequado, impossibilitando a transmissão das informações. Segundo os participantes, a transmissão das informações dentro da unidade de emergência ocorreu na admissão, permanência e alta da criança.	As informações transmitidas pela equipa de enfermagem focaram na estrutura física, normas e rotinas da unidade e nos cuidados de enfermagem como alimentação e administração de medicamentos. Uma revisão integrativa apontou que a relação entre enfermeiro e família é norteada pelas normas hospitalares. Essa relação técnica entre família e enfermeiro dificulta a construção de vínculos e o compartilhamento de experiências entre pares. Quanto às exigências interpessoais, a abordagem humanizada e empática por parte da equipa de enfermagem é citada pelos participantes. A equipa de enfermagem reconheceu o direito dos familiares em receber informações nas unidades de emergência pediátrica, destacando as normas e rotinas realizadas. Isso pode ser interpretado como uma oportunidade de estabelecer vínculo com a família da criança. Por outro lado, a informação não pode ser reduzida a regras institucionais, o que poderia romper a relação com a criança e a sua família.

Artigo 8 "Needs of critically ill persons' relatives in the emergency room: scoping review" Jorge, S., Madureira, M. (2020). Needs of critically ill persons' relatives in the emergency room: scoping review". <i>Cadernos de Saúde</i> (Vol. 12 – Nº2) Pág. 5-11.	Identificar as necessidades da família da pessoa, adulta ou idosa, em situação crítica admitida sem serviço de urgência. Scoping Review Nível de evidência – 4a	Os resultados dos estudos destacam que a família identifica a necessidade de segurança e a necessidade de informação como as necessidades de maior prioridade. As necessidades de segurança e informação incluem: "ter a certeza de que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis"; "sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar"; obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas"; "ser atualizado com frequência"; "conhecer dados específicos à evolução do seu familiar"; "receber informações que compreenda"; "ter a certeza de que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis"; "falar com um enfermeiro"; "falar com um médico"; "ter a certeza de que o conforto do seu familiar está assegurado"; "sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar"	Cultivar os profissionais a exercerem, na sua prática, cuidados centrados na família, envolvendo-a e promovendo um ambiente favorável que possibilite o melhor atendimento possível da pessoa em situação crítica e sua família.
--	--	---	---

4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o término de seleção e elegibilidade de artigos, procedeu-se assim à sua análise de forma a serem encontrados os resultados disponíveis para verificar a credibilidade e importância do estudo em questão. Serve também para conseguir dar um suporte teórico ao projeto implementado no serviço em questão.

Os resultados em evidência no estudo em causa, comportam principalmente a relação terapêutica e a forma como esta é aplicada pelos profissionais de enfermagem. É transversal a todos os estudos analisados a importância da comunicação entre os familiares e os profissionais de forma a conseguir gerir emoções e progredir no processo de melhoria dos doentes. Desta forma, as principais necessidades que os familiares reportam, prendem-se com a atualização de informação do estado de saúde do doente, uma comunicação eficaz e adaptada às limitações de cada um, a humanização dos cuidados de forma a centrar estes nos doentes e nas necessidades individuais dos mesmos e família, apoio emocional prestados aos familiares sempre que possível. O desenvolvimento de capacidades na área da comunicação por parte dos enfermeiros é essencial de forma a facilitar a prestação dos cuidados. Este desenvolvimento de competências permite também um desenvolvimento a nível de ensino e formação dos profissionais, uma vez que a presença da família em situações de doentes em situação crítica, requer uma maior investigação a nível nacional de como lidar e o que fazer

neste tipo de situações, o que resulta num envolvimento de conferências familiares com maior assiduidade nos serviços. Dos estudos analisados que reportam a opinião dos profissionais é também evidenciada a necessidade de manter a família integrada no processo de internamento do doente, a atualização das informações permite também uma facilidade no desenvolvimento das competências técnicas uma vez que a família é detentora de muita informação a cerca dos doentes que só através da mesma podemos ter acesso.

Nos estudos acima identificados, podemos retirar também que é provocado nas famílias uma perceção de mau atendimento nos serviços de saúde quando a comunicação entre os familiares e os profissionais não existe, quando estes últimos não prestam qualquer atenção principalmente no primeiro momento de chegada à urgência, aquando da inscrição dos doentes e durante o atendimento dos mesmos. As famílias consideram também que o reconhecimento dos seus pontos fortes aquando do atendimento, por parte dos profissionais de saúde, faz com quem todos possam vivenciar de forma mais holística o processo de doença crítica.

De forma a compreender a humanização dos cuidados como uma perspetiva multidimensional, baseada na comunicação estabelecida entre o paciente/família e a equipa de trabalho, o método por enfermeiro de referência é então o mais assertivo para a contínua relação entre o enfermeiro e a família. Assim, os estudos defendem que o enfermeiro de referência ao realizar a integração do doente no serviço, realiza também o elo de ligação entre todas as pessoas envolvidas no processo do doente, sejam eles os familiares ou os restantes membros da equipa multidisciplinar. Desta forma, garantimos os cuidados prestados numa base de conceito holístico tendo o doente como pessoa individual com as suas necessidades. É então relata nos estudos que os cuidados centrados também na família permitem uma nova abordagem nos cuidados de enfermagem, uma vez que a criação de um bom ambiente, envolvendo a família, permite uma abordagem com vista ao melhor atendimento possível dos doentes a vivenciar a doença em situação crítica.

A abordagem da comunicação com a família dos doentes cria uma forma melhor de prestação de cuidados e do cuidar dos doentes/família. Com isto, conseguimos enquanto profissionais de saúde desenvolver competências a nível da gestão do stress familiar, angústia e sofrimento da mesma. Nos estudos acima analisados, há vários participantes que referem exigências interpessoais baseadas numa abordagem humanizada e empática por parte das equipas. Os motivos mais comuns de reclamações nas instituições de saúde passam por uma falta de comunicação para com os familiares, tal como a prestação de informações atualizadas que faz parte dos direitos dos doentes e família. Os participantes dos estudos defendem também que a informação não pode ser baseada nas regras institucionais, mas sim, avaliar as necessidades de cada família e doentes de forma individual e humanizada.

As ações acima descritas vão provocar reações nos familiares e doentes em processo de situação crítica, assim, é possível avaliar também nos estudos encontrados que uma melhoria

da comunicação, fornece pontos chave na melhoria dos cuidados. Os familiares descrevem como uma percepção positiva aquando de informações atualizadas sobre os seus doentes, tal como uma maior facilidade em termos de gestão de emoções no processo todo de doença associado. Relatam também haver um alívio do sofrimento quando a comunicação estabelecida com os profissionais é eficaz, quando as informações necessárias são fornecidas, os familiares relatam também uma maior autonomia e autodeterminação associada aos doentes. A segurança é também abordada várias vezes, de perspetivas diferentes, por parte dos familiares, a comunicação fornece-lhes uma maior segurança de cuidados uma vez que, o processo se torna transparente para os mesmos e conseguem desenvolver confiança nos profissionais. Por parte dos enfermeiros, esta mesma comunicação fornece segurança nos cuidados, sendo que os familiares são detentores de informações cruciais para a melhoria do estado de saúde dos doentes e desenvolvimento de certo tipo de cuidados individualizados para cada um deles.

Assim, procedemos então à discussão dos resultados encontrados e podemos concluir que os objetivos definidos para o presente estudo foram conseguidos, uma vez que conseguimos então caracterizar a comunicação existente entre os enfermeiros e os familiares dos doentes. Podemos concluir que a comunicação é uma ferramenta essencial na prestação de cuidados de enfermagem. “O ato de comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipa e a pacientes atendidos nas instituições e para a transmissão de uma informação universal, além de exercer influência direta sobre os indivíduos” (Mourão, Albuquerque, Silva, Oliveira & Fernandes, 2009).

A comunicação em enfermagem é essencial de forma a garantir uma continuidade dos cuidados e melhoria do estado de saúde dos doentes internados nos serviços. Os estudos analisados defendem então na sua maioria a presença dos familiares no processo de internamento dos doentes. Assim, conseguimos garantir uma maior segurança dos cuidados. “A atitude dos enfermeiros para com as famílias é determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, facilitando os processos de transição saúde/doença vivenciadas pela família no hospital” (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes & Gonçalves, 2015).

A relação terapêutica é também abordada em vários dos artigos estudados, nas quais os familiares a caracterizam como uma relação empática e de envolvimento da família nos cuidados aos doentes. Os familiares dos doentes acham impreterível o desenvolvimento de competências na área da comunicação e da gestão do stress da família aquando do internamento do doente. Os enfermeiros em questão nos presentes estudos, consideram também que só prestam cuidados de uma forma holística com a envolvimento da família, considerando então que é essencial o desenvolvimento de competências na comunicação com a mesma. “No paradigma da integração-interação de enfermagem, os enfermeiros integram

a abordagem do holismo nos seus cuidados, potenciando as necessidades emocionais, sociais e espirituais cuidadas, e no seu cerne as relações estreitas” (Diogo, 2017).

A envolvimento da família nos cuidados é essencial embora represente um processo complexo tanto para a família como para o doente e profissional de enfermagem. Assim, “o paciente precisa ser reconhecido como integrante de uma família; por isso, algumas considerações e cuidados devem ser centrados na família, propiciando um clima acolhedor e de proximidade.”

4.4. CONCLUSÃO

Com esta avaliação podemos concluir que é essencial e necessário a inclusão da família nos cuidados aos doentes, de forma a promover bons cuidados de saúde. É essencial desenvolver competências na área da comunicação e fundamentar as nossas ações com base em crenças e emoções de forma a ajudar os nossos doentes. Assim, a relação terapêutica torna-se primordial e um dos pilares principais para os cuidados aos doentes e família.

É de igual modo importante a envolvimento da família nos cuidados aos doentes de forma a conseguirmos trabalhar a arte do cuidar de uma forma mais holística e individual para cada doente. A preservação dos direitos dos doentes também é essencial nos cuidados prestados, desta forma, é essencial uma atualização cuidada de informações referentes aos doentes, assim promovemos cuidados baseados em valores e respeito para os doentes e família.

5. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS

O relatório de aquisição de competências é a ferramenta utilizada para expressar tudo o que foi apreendido com o desenrolar do mestrado realizado e tudo o que foi executado em termos teóricos e práticos para adquirir as competências que são exigidas de forma a atingir o grau correspondente ao Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.

Na área da Enfermagem é importante a contínua atualização de conteúdos de forma a promover uma prática de cuidados baseada na maior evidência científica. É importante desenvolvermos aprendizagens de forma a adquirir competências que nos capacitem na prestação de cuidados atualizados aos doentes. É com o desenvolvimento de competências, profissionais e humanas, que se adquire uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade (OE, 2010).

Este subcapítulo do relatório é dedicado à aquisição de competências e estas dividem-se em 3 grupos e são eles alusivos às competências de Mestre em Enfermagem, às competências Comuns do Enfermeiro Especialista e às competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

No que respeita às Competências de Mestre em Enfermagem estas foram definidas pela 7ª Edição do Mestrado em Associação que decorreu no Instituto Politécnico de Portalegre e serão identificadas no primeiro ponto deste subcapítulo.

As competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão descritas em Diário da República, no Regulamento nº 140/2019, no corpo do capítulo II a que pertence o artigo 4º, nos domínios da Responsabilidade profissional, ética e legal, da Melhoria contínua da qualidade, da Gestão dos cuidados e do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada um dos domínios apresentados, estão dispostos no regulamento supracitado nos artigos 5º, 6º, 7º e 8º, identificados com as letras de A a D respetivamente, enumerando as competências a adquirir para atribuição do grau de Especialista.

No que concerne às competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, estão também apresentadas em Diário da República, no Regulamento nº 429/2018, no artigo 3º e preveem que o Enfermeiro nesta área de especialidade adquira como competências as seguintes:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- 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.

Existem competências que são transversais a todos os Enfermeiros Especialistas, no entanto, cada um deles é regido por um colégio de Especialidade que acarreta inúmeras competências pertencentes a domínios mais específicos, sendo definido pela OE que as “competências 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” (OE, 2019. P.4745).

Nos pontos que se seguem no presente capítulo vão então ser enumeradas e justificadas as competências adquiridas durante o período teórico e prática do presente mestrado, tal como o relacionamento entre as competências de mestre e as competências do Enfermeiro Especialista.

5.1. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências a adquirir enquanto Mestre em Enfermagem foram definidas através de objetivos pelas escolas que lecionam o presente mestrado em Associação e estão definidas no documento NCE/14/01772 que se denomina de Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de Estudos, apresentado pela Universidade de Évora, escola que está englobada no conjunto de instituições que lecionam o presente mestrado.

O documento supracitado é regido pelo Decreto de Lei nº 63/2016 no qual é previsto que as Instituições do Ensino Superior possam atribuir o grau de Mestre àqueles que possuam conhecimentos e compreensão a um nível que:

- Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

É também expectável previsto no artigo supracitado que o Mestre em Enfermagem tenha de “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;” “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;” “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;” “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Desta forma, os objetivos definidos pelas Instituições que lecionam e colaboram com o Mestrado em Associação são os seguintes:

1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

5.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

5.2.1. Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

As unidades de competências dispostas em Diário da República Inerente a este domínio, estão presentes no Regulamento nº140/2019 no artigo 5º são:

“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.”

“A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

A **competência nº3** a atribuir ao grau de Mestre está inerente a esta competência especificada como Comum do Enfermeiro Especialista, uma vez que ambas englobam os cuidados ao doente respeitando os princípios éticos e legais da profissão de Enfermagem.

A Unidade Curricular (UC) lecionada no presente mestrado que abordou a Epistemologia, a Ética e o Direito na Profissão de Enfermagem contribuiu para que conseguia desenvolver esta competência uma vez que foram abordados vários temas no que diz respeito à prática baseada na ética e nos direitos e deveres dos doentes. Foi também possível nesta UC esclarecer dúvidas inerentes a algumas situações da minha prática e pelas quais já tenha passado, de forma a refletir no que poderia ter sido feito ou melhorado no respeito dos valores dos doentes a quem presto cuidados. Foi também importante ouvir e perceber o que fazer com exemplos oferecidos pelos colegas em contexto de sala de aula, de forma a conseguir compreender soluções para certo tipo de questões em termos éticos e de valores que por vezes nos oferecem resistência nos cuidados aos doentes.

Os documentos que regem a profissão de Enfermagem, neste caso o REPE e a Deontologia Profissional, assentam em pilares de extrema importância no exercício das minhas funções enquanto Enfermeira. Desta forma, todas as crenças e valores associados a mim enquanto ser pessoal, não podem interferir com as escolhas e tomadas de decisão para os doentes enquanto seres humanos necessitados da prestação de cuidados. A minha prática clínica enquanto estudante deste mestrado e enquanto profissional de Enfermagem rege-se sempre pelo atendimento aos doentes na sua necessidade enquanto pessoa de forma a respeitar todas as suas vontades mesmo quando estas vão contra os meus valores e crenças.

Durante o estágio realizado no SU, ocorreu uma situação em que o doente teria de ser submetido a uma apendicectomia de urgência, à chegada à urgência para receber o turno, foi transmitido pelo colega à passagem de turno que o doente estaria preparado para ir para o

bloco e aguardava apenas a sua vez. Após iniciar o turno, o doente dirigiu-se ao balcão de tratamento para afirmar que a família não queria que ele fosse submetido a tal cirurgia sem razão aparente para tal. De forma a respeitar o pedido do doente, recorri à opinião do Enfermeiro Orientador sobre o que poderíamos fazer nesta situação. Foi então explicado ao doente quais as consequências desta tomada de decisão e quais os benefícios que a cirurgia lhe poderia trazer. O mesmo continuou a referir que queria falar com o médico, no sentido de abandonar o SU e não ser submetido à cirurgia. O pedido do mesmo foi concedido e informei o médico da vontade do doente. Em conjunto com o médico responsável pelo caso, foi realizada uma reunião informal com ele em que foi novamente explicado ao doente os benefícios e malefícios da sua tomada de decisão, com a qual o mesmo voltou atrás e aceitou a cirurgia inicialmente programada.

Considero que este é um dos inúmeros exemplos que ocorrem no SU e que mantendo o respeito pela decisão inicial do doente, foram prestados os melhores cuidados a nível de informação e comunicação com o mesmo, para que fosse respeitada a sua vontade e que a cirurgia apenas fosse realizada com consentimento do mesmo. Assim, afirmo que trabalho todos os dias com respeito pelos doentes e as suas crenças, assentando a minha prática sobre os pilares da Não-Maleficência, da Beneficência e da Justiça. Estes princípios são evidenciados no REPE, nos Direitos Humanos e na qualidade de vida que podemos oferecer aos nossos doentes no processo de transição saúde/doença.

No caso do doente supracitado, o mesmo não tinha nacionalidade portuguesa e afirmo que foi abordado e tratado de igual modo a todos os outros doentes do serviço. Assim, baseei a minha prática sempre os pilares da igualdade independentemente da etnia ou nacionalidade.

Sempre que surgia alguma dúvida na forma de agir, pedia sempre aconselhamento e opiniões com o Enfermeiro Orientador de forma a partilhar vivências e experiências diferentes para prestar os melhores cuidados possíveis.

A tomada de decisão nem sempre é fácil, uma vez que os doentes que encontramos nos serviços onde decorrem os estágios do presente mestrado, são serviços em que os doentes passam por situações de extrema debilidade e que os faz duvidar muitas vezes da própria existência e crenças associadas. Desta forma, sempre que ocorria uma tomada de decisão mais complicada, recolhia informação junto de material em que pudesse sustentar a minha prática, tal como juntos dos colegas que trabalham à mais anos nos referidos serviços, bem como dos enfermeiros orientadores.

No caso da UCIP passei por experiências em que a tomada de decisão não é de todo fácil de tomar e a mesma tem de ser tomada em equipa e muitas vezes recolher o máximo de informação junto da família dos doentes. Ocorreu uma situação durante o estágio na UCIP, o caso de um doente sedado, analgesiado e ventilado, com melhorias significativas a nível

respiratório, mas que depois de realizada TAC de crânio, foi possível diagnosticar uma encefalopatia provocada pelo estado do doente a qual impossibilitava a recuperação da sua consciência. Neste caso, foi decidido entre a equipa reduzir a sedação e analgesia para que o doente pudesse falecer no seu tempo fornecendo dignidade e conforto durante todo o processo. Foram prestados também cuidados de conforto à família no que concerne à informação fornecida, sempre de forma a mostrar disponibilidade para o que a mesma desejasse.

Estas decisões não são fáceis de tomar tendo em conta que tanto os enfermeiros e os médicos são seres humanos e também têm as suas crenças e valores que não são anuladas com as necessidades dos doentes. O que me traz conforto enquanto pessoa e enfermeira na situação supracitada é ter a certeza que prestei ao doente todos os cuidados de conforto que poderiam ser prestados de forma a fornecer dignidade e privacidade no processo de morte.

Quando abordamos a privacidade do doente em questões éticas e legais, torna-se difícil na prestação de cuidados no SU, uma vez que é um serviço com muita afluência de doentes e que por vezes torna-se difícil respeitar a privacidade e os direitos dos doentes. De forma a respeitar esta questão, enquanto enfermeira em estágio no SU, permiti sempre que possível um acompanhante por doente e tentei sempre informar os doentes e os familiares dos processos todos a realizar e dos cuidados de enfermagem a serem feitos. Mostrei sempre disponibilidade durante o estágio para acompanhar e informar os doentes e familiares em procedimentos que os mesmos desconheciam e precisavam de apoio. Neste serviço, sempre que era necessário expor de alguma forma o corpo dos doentes procurei sempre um local apropriado em que fosse possível fornecer alguma privacidade aos doentes no que toca por exemplo à muda de fraldas. Nos locais em que havia cortinas para o efeito, fiz sempre utilização das mesmas para fornecer dignidade e respeito aos doentes que necessitavam dos nossos cuidados.

No que toca à segurança dos cuidados, esta não foi apenas efetivada mediante os cuidados prestados em ambos os serviços, mas também no projeto desenvolvido para o serviço também compreendia o aumento da segurança na prestação de cuidados. Assim, o projeto desenvolvido, descrito no capítulo anterior, contribuía para um contato direto entre os familiares dos doentes internados e os enfermeiros de forma que fossem informados de possíveis altas, transferências de serviços e cuidados de enfermagem atualizados.

As pulseiras de identificação são também uma forma de promovermos a segurança dos cuidados, tendo isso em conta, adotei como boa prática a confirmação de que os doentes eram todos possuidores de pulseiras de identificação tanto no SU como na UCIP.

A questão do projeto desenvolvido no serviço, também contribui para os cuidados assentes nos pilares éticos da profissão uma vez que mantive sempre uma proteção de dados,

mantendo o anonimato nos questionários aplicados após a SF. O projeto foi então desenvolvido e aplicado respeitando sempre a proteção de dados dos intervenientes no mesmo.

Com todas as atividades supracitadas afirmo que consegui atingir a **competência 3** associada ao grau de Mestre em Enfermagem, bem como, o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, previsto no regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Contudo, afirmo que sempre centrei enquanto Enfermeira Generalista no exercício das minhas funções, os cuidados aos doentes em questões ética e legais, respeitando sempre as suas vontades, oferecendo sempre dignidade e conforto nos cuidados prestados.

5.2.2. Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade

O segundo domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista representado no artigo 6º do Diário da República, tem como unidades de competências as seguintes:

“B.1-Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;

“B.2-Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”;

“B.3-Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

A OE sustenta os cuidados de Enfermagem com base nos Padrões de Qualidades estabelecidos pela entidade citada. Estes padrões permitem que se uniformizem cuidados e os mesmos contribuam para uma melhoria da qualidade.

As UC lecionadas durante o período teórico do Mestrado, permitiram também o desenvolvimento de projetos e a aquisição de competências teóricas nessa área para mais tarde ser aplicado em contexto de estágio.

De forma a justificar esta competência, foi elaborado o projeto de intervenção em serviço que decorreu durante o estágio final como já foi referido no ponto 3 do presente relatório. Em tema inicial, era para ser abordado no projeto a Comunicação de Más Notícias uma vez que o SU é um local onde é difícil fornecer privacidade aos doentes e familiares, uma vez que a afluência de doentes pelos corredores e salas anexas ao SU é grande. Foi sugestão do chefe do serviço a alteração do tema para o presente no relatório pois este iria contribuir para uma melhoria da qualidade do serviço. Neste contexto, foi então elaborada a presente norma, com vista à melhoria contínua da mesma e a adaptação ao serviço para que o mesmo possa

melhorar a avaliação no que toca à qualidade dos cuidados a prestar na área da comunicação com os familiares dos doentes internados.

Em ambos os estágios, foi possível comprovar que as equipas têm bem definido um programa intensivo de formações em serviço o que contribui bastante para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, quer na UCIP, quer no SU. Durante o primeiro estágio realizado na UCIP, foi também programada e efetivada uma sessão de formação à equipa, lecionada em conjunto com a colega também em contexto de estágio do mesmo mestrado. Esta SF teve como título “Projeto de Formação em Serviço –Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”. A programação e suporte teórico da SF apresenta-se no apêndice VII. Esta realidade de formação contínua não é a mesma do meu local de trabalho, conseguindo com estes estágios compreender a importância desta prática para a promoção de cuidados de qualidade nos serviços.

O presente projeto permitirá após a sua aplicação no serviço uma uniformização dos cuidados o que contribui para a qualidade dos mesmos como previsto pelo artigo 97º da Deontologia Profissional. (AR, 2015)

A norma desenvolvida contribui então para uma uniformização dos cuidados, aquando da sua apresentação à equipa, surgiram uma série de questões que interferiam com a forma como os turnos estão estipulados e o pouco tempo que por vezes os enfermeiros têm para a prestação de cuidados. Foi evidenciado assim alguma resistência à mudança como é natural no ser humano. No final do debate existente após a SF, foi evidenciado por alguns enfermeiros a necessidade de realmente os contatos com a família estarem estabelecidos, sendo também uma forma de proteção dos nossos cuidados e dos enfermeiros no que concerne ao sigilo profissional e à violação da proteção de dados dos doentes.

A forma como os turnos estão organizados tanto no SU como na UCIP permite que os cuidados sejam prestados com a melhor qualidade possível, a reposição de stock é atempada e feita durante os turnos por elementos que sejam externos aos cuidados diretos no caso do SU o que promove cuidados atempados e de qualidade. No caso da UCIP, por exemplo, o material é repostado durante o turno da tarde o que também permite a existência de recursos suficientes à prática de cuidados. O facto de na UCIP cada unidade do doente possuir o material necessário e de utilização exclusiva dos doentes, também promove cuidados de qualidade e atempados. A sala de emergência no caso do SU dispõe de 2 unidades em que ambas estão fornecidas de material extra, tal como de caixas pré-preparadas para a execução de técnicas mais evasivas o que permite uma rapidez de atuação e cuidados de qualidade.

A qualidade dos cuidados tem ganho maior evidência e importância com o passar dos anos, o que permite que os serviços desenvolvam constantemente programas de melhoria contínua

dos cuidados o que contribui para a qualidade dos mesmos. Estes programas são assentes em investigação para encontrar a maior evidência científica. As linhas orientadoras do presente relatório contribuíram também para a melhoria dos cuidados a prestar.

A criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes contribui também para uma melhoria contínua da qualidade e pressiona de certa forma os serviços a criarem programas que consigam desenvolver nesse sentido.

No que concerne à última unidade de competência incluída neste domínio, o ambiente terapêutico e seguro é uma prática que eu já executava enquanto enfermeiro de cuidados gerais uma vez que traz benefícios tanto para os doentes como para os profissionais. No que diz respeito à UCIP, é mais fácil manter um ambiente terapêutico e seguro, uma vez que falamos de um ambiente mais calmo e sossegado, em que o rácio enfermeiro-doente é cumprido e permite que os cuidados sejam prestados de uma forma segura. Por outro lado, no SU a atenção na prestação de cuidados por parte dos enfermeiros tem de ser redobrado, uma vez que a afluência de doentes é tão grande que a segurança pode ser facilmente quebrada na prestação de cuidados.

De forma a garantir um ambiente seguro no que concerne à administração de medicação, transpus o aprendido em contexto de UCIP para os cuidados no SU, confirmando sempre a medicação a administrar, com o programa informático, o nome do doente na pulseira e com o próprio doente no caso do mesmo ser orientado. Desta forma, diminui significativamente a percentagem de erro na administração de medicação.

Em termos ergonómicos, instruí sempre os auxiliares que prestavam cuidados comigo tanto no SU como na UCIP a colocar por exemplo a altura das camas de forma a favorecer a ergonomia da nossa posição ao fazer força na prestação de cuidados de higiene ou posicionamentos. As transferências também são realizadas sempre de forma a ser ergonomicamente saudável para o doente como para o prestador do cuidado.

O envolvimento da família na prestação de cuidados também contribui para um ambiente seguro na prestação de cuidados, uma vez que esta é detentora de informação importante para uma prática de cuidados de qualidade aos doentes. Assim, em contexto de SU era permitido a presença da família no acompanhamento aos doentes e sempre que precisava de informação que o doente não me conseguia transmitir ou para confirmação da informação fornecida pelo doente. Na UCIP, aquando da hora a visita questionava sempre se precisavam de alguma coisa, fornecia informação sempre com aconselhamento do enfermeiro orientador e orientava a família para os profissionais competentes consoante as duas dúvidas. Utilizava também o horário das visitas para alguma questão que precisasse de saber em relação aos doentes e que a equipa de enfermagem não era detentora da mesma.

O momento da passagem de turno também é crucial para a continuidade dos cuidados e para promover um ambiente seguro. Na UCIP é mais fácil o cumprimento deste ambiente durante a passagem de turno, uma vez que é realizado na sala de pausa de enfermeiros que é um local sossegado e do qual conseguimos ter uma vigilância sobre os monitores dos doentes. No SU, o local para a realização da passagem de turno não fornece um ambiente calmo, uma vez que o mesmo é realizado na sala de tratamento que maior parte das vezes está cheia de utentes a realizar tratamentos. Aqui não conseguimos garantir um ambiente seguro nem terapêutico e muito menos uma confidencialidade de informação relativo aos doentes.

O método de trabalho por Enfermeiro Responsável é o adotado na UCIP o que também permite uma segurança maior nos cuidados a prestar bem como um ambiente terapêutico, uma vez que os doentes são distribuídos a um único e enfermeiro e é esse que presta os cuidados durante as 8h correspondentes no turno. No SU na primeira linha de atendimento aos doentes que recorrem à urgência este método não é adotado, o que não permite ter tanta segurança nos cuidados. Aqui, presta cuidados o enfermeiro “mais disponível” no momento, o que muita vez faz com que existam mais erros. De qualquer forma a equipa no presente SU também trabalha a comunicação entre pares e organizam os cuidados dessa forma. Mantém sempre os colegas atualizados acerca do que fizeram promovendo a comunicação no seio da equipa de enfermeiros a prestar cuidados em balcão. O SO que faz parte da urgência e funciona como um serviço de internamento, o que permite utilizar o método por enfermeiro responsável e garantir uma maior segurança dos cuidados.

Com as atividades realizadas e evidenciadas a cima, assumo que consegui adquirir a competência pertencente ao domínio da melhoria contínua da qualidade bem como adquirir as **competências 4, 5 e 6** de Mestre em Enfermagem que se prendem com o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; na participação de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; e na realização de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular, respetivamente.

5.2.3. Domínio da Gestão Dos Cuidados

As unidades de competências pertencentes a este domínio previstas no Regulamento nº140/2019 são as seguintes:

“C.1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;”

“ C.2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”

Neste domínio, a UC de Gestão de Cuidados de Saúde lecionada durante o período teórico do presente mestrado, foi um ponto fundamental para conseguir compreender como funciona muitas das vezes a organização dos cuidados e das equipas.

A liderança, a organização e a priorização dos cuidados de Enfermagem foram temas abordados e desenvolvidos na UC supracitada e que forneceram ferramentas para o desenrolar de ambos os estágios. Os Padrões de Qualidade impostos pela Ordem Do Enfermeiros compreendem também os temas acima referidos.

A gestão dos serviços, quer seja SU quer seja UCIP é de elevada complexidade tendo em conta as características dos doentes que aos mesmos recorrem. Assim, é de extrema importância a gestão dos mesmos para que os cuidados prestados sejam dotados da maior qualidade que os enfermeiros que exercem funções nos serviços possam fornecer. O papel do Enfermeiro Gestor dos serviços é de extrema importância, ficando a cargo maioritariamente de Enfermeiros Especialistas, estando os mesmos dotados de competências especializadas na prática de cuidados.

O SU conta com o Enfermeiro Chefe, desempenhando as funções de chefia e como segundo membro da equipa, outro enfermeiro que se prendem com tarefas delegadas pelo chefe e no apoio à chefia durante os dias úteis. Cada equipa tem também um chefe que geralmente é o chefe de turno, este gere os recursos humanos e o serviço principalmente no turno da tarde e noite e nos fins de semana uma vez que o chefe do serviço e o segundo elemento só estão presentes nos dias úteis das 8h às 16h. Geralmente o chefe de cada equipa é um Enfermeiro Especialista ou então os Enfermeiros mais antigos do serviço que embora não tenham especialidade são peritos no serviço pelos anos de serviço que acumulam.

O Enfermeiro Chefe da UCIP é também Enfermeiro Especialista e estando o mesmo no serviço apenas durante o dia das 8h às 16h nos dias úteis, fica responsável por cada equipa também um enfermeiro denominado chefe de equipa que é dotado de Especialidade ou então possui também anos de serviço o que o torna em perito na prestação de cuidados e gestão do serviço.

Na UCIP a distribuição de doentes é realizada pelo Enfermeiro Chefe no turno da manhã, tendo sempre em conta se em turno está o enfermeiro que realizou a entrada do doente, sendo-lhe de imediato atribuído esse doente. Caso esta situação não se verifique, a distribuição é realizada consoante os doentes e as necessidades dos mesmos. De frisar que o rácio enfermeiro-doente é de 1 para 1 ou de 1 para 2. Durante o primeiro estágio na UCIP, pude observar a forma como o Enfermeiro Orientador realizava as distribuições dos doentes

pelos enfermeiros, ficando eu totalmente responsável pelos doentes que eram atribuídos ao Enfermeiro Orientador. Ficou à minha inteira responsabilidade a gestão dos cuidados a prestar aos doentes que me eram atribuídos enquanto aluna.

No SU existe um plano semanal de trabalho em que os enfermeiros estão distribuídos pelos postos, este plano é executado pelo segundo elemento da equipa que também cumpre algumas funções de gestão na ausência do Enfermeiro Chefe. É da inteira responsabilidade pelo chefe de turno, avaliar as necessidades do serviço, gerir as camas disponíveis para os internamentos quando assim o é necessário tal como a solicitação de enfermeiros para realização de turno extra quando o serviço assim o exige. Durante o estágio no SU o meu Enfermeiro Orientador ficou como responsável de equipa durante um turno da tarde e pude observar a forma como o mesmo geria as camas disponíveis, a disposição dos doentes pelo serviço consoante as necessidades do mesmo. A afluência de doentes por vezes é de tal forma que é necessário fazer uma reforma total no serviço de forma a gerir os poucos recursos disponíveis para a prestação de cuidados.

O enfermeiro responsável pela equipa no turno é maioritariamente das vezes o enfermeiro também responsável pela Sala de Emergência, ficando encarregue dos doentes que nesta entrem, pela prestação de cuidados aos mesmos e vigilância. Quando a gestão requer uma participação mais ativa deste membro da equipa, um dos enfermeiros de balcão terá então de assumir o papel de enfermeiro na sala de emergência.

A manutenção dos aparelhos no serviço também fica a cargo do enfermeiro chefe de equipa que tem a função de confirmar que todos estão aptos para funcionar quando necessário. A organização das funções dos assistentes operacionais (AO) também é da competência dos enfermeiros, tal como a reorganização da equipa aquando das saídas do serviço para fazer refeições, garantindo sempre os cuidados aos doentes.

A reposição de material é também de extrema importância para a gestão dos cuidados de forma que os mesmos sejam praticados por inteiro e que não percam tempo na falta de material. A reposição de gavetas em balcão no caso do SU é realizada pelo enfermeiro do turno da manhã e pude também realizar essa tarefa inúmeras vezes de forma a deixar o material necessário para os turnos seguintes. Em contexto de sala de emergência, a mesma é composta por várias caixas com material para realizar as tarefas o mais rápido possível e com a maior eficácia, como o caso da colocação de cateter central ou uma intubação endotraqueal. É também da responsabilidade do enfermeiro que fica na sala de emergência garantir que essas caixas estão completas e o material tem validade para a sua utilização. Pude várias vezes fazer a reposição e validação dessas mesmas caixas de material de forma a garantir os melhores cuidados aos doentes em caso de emergência.

Uma das maiores dificuldades que senti caso fosse minha a gestão da equipa é a afluência de doentes, e que necessitam internamento quando não existem camas disponíveis. Assim, torna-se difícil a reorganização do espaço, uma vez que o mesmo se torna limitado, tal como os recursos humanos e materiais. É também difícil decidir quais os doentes que ficam internados em cadeirão tendo em conta que não há camas suficientes para todos e num corredor, não conseguindo garantir os melhores cuidados a prestar. Neste caso, foi-me atribuída a tarefa pelo Enfermeiro Orientador de num turno da tarde decidir qual dos nossos doentes teria a maior necessidade de sair do cadeirão e ficar numa cama tendo em conta que havia apenas uma disponível. São decisões difíceis de tomar, mas necessárias para a melhoria dos cuidados aos doentes.

As atividades acima referidas e observadas, auxiliam na aquisição das competências do presente domínio e correspondem à **competência 1** do grau de Mestre em Enfermagem. Esta competência aborda a demonstração de competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

O Enfermeiro tem um papel fundamental na dinamização de temáticas e projetos na área da gestão dos cuidados, dos recursos materiais e humanos. Assim, compete ao Enfermeiro Especialista a aquisição de competências nesta área para o desenvolvimento das suas competências especializadas.

Para além do campo da gestão, o Enfermeiro também deve ativo no campo da supervisão e em caso de necessidade na demonstração de técnicas que exijam a sua competência especializada. No caso dos AO é função do Enfermeiro a delegação de tarefas no que concerne às necessidades humanas básicas como a alimentação, o vestir, o posicionar e a eliminação, mas também passa pelas funções do Enfermeiros a supervisão destes cuidados e que os mesmos são práticos tendo por base os princípios éticos que regem a proteção dos doentes.

5.2.4. Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

As unidades de competência inerentes a este último domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refletidas também no Regulamento 140/2019 são as seguintes:

“D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”

“D2-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”

No decorrer do Mestrado quer seja em momento teórico ou prático, realizei uma introspeção constante acerca do meu trabalho enquanto enfermeira e da minha forma de ser e de me relacionar com as pessoas enquanto ser humano. Houve momentos que não foram fáceis e

tive de procurar soluções com base em situações anteriores já resolvidas e com auxílio de estudo em busca da maior evidência para a prática de cuidados.

Ambos os campos de estágio onde prestei cuidados foram um constante desafio, pois são contextos que me eram completamente alheios, desconhecia a sua forma de trabalhar e principais dinâmicas, o que me trazia algum desconforto no início. Com a integração em ambos os contextos foi-se tornando mais natural a prestação de cuidados o que facilitou e contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira e futura Especialista. A integração permitiu-me também conseguir desenvolver assertividade na prestação de cuidados e no auxílio aos doentes e família em ambos os contextos.

Com o desenvolvimento das atividades profissionais, consegui perceber que a comunicação era por vezes uma barreira, principalmente na UCIP pois é difícil por vezes mantermos a humanização de cuidados tendo em conta que maior parte dos doentes não verbalizam a sua vontade por estarem sedados. Com esta realidade e tendo em conta que é necessário estar desperta para tantas outras dinâmicas à volta do doente, sinto que a comunicação ficava muitas vezes em segundo plano.

No SU a principal dificuldade que senti a nível de comunicação foi na triagem pois é o sítio em que o enfermeiro está mais exposto aos doentes, a abordagem na triagem torna-se complicada uma vez que todos acham individualmente que têm prioridade sobre o próximo.

De forma a tentar ultrapassar esta barreira, o PIS focou-se também ele na comunicação e nas técnicas de comunicação o que me ofereceu um suporte a nível teórico para resolver algumas situações mais inesperadas e me despertou para certo tipo de comunicação não verbal à qual até então não atribuía um significado de maior relevo. O projeto permitiu-me também melhorar a área da investigação e a despertar maior interesse na pesquisa para dar suporte aos cuidados a prestar aos doentes. É de extrema importância a pesquisa para uma prática baseada na evidência o que nos sustenta os cuidados a prestar aos doentes e a conseguir atingir os Padrões de Qualidade impostos pela Ordem dos Enfermeiros.

A SR realizada para o projeto permitiu-me desenvolver conhecimentos na área da investigação tal como a UC de investigação lecionada no período teórico do presente mestrado. O relatório final serve também como reflexão e introspeção das atividades realizadas em ambos os estágios o que me permite ter uma visão plena das minhas atitudes, uma reflexão dos cuidados que prestei para conseguir melhorar os aspetos que tenho de melhorar.

Através de observação direta de cuidados consegui também aprender técnicas utilizadas no contato e comunicação com os doentes e famílias, principalmente na UCIP onde os doentes apresentam maior vulnerabilidade e as famílias necessitam de conforto para controlar de alguma forma a ansiedade de ver os seus familiares sedados.

A UC de relação de ajuda também ajudou no desenvolvimento de técnicas de comunicação, uma vez que representámos em sala de aula situações que possam ser reais e tentar de alguma forma resolver.

A prática baseada na evidência é o principal pilar da nossa atuação enquanto enfermeiros sendo o que sustenta a nossa prestação de cuidados. A assertividade na forma como realizamos os cuidados também fomenta uma prática correta tal como uma introspeção diária das nossas ações para que possamos melhorar os nossos cuidados aos doentes.

Com a aquisição das competências referentes a este domínio, posso afirmar que consegui atingir os objetivos que complementam as **competências 2, 4, 6 e 7** associadas ao grau de Mestre em Enfermagem.

5.3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (EMC-PSC)

5.3.1. Cuida da pessoa, cuidador/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No que diz respeito à primeira competência enunciada no Regulamento nº429/2019 publicado em Diário da República 2º Série – Nº135, que aborda as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, esta apresenta as seguintes unidades de competências:

1.1. – “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”;

1.2. – “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”;

1.3. – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”;

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

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

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

No sentido de conseguir atingir as competências descritas, a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, era composta pela frequência dos cursos de Suporte Avançado de Vida e “International Trauma Life Support”, que trouxeram ferramentas complementares à prática clínica em estágio. Esta unidade curricular tinha como nota final a frequência nos 2 cursos independentemente da aprovação nos mesmos, esta nota era atribuída consoante a média realizada entre os 2 cursos tendo em conta que em ambos, a parte teórica e a parte prática tinham avaliações separadas.

A UC de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada contribuiu também para o desenvolvimento a nível teórico de competências para suporte à prática, foram abordadas as várias patologias que requerem administração de terapêutica especializada e complexa, bem como as opções a nível de ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação mecânica não invasiva (VMNI). Todas as temáticas abordadas nesta UC foram importantes para a prática clínica em ambos os estágios.

Na UCIP presenciamos todos os dias doentes em situação complexas e com necessidades extremas de cuidados especializados, uma vez que apresentam uma situação débil e uma necessidade de administração terapêutica complexa. A falência orgânica quer seja de um ou mais órgãos é a situação mais recorrente na UCIP e os doentes requerem cuidados especializados por parte dos enfermeiros. Neste contexto, podemos observar a alta tecnologia a nível de substituição dos principais órgãos e a funcionalidade a nível artificial de forma a manter os doentes com vida.

Durante o primeiro estágio na UCIP tive a oportunidade de experienciar várias técnicas das quais não tinha conhecimento a nível de substituição de funções vitais. Os doentes ventilados e os cuidados aos mesmos requerem um rigor de cuidados e intervenções especializadas e fundamentas para conseguir auxiliar estes doentes. A manutenção e cuidados a um doente que possui VMI requer rigor e técnica assética no seu manuseamento. Desta forma, é importante perceber os riscos associados a este tipo de ventilação e quais os cuidados de conforto que podemos oferecer aos doentes neste contexto. Foi possível apreender estas técnicas durante o estágio em UCIP e providenciar o maior conforto aos doentes.

A compreensão a nível da monitorização dos doentes a partir da linha arterial também foi possível aprender durante o estágio da UCIP tal como os cuidados a ter no manuseamento da mesma. Como desconhecia por completo esta opção de monitorização dos doentes, a sessão de formação que realizei na UCIP recaiu sobre esse tema o que auxiliou no consolidar da prática com a teoria. A interpretação dos dados em monitor também foi possível desenvolver

competências uma vez que em contexto de UCIP os doentes estão todos monitorizados através de linha arterial.

No que respeita à alimentação dos doentes também foi possível aprofundar o manuseamento de bombas infusoras para nutrição parentérica que embora sejam conteúdos abordados durante a licenciatura, não fazem parte do meu trabalho atual enquanto enfermeira. As técnicas de substituição renal não foram novidade para mim tendo em conta que fazem parte do meu dia a dia enquanto enfermeira, no entanto o estágio permitiu-me aprofundar conhecimentos nesta área bem como conhecer outros monitores de diálise aos quais não estou habituada.

Todos os procedimentos referidos foram realizados em conjunto com o Enfermeiro Orientador com o qual pude esclarecer dúvidas num nível inicial para que mais tarde me pudesse tornar o mais autónoma possível na prestação de cuidados ao doente em falência orgânica. Uma das principais funções do enfermeiro a nível de UCIP é manter uma vigilância ativa na interpretação de valores e atuação com base nos mesmos quando assim se justifique.

A administração de protocolos terapêuticos complexos faz parte do normal em ambos os contextos, uma vez que a administração de terapêutica é uma das ações mais frequentes dos enfermeiros. Na UCIP através, maioritariamente, de bombas infusoras, o que me levou a ter que pesquisar as diluições exatas para administração de medicação. Na sala de preparação de medicação existe um poster com as diluições mais frequentes realizadas no serviço o que também auxiliou a administração da mesma. Na administração de terapêutica é de igual modo importante saber as interações medicamentosas e os benefícios e malefícios que isso pode trazer aos doentes.

O controlo de dor contribui para o conforto dos doentes, em contexto de UCIP o controlo desta é mais fácil uma vez que a maior parte dos doentes possui um cateter venoso central o que permite um acesso de administração rápida de terapêutica em caso de urgência. A maior parte dos doentes neste contexto estão sedados e analgesiados o que permite um maior alívio de dor. Os que estão despertos possuem maioritariamente medicação para a dor em caso de urgência. O posicionamento regular destes doentes também permite um alívio maior das zonas de pressão o que provoca por consequência uma diminuição da dor.

No SU o controlo de dor, deve ser interpretado como uma atuação major tendo em conta que é a principal queixa que leva os doentes a recorrer a este serviço. É imprescindível conseguirmos identificar a localização da mesma e a sua intensidade. No SU onde decorreu o estágio final, o momento da triagem é o principal onde conseguimos perceber qual a localização da dor e sua intensidade. A escala utilizada neste momento é a numérica em que o doente identifica de 0 a 10 qual a intensidade da sua dor tendo em conta que 0 é sem dor e o 10 é uma dor que causa impossibilidade de movimentos. Neste momento a localização da

mesma também é importante para conseguirmos adequar o fluxograma e discriminadores correspondentes presentes no sistema de Triagem de Manchester, para conseguir alocar o doente à especialidade médica que o irá observar.

A família apresenta-se como um ponto chave na prestação de cuidados, uma vez que são detentores de informação que em muitos casos a família desconhece. Desta forma, é importante englobar a família nos cuidados ao doente e tentar dissipar, através de maior informação, a situação de stress que o internamento ou a ida ao SU provoca na restante família. Em contexto de SU é um pouco complicado conseguir gerir também a família porque a atenção recai sobre o doente. Durante o estágio em SU houve o caso de um doente com um AVC em evolução que estava em sala de emergência e teve necessidade de ser transferido para outra unidade hospitalar. Na saída da sala de emergência para a ambulância o filho do doente conseguiu observar o estado em que o pai se encontrava, mas a afluência de doentes era de tal forma que os enfermeiros a prestar cuidados ao doente não conseguiram chegar até à família de forma a tranquilizá-los sobre o que estava a acontecer. Foi então realizada esta comunicação à família, mais tarde, pelo enfermeiro responsável pelo doente que explicou o que estava a acontecer e para onde o doente iria ser transferido.

Em contexto de UCIP os colegas estão despidos de outra forma para o acompanhamento à família e tive a oportunidade de experienciar uma divulgação de más notícias e acompanhamento da família a um doente em morte cerebral. Foi comunicado à mãe o estado do doente pelo médico e a Enfermeira que me estava a acompanhar esse dia, assumiu um papel de cuidador da família ao transmitir o acontecimento de forma que a mesma entendesse e a prestar algum conforto naquele momento de maior debilidade que estava a ser vivido.

Em contexto de sala de emergência pude colaborar nos cuidados de enfermagem aos doentes, tal como diagnosticar na triagem as situações que necessitavam de encaminhamento à sala de emergência. Também aqui pude experienciar a monitorização de doentes emergentes e o encaminhamento dos mesmos para os devidos internamentos quer intra ou inter hospitalar. Durante o estágio de SU também tive a oportunidade de realizar um transporte de PSC com o Enfermeiro Orientador, deslocámos uma doente com um enfarte à unidade de cardiologia do hospital mais próximo. O transporte foi realizado na presença de um médico e enfermeiro para monitorizar o doente com o enfarte em evolução.

Com as atividades referidas considero que adquiri a competência inerente a este domínio e adquiri também as **competências 2, 4 e 7** de Mestre em Enfermagem.

5.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

As unidades de competência presentes no Regulamento nº 429/2018 publicado em Diário da República, 2º Série – nº 135 são as seguintes:

- 2.1. – “Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe”;**
- 2.2. – “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe”;**
- 2.3. – “Planeia resposta à situação de catástrofe”;**
- 2.4. – “Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe”;**
- 2.5. – “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime”.**

A competência que aborda a catástrofe é a mais difícil de conseguir adquirir uma vez que nem sempre acontecem estas situações para que as consigamos experienciar e vivenciar enquanto enfermeiros especialistas. Assim, no âmbito da catástrofe, tive a oportunidade de consultar os planos de atuação em caso de catástrofe de ambos os hospitais e serviços nos quais estagiei com o objetivo de tentar perceber como funcionaria o teatro de operações a nível da catástrofe bem como a triagem a efetuar dos doentes em caso desse acontecimento.

A UC de Enfermagem Médico Cirúrgica 3 contribuiu também para tentar perceber qual o papel do enfermeiro no acontecimento de uma catástrofe bem como toda a funcionalidade da proteção civil neste contexto. O enquadramento dos profissionais nesta área é de extrema importância para que seja possível garantir os cuidados aos doentes e uma correta triagem dos mesmos. Nesta UC foi também desenvolvido para avaliação final da mesma um poster que teve por base pesquisa para a maior evidência científica de modo a suportar teoricamente o mesmo. O presente poster teve como tema “Recolha e Prevenção e Vestígios Forenses: Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência”. Ao realizar pesquisa acerca do tema consegui perceber que a informação disponível é reduzida o que não permite que consiga suportar de forma sustentada a prática neste sentido. Não houve também qualquer situação deste tipo no decorrer dos estágios de forma a conseguir perceber como aplicar este tema à prática.

Em contexto de sala de emergência surgiu um caso de um doente que se encontrava em balcão amarelo a aguardar internamento no serviço e que entrou em paragem cardiorrespiratória. O doente foi então levado até à sala de emergência onde foram prestados cuidados de suporte avançado de vida. Foi realizada tentativa de intubação endotraqueal apresentado o doente uma via aérea difícil o que dificultou o procedimento ao médico. A equipa

de enfermagem presente ficou distribuída pelas tarefas a realizar e pude prestar cuidados a nível de compressões e administração de medicação consoante os algoritmos aprendidos em contexto de Suporte Avançado de Vida. Considero que foi uma situação que me causou bastante stress tendo em conta que era a primeira vez que me deparava com tal situação enquanto enfermeira. O enfermeiro orientador conseguiu auxiliar-me e no fim do presente cenário realizamos entre os dois um *debriefing* onde pude perceber o que tenho de melhorar a nível da emergência e do suporte avançado de vida.

Em termos de avaliação final dos estágios, ambos os enfermeiros orientadores, tanto em contexto de UCIP como em contexto de SU, realizaram como mais acertado a não atribuição de valores às categorias que compreendem a atuação em caso de catástrofe tendo como base os motivos que me são alheios como o não acontecimento de uma situação deste carácter, como justificação para a não atribuição de valor quantitativo a esta subcategoria da competência em causa.

Os casos de exceção, tendo como linha orientadora que a OE (2018) defende que toda e qualquer situação que remeta para um desfasamento entre as necessidades existente e os recursos materiais e humanos disponíveis, existiram durante o estágio realizado em SU, uma vez que maioritariamente os recursos humanos e materiais disponíveis não eram suficientes tendo em conta a afluência de doentes ao serviço.

Assim, afirmo que em termos de casos de exceção, ocorrem diariamente no SU onde decorreu o estágio final, uma vez que maioritariamente o número de doentes internados não é proporcional ao número de macas disponíveis no corredor, tendo então de decidir quais os doentes com maior necessidade para utilizar os recursos disponíveis em maca. Sendo que o limite são 8 macas de internamento em corredor e chegou a haver 23 doentes internados em corredor em cadeirão por não haver macas disponíveis.

Com as atividades descritas em cima posso afirmar que adquiri as **competências 3 e 7** compreendidas nos objetivos de Mestre em Enfermagem.

5.3.3. 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 da resposta em tempo útil e adequada

Em semelhança às competências descritas anteriormente, esta também possui unidades de competência que nos remetem ao disposto no Regulamento 429/2018, publicado em Diário da República, Série 2 – Nº135 como já referido nas anteriores e são estas as seguintes:

3.1. – “Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”;

3.2. – “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”.

As ações que os enfermeiros praticam em termos de cuidados aos doentes nos serviços, são sempre regidas pelo princípio de técnicas limpas ou asséticas, em todas estas ações estão previstas defesas e formas de culminar as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Foi projetado durante o período teórico do presente mestrado, na UC Médico Cirúrgica 5 um plano de prevenção de infeção com todos os complementos que o mesmo prevê com a capacidade de ser implementado num serviço e passando da teoria à prática. O plano apresentado foi elaborado com o tema de “Plano de Prevenção e Controlo de Infeção – Infeção do local Cirúrgico por *Escherichia Coli*” e foi desenhado a partir de dados reais de um hospital de solicitámos junto da colega que realiza o trabalho na área do controlo de infeção denominado de PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos).

Durante o estágio na UCIP consegui compreender através do Enfermeiro Orientador a importância que tem nos cuidados aos doentes manter o ambiente limpo e não sermos vetores de transmissão de microrganismos de doente para doente. A UCI é um dos locais onde a assepsia é uma das normas mais importantes a reter, nesse seguimento, consegui perceber através de instruções de trabalho presentes no serviço e poster divulgados no mesmo, a importância da lavagem das mãos e de manter o ambiente dos doentes o mais limpo possível, mantendo sempre o material utilizado para o doente na unidade do mesmo sem passar de unidade em unidade. O manuseamento de dispositivos invasivos no doente requer o maior cuidado na prevenção de infeção, por exemplo o cuidado na assepsia ao manusear o tubo endotraqueal previne que o doente venha mais tarde a contrair pneumonia associada à entubação, ou o manuseamento do cateter venoso central, requer de igual modo rigor em relação à assepsia para prevenir a dissipação de agentes provocadores de infeção no doente.

No estágio do SU existiam outros colegas também especialistas responsáveis pela área do controlo de infeção com as quais fiz ainda turnos e consegui compreender a forma correta vários procedimentos. Tendo em conta que é um serviço em que a afluência de doentes é tão grande, a lavagem correta ou desinfecção das mãos é das ações mais importantes para não haver a transmissão de microrganismos e prevenirmos as infeções cruzadas. Consegui

também compreender que as colegas responsáveis por esta área têm um plano de limpeza definido no serviço e são responsáveis por supervisionar o trabalho dos AO nesta questão. Por exemplo, faz parte desse plano a troca de cortinas que servem de separador entre camas no SO; a desinfecção das mangas de tensão nos monitores na sala de tratamento amarelo e restantes salas e aparelhos portáteis; a limpeza e desinfecção das bancadas de trabalho e entre outras. Este plano está estipulado por dias da semana e em cada um deles as atividades são diferentes de forma a garantir que todos os espaços são intervencionados.

Durante o estágio do SU foram também implementadas novas regras acerca do despiste de infeção a nível da realização de colheitas de zaragatoa para análise retal e nasal. Assim, todos os doentes provenientes de outras instituições ou hospitais deveriam fazer colheita para zaragatoa em caso de internamento hospitalar. Os doentes que vinham da comunidade realizavam colheita apenas se tivesse realizado algum internamento no último mês.

No hospital onde foi realizado o estágio final, foi possível realizar um turno junto da enfermeira responsável pelo controlo de infeção que faz parte do PPCIRA. Aqui consegui compreender qual o trabalho que a mesma desenvolve no hospital e a importância do mesmo. É de extrema importância a colaboração de todos os profissionais, principalmente no que respeita aos registos a nível de procedimentos cirúrgicos, caso possa existir mais tarde infeção, consiga ser deteta e qual o seu principal foco. Por exemplo, se a infeção for equacionada com a vinda do domicílio, provavelmente foi adquirida na comunidade, é então de extrema importância a procura do seio familiar do doente e as condições em que vive de forma a conseguir controlar a infeção. No caso de a infeção ser intra-hospitalar, é importante perceber de onde pode advir, se o doente é possuidor de dispositivos invasivos que possam facilitar o desenvolvimento de infeção ou se foi provocada pela cirurgia a nível de bloco operatório. Após apuramento de todos estes dados, são elaborados relatórios para envio ao Sistema Nacional de Saúde, para compreender quais os novos microrganismos hospitalares e a necessidade de intervenção na área da formação nos serviços, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Com estes estágios consegui compreender de outra forma que a importância da correta lavagem das mãos permite que prestemos cuidados de qualidade aos nossos doentes e quando a mesma não é possível, é de extrema importância a desinfecção com solução de base alcoólica para prevenir a transmissão de microrganismos entre os doentes.

Com as atividades referidas foi possível adquirir as unidades de competência neste domínio e as **competências 1, 2, 4 e 7** dos objetivos referidos para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Todas as atividades descritas foram realizadas durante o período teórico e prático deste mestrado. Algumas delas vieram complementar a minha experiência enquanto enfermeira e de certa forma consolidar certos termos que não estavam tão presentes. Maioritariamente foram

apreendidas novas formas de trabalhar e estratégias para conseguir atingir objetivos para os quais não estava desperta, tal como dispositivos e atividades dos quais não tinha conhecimento.

A atividades referidas foram sempre desenvolvidas com base na maior evidência científica, assentes nos pilares da profissão de Enfermagem que são regidas pelo REPE e Padrões de Qualidade impostos pela Ordem dos Enfermeiros.

CONCLUSÃO

Com o culminar de todas as atividades a que me propus, desenvolvo aqui como conclusão de que consegui atingir os objetivos referentes a várias etapas no decorrer deste mestrado. Esta conclusão é feita através de uma reflexão de todo o percurso por mim realizado e o que obtive em termos pessoais e profissionais com o desenvolver de todas as atividades realizadas.

Consoante os objetivos delineados para este relatório, posso afirmar que foram atingidos, uma vez que este reflete de igual modo as competências adquiridas bem como o projeto realizado no serviço de Urgência e as atividades realizadas para aquisição de competências.

A prática utilizada para a concretização do projeto foi a Metodologia de Projeto, onde seguimos várias etapas para conseguir atingir os objetivos que regem as linhas orientadoras. Com a realização deste no serviço, foi possível identificar práticas que não eram realizadas e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem a prestar em contexto de Serviço de Observação. A família representa cada vez mais parte integrante do processo de doença dos doentes, o que requer que consigamos adaptar os nossos cuidados a esta nova realidade.

A informação disponível a que a família tem acesso é cada vez mais, seja em internet, na comunicação social ou em jornais e revistas, o que significa que são detentores de mais informação a cerca de certo tipo de práticas e doenças. Cabe a nós enfermeiros, incluir a família neste processo de transição dos doentes de forma a mantê-los informados a cerca dos processos a realizar aos doentes sejam eles invasivos ou compostos da maior simplicidade possível. A família é também detentora de várias informações que nos podem auxiliar nos cuidados a prestar aos doentes e a reduzirmos o stress e auxiliarmos no processo de gestão de emoções, estamos a contribuir para o processo de cuidar ao doente.

A prática baseada na evidência é linha orientadora nos cuidados de enfermagem, com este relatório e ao realizar uma SR, pode constatar que a relação enfermeiro/família, contribui de forma significativa para uma melhoria dos cuidados ao doente, bem como a forma como nos relacionamos com estes. Pude também apreender com a investigação realizada a importância da uniformização de cuidados e da aquisição de competências na área da comunicação para que nos facilite a comunicação com os doentes e família. É de extrema importância os

enfermeiros munirem-se de capacidades a nível de comunicação, seja para melhorar os cuidados aos doentes, seja a nível de comunicação entre pares no seio da equipa.

Com o projeto desenvolvido consegui compreender quais as intervenções que devemos fazer quando nos propomos à realização de um projeto com tamanha escala e consegui também compreender que a Metodologia de Projeto não requer que façamos as etapas todas de seguida e muitas das vezes vemo-nos obrigados a voltar atrás para conseguir desenvolver melhor a etapa seguinte. No que concerne aos projetos, também é necessário perceber quais as necessidades do serviço em questão, bem como as suas limitações quer a nível de recursos, quer a nível de capacidade de implementação dos projetos. No caso do projeto que desenvolvi, considero como ponto menos forte a não aplicação da norma realizada, uma vez que o tempo disponível para aplicação da mesma era reduzido. A norma que desenvolvi requeria alguma logística a nível hospital o que implica a reformulação da mesma para que possa ser aplicada. Como ponto benéfico, considero que a criação de um grupo de trabalho no serviço após o término do meu estágio, para desenvolvimento e conclusão da norma, permitem que mais tarde a mesma possa ser aplicada e desenvolvida trazendo benefícios ao serviço.

No que concerne às competências adquiridas, considero que as mesmas foram atingidas com sucesso, embora consiga trabalhar mais umas do que outras. No caso dos estágios que desenvolvi poucas foram as situações emergentes que surgiram de forma que pudesse resolver e perceber como realizar certos procedimentos. Afirmo que o *debriefing* realizado após a situação emergente que ocorreu, auxiliou-me na consolidação e ligação entre a teoria e a prática, pois conseguimos abordar aspetos que deviam ser melhorados para acontecimentos futuros.

Todos os momentos em estágio foram de aprendizagens major e de desenvolvimento a nível pessoal e profissional, pois são duas realidades que me eram alheias por completo, nunca tive oportunidade enquanto estudante de licenciatura passar por nenhum dos serviços em questão, nem perceber qual a sua dinâmica enquanto enfermeira.

Foram muitos os desafios que foram ocorrendo no decorrer dos estágios, tendo em conta que todos os dias eram uma aprendizagem nova e observava práticas e instrumentos de trabalho com os quais nunca tinha lidado nem observado. Considero que os cuidados intensivos é um local em que o enfermeiro tem o controlo total do ambiente em que trabalha e consegue prever de certo modo situação de emergência e atuação rápida. No caso do serviço de urgência, apresenta-se como o oposto, no qual o enfermeiro nem sempre tem controlo sobre o ambiente que o rodeia, necessita de se munir de capacidades que antevejam situações críticas quando o mesmo é possível.

Afirmo que a minha maior dificuldade a nível da prestação de cuidados é mesmo focada na comunicação com os familiares dos doentes, uma vez que nestes dois contextos os doentes passam por um processo moroso e stressante a nível de doença e requer um apoio estável a nível dos profissionais de saúde. Não saber o que dizer de forma a prestar conforto aos familiares dos doentes é das técnicas que mais desconforto me causa e sinto que é um ponto a trabalhar enquanto futura Enfermeira Especialista e ser humano.

Por fim, concluo que as competências a que me propus foram atingidas com sucesso, consegui perceber quais as diferentes áreas de atuação do Enfermeiro Especialista, a observação de diferentes práticas a nível da Enfermagem, possibilitou-me construir novos meios de cuidados aos doentes e atualizar de certa forma os cuidados que já prestava. Considero que toda esta experiência foi benéfica para mim enquanto profissional e fez com que crescesse também a nível pessoal. A atuação do enfermeiro na área dos saberes em Enfermagem como o saber-ser, saber-fazer e saber-estar, foi também desenvolvida através de todos este percurso realizado.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, T., Ramos, A. & Charepe, Z. (2019). Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito. [Nutrition for people at the end of life: conceptual analysis] *Cadernos de Saúde*, 11(1), 42-49. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.52828>
- Almeida, S. (2016). *VAMOS COMUNICAR? Uma investigação no setor terciário do concelho de Viseu sobre a Comunicação Interna nas Organizações e a Motivação dos Colaboradores*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. [Peplau's Theory of Interpersonal Relations: analysis based on Barnum] *Rev Esc Enferm USP*, 39(2), 202-210.
- Amorim, R. & Silva, M. (2014). Comunicação não verbal efetiva/eficaz em sala de aula: percepção do docente de enfermagem. [Effective/effective non-verbal communication in the classroom: nursing professor's perception] *Texto Contexto Enferm*, 23(4), 862-870. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001710013>
- Anguita, M.V., Quiles, Á., Ríquez, M., Anguita, M.C., Sanchis, R., Lozoya, R. (2019). Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses' experiences. *Revista de Enfermagem Referência* (Série IV – nº23). Pág. 59-68 <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Balona, H. I. (2016). *A importância do Papel do Enfermeiro no Ensino ao Cliente Submetido a cirurgia a Catarata em Regime de Ambulatório*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
- Barreto, M.S., Marcon, S.S., Garcia-Vivar, C., Prado, E., Costa, J.R., Ferreira, P.C., Seguraço, R. (2020). Family Experience of Emergency Care . *Rev baiana enferm.* (34)
- Broca, P. & Ferreira, M. (2012). Equipa de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. [Nursing team and communication: contributions to nursing care] *Rev Bras Enferm*, 65(1), 97-103.
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. [Dissertação de Doutoramento]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Cooper, S., Stevenson, F. (2022). Communicating decisions about care with patients and companions in emergency department consultations. *Health Expectations* (25). Pág. 1766-1775. DOI: 10.1111/hex.13519
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Diário da República, 1ª série A – Nº. 205.
- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: envolvimento emocional do enfermeiro versus distanciamento. *Pensar Enfermagem*, 21 (1), 20–30. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v21i1.132>
- ERS. (2021). DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Entidade Reguladora da Saúde, Porto.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B. & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*. (Série IV - n.º 7). Pág. 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
- Franzoi, M., Lemos, K., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P. (2016). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: uma Avaliação Baseada nos Critérios de Fawcett. [Peplau'stheoryofInterpersonalrelations: na assesmentbasedonFawcett'scriteria]. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(4), 3653-3661. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617
- Garcia, A. & Gomes, M. (2021). Comunicação Para a Saúde em Tempos de Pandemia: A Perspetiva dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde.[Communication for Health in times ofpandemic: theperspectiveofusersoftheNationalHealthService]*Comunicação e Sociedade*,pp. 189-203.<https://journals.openedition.org/cs/6188>
- Joanna Briggs Institute. (2014). JBI levels of evidence. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Jorge, S., Madureira, M. (2020). Needs of critically ill persons' relatives in the emergency room: scoping review". *Cadernos de Saúde* (Vol. 12 – Nº2) Pág. 5-11.
- Kumar, A., Aggarwal, R., Bhoi, S., Sharma, A. (2019). Small Bursts of Frequent Communications—an Effective Communication Method in a Busy Emergency Department. *Indian Journal of Surgery* (81), Pág. 513-515. <https://doi.org/10.1007/s12262-019-02032-w>
- Larrabee, J. H. (2011). Nurse to Nurse - Prática Baseada em Evidências em Enfermagem: Porto Alegre, Brasil: McGrawHil
- Lei nº.15/2014, de 21 de março. Diário da República, 1ª Série – Nº 57.

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, 1.ª série – N.º 181

Leite, A. (2020). *Comunicação eficaz entre o Enfermeiro e a pessoa com entubação orotraqueal*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre.

Lopes, A. C. (2018). *Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Relação Terapêutica como Intervenção Especializada do Enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Magalhães, A. R. (2019). *A Importância da Empatia na Comunicação Clínica e Avaliação do seu Impacto Terapêutico*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.

Martins, R. C. (2019). A Comunicação em Saúde, uma Reflexão. Centros Médicos e Reabilitação. Consultado a 22 de março de 2024. <https://www.cmm.com.pt/comunicacao-em-saude/>

Mendes, J. M. (1997). As práticas Profissionais e os Modelos de Enfermagem. [Professional practices and nursing models]. *Revista Servir*, 45(1), 6-15.

Mourão, C., Albuquerque, A., Silva, A. Oliveira, M. & Fernandes, A. (2009). Comunicação em Enfermagem: Uma Revisão Bibliográfica. *Rev. Rene. Fortaleza* (v.10, n.3), Pág. 139-145.

Morais, G., Costa, S., Fontes, W. & Carneiro, A. (2008). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. [Communication as a Basic instrument in humanized nursing care for hospitalized patients] *Acta Paul Enferm*, 22(3), 323-327. <https://www.scielo.br/j/ape/a/YbLWmRfRCMYM84mV7rS6wTF/?format=pdf&lang=pt>

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [Nursing care quality standards] *Servir*, 2(01e), 70. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>

Nunes, L. (2016) Regulação Profissional. Actos profissionais em debate. [Professional Regulation. Professional acts under debate] *SEP. OPINIÃO*. 14-18

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Acedido em 22 de março de 2024 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, M., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The bmj* (71). DOI: 10.1136/bmj.n71
- Raeburn, A. (2024). *Análise SWOT/FOFA: o que é e como usá-la (com exemplos)*. Asana. Consultado em 28 e março de 2024.
- Ramalho, M. T. (2012). *Relação Terapêutica: Enfermeiro e Pessoa em fase final de vida*. [Dissertação de Mestrado] Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém
- Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. [Non-verbal communication in healthcare] *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170.
- Ramos, S., & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia isbar. [Safe communication in the implementation of nursing care: nurses' level of knowledge about the isbar methodology] *Servir*, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>
- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2.ª série, N.º 135.
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 26.
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017) Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. [Quality of nursing care: a study in Portuguese hospitals] *Revista de Enfermagem Referência, série IV*(14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rosa, C. S. (2014). *Segurança do Doente em Contexto Hospitalar: Percepções dos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Rosswurm, M. A. & Larrabee, J. H. (1999). Um modelo para mudança para a prática baseada em evidências. [A model for moving to evidence-

- basedpractice] *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-22. doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. [Project methodology: descriptive collection of stages] *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Sá, F., Henriques, H. (2020). Communication strategies with the family of the person in critical situation: integrative review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (313).
- Sá, F. L., & Velez, M. A. (2021). Family care in the emergency service: The nurse's lived experience. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21007. <https://doi.org/10.12707/RV21007>
- Santos, M. Grilo, A. Andrade, G. Guimarães, T. Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático. Edição 10, pág. 47-57.
- Santos, K., Oliveira, I., Martinez, E., Azevedo, M., Carmo, S., Dias, R. (2020). Nursing Professionals' Performance Regarding the Transmission of Information to the relatives of Children Admitted to Emergency Care Units. *Revista Online de Pesquisa* (12) Pág. 1087-1092. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7994
- Scherer, F., Cattani, A. & Silva, T. (2020). O uso da Análise SWOT na seleção de técnicas para inserção do usuário no processo de projeto. [The use of SWOT analysis in the selection of techniques for inserting the user into the design process] *Revista Design & Tecnologia*, 20(10), 11-21. DOI 10.23972/det2020iss20pp11-21
- Silva, P. (2012). MANUAL DE TÉCNICAS DE EXPRESSÃO E COMUNICAÇÃO II. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/8541/1/51070%20Manual%20de%20T%C3%A9cnicas%20de%20Express%C3%A3o%20e%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20II.pdf>
- Silveira, R., Lunardi, V., Filho, W. & Oliveira, A. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipa de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. Texto & Contexto – Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500016>
- Sousa, A. M. (2013). *A segurança do paciente: contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados*. [Dissertação de Mestrado] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *PSAU - Artigos em revistas nacionais*. Pág. 615-620. <http://hdl.handle.net/10400.12/229>

- Thomas, J. & Harden, A. (2008) Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BioMed Central*. DOI:10.1186/1471-2288-8-45
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* (Vol. 19, N.6) Pág. 349-357.
- Vieira, E. (2014). *AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.
- Xavier, S., Sampaio, C., Gomes, A., Nascimento, R. & Esperidião, M. (2018). Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico. *Divulgação em Saúde para Debate*, 58, 285-295.

ANEXOS

Anexo I - Declaração de Aceitação do Projeto

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO SUPERIOR DE ENFERMAGEM
E SAÚDE DE EVORA



INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO
FACULDADE DE SAÚDE



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do(a) estudante Filipa Alexandra Marques Andrade, nº 17376 do curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, que versa sobre a temática “Comunicação com a família do doente internado na Urgência”.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço no(a) mestrando(a) adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Portalegre, 28 de outubro de 2023

O Orientador

Assinado por: Ana Paula Gonçalves Antunes Spqjja
Num. de identificação:
089429502da.2023.10.2821.14.1240
1507

(Ana Paula Gonçalves Antunes Spqjja)

Anexo II: Autorização do Conselho de Administração para Realização do Projeto

Ao CA
2023.12.28.

[Redacted]

01/31

INFORMAÇÃO

N.º 31/2023, de 20 de dezembro

A1A 54/2023
Doc. 105

De: [Redacted]

Para: [Redacted]

C/C: [Redacted]

ASSUNTO: Projeto de Intervenção "Comunicação com a família do doente internado em Urgência".

[Redacted]

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

DELIBERAÇÃO

TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente Informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Comunicação com a família do doente internado em Urgência." À requerente Enf.ª Filipa Alexandra Marques Andrade, com conhecimento à Comissão de Ética.

_____/_____/2023.12.28.

A mestrand, Filipa Alexandra Marques Andrade, a frequentar o mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, solicitou autorização à ULSNA para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Comunicação com a família do doente internado em Urgência", a realizar no Serviço de Urgência do HDJMG.

Cumprre apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido detetado pela equipa uma lacuna ao nível da comunicação, sendo que esta no exercício profissional da enfermagem assume particular importância por se centrar na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, o utente, ou um grupo de pessoas.

II- Objetivos

Como objetivo major, pretende-se a elaboração e implementação de uma Norma de procedimento sobre a comunicação com a família de um doente durante o seu internamento em Serviço de Observação.

III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Para colheita de dados será aplicado um questionário para avaliação da implementação deste projeto de intervenção. Este projeto prende-se com a melhoria da qualidade de serviço e do seu funcionamento, sendo que não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD.

O projeto de intervenção é desenvolvido por trabalhadores que no exercício das suas funções pretendem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços onde laboram.

MCO.07.ADM.02

[Redacted]

CES
51

Página 1 de 2



INFORMAÇÃO
N.º31/2023, 20 de dezembro

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo. A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção: *"Comunicação com a família do doente internado em Urgência."*

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Dr.ª Filipa Alexandra Marques Andrade;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar



Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.

DESPACHO
TOMADO CONHECIMENTO. À Comissão de Ética, para os devidos efeitos.

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Filipa Alexandra Marques Andrade, enfermeira a exercer funções na Clínica de Hemodiálise, da Fundação Renal Portuguesa, e a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, venho por este meio solicitar um pedido de autorização, de forma a realizar um Projeto de Intervenção em Serviço, inserido na Unidade Curricular – Estágio Final, [REDACTED] local onde decorre o estágio. O estágio teve início em setembro de 2023, e terminará no final de janeiro de 2024.

Este projeto tem como orientadores, o Enfermeiro Luís Filipe Raimundo Ramos e a Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta. Tem como objetivo, a criação de uma instrução de trabalho direcionada para a Comunicação com a família do doente internado em Urgência.

Para tal, será necessário fazer uma colheita de dados, através de um questionário aplicado aos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência, garantido sempre o anonimato e a proteção de dados dos intervenientes. Comprometendo-me também a respeitar todos os princípios éticos adjacentes.

Consciente da importância que esta instrução de trabalho implica para a segurança do doente e dos cuidados, bem como para o desenvolvimento de competências, como futura enfermeira especialista, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional acerca do projeto, que considere pertinente.

Aguardo deferimento.

Portalegre, 22 de novembro de 2023

Filipa Alexandra Marques Andrade

Filipa Alexandra Marques Andrade

Telefone: 963377860

mail: filipanda@frop.pt

CS
51
6.12.2023

Anexo III: Certificado enquanto formadora na sessão de formação “comunicação com o familiar de referência dos doentes internados no serviço de observação”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que Filipa Alexandra Marques Andrade, foi Formador/a do Curso de Formação Profissional de "COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DE REFERÊNCIA DO DOTE INTERNADO EM SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO" na ULSNA, EPE no(s) dia(s) 12 de Janeiro de 2024, com a duração de 01h00 horas.

Portalegre, 13 de abril de 2024





Designação das unidades temáticas de que foi formador:

COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DE REFERÊNCIA DO DENTE INTERNADO EM SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO

OBJECTIVO GERAL:

-- Apresentar a norma para implementação no Serviço de Observação.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

-- Desenvolver uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar no serviço de urgência;

-- Promover o projeto de estágio;

-- Adquirir conhecimentos sobre técnicas de comunicação



Anexo IV: Certificado de participação no curso de suporte avançado de vida



CERTIFICADO DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho



ocean
medical

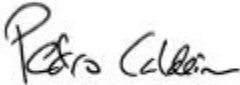
Certifica-se que **Filipa Alexandra Marques Andrade**, nascido(a) em 21/05/1996, com o número de identificação civil ****1429, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 22/04/2023 a 23/04/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 23 de abril de 2023

O coordenador pedagógico



Pedro Caldeira



American
Heart
Association



AUTHORIZED
TRAINING
CENTER



INEM
INSTITUTO
NACIONAL DE
EMERGÊNCIAS
E MEDICINA
DE URGÊNCIA
E SAU 1. SA 2023



CERTIFICADA



Certificado nº 23034408
Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea, transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAV, como executante e como líder de equipa; identificar a dor torácica de origem isquémica e aglizar os cuidados ao utente com síndrome coronário agudo; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais tais como o AVC e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Avaliação inicial de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida	60 min.
// Paragem respiratória	60 min.
// Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa	60 min.
// Conceito de ressuscitação em equipa	60 min.
// Paragem cardíaca (FVTV sem pulso)	120 min.
// Síndrome coronário agudo	60 min.
// Acidente vascular cerebral	60 min.
// Bradicardia estável e instável	60 min.
// Paragem cardíaca (assistolia e atividade elétrica sem pulso)	120 min.
// Taquicardia estável e instável	60 min.
// Avaliação teórica e de competências	240 min.
Total:	16 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Taguspark, Edifício Qualidade CL, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
✉ info@ocean-medical.com 🌐 www.ocean-medical.com

DM-045-21/M21

APÊNDICES

Apêndice I: Resumo do projeto de intervenção apresentado à comissão de ética do Instituto Politécnico de Portalegre



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO COM RELATÓRIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2023/ 2024

1. RESUMO DO PROJETO (máx. 500 palavras)

A comunicação em Enfermagem sustenta e é a base dos cuidados e a forma como intervimos junto dos doentes e família, assim "o desenvolvimento de competências nesta área por parte dos enfermeiros é essencial pois permite ajudar cada indivíduo e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde e obter ganhos em saúde" (Campos, 2017. Pág.91).

Os padrões de qualidade, estabelecidos pela ordem dos enfermeiros (OE), centram-se em várias vertentes que dão suporte à prática dos cuidados de enfermagem. De entre eles, a comunicação está presente na base dos cuidados definindo que "o exercício profissional da enfermagem se centra na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)" (OE, 2001. Pág.10).

Em reunião conjunta com o Enfermeiro Chefe e o Enfermeiro Orientador foi possível identificar uma "falha" no cumprimento deste padrão de qualidade no Serviço de Observação (SO), parte integrante da Urgência, designadamente a necessidade de existir uma norma que estabeleça uma rotina no que toca ao padrão de comunicação e à informação a fornecer aos familiares dos doentes que se encontram internados no serviço de SO.

O projeto será realizado conforme a Metodologia de Planeamento em Saúde que dita que "na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócioeconómicos" (Imperatori& Giraldes, 1982, p. 6).

O presente projeto irá centrar-se na elaboração dessa norma, a qual irá construir um itinerário de informação desde a chegada do doente à urgência, até ao seu internamento em SO.

Numa primeira instância, será realizada uma Scoping Review de forma a fundamentar toda a bibliografia existente sobre o tema, mapeando os artigos de interesse que possam fundamentar o mesmo. Após a realização da Scoping, será então construído um documento provisório que contempla a norma e a sua forma de registo a serem avaliados pelas entidades competentes para mais tarde ser aplicada.

Após todas as aprovações necessárias, será então apresentada a norma aos enfermeiros do serviço e

ESS SA 57-Rev0

serviços administrativos, numa sessão de formação a explicar o conteúdo da norma e o que se espera em termos de mudança sobre a comunicação com familiares, para que todos possam ter conhecimento e oportunidade de realizar os comentários que achem pertinentes à aplicação da mesma.

Por fim, toda a informação encontrada em pesquisa será então remetida para a publicação de um artigo científico.

Palavras-chave: Enfermagem Médico Cirúrgica, Cuidados de Enfermagem, Comunicação, Família, serviço de urgência.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

Tema: Norma de Comunicação com a família do doente internado na Urgência.

Objetivo Geral: Elaborar uma norma de procedimento sobre a comunicação com a família de um doente durante o seu internamento em Serviço de Observação

Objetivos Específicos: Realizar uma *Scoping Review* que sustente os assuntos, critérios e formas de informar a família e contribuir para a construção da norma; Mapear as necessidades do serviço para a melhoria dos padrões de qualidade na área da comunicação; Estabelecer a rotina que sustente a comunicação com a família durante o internamento.

A primeira etapa do projeto prende-se com a identificação da "falha" encontrada no serviço após reunião com o Enf. Chefe e Enf. Orientador. Realizando posteriormente uma análise *SWOT* que identifique as principais debilidades e fraquezas no serviço, tal como as forças e oportunidades de melhoria.

ESS SA 57-Rev.0

A realização do projeto de intervenção em serviço requer um suporte teórico que fundamente todas as atividades propostas. Assim, será feita uma *Scoping Review* com pesquisa em base de dados científicas de forma a suportar a teoria na evidência mais recente. Será realizada então uma pesquisa científica com palavras-chave que suportem os conteúdos necessários à abordagem teórica.

A *Scoping* contempla várias fases que constituem a sua metodologia, assim, serão definidos objetivo geral e específicos para a realização da mesma, a definição de PCC que contempla a população em estudo que serão os enfermeiros no serviço de observação, o conceito, que se prende com o tipo de comunicação com a família e o contexto que se prende com o internamento na urgência. Por último surge então a pergunta de investigação, que no presente projeto será "Qual a comunicação existente entre os enfermeiros e a família dos doentes internados na urgência?" o ponto de partida para a identificação da problemática.

Os conteúdos teóricos abordados serão a comunicação, os padrões de qualidade, cuidados de enfermagem, privacidade do doente, familiar de referência e proteção de dados do doente.

Posteriormente à realização de toda a sustentação teórica, será então elaborada uma proposta de norma a apresentar ao Enfermeiro Chefe para aprovação. Após revisão e conclusão da norma, será realizada ação de formação, elucidativa para todos os Enfermeiros do serviço e serviços administrativos do serviço, e para os mesmos terem oportunidade de expressar a sua opinião. Os questionários inerentes à formação serão elaborados para uma posterior avaliação do projeto. Será também criado uma fonte de registo desta comunicação refletido nas notas de enfermagem diárias.

Por fim, será então implementada a norma no serviço e todo o suporte teórico publicado como artigo científico.

Como resultados esperados: É previsto que todos os enfermeiros do serviço adotem a nova norma, e adquiram competências para melhorar a comunicação com a família e doente em internamento; É esperado que todos os enfermeiros procedam ao registo da comunicação diária realizada com os familiares de forma a que fique registado como cuidado prestado; É esperado que os serviços administrativos garantam que os doentes têm os contactos atualizados em programa informático e quando não têm procedam à atualização dos mesmos; Contribuir para a qualidade e uniformização dos cuidados.

Rec

O processo de avaliação será a última fase do projeto de intervenção. O primeiro momento de avaliação será após a ação de formação, onde serão discutidas as ideias principais sobre o projeto com os colegas presentes na sessão. Por fim será realizado um instrumento de auditoria aos registos dos enfermeiros que permita verificar de que modo os enfermeiros estão a aplicar a norma em vigor no serviço.

ESS SA.57-Rev 0

Apêndice II: Pedido de aplicação do projeto no serviço ao Conselho de Administração do Hospital Y

Exm^a. Sr^a. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, EPE

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Filipa Alexandra Marques Andrade, enfermeira a exercer funções na Clínica de Hemodiálise, da Fundação Renal Portuguesa, e a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, venho por este meio solicitar um pedido de autorização, de forma a realizar um Projeto de Intervenção em Serviço, inserido na Unidade Curricular – Estágio Final, [REDACTED] local onde decorre o estágio. O estágio teve início em setembro de 2023, e terminará no final de janeiro de 2024.

Este projeto tem como orientadores, o Enfermeiro Luís Filipe Raimundo Ramos e a Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta. Tem como objetivo, a criação de uma instrução de trabalho direcionada para a Comunicação com a família do doente internado em Urgência.

Para tal, será necessário fazer uma colheita de dados, através de um questionário aplicado aos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência, garantido sempre o anonimato e a proteção de dados dos intervenientes. Comprometendo-me também a respeitar todos os princípios éticos adjacentes.

Consciente da importância que esta instrução de trabalho implica para a segurança do doente e dos cuidados, bem como para o desenvolvimento de competências, como futura enfermeira especialista, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional a cerca do projeto, que considere pertinente.

Aguardo deferimento.

Portalegre, 22 de novembro de 2023

Filipa Alexandra Marques Andrade

Apêndice III: Proposta de norma de procedimento “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”

1. OBJETIVOS

Normalizar a comunicação entre a equipa de enfermagem e o familiar de referência do doente internado em Serviço de Observação (SO);

Promover a segurança e a qualidade nos cuidados prestados doentes internados em SO;

Desenvolver uma proposta de orientação para a prestação de informações aos familiares dos doentes internados em SO.

2. ÂMBITO

Uniformização do circuito de informação aquando do internamento dos doentes em SO de forma a garantir a máxima qualidade, segurança e confidencialidade nos cuidados prestados.

3. CONCEITOS

3.1 – Conceitos

Comunicação – “A comunicação é compreendida como um processo interpessoal, em que ocorre a emissão de uma ideia, mensagem ou informações para partilhar, ou transmitir sentimentos.”, assim, na saúde “a comunicação foi entendida como fundamental para a formação do profissional” (Silva, 2023).

Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – “Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” (Diário da República, 2011).

Familiar de Referência - A comunicação com o familiar de referência torna-se crucial para a prestação de cuidados de qualidade quando o doente por vontade própria o permite. Assim, consideramos que, “a família é importante para a recuperação e reabilitação individual, isto em relação a todo o tipo de doenças”. (Rebelo, 2007. P.295)

Padrões de Qualidade – Os padrões de qualidade impostos pela Ordem dos Enfermeiros, refletem as boas práticas de cuidados a prestar aos doentes que recorram às instituições de saúde. Desta forma, “as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.” (OE, 2001. P.7 e 8).

Sigilo Profissional – “O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde” (Diário da República, 2017)

3.2 - Siglas

FR – Familiar de Referência

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

4. DESCRIÇÃO DA NORMA

Os padrões de qualidade impostos pela ordem dos enfermeiros, assentam em pilares principais para uma boa prática dos cuidados, de forma a garantir a segurança e melhoria dos doentes. “Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001. PI.5).

Desta forma, a comunicação com os familiares dos doentes internados em SO, permite uma maior segurança, cuidados centrados na pessoa, o bem-estar dos doentes e a satisfação dos doentes e família.

Assim, será então utilizado o “circuito de informação” institucionalizado através de SMS aos doentes admitidos no serviço, que inicia com a entrada do doente no SU, onde, aquando da inscrição, serão actualizados os contactos presentes em serviço informático, consoante o familiar responsável pelo doente, ou se este assim o quiser, o contato do próprio doente. “O utente tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (SPMS, 2023). “A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e compreensível” (SPMS, 2023).

Após uma atualização dos contactos, compete ao enfermeiro que admite o doente em balcão, verificar e registar em nota de enfermagem no sistema informático SClinico Hospitalar, a atualização de contacto do doente e respetivo espólio que o mesmo possua, na eventualidade do doente ser transferido para o serviço de internamento em SO, a confirmação de que todos os contactos estão atualizados, será feita junto do doente, ou dos familiares pelos quais o mesmo se faça acompanhar na impossibilidade de comunicação com o mesmo. Será então estabelecida uma comunicação diária com esse mesmo contacto de forma a providenciar todas as informações relativas aos cuidados de enfermagem e situação de permanência do doente no serviço. Esta comunicação deve ser realizada entre as 11h-12h, no turno da manhã, e entre as 18h-19h no turno da tarde pelo enfermeiro responsável pelo doente. Desta forma, são eliminadas as hipóteses de quebra do sigilo profissional e garantimos uma proteção dos dados do doente e o direito à informação que o mesmo possui.

Posteriormente, será realizado o registo desta comunicação como cuidado de enfermagem efetuado. “Os registos de enfermagem são fundamentais, fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade das ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período de tempo.” (Conselho Jurisdicional, 2015)

5. RESPONSABILIDADES

Acção	Responsável
-------	-------------

Atualização dos contactos no sistema informático	Serviços Administrativos
Confirmação e registo em nota no sistema informático a atualização dos contactos e respetivo espólio dos doentes	Enfermeiro que admite o doente em balcão
Contactar o familiar de referência via telefónica entre as 11h-12h no turno da manhã e entre as 18h-19h no turno da tarde	Enfermeiro responsável pelo doente no turno
Prestar informações de interesse de cuidados de enfermagem ao familiar de referência	Enfermeiro responsável pelo doente no turno
Registar o contacto realizado via telefónica.	Enfermeiro responsável pelo doente no turno

6. REGISTOS

O registo deste contacto deve ser realizado nas notas de enfermagem, na plataforma informática SClinico Hospitalar, pelo enfermeiro responsável pelo doente no turno.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Acedido em 18 de Dezembro de 2023 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Parecer CJ 196/2015, de 17 de abril. Conselho Jurisdicional 2012/2015.

Rebelo, L. (2007). Família e Cuidados de Saúde. [Family and Health Care]. *Port Clin Geral* (23), 295-297.

Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 35.

Regulamento n.º 338/2017, de 23 de junho. Diário da República, 2.ª série — N.º 120.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). (1 de agosto de 2023). *Direitos e Deveres do utente*. SNS 24. Consultado a 19 de Dezembro de 2023. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/#>

Silva, G. K. (2023). *Estratégias para comunicação de más notícias utilizadas pelos profissionais de enfermagem ao paciente e sua família: revisão integrativa*. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Apêndice IV: Plano da sessão de formação: “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”

Local: Sala de Conferência do HDJMG + Aplicação Microsoft Teams	Grupo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG		
Título: Apresentação da Norma: “Comunicação com o familiar de referência do doente internado em Serviço de Observação”	Data: 12 de janeiro de 2024		
	Hora: 14 horas		
	Duração: 60 minutos		
	Preletora: Filipa Andrade		
OBJETIVOS			
OBJETIVO GERAL:			
• Apresentar a norma elaborada para implementação no Serviço de Observação.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:			
• Desenvolver uma melhoria na qualidade dos cuidados de Enfermagem a praticar no serviço de observação através da aplicação da norma; • Promover o projeto desenvolvido durante o estágio final; • Adquirir conhecimentos sobre técnicas de comunicação em Enfermagem.			
ESTRATÉGIAS/ CONTEÚDOS	MÉTODO/ TÉCNICAS DE ENSINO	MEIOS AUXILIARES DE ENSINO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO Apresentação da preletora; Apresentação do tema.	✓ Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 3 min
ENQUADRAMENTO TEÓRICO Comunicação em Enfermagem;	✓ Interrogativo e Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 40 min.

Técnicas de Comunicação em Enfermagem; Diagnóstico da Problemática; Descrição e Apresentação da norma;			
CONCLUSÃO Resumo e elucidação do tema; Esclarecimento de dúvidas.	✓ Interrogativo e Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 12 min.
AVALIAÇÃO	Avaliação direta da ação de formação através da aplicação de um questionário.		
OBSERVAÇÕES			

Apêndice V: Suporte teórico para apresentação da sessão de formação “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”

1. SESSÃO DE FORMAÇÃO

1.1 – OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Apresentar a norma elaborada para implementação no Serviço de Observação.

Objetivos Específicos

- Desenvolver uma melhoria na qualidade dos cuidados de Enfermagem a praticar no serviço de observação através da aplicação da norma;
- Promover o projeto desenvolvido durante o estágio final;
- Adquirir conhecimentos sobre técnicas de comunicação em Enfermagem.

1.2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A comunicação é uma competência a desenvolver enquanto profissional na área da saúde, “podemos considerar a comunicação como uma ferramenta essencial no desempenho de qualquer atividade profissional ligada aos cuidados de saúde” (Campos, 2017. Pág.92). Desta forma, torna-se crucial que o profissional de Enfermagem consiga de alguma forma desenvolver competências que forneçam ferramentas para o desenvolvimento de relações terapêuticas através da comunicação. “O desenvolvimento de competências nesta área por parte dos enfermeiros é essencial pois permite ajudar cada indivíduo e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde e obter ganhos em saúde” (Campos, 2017. Pág.91).

O desenvolvimento de competências na área da comunicação torna possível uma humanização dos cuidados praticados, torna-se numa troca de experiências e vivências entre profissional e doente. “É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno” (Campos, 2017. Pág.97).

A comunicação pode ser realizada de duas formas diferentes, traduz em comunicação verbal e não verbal. “A comunicação verbal é a base da comunicação quotidiana, tornando-se esta num veículo de preservação e contínua modificação da realidade subjetiva do indivíduo.

Compreender a linguagem é primordial para entender a realidade da vida” (Coelho, 2015. Pág.40). “A comunicação não-verbal, com a qual se dá vida às palavras pronunciadas, é simultaneamente o espelho das nossas emoções mais ocultas e verdadeiras, sendo que todas as partes do nosso corpo lançam mensagens que permitem a exteriorização dos nossos sentimentos, através de gestos, de posturas e de silêncio” (Coelho, 2015. Pág. 42).

Existem várias técnicas para comunicação em Enfermagem, assim elas estão dispostas em Técnicas de comunicação não verbal e Técnicas de comunicação verbal. As Técnicas de Comunicação Não Verbal são constituídas por:

Toque – “Tendo em conta a natureza dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro utiliza frequentemente o toque quer para colher informação quer para realizar uma intervenção.” (Coelho, 2015. Pág. 81).

Distância – A gestão do espaço interpessoal, quer dizer, das relações espaciais em modalidades de comunicação. “Em muitas situações sociais, de trabalho, ou mesmo de lazer, cada indivíduo define a sua posição, escolhe uma certa distância indicando, assim, o grau de intimidade que deseja” (Coelho, 2015. Pág. 83).

Posições Físicas – “É fundamental que o enfermeiro observe atentamente, e de forma conjugada, os indícios verbais e não-verbais emitidos pelo utente e, de acordo com eles, reajuste sempre que necessário a posição adotada no sentido de responder às necessidades da pessoa” (Coelho, 2015. Pág. 85).

Olhar – “Existem diferentes termos ou expressões utilizadas a propósito do comportamento visual, sendo que quando duas pessoas se olham mutuamente nos olhos toma a designação de contacto visual” (Coelho, 2015. Pág. 85).

Escuta – “Para tal o enfermeiro precisa de usar não apenas o ouvido mas todos os órgãos dos sentidos, escutando em cada mensagem o conteúdo expresso mas também a forma como é comunicado” (Coelho, 2015. Pág. 86).

Silêncio – “É pois fundamental que o enfermeiro enquanto cuidador respeite o tempo de silêncio instaurado pela pessoa cuidada e, durante este, foque a sua atenção nos elementos não-verbais” (Coelho, 2015. Pág. 88).

No que concerne à Técnicas de Comunicação Verbal são constituídas por:

Síntese – “Esta técnica tem como fins, entre outros, fazer com que a pessoa se aperceba da progressão na exploração dos seus sentimentos e pensamentos, salientar o essencial do

que foi dito ajudando assim a encerrar uma entrevista e permitir ao enfermeiro validar o que reteve do que foi dito pelo cliente” (Coelho, 2015. Pág. 88).

Questões – Coelho cita Chalifour referindo que “as questões são, sem dúvida, as técnicas de comunicação mais utilizadas em relação de ajuda profissional”. (Coelho, 2015. Pág. 89). Coelho refere ainda Estanqueiro afirmando que “é um sinal de sabedoria fazer as perguntas certas, nos momentos oportunos pois, quanto mais adequadas forem as perguntas, melhores serão as respostas” (Coelho, 2015. Pág. 89).

Feedback - Coelho cita Chalifour referindo que “Feedback pode assim definir-se como um processo verbal e não-verbal pelo qual uma pessoa informa outra acerca das suas percepções, pensamentos e sentimentos e, por vezes acerca das necessidades e desejos” (Coelho, 2015. Pág. 91).

Conselho e Informação - Coelho cita Chalifour referindo que “para tornar eficazes o conselho e a informação, é importante atender a algumas regras como certificar-se de que compreendeu o pedido do cliente, confirmar o interesse e motivação do cliente quanto à informação, seleccionar os meios a utilizar tendo em conta o objetivo, utilizar linguagem adequada, certificar-se que o cliente compreende e, se necessário, reformular” (Coelho, 2015. Pág. 92).

A Família como parte integrante da recuperação do doente, também é uma parte fulcral na comunicação e na promoção de uma melhoria contínua do estado de recuperação do doente. Desta forma, é importante manter a família englobada nos cuidados ao doente e prestar as informações necessárias e que estas precisem uma vez que “a experiência de uma família a acompanhar o seu familiar ao SU, tem um impacto físico, psicológico e emocional” (Freitas, 2022). Assim, podemos afirmar que “a intervenção de enfermagem no cuidado à família tem desafios como a satisfação das necessidades, a falta de tempo, a ausência de recursos, a priorização constante dos cuidados e o desconhecimento das necessidades da família” (Freitas, 2022).

A família também ela própria reflete algumas necessidades, medos e angústias constantes as quais cabe ao enfermeiro promover ferramentas para desmistificar e satisfazer as mesmas. “As suas necessidades incluem receber informações, sentir proximidade, suporte e conforto, pelo que os profissionais devem comunicar o mais cedo possível e regularmente, recorrendo a técnicas de escuta ativa, como refletir e esclarecer, fazer perguntas abertas, estar atento à comunicação verbal e não verbal, garantindo uma comunicação eficaz” (Freitas, 2022).

A segurança dos cuidados é promovida através de uma comunicação eficaz entre doente/família e enfermeiro, desta forma podemos garantir uma continuidade da qualidade dos

cuidados. A Ordem dos Enfermeiros, assume então que “a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local” (OE, 2001. Pág.06). Assim, assumimos que uma melhoria da comunicação entre enfermeiro – doente/família, contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados no que concerne aos cuidados de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar. “A segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados e exige um complexo sistema de sinergias e um amplo leque de ações para a melhoria da qualidade” (Brás, C. Ferreira, M. 2016).

Com uma comunicação contínua com a família dos doentes internados, para além de promovermos uma maior segurança no que concerne aos cuidados a prestar ao doente, também conseguimos cumprir todo o sigilo profissional ao qual somos obrigados. Assim, o sigilo profissional “tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde” (Diário da República, 2017).

1.4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brás, C. Ferreira, M. (2016). A Segurança e Qualidade dos Cuidados: Revisão da Literatura. *Servir*. 59 (nº4), pág.12 – pág.16. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/24024/17734>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, Vol. 15, N.º1 (91-101) <https://doi.org/10.25752/psi.9725> ;
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. [Dissertação de Doutoramento]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Freitas, C. (2022, 27 de Novembro). A família da pessoa doente no Serviço de Urgência. *Açoriano Oriental*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27508/a%C3%A7oriano-oriental-novembro-2022.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Acedido em 09 de Janeiro de 2024 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Regulamento n.º 338/2017, de 23 de junho. Diário da República, 2.ª série — N.º 120.

Santos, M. Grilo, A. Andrade, G. Guimarães, T. Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático. Edição 10, pág. 47-57.

Apêndice VI: Questionário aplicado na sessão de formação “Comunicação com os familiares de referência dos doentes internados em SO”

Questionário - Sessão de Formação



B *I* U

O presente questionário tem como fundamento a avaliação da sessão de formação realizada no âmbito do projeto de estágio aplicado no Serviço de Urgência e da formadora que realizou a sessão de formação por parte dos formandos.

Peço a vossa colaboração de forma a conseguir obter resultados no que concerne à avaliação final do projeto de estágio.

Todas as questões serão de resposta anónima de forma a garantir a proteção de dados de todos os inquiridos. O questionário será dividido em 2 partes, que comportam uma caracterização do inquirido e a avaliação da sessão de formação e da formadora.

Em caso de concordância com o supracitado, peço que responda às seguintes questões.

Parte I - Caracterização dos Inquiridos

1 - Género

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino



2 - Idade

- ☐ Menos de 25 anos
- ☐ 25 - 30 anos
- ☐ 30 - 40 anos
- ☐ 40 - 50 anos
- ☐ 50 - 65 anos
- ☐ Mais de 65 anos



3 - Habilitações Literárias

- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós - Graduação
- ☐ Especialidade
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

3.1 - Se especialista, refira qual.

Texto de resposta curta

.....

Parte II - Avaliação da Sessão de Formação



Enumere de 1 a 5 qual o seu grau de satisfação consoante a escala a aplicar:

1 – Insatisfeito 2 – Pouco Satisfeito 3 – Satisfeito 4 – Muito Satisfeito

1 - Avaliação da Organização da Sessão de Formação: Recursos tecnológicos; Condições Físicas; Horária da Sessão e Divulgação

Texto de resposta curta

2 - Avaliação da Formadora: Pontualidade e Assiduidade; Exposição de Conteúdos; Qualidade dos conteúdos

Texto de resposta curta

3 - Avaliação dos Conteúdos lecionados: Pertinência do tema; Permitiu a aquisição de novos conhecimentos; Metodologias adequadas; Tempo de duração adequado

Texto de resposta curta

4 - Avaliação genérica da formação

Texto de resposta curta

5 - Sugestões de melhoria

Texto de resposta longa

Apêndice VII: Suporte teórico para apresentação da sessão de formação: “projeto de formação em serviço – Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. LINHA ARTERIAL

“A monitorização hemodinâmica de um paciente crítico sempre foi um fator importante para um setor hospitalar” (Reis & Silva, 2021, p. 2), especialmente quando nos referimos a doentes que entram em serviços como o Serviço de Urgência [SU] e a Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], “onde o objetivo principal é o de manter a estabilidade do quadro do paciente ou até mesmo melhorar sua condição” (Reis & Silva, 2021, p. 2).

“Apesar do rápido avanço das técnicas de monitorização não invasiva, a monitorização hemodinâmica invasiva é fundamental em Unidades de Cuidados Intensivos e cabe ao profissional escolher o método mais correto para essa monitorização, respeitando a individualidade de cada doente” (Azeredo & Oliveira, 2013, p.45).

A existência de equipamentos tecnológicos com capacidade de traduzir sinais vitais em dados passíveis de serem interpretados para um monitor de vigilância é de extrema importância (Reis & Silva, 2021). As tecnologias são cada vez mais utilizadas e imprescindíveis no dia a dia dos profissionais de saúde, principalmente nos que cuidam de doentes em situação crítica, onde a sua evolução deve ocorrer concomitantemente com o conhecimento necessário para manipulá-las e interpretá-las corretamente, garantindo assim cuidados de saúde de qualidade (Silva et al., 2020; Santos et al., 2021). “Os profissionais de saúde são então os responsáveis por garantir a validade da informação sobre a hemodinâmica do doente. Para isso, é indispensável que o enfermeiro saiba interpretar a morfologias das ondas, para poder analisar e responder adequadamente aos valores indicados no ecrã” (Azeredo & Oliveira, 2013, p.44).

Nas UCIs, que recebem doentes em situação crítica, a monitorização hemodinâmica carece de ser o mais confiável possível, traduzindo vários parâmetros em tempo real, entre eles, a Pressão Arterial Invasiva [PAI] (Reis & Silva, 2021; Nunes et al., 2020; Oliveira & Monteiro, 2010).

A PAI é atingida através da colocação de um catéter ou linha arterial [LA]. A LA trata-se de um procedimento invasivo, que para além da monitorização da PAI, também é utilizada para colheita de sangue para análises e gasometrias frequentes (Nunes et al., 2020). “A obtenção de uma linha arterial também é fundamental na utilização de monitorização hemodinâmica minimamente invasiva” (Nunes et al, 2020, p.153).

De entre os vários locais anatómicos passíveis de ser colocada uma LA, a artéria radial é preferencialmente a primeira escolha, visto que é superficial, de fácil palpação, favorecendo o

sucesso da sua colocação, e o método mais utilizado é através da palpação de pulso (Nunes et al., 2020; Castro, 1989). Outros locais passíveis de ser colocada uma LA são as artérias femoral, braquial e pediosa (Reis & Silva, 2021).

A PAI é monitorizada através da conexão da LA a um sistema rígido com um transdutor de pressão, que fornece ao monitor, valores numéricos e uma curva de pressão, fornecendo a pressão arterial sistólica [PAS], pressão arterial diastólica [PAD] e a pressão arterial média [PAM] (Reis & Silva, 2021; Oliveira & Monteiro, 2010). “O transdutor de pressão tem a função de transformar uma pressão mecânica em um sinal elétrico após recebê-la sobre sua superfície, sinal esse que será interpretado clinicamente” (Reis & Silva, 2021, p. 2).

Para que os dados obtidos na monitorização por LA tenham a maior precisão possível, é essencial manter o transdutor no ponto zero, limitando a utilização de torneiras de 3 vias, eliminar as bolhas de ar que possam surgir no sistema e calibrar o sistema com frequência (Azeredo & Oliveira, 2013). Todo o sistema deverá ser preenchido com soro fisiológico 0,9% estéril e colocado em sistema pressurizado a 300 mmHg. De salientar que não deve ser utilizada glicose a 5%, pois poderá alterar resultados devido à sua viscosidade.

Para uma calibração do sistema com ponto zero é necessário que, quando este estiver montado, o monitor seja programado para o registo de curvas arteriais, posicionando-se o transdutor ao nível do terceiro espaço intercostal da linha média axilar, sendo esta a linha zero de referência. É fechada a torneira de três vias para o doente, ficando aberta para a atmosfera, carrega-se no botão de zero e aguarda-se que a linha fique reta, de seguida fecha-se a torneira para a atmosfera, abrindo-se para o doente/LA, iniciando-se assim registos de pressões corretas e fidedignas (Azeredo & Oliveira, 2013).

“A monitorização invasiva da pressão arterial é um procedimento que requer conhecimento específico, tanto para sua instalação quanto para sua interpretação, que é feita pelo enfermeiro em conjunto com o médico” (Reis & Silva, 2021, p.2). Assim, embora a colocação de uma LA seja de responsabilidade médica, “o enfermeiro tem papel altamente relevante, e deve estar capacitado para exercer atividades de maior complexidade com destreza, agilidade e principalmente embasamento científico” (Oliveira & Monteiro, 2010, p.62).

É de salientar a importância da verificação de falhas na montagem do circuito da LA, para minimizar os erros de interpretação, tanto por falha mecânica como por falta de conhecimentos (Reis & Silva, 2021).

O transdutor referido anteriormente “tem por finalidade captar as oscilações de pressões mecânicas na ponta do cateter, transformando-as em sinais elétricos para, em seguida, transmiti-lo para o monitor multiparamétrico, amplificado e visualizado como onda de pressão” (Ferreira, et al., 2018, p.26)

A avaliação da curva de pressão deve ser realizada de uma forma criteriosa, pois, através dela consegue-se perceber as condições em que o catéter se encontra e se a zeroagem está

realizada de forma adequada. “Para avaliação da curva, é necessário realizar o Full Flash Test ou “teste de lavagem”, que consiste em observar o traçado das curvas pressóricas após a lavagem do sistema com a infusão de soro fisiológico” (Ferreira, et al., 2018, p.26).

No que diz respeito à curva pressórica, esta é “considerada adequada quando tem uma rápida ascensão para a posição inicial com uma e meia a duas oscilações antes de retornar o traçado. É considerada não adequada, quando a curva apresentar maior que duas oscilações - sub amortecida, ou menor que uma e meia oscilação - sobre amortecida” (Ferreira, et al., 2018, p.26).

É também de elevada importância identificar onde será colocada a LA, pois há diferenças entre as mensurações. “Os vasos de grande calibre, como a aorta, têm um componente elástico muito grande. Por outro lado, as artérias periféricas são mais rígidas, dilatando menos e, com isso, gerando maior resistência vascular” (Carregaro, 2021). Pode-se referir que, quanto mais longe do coração, maior a PAS e menor a PAD. Apesar das diferenças descritas, a PAM praticamente não é alterada.

O traçado da linha arterial pode apresentar diferente configuração, dependendo de possíveis problemas na monitorização. Assim, segundo Azeredo & Oliveira (2013) podemos referir os problemas mais frequentes:

- ✓ Traçado achatado, que pode ser originado por:
 - Diminuição ou perda de pressão ou ausência de líquido na bolsa pressurizadora;
 - Formação de trombo/fibrina na extremidade do cateter;
 - Aparecimento de ar na extensão do cateter, no sistema ou no transdutor;
 - A existência de torneiras 3 vias em demasia no circuito;
 - Posição membro de forma incorreta;
 - A torneira de três vias se encontrar fechada para o paciente ou transdutor.
- ✓ A não existência de onda arterial:
 - Torneira estar fechada para o paciente ou transdutor;
 - Existência de desconexão do cateter;
 - Existência de desconexão do cabo do transdutor ao monitor;
 - O cateter se encontrar colocado de forma incorreta;
 - O doente se encontrar em assistolia.
- ✓ A existência de retorno de sangue do cateter para o transdutor:
 - Haver uma conexão solta da torneira com o circuito;
 - A pressão da bolsa de irrigação se encontrar diminuída.

VARIAÇÃO DA PRESSÃO DE PULSO

Calcular a capacidade de resposta à expansão volêmica é fundamental durante o tratamento de doentes que se encontram hemodinamicamente instáveis, principalmente numa UCI, “pois permite identificar aqueles que podem se beneficiar da infusão de volume, bem como evitar a sobrecarga volêmica em indivíduos já repletados do ponto de vista volêmico” (Cherem et al., 2020).

A Variação da Pressão de Pulso [VPP] é um dos métodos mais utilizado para avaliação dinâmica de responsividade a volume.

Segundo Lapa (2015), “A pressão de pulso é a diferença entre a pressão sistólica e a pressão diastólica. Ela varia de acordo com o débito cardíaco, ou seja, quanto maior a diferença entre as 2 pressões, maior o débito cardíaco”. Um dos sinais de débito cardíaco baixo na insuficiência cardíaca descompensada é quando a pressão sistólica se aproxima da diastólica (Lapa, 2015).

A VPP pode ser calculada através da seguinte fórmula:

- $VPP = (PP_{MAX} - PP_{MIN}) / ([PP_{MAX} + PP_{MIN}] / 2)$ (Neves, 2012, p. 12)

A VPP é utilizada em doentes com ventilação mecânica invasiva [VMI] para estimar o seu débito cardíaco. A variação da pressão acontece quando o ventilador introduz ar para o doente, aumentando a sua pressão intratorácica, o que provoca uma diminuição do retorno venoso para a aurícula direita, consequentemente para o lado esquerdo do coração e para a artéria aorta [AO]. Quanto menos sangue é ejetado para a AO, menor é o débito cardíaco, o que se traduz numa diminuição da pressão de pulso (Lapa, 2015).

“Em pacientes em ventilação mecânica, o débito cardíaco modifica-se de acordo com os ciclos respiratórios. Quando a pressão intratorácica aumenta (inspiração), o débito cai. Quando a pressão diminui (expiração), o débito aumenta” (Lapa, 2015).

“Se a pressão de pulso estiver variando mais do que o normal, isto indica que o paciente está provavelmente hipovolêmico e assim irá responder à infusão de volume endovenoso (Lapa, 2015).

A VPP é utilizada para monitorizar os resultados hemodinâmicos, como alteração do débito cardíaco e pressão arterial, com a aplicação do PEEP através do ventilador. Estudos têm comprovado que quanto maior o PEEP utilizado, maior a probabilidade de queda da PAM, permitindo identificar pacientes que irão provavelmente responder a administração de volémia (Cherem et al., 2020; Neves, 2012).

A interpretação da VPP é vantajosa para prevenir a administração de líquidos em excesso em doentes com edemas pulmonares e para prevenir a ultrafiltração em demasia no doentes críticos que estejam a ser sujeitos a hemodiálise ou hemofiltração. Assim, a administração de fluidos pode ser melhorada pela monitorização da VPP, em que uma VPP elevada ou o seu aumento indicam que uma ultrafiltração ou restrição de fluidos irá provocar Instabilidade hemodinâmica (Neves, 2012).

DESVANTAGENS DA LA E VPP

A monitorização invasiva deve ser realizada com muito cuidado, profissionalismo e conhecimentos científicos, pois,

“acarreta riscos para o paciente crítico, que além de se encontrar numa situação de fragilidade, fica exposto a um risco aumentado de complicações, como a embolia gasosa, a hemorragia, a má colocação dos cateteres, a lesão dos tecidos ou compromisso hemodinâmico decorrente da introdução de um corpo estranho ou do seu incorreto posicionamento”

(Azeredo & Oliveira, 2013, p.45).

Ainda segundo Azeredo & Oliveira (2013), riscos e complicações que podem surgir pela monitorização invasiva através da LA são:

- ✓ Comprometimentos a nível vascular, como por exemplo a trombos, hematomas e espasmos vasculares;
- ✓ Haver desconexão com consequente exsanguinação;
- ✓ Haver injeção acidental de medicamentos;
- ✓ Aparecimento de infeção no local de inserção e a nível sistémico;
- ✓ Causa de lesão nervosa (neuropatia compressiva);
- ✓ Aparecimento de formações aneurismáticas;
- ✓ Aparecimento de fístulas arteriovenosas;
- ✓ Surgimento de necrose e gangrena dos dígitos;
- ✓ Criação de fenómenos embólicos, tanto a nível distal como proximal.

No que diz respeito à interpretação da VPP, este é um método que pode não ser totalmente viável quando o doente possui arritmias cardíacas, incursões ventilatórias espontâneas, pressão parcial positiva final (PEEP) elevada, auto-PEEP, volumes correntes < 8mL/kg ou > 10mL/kg, hipertensão abdominal e hipertensão pulmonar grave. Outra situação

que pode acontecer é não haver disponibilidade de equipamentos para a monitorização destes parâmetros (Cherem et al., 2020).

“Outra desvantagem que pode ser tida em conta são os erros na leitura e interpretação dos valores obtidos, problema na permeabilidade do sistema ou até erros na calibragem do sistema, podem levar a obtenção de valores não fiáveis que acarretam complicações na assistência prestada ao doente” (Azeredo & Oliveira, 2013, p.44).

DESENVOLVIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A monitorização invasiva é uma prática comum em cuidados intensivos de forma a manter um ambiente controlado no processo de internamento dos doentes. Desta forma, existe um grande controlo de tudo o que são parâmetros vitais essenciais com vista a uma estabilidade hemodinâmica para prevenir o estado de deterioração do doente. Assim, “o processo de avaliação do doente crítico faz-se, também, por meio da utilização do monitor cardíaco, das linhas de monitorização hemodinâmica e das análises laboratoriais, o que difere na sua avaliação de outros doentes.” (Azeredo & Oliveira, 2013, p. 44)

Esta monitorização mais rigorosa, acarreta algumas fragilidades para o doente, que no contexto de cuidados intensivos já se encontra numa posição de saúde débil, uma vez que “fica exposto a um risco aumentado de complicações, como a embolia gasosa, a hemorragia, a má colocação dos cateteres, a lesão dos tecidos ou compromisso hemodinâmico decorrente da introdução de um corpo estranho ou do seu incorreto posicionamento” (Azeredo & Oliveira, 2013, p. 45)

A colocação de linha arterial nestes doentes, é uma das componentes que contempla a monitorização invasiva. “A monitorização intra-arterial faz-se através da introdução de um cateter numa artéria e a ligação deste cateter a um sistema de fluxo de alta pressão, com soro heparinizado” (Azeredo & Oliveira, 2013, p. 46). A colocação da linha arterial é um procedimento médico que requer técnica asséptica, esta pode ser colocada na artéria radial, braquial ou femoral. Para além da monitorização da pressão contínua da pressão arterial, a linha arterial serve também para colheitas de gasometrias de forma a avaliar alterações analíticas (Azeredo & Oliveira, 2013).

Como prática comum na UCIP em questão, a maioria dos doentes internados, requerem a colocação de linha arterial pelas mais variadas razões. Desta forma, foi questionado de forma

verbal, junto da equipa e principalmente junto dos orientadores de estágio e enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, qual a melhor opção de tema para ser trabalhado. Assim, o tema abordado no presente trabalho foi o mais aliciante de forma a lembrar todos os procedimentos de enfermagem inerentes ao manuseamento da linha arterial e quais as informações que a sua curva poderia transmitir a cerca do estado do doente. Bem como, o que nos pode indicar o valor da Variação da Pressão de Pulso, dado obtido através do monitor de monitorização invasiva.

Como descrito em Diário da República 2^a série, n.º 135, 19359-19366, no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica, a prevenção e controlo de infeção prende-se também com esta prática clínica, mais uma das razões pelo qual o tema é aliciante, uma vez que contribuímos com uma revisão da literatura, uma atualização da prática de cuidados de forma a que estes sejam prestados com base na maior evidência científica.

CARATERIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO

Os cuidados de Enfermagem prestados aos doentes, devem basear-se na maior evidência de forma a que seja assertiva e atualizada a prestação dos mesmos, assim, “o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão tem contribuído para o aumento significativo da produção de conhecimento, sendo este perspetivado como ferramenta essencial no suprir das necessidades verificadas na prática clínica” (Chircória, 2013, p. 11). Desta forma, a presente formação pretende abranger todos os enfermeiros que prestem cuidados na UCIP em questão.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

A Unidade Local de Saúde X, tem sediada no piso 4 do Hospital X, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Esta unidade teve início em 1984, na prestação de cuidados ao doente crítico, contando apenas com 5 camas, aumentando em abril de 1997 a sua lotação para 8 camas, recebendo doentes de ambos os sexos, como permanece atualmente (Caetano et al., 2015).

A UCIP encontra-se disposta fisicamente em circular, encontrando-se centralmente uma área de monitorização central e uma sala de trabalho adjacente onde se encontram os fármacos disponíveis e onde se realiza a sua preparação, de forma a haver uma vigilância contínua de todos os doentes internados. Cada doente tem a sua unidade, separadas

fisicamente por cortinados de forma a permitir uma livre e desimpedida circulação entre as mesmas. Para além destas áreas dispõe também de outras, que objetivam o apoio e armazenamento de material. Promovendo o descanso e evitando a ansiedade acrescida dos doentes em situação crítica, a unidade dispõe também de um sistema de climatização e minimização do ruído existente (Caetano et al., 2015).

A UCIP dispõe de diversos materiais e equipamentos que suportam os cuidados, como central de monitorização e registo, ventiladores, monitores cardíacos equipados com módulos para estudo hemodinâmico e ventilatório, carros de emergência com desfibriladores, *pacing* provisório, aparelho de gasometria e eletrólitos séricos, bombas volumétricas, seringas infusoras, monitores para técnicas de diálise, entre outros. (Caetano et al., 2015). A unidade do doente usufrui de todo o equipamento necessário, específico e individual para atender às necessidades do mesmo, sendo repostado e limpo diariamente, e quando necessário, permitindo assim maximizar a segurança aquando da prestação de cuidados. (Caetano et al., 2015).

Na UCIP também se encontra sediada a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), encontrando-se nesta todo o material específico e dedicado para o suporte técnico da mesma, bem como a estipulação dos elementos da equipa que integram a EEMI, em cada turno de trabalho (Caetano et al., 2015). Esta equipa está destinada ao auxílio de doentes no meio intra-hospital abrangendo também a área envolvente ao hospital. Dela fazem parte todos os enfermeiros e médicos que realizam turno na UCIP, ficando escalado um em cada turno. Existe um número telefónico associado a esta equipa, ao qual, apenas telefones internos conseguem ter acesso às chamadas a realizar para o mesmo.

A equipa multidisciplinar é composta atualmente por 26 enfermeiros (incluindo o enfermeiro chefe), 5 médicos, 7 assistentes operacionais, 1 assistente administrativa de secretariado clínico. A distribuição de trabalho é realizada pelo enfermeiro chefe no início de cada turno, bem como a definição do elemento para a EEMI e do elemento que realiza a primeira admissão no serviço no caso de entradas de doentes novos.

A prestação de cuidados na UCIP tem por base uma continuidade dos mesmos de turno para turno, havendo no fim de cada turno uma passagem aos enfermeiros que entram, havendo um quadro na sala da passagem de turno onde estão descritos os doentes internados na unidade, a respetiva cama, idade, data de admissão, familiar responsável e contacto do mesmo.

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos no planeamento em saúde em que Mamadhussene, (2020), cita Imperatori e Giraldes (1993), referindo que “são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural do mesmo, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Mamadhussene, 2020, p. 37).

Os objetivos a definir para a presente formação, constitui uma meta a atingir de forma a fomentar boas práticas no serviço mencionado.

Desta forma, defino como Objetivo Geral:

- Reconhecer a aquisição de boas práticas que remete para o manuseamento e leitura da linha arterial bem como a leitura da Variação da Pressão de Pulso

Objetivos Específicos:

- Mapear as intervenções de enfermagem de forma a realizar uma técnica assética;
- Reconhecer o que nos transmite a curva da linha arterial a cerca do estado do doente;
- Reconhecer o que nos transmite a Variação de Pressão de Pulso no monitor;
- Adquirir conhecimentos sobre a correta utilização de técnica assética;
- Reconhecer quais os EPI'S a utilizar no manuseamento da linha arterial.

PLANO DE FORMAÇÃO

A elaboração do presente Plano de Sessão de Formação em Serviço, deu início com a pesquisa, juntos dos enfermeiros que prestam cuidados no serviço referido, pelo tema de interesse e que fosse construtiva a sua apresentação de forma a que não interferisse com as formações já planeadas pelo próprio serviço. Desta forma, juntos dos enfermeiros orientadores e dos enfermeiros que estão responsáveis pela formação em serviço, conseguimos então definir o tema a abordar nesta sessão de formação.

Deste modo, defini então que a sessão de formação presente iria recair sobre uma revisão dos cuidados a ter com o manuseamento da linha arterial, explorar o que nos transmite a sua curva de forma a manter o doente hemodinamicamente estável, tal como, o que nos indica o valor da Variação da Pressão de Pulso presente também no monitor. Assim, foram então definidos objetivos a atingir que fossem credíveis, alcançáveis e plausíveis consoante os recursos disponíveis.

Após a identificação das temáticas a abordar, foi então definida a data em que a sessão iria ser apresentada aos respetivos formandos. Como é hábito, no serviço em questão, a presente formação será realizada através da plataforma Via Digital – Aplicação Microsoft Teams, a uma hora em que os enfermeiros responsáveis consideram estratégica, de forma a conseguirmos um maior número de formandos presentes. A formação será realizada a 05 de julho de 2023 às 21h. Todo o planeamento associado a formação presente, encontra-se em descrito em tabela presente no apêndice II.

De forma a finalizar a formação, será aplicado um questionário que será elaborado na plataforma digital do Google forms, de forma a que a resposta a este seja imediata após o término da sessão. O questionário referido será elaborado para dar resposta à opinião dos formandos a cerca dos recursos utilizados para a apresentação da mesma, o desempenho dos preletores e a pertinência da mesma.

A avaliação da prática clínica não será possível realizar tendo em conta o timing existente para a elaboração, planeamento e apresentação da formação.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação constitui então a última etapa do processo de planeamento em saúde, contribui também para “comparar os estados inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas” (Pereira, 2011, p.7).

Com o término das sessões de formação aplicadas no serviço, foi desenvolvido um questionário de forma a avaliar a prestação dos preletores. Avalia a globalidade da sessão relativamente aos conteúdos lecionados, aos formadores, a estrutura física onde foram desenvolvidas as sessões e a metodologia de apresentação dos conteúdos a ser utilizada nas sessões. Este questionário foi desenvolvido na plataforma Google forms (apêndice III), e possibilita que, cada formando possa responder de forma anónima, com conhecimento do formador. Estes questionários são de resposta rápida e facilitam o processo de tratamento de dados por parte dos formadores tendo em conta que ficam disponíveis no imediato.

No que concerne a uma avaliação posterior das aprendizagens realizadas na formação, não será possível concretizar, pelo fato de o estágio terminar, sendo impossível, em tempo útil, perceber se o que foi transmitido na sessão de formação, está a ser útil no dia a dia da prestação de cuidados.

De forma a combater a impossibilidade da avaliação dos conteúdos por parte dos formadores, mostramos então a intenção de disponibilidade e contato mantido entre os formadores e os formandos no caso de alguma dúvida que surja aquando da prestação de cuidados de forma a que esta seja resolvida no mínimo tempo possível.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho torna-se de extrema importância pois, tive oportunidade de abordar um tema que vai diretamente de encontro aos cuidados ao doente crítico, do qual tinha muito pouco conhecimento e que, faz parte do dia a dia da equipa, tornando-se sempre pertinente a sua abordagem.

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica vão de encontro à pessoa, sua família/cuidador e tudo o que os envolve. Este tema está diretamente ligado aos cuidados à pessoa em situação crítica, à sua vigilância hemodinâmica e o seu conhecimento e compreensão torna-se imprescindível.

Como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, torna-se de extrema importância a abordagem de temas que, quando negligenciados ou com os conhecimentos menos aprofundados, podem colocar em perigo a vida da pessoa à qual prestamos cuidados.

A abordagem do enfermeiro com título de especialista na área referida, passa também pelo planeamento, desenvolvimento e fomentação da formação em serviço de forma a manter a equipa prestadora de cuidados, com conhecimentos atualizados e que respeitem a prática com maior evidência científica.

Com o presente trabalho consegui organizar o pensamento e estratégia no que toca à metodologia de planeamento em saúde tal como a pôr em prática o projeto ambicionado. Contudo, sinto que como fraqueza ao presente projeto posso apontar o pouco tempo que tenho para o desenvolver e pôr em prática o que impede o seguimento da equipa e a confirmação de que os conteúdos transmitidos foram apreendidos e são colocados em prática como é devido.

BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República [AR]. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª série, n.º 135, 19359-19366
- Azeredo, T. R. M., Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. Revista Sinais Vitais. P. 44-54. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101365&code=53a65ba83a4f8cbab67cba9acb1cc71a42855acf>
- Caetano, C., Cabaço, E., Micaelo, F. & Gabriel, J. (2015). Referencial Normativo do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente. Versão 1, revisto em 2015, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal
- Carregar, A. (2021). Avaliando a Onda de Pressão Arterial. <https://nave.vet.br/video-aulas/naveondas/onda-de-pressao-arterial/>
- Castro, J. L. (1989). Cateterização de Artéria Radial por Punção Percutânea: Método da Transfixação Deliberada. Revista Brasileira de Anestesiologia. 39 (4).
- Cherem, S., Fernandes, V., Zambonato, D., Westphal, G. A. (2020). O comportamento da pressão arterial após elevação da pressão parcial positiva final pode auxiliar na determinação do status de fluido-responsividade em pacientes com choque séptico?. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 32(3). P. 374-380. DOI: 10.5935/0103-507X.20200065;
- Ferreira, A. C. G., Coelho, F. U. A., Murakami, B. M., Lucinio, N. M., Bergamasco, E. C., Lopes, C. T. & Santos, E. R. (2018). Comparação De Valores De Pressão Arterial Invasiva Média Do Paciente Crítico Em Diferentes Decúbitos. Revista da Sociedade de Cardiologia. 27(1). P. 25–8. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20172701S25-8>;
- Lapa, E. (2015). Delta pp – para que serve? Como calcular de forma fácil?. Terapia Intensiva Cardiológica. <https://cardiopapers.com.br/delta-pp-para-que-serve-como-calcular-de-forma-facil/>

- Nunes, R. S., Tamaki, C. M., Penha, H. H. R., Terra, J. C. M., Figueiredo, G. L., Gil Cezar Alkmin Teixeira, G. C. A. (2020). Cateterização da artéria radial dorsal para monitorização invasiva de pressão arterial. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 32(1):153-155. 10.5935/0103-507X.20200022;
- Oliveira, F. M. C. S. N. & Monteiro, J. L. S. (2010). Punção Arterial Para Monitorização Da Pressão Invasiva Como Atribuição Do Enfermeiro: A Complexidade Sob Uma Nova Ótica Na Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica. *Anais do Encontro Científico de Enfermagem do IFF/FIOCRUZ 2010 - 71ª Semana Brasileira de Enfermagem*. Pp 62-64.
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/11190/Anais%20do%20Encontro%20Cient%3%adfico%20de%20Enfermagem%20do%20IFF%20FIOCRUZ%20-%20trabalho%2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento nº429 de 16 de julho 2018: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República: II série*, n.º135, 19359-19370;
- Pereira, R. (2011). Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta(Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Reis, J. & Silva, C. (2021). Implementação de Procedimento Operacional Padrão: cuidados com cateterismo arterial na terapia intensiva. *Research, Society and Development*. 10 (11). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19304>;
- Santos, M. R. S., Silva, M. J. R. B., de Nazaré, G., Dias, S., Guimarães, D. C., Soares, L. V. A., & Carmo, B. K. O. (2021). Redução do tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva associado à assistência de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(7), e49010716781-e49010716781;
- Silva, K. V., Gomes, A. M. A., & Maia, M. A. Q. (2021). Conhecimentos e práticas de cuidados humanizados por equipe multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva-UTI coronariana. *Research, Society and Development*, 10(8), e42210817390-e42210817390;

Apêndice VIII: Cronograma da Sessão de Formação “Projeto de formação em serviço –Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”.

Meses/Semanas	Maio		Junho				Julho
	4s	5s	1s	2s	3s	4s	1s
Identificação do problema							
Questionar a cerca das necessidades formativas do serviço							
Definição da Estratégia							
Plano de Formação em Serviço							
Divulgação das Sessões							
Sessão de Formação: "Cuidados de Enfermagem à Linha Arterial"							
Avaliação – Aplicação Questionários							
Avaliação da Sessão							

Apêndice IX: plano da sessão de formação “Projeto de formação em serviço –Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada”.

Local: Via Digital – Aplicação Microsoft Teams	Grupo: Equipa de Enfermagem da UCIP do Hospital X		
Título: Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do interesse teórico à prática clínica diferenciada.	Data: 05 de julho de 2023		
	Hora: 21 horas		
	Duração: 40 hora		
Preletores: Filipa Andrade e Joana Frutuoso			
OBJETIVOS			
OBJETIVO GERAL:			
✓ Reconhecer a aquisição de boas práticas que remete para o manuseamento e leitura da linha arterial bem como a leitura da Variação da Pressão de Pulso			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:			
• Mapear as intervenções de enfermagem de forma a realizar uma técnica assética; • Reconhecer o que nos transmite a curva da linha arterial a cerca do estado do doente; • Reconhecer o que nos transmite a Variação de Pressão de Pulso no monitor; • Adquirir conhecimentos sobre a correta utilização de técnica assética; • Reconhecer quais os EPI’S a utilizar no manuseamento da linha arterial.			
ESTRATÉGIAS/ CONTEÚDOS	MÉTODO/ TÉCNICAS DE ENSINO	MEIOS AUXILIARES DE ENSINO	DURAÇÃO

INTRODUÇÃO Apresentação dos preletores; Apresentação do tema.	✓ Expositivo.	✓ Computador/ Multimédia.	✓ 3 min.
Pressão Arterial Invasiva (PAI) Variação de Pressão de Pulso (VPP).	Interrogativo e Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 25 min.
CONCLUSÃO Resumo e elucidação do tema; Esclarecimento de dúvidas.	Interrogativo e Expositivo	✓ Computador/ Multimédia	✓ 12 min.
AVALIAÇÃO	Avaliação direta da ação de formação através da aplicação de um questionário.		
OBSERVAÇÕES			