



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

**Capacitar a Pessoa em Situação Crítica
no Processo de Transição Saúde-Doença:
Intervenção Terapêutica de Enfermagem**

Suse Isabel Rosado Antunes

**Lisboa
2022**



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

**Capacitar a Pessoa em Situação Crítica
no Processo de Transição Saúde-Doença:
Intervenção Terapêutica de Enfermagem**

Suse Isabel Rosado Antunes



Orientador: Professora Doutora Anabela Pereira Mendes



**Lisboa
2022**

PENSAMENTO

***“If you can dream it,
You can do it!”***
Walt Disney

AGRADECIMENTOS

A mim, por não desistir, independentemente das múltiplas adversidades.

À Professora Doutora Anabela Mendes, o maior agradecimento pela sua orientação, disponibilidade e paciência. A exigência e o rigor na medida exata para a construção da excelência.

Aos orientadores de estágio, pela partilha genuína e a o contributo para uma aprendizagem muito rica.

Ao meu marido, por ser o melhor companheiro e parceiro de vida, incentivando-me sempre a procurar mais e melhor.

Aos meus filhos, por serem 3 seres únicos e cheios de ternura, que mesmo nos momentos em que são chatinhos, são também aquela luz que me guia para olhar para o aqui e agora.

À minha mãe, por ser a minha apoiante número 1 desde o dia em que nasci, por me ter transmitido os seus valores e fazer de mim a pessoa que sou hoje.

Á minha colega Elisabete pela companhia e incentivo ao longo de todo o percurso.

A todos aqueles que, de alguma forma, me deram palavras de apoio para a continuação e término deste caminho formativo.

GRATIDÃO!

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

Covid-19 - *Corona Vírus Disease 2019*

EC - Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PE – Plano de Estudos

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCEEEEMCAEEPSC - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

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

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UC - Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Há uma evidente escassez de investigação sobre o conceito de capacitar a pessoa, em especial quando se trata da pessoa em situação crítica. No geral, a capacitação visa aumentar a autonomia, o poder e a influência de grupos vulneráveis. A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é, por definição, dependente de cuidados intensivos e tecnológicos. Os enfermeiros constataam que as pessoas em processo de transição, perdem capacidades relevantes, como a de autocuidado e de tomada de decisão. São os enfermeiros que apoiam as pessoas nas suas transições, em especial as que estão relacionadas com a saúde e o bem-estar.

Este relatório tem como finalidade revelar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à PSC, em contexto de UCI e SU, tendo como temática a capacitação da pessoa em situação crítica no processo de transição saúde-doença. Para tal, foi analisado o percurso desenvolvido nos contextos de estágio de forma fundamentada e descritiva, tendo como guia o modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem por Benner (2011).

Foi adotada a Teoria das Transições de Afaf Meleis, como orientadora do pensamento e das intervenções realizadas em contexto clínico.

O raciocínio crítico e a capacidade reflexiva, tendo por base a evidência científica, foram aspetos bastante trabalhados ao longo deste percurso, revelando-se enriquecedores da aprendizagem e de enorme contributo para a aquisição de competências para capacitar a PSC através de intervenções terapêuticas de enfermagem enquadradas num cuidado centrado no cliente, PSC e família.

Palavras-chave: Capacitar; Pessoa em Situação Crítica; Intervenção Terapêutica de Enfermagem; Transição Saúde-Doença.

ABSTRACT

There is an evident scarcity of research on the concept of empowering people, especially when it comes to the person in a critical situation. Overall, capacity building aims to increase the autonomy, power and influence of vulnerable groups.

The Person in Critical Situation (PCS) is, by definition, dependent on intensive and technological care. Nurses find that people in transition process lose relevant abilities, such as self-care and decision-making. Nurses are the ones who support people in their transitions, especially those related to health and well-being.

This report aims to reveal the path of acquisition and development of competences of specialized nurse in PCS care, in the context of Intensive Care Unit and Emergency Service, having as a theme empowering of the PCS in the health-disease transition process. To this end, the path developed in the internship contexts was analyzed in a grounded and descriptive way, having as a guide the Dreyfus model adapted to nursing by Benner (2011).

Afaf Meleis' Theory of Transitions was adopted as a guide of thought and interventions performed in a clinical context.

Critical reasoning and reflexive capacity, based on scientific evidence, were aspects highly worked along this path, enabling a rich learning process and a huge contribution to the acquisition of skills to empower the PCS through therapeutic nursing interventions framed in a care centered on the client, the PCS and family.

Key-Words: Empowerment; Critical Care; Critical Care Nursing; Health Transition.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos	21
1.2. Capacitar a Pessoa em Situação Crítica	23
1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis	26
1.4. Mapeamento de Conceitos	29
2. AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	31
2.1 Contextos de Estágio	34
1.5.1 Estágio em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	35
1.5.2 Estágio em Contexto de Serviço de Urgência	36
2.2 Desenvolvimento de Competências	36
2.2.1 Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e família	36
2.2.2 Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica	40
2.2.3 Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na intenção de Capacitar a PSC	42
2.2.4 Prestar cuidados de enfermagem à PSC em contexto de Urgência e UCI ,..	44
2.2.5 Promover a segurança nos cuidados à PSC e família, nomeadamente na gestão do controlo de infeção	46
2.2.6 Desenvolver a capacidade reflexiva sustentada no conhecimento científico	47
2.2.7 Desenvolver competências na disseminação do conhecimento	48
3. CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	55

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

APÊNDICE II - Tabela de Objetivos, Atividades e recursos

APÊNDICE III – RIL “Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura”

APÊNDICE IV – RIL “Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura”

APÊNDICE V - PowerPoint Sessão formativa “Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa submetida a Ventilação Invasiva”

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Mapeamento de Conceitos	30
Figura 2 – Percurso realizado	34
Figura 3 – Relação ente os objetivos traçados	37
Figura 4 - Interação PSC, Família e Enfermeiro no processo de Capacitação	49

INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (MEAEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O MEAEPSC, apresenta como finalidade “desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e seus significativos, que vivenciam situações críticas de saúde em contexto de urgência ou unidades de cuidados intensivos, bem como na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade” (ESEL, 2019).

Assim, este percurso formativo tem como **finalidade** a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à PSC, em contexto de UCI e SU.

Sob tutoria da Professora Doutora Anabela Mendes, desenvolvi a temática: Capacitar a Pessoa em Situação Crítica (PSC) no processo de transição saúde-doença: Intervenção Terapêutica de Enfermagem.

A escolha do tema apresentado, baseia-se na minha experiência profissional enquanto Enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente, confrontada com o espaço de análise e reflexão proporcionado ao longo das várias UCs do MEAEPSC. Tendo por base algumas áreas de estudo de interesse, tive possibilidade de escolher entre elas aquela que se configura num maior desafio para mim e para o meu exercício clínico enquanto enfermeira. Verifico que, em determinadas situações, não é dado espaço à PSC para desenvolver as atividades para as quais tem capacidade, e ainda menos é estimulada propositadamente a sua capacitação, como um objetivo dos cuidados prestados. Meleis (2018) objetiva que embora os enfermeiros da UCI possam considerar a sua abordagem mais orientada para a doença, numa análise cuidadosa, verifica-se a sua preocupação com a segurança dos doentes, o bem-estar, a promoção da saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e o apoio à maior normalidade na vida quotidiana, quanto possível. Por fim, é ainda motivação o desenvolvimento de competências de enfermeira perita na Capacitação da PSC, pois neste 5º nível de competência, há uma enorme experiência, em que o enfermeiro compreende intuitivamente cada situação e apreende diretamente os problemas sem se perder em diversas soluções e diagnósticos estéreis (Benner, 2001).

Tendo em conta os conceitos abordados, a pergunta a que me propus dar resposta através da realização de uma RIL, foi: **Quais as Intervenções terapêuticas de Enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica, numa UCI e SU?**

O desenvolvimento deste relatório visou, primordialmente, atingir os objetivos do ciclo de estudos do MEAEPSC, descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, domínios dos cuidados de enfermagem definidos por Benner (2001) e também as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, regulamentados pela OE em 2019 e 2018, respetivamente. O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (RCEEEEMCAEEPSC) estabelece que os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados e visam cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

O Plano Nacional de Saúde apresenta entre os seus objetivos e indicações:

Capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços (DGS, 2015)

Para o alcance da finalidade estabelecida, propus os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e família;
- ✓ Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica;
- ✓ Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na intenção de Capacitar a PSC;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem à PSC em contexto de Urgência e UCI;
- ✓ Promover a segurança nos cuidados à PSC e família, nomeadamente na gestão do controlo de infeção;
- ✓ Desenvolver a capacidade reflexiva sustentada no conhecimento científico;
- ✓ Desenvolver competências na disseminação do conhecimento.

Mendes (2016) constatou, num estudo realizado com objetivo de compreender de que modo o exercício reflexivo contribui para a construção do pensamento em enfermagem por parte dos estudantes, que “o exercício clínico constitui, para os estudantes, uma oportunidade excelente de aprendizagem pelas interações que aí emergem, mas também de responsabilização crescente no seu estar e agir” (p.15). Foi através das interações proporcionadas durante o estágio, tanto com a PSC, como com os seus familiares e no trabalho em equipa com os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, que foram trabalhados os objetivos propostos.

O desenvolvimento deste relatório foi um processo moroso e com alguns obstáculos, maioritariamente provenientes da pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) que assolou o mundo. Esta pandemia teve um enorme impacto na vida pessoal de todas as pessoas, e particularmente dos Enfermeiros, sendo que teve um impacto ainda maior na vida profissional, ao lidarmos diretamente com os doentes vítimas de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-COV2). Este impacto profissional, naturalmente que afetou significativamente as vidas pessoais/familiares e os nossos projetos em curso, dadas as inúmeras horas extra que foram necessárias realizar, o desgaste mental, emocional e físico a que estivemos sujeitos durante 2 anos das nossas vidas. Estas implicações já começam a ser estudadas e publicadas por especialistas, por exemplo, Roe et al. (2022) concluem que os enfermeiros experienciaram mudanças nas suas práticas, com medo por eles próprios e pelas suas famílias, com um enorme stress provocado pela incapacidade de prestar cuidados de excelência, durante o contexto pandémico.

São três as partes principais que constituem este relatório. Primeiro um enquadramento teórico, abordando os conceitos de PSC em contexto de SU e UCI; Capacitar a PSC; Teoria das Transições de Afaf Meleis; Mapeamento de Conceitos. Uma segunda parte em que exploro as Intervenções Terapêuticas de Enfermagem e o processo de aquisição de competências, em contexto de UCI e em contexto de SU, dando conta dos objetivos alcançados e competências adquiridas/desenvolvidas. Por fim, termino com a conclusão, refletindo sobre todo o percurso desenvolvido.

Este relatório foi redigido tendo por base o Guia Orientador para trabalhos escritos disponibilizado pela ESEL, seguindo o novo acordo ortográfico e as Normas da American Psychological Association, APA, 7ª Edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enquadramento teórico visa explicar os conceitos chave para o desenvolvimento do meu percurso ao longo dos estágios, pelo que será dividido em 4 subcapítulos, os quais se interligam entre eles no seu desenvolvimento. São eles:

- Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos
- Capacitar a Pessoa em Situação Crítica
- Teoria das Transições de Afaf Meleis
- Mapeamento de Conceitos

1.1 Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos

Segundo os autores Benner et al. (2011), a PSC define-se como um paciente que fica gravemente doente ou ferido e não é mais capaz de manter independentemente a estabilidade fisiológica ou está em alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica e que são tipicamente dependentes de cuidados intensivos contínuos e da tecnologia de apoio. Esta definição coaduna-se com a que surge no RCEEEEMCAEPSC, da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), a qual entende a PSC como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, acrescentando ainda que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

O avanço tecnológico que tem acontecido nos últimos anos, tanto ao nível de instalações, como de equipamentos e a formação de profissionais para trabalhar nestes contextos, tem sido marcante não só da época em que vivemos, mas também para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes que podem beneficiar destes avanços.

Os cuidados de enfermagem à PSC, estipulados pela OE (2018), pretendem dar resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. E, surgem no RCEMCAEEPSC, as competências que devem ser manifestadas pelo Enfermeiro Especialista (EE) nesta área. Não obstante a importância do desenvolvimento de todas as competências e respetivas unidades de competência abordadas no referido regulamento, mas para o propósito do presente

trabalho, deve ressaltar-se a seguinte: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”. Esta competência poderá ser desenvolvida e aprimorada tendo como suporte o pensamento de Afaf Meleis, através da Teoria das Transições, na intenção de definir Intervenções Terapêuticas de Enfermagem em conformidade.

De acordo com Meleis (2010), são os enfermeiros que vivenciam com as pessoas momentos de transição quando estas estão relacionadas com saúde, bem-estar e com a capacidade de se autocuidarem, surgindo assim o conceito de Intervenção Terapêutica de Enfermagem que, aos olhos da autora, se caracteriza pela ajuda às pessoas, famílias e comunidades para lidarem com transições, antecipando respostas, fornecendo orientação antecipatória, amenizando sintomas, melhorando a saúde e o bem-estar e apoiando o desenvolvimento de ações de autocuidado. Este pressuposto é igualmente abordado pela OE (2018) no RCEEEEMCAEEPSC, quando nos seus critérios de avaliação para o desenvolvimento de competências nesta área especializada surgem, entre outros, os seguintes:

- Envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
- Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde/doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”, capacitando-os na prevenção e tratamento da doença aguda ou no controlo da doença crónica;
- Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Meleis (2018) objetiva ainda que, embora os enfermeiros da UCI possam considerar a sua abordagem mais orientada para a doença, numa análise cuidadosa, verifica-se a sua preocupação com a segurança dos doentes, o bem-estar, a promoção da saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e o apoio à maior normalidade na vida quotidiana, quanto possível.

Assim, importa agora explorar a literatura de forma a consolidar o conceito de Capacitação (o qual, como se poderá ver, está intimamente relacionado com os conceitos de Autonomia e Autocuidado), de forma a compreender quais as Intervenções terapêuticas de Enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica, numa UCI e SU.

1.2 Capacitar a Pessoa em Situação Crítica

Vivemos uma pandemia causada por Covid-19 e verificamos, naturalmente, que há um número considerável de doentes críticos por complicações relacionadas com este vírus, como tal, faz sentido abordar e contextualizar esta situação. Devlin et al (2020), defendem que a utilização de estratégias baseadas em evidência desenvolvida ao longo dos últimos 20 anos em investigação de cuidados críticos, adequadamente adaptada para utilização neste novo e difícil tempo da pandemia coronavírus, pode ser um dos melhores mecanismos para aumentar a capacidade das UCIs e ajudar adultos gravemente doentes com Covid-19 na transição para a sua recuperação e sobrevivência.

É com esta noção, da importância de recorrer à evidência científica já existente como grande estratégia para o auxílio na “recuperação e sobrevivência” (não só para vítimas de SARS-COV-2, mas também para qualquer PSC, transversalmente), que se explora de seguida vários aspetos do conceito de Capacitação da PSC.

O conceito Capacitar (ou empoderamento) surgiu na literatura como conceito científico nas décadas de 1960 e 70, particularmente em relação aos direitos civis e processos de democratização na África do Sul, América do Sul e EUA. A Capacitação, no geral, está enraizada na ação social e visa aumentar a autonomia, o poder e a influência de grupos oprimidos (Halvorsen et al., 2020).

Estes autores, apresentam a capacitação como um conceito, um processo e um resultado. Sendo que o processo de capacitação é descrito como sendo social, de ajuda, dinâmico, interativo, transacional e de habilitação, facilitando a interação com os outros.

Lenaghan (2019) objetiva que há uma escassez de investigação sobre o conceito de capacitação do paciente, aquando de um internamento, uma vez que este muitas vezes se refere especificamente à alta domiciliária após uma doença aguda, no entanto, algumas pesquisas demonstram que uma relação contínua de cuidados de transição apresenta benefícios, na medida em que capacita os pacientes, ao mesmo tempo que fomenta a confiança em si mesmos e no sistema de saúde, o conhecimento e a capacidade de alcançar os seus objetivos.

Na literatura, surgem outros conceitos intimamente relacionados com o de capacitação, nomeadamente os conceitos de autocuidado e autonomia. Por exemplo, numa investigação sobre as intervenções psicossociais de capacitação através da educação multimédia em pacientes com queimaduras, Mamashli et al. (2019) apresentam alguns achados e conclusões que são transversais, não só ao

doente queimado, mas também à PSC no geral. Aferem nomeadamente que a sua capacitação e adesão ao tratamento aumentam, reduzindo a estadia do paciente no hospital, quando o autocuidado é a maior prioridade nos sistemas de saúde, proporcionando satisfação do paciente, prontidão futura e autoeficácia, verificando-se que os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria do conhecimento e capacitação dos doentes em condições clínicas.

Importa abordar ainda outra área da definição de “Capacidade”, nomeadamente relacionada com a capacidade de tomada de decisão. Segundo Jones et al. (2020), esta capacidade é relacionada com a habilidade de um paciente tomar decisões num determinado momento, permitindo a perda temporária de capacidade ou capacidade flutuante em outros momentos. Ou seja, a flutuação do estado de consciência por si só, não implica que se considere o doente incapaz para a tomada de decisão, nos momentos em que o consegue fazer. A avaliação do estado de capacidade dos pacientes por parte da equipa de enfermagem é considerada influente na equipa multi-disciplinar. Os referidos autores consideram ainda que é um aspeto fundamental do papel do enfermeiro qualificado, a avaliação da capacidade mental, a qual deve ser multiprofissional e conduzida como parte de uma avaliação holística da condição e das necessidades dos pacientes em ambientes de cuidados agudos e críticos.

Segundo Funnell (2016) o objetivo dos cuidados baseados na capacitação e educação da PSC é aumentar a autonomia e permitir à pessoa a tomada de decisões informadas, resolução de problemas e alcance de objetivos comportamentais auto-determinados.

Uma das maiores barreiras à capacitação surge da natureza desafiadora dos ambientes de cuidados agudos e críticos, a qual combinada com a capacidade instável e o estado físico dos pacientes, segundo Jones et al. (2020) sugerem, poderá aumentar a vulnerabilidade dos pacientes. Hardin (2015), define vulnerabilidade como a suscetibilidade a stresses, reais ou potenciais, que podem afetar negativamente o resultado do paciente. A incapacidade de ser independente está intimamente associada ao conceito de vulnerabilidade.

No artigo em que realizam a análise do conceito de enfermagem centrada no paciente em contexto de UCI, Jakimowicz & Perry (2015) denotam que através da capacitação e satisfação do paciente (com resultados clínicos e/ou experiências positivos) em conjunto com a satisfação do trabalho dos enfermeiros (com a sua permanência na UCI e melhoria dos rácios), os pacientes sentem-se menos

vulneráveis, mais capacitados e empenhados nos seus cuidados de saúde, através das atitudes compassivas e de cuidar dos enfermeiros.

No que concerne ao envolvimento da família, Jones et al. (2020) referem que esta desempenha um papel permanente nos processos de avaliação e fornecem informações valiosas sobre definições do que constituía a capacidade "normal" para os doentes.

Num estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, com o objetivo de conhecer a experiência vivida da família e interação enfermeiro-família, Mendes (2018) conclui que “para a família a interação com a equipa revestiu-se de enorme significado pela possibilidade de transmitirem os seus medos e preocupações e simultaneamente a partilha de conhecimento”. Acrescenta ainda que “os membros da família configuravam o seu dia na intenção de interagir o máximo possível com o seu familiar e com quem dele cuidava. Dedicavam-se com determinação à interação com as pessoas de referência na UCI” (p.211).

Percebe-se assim, a existência de vários benefícios tanto para a PSC, como para a sua família e para os enfermeiros através da inclusão e participação da família nos cuidados. No entanto, face ao atual contexto de pandemia, as visitas/participação da família e/ou pessoas de referência nos cuidados estão comprometidos.

Segundo Devlin et al. (2020) face ao perigo de contágio, as estratégias baseadas em evidências conhecidas para apoiar o envolvimento familiar nos cuidados da UCI foram geralmente abandonadas, havendo partilha pelos familiares sobre a sua frustração, tristeza e sofrimento por não estarem “lá” para os seus entes queridos, pois as famílias raramente estão presentes no hospital e quase nunca são permitidas na unidade do doente. Como estratégia minimizadora das condicionantes existentes, quando os doentes estão despertos, é encorajada a comunicação por áudio ou videochamada em diversas plataformas e as famílias devem ser incentivadas a fornecer as fotos de família, as histórias e música que o doente gosta.

Ainda assim, segundo Wåhlin et al. (2017) apesar de os familiares mais próximos serem inestimáveis para que a PSC na UCI fortaleça o seu espírito de vida e de luta, verifica-se que os profissionais de saúde podem, de outras formas, através das suas intervenções, ser muito melhores a ajudar o paciente a manter o contacto com a realidade, a lembrá-lo da sua importância para alguém ou algo, e o que pode esperar alcançar quando se tornar mais saudável. Lenaghan (2019) corrobora esta ideia, defendendo que os líderes de enfermagem podem melhorar a qualidade dos

cuidados de transição através de contribuições para a colaboração interdisciplinar, tecnologia dos cuidados de saúde, investigação e desenvolvimento de políticas.

Os autores Wåhlin et al. (2017) referem-se à capacitação interligada com a gestão de desafios e superação de sensação de impotência, pois nos cuidados intensivos, a capacitação foi encontrada para gerar um domínio sobre as situações exigentes e angustiantes, juntamente com um aumento do sentimento de coerência, maior conforto e satisfação interior.

Mas, se por um lado, tanto a PSC como os seus familiares mais próximos experimentam frequentemente a sensação de impotência, por outro, os profissionais de UCI são também frequentemente expostos a situações exigentes. A capacitação é assumida como um conceito útil no contexto dos cuidados críticos, uma vez que a capacitação das relações pode ajudar os doentes críticos, os familiares mais próximos e os próprios a mobilizar os seus recursos para gerir os desafios existentes (Wåhlin et al., 2017).

Meleis (2018) afirma que os enfermeiros se interessam por capacitar os clientes com conhecimento e experiência para cuidarem de si mesmos e gerirem os seus sintomas e as suas transições de vida utilizando recursos disponíveis e/ou criando novos recursos.

De seguida explora-se a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a forma como ela se interliga na perfeição com a Capacitação da PSC.

1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis

De acordo com Meleis et al (2000), as transições revelam simultaneamente o resultado e o processo de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambiente das pessoas. No entanto, importa salientar que apesar de todas as transições envolverem mudanças, nem todas as mudanças são transições.

Como, quando, porquê, e de que forma as pessoas experimentam e respondem às suas transições são perguntas para as quais Meleis e outros autores procuram dar resposta no livro *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (2010), sendo que as experiências vividas, as respostas e as consequências das transições para o bem-estar das pessoas são uma área de estudo central na disciplina de enfermagem. Importa que as estratégias que os enfermeiros empregam no cuidar e capacitação das pessoas, no decorrer dos processos de transição, lhes possibilitem experiências saudáveis, com resultados positivos.

A transição, segundo Meleis (2018), denota uma mudança no estado de saúde ou nos papéis e relações, expectativas ou capacidades e implica que a pessoa incorpore novos conhecimentos e altere o seu comportamento. As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes e são uma passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável. As transições caracterizam-se por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados a atingir (Meleis, 2010).

Frequentemente, podemos encontrar transições complexas, em que ocorrem múltiplas transições. Na Teoria das Transições, Meleis et al. (2000) apresentam 4 tipos de transições, são elas: 1) Desenvolvimento; 2) Situacional; 3) Saúde-Doença; 4) Organizacional.

Neste trabalho, o foco foram as transições Situacionais e de Saúde-Doença, pois são as que mais se relacionam com a PSC e o seu contexto e ocorrem, maioritariamente, em simultâneo.

A transição situacional é apresentada por Meleis (2018) como requerendo a definição ou redefinição dos papéis em que as pessoas estão envolvidas. Já a transição saúde-doença, inclui a passagem de um estado de saúde/bem-estar para uma doença aguda, de um bem-estar para uma doença crónica, ou de uma doença crónica para um novo bem-estar que engloba a cronicidade. Relacionando esta transição com a PSC, apraz-me acrescentar a passagem de uma doença crónica para uma doença aguda e/ou doença crónica agudizada.

Através da evidência científica, sabe-se que as mudanças na saúde e na doença das pessoas criam um processo de transição no qual as pessoas em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos, os quais podem, por sua vez, afetar a sua saúde (Meleis et al, 2000).

As transições podem tornar as pessoas mais vulneráveis, uma vez que podem condicionar a capacidade de tomar decisões relativamente a si e aos seus familiares face à necessidade de ajustamento (Meleis, 2010).

Várias propriedades são atribuídas às transições. A primeira a ressaltar, e talvez mais importante para a PSC, é *Awareness*. Para estar em transição, a pessoa deve ter alguma consciência (*awareness*) das mudanças que ocorrem. No caso de as alterações ainda não terem atingido o nível de consciência, estarem a ser negadas totalmente ou em termos das suas implicações, essa pessoa ainda não está em transição, mas sim numa fase de pré-transição. Quando se verifica esta

situação, é necessário resolver primariamente os obstáculos à consciência da transição antes de tentar facilitar a transição em si, que é um dos papéis do Enfermeiro (Chick & Meleis, 1986). A dificuldade nos cuidados à PSC reside no facto de, em muitos casos, esta se encontrar sedo-analgesiada ou curarizada. Nestes casos, apesar de o seu organismo já estar sob várias mudanças, não podemos afirmar que a pessoa se encontra em transição.

O ambiente/contexto é de extrema importância para o processos de transição, pois a pessoa, família ou comunidade em transição não se encontram isoladas. Hedin (1986), apresenta um pensamento que ainda se mantém actual, sendo mencionado por vários autores, dizendo que o ambiente é um conceito de central, inclui os clientes, os familiares e outras pessoas significativas, profissionais de saúde e os contextos socioeconómicos e políticos das famílias e comunidades do cliente. No caso da PSC, esta encontra-se num ambiente desconhecido e com alguns factores stressores, nomeadamente relacionados com a presença de bastante tecnologia.

A pessoa não pode ser considerada isoladamente, mas sim no seu contexto, para além do ambiente já mencionado, em termos da sua relação numa rede de outras pessoas significativas (Meleis, 1975), pois as experiências e respostas das pessoas à saúde e à doença devem ser vistas no contexto das relações de vida, cultura, objetivos e experiências diárias (Meleis, 2018). Como elemento facilitador, surge a relação estabelecida com os enfermeiros, a qual permite que as pessoas a partilhem as suas experiências em diálogos mais narrativos com maior detalhe, significados e histórias que tornem as suas experiências de saúde-doença mais compreensíveis, permitindo planos de ação mais congruentes (Meleis, 2018).

A enfermagem é a arte e a ciência de facilitar a transição da saúde e bem-estar das pessoas com o objectivo principal de alcançar resultados de transições mais saudáveis (Meleis, 2010). Importa perceber, no que diz respeito às pessoas que não fazem transições saudáveis, como é que os enfermeiros cuidam destas pessoas e que intervenções de enfermagem usam para facilitar o progresso das pessoas para alcançar transições saudáveis (Meleis, 2010).

Willis et al. (2008) afirmam que a enfermagem facilita e capacita os seres humanos na visão e aquisição da saúde na vida e na morte através do desenvolvimento e aplicação dos conhecimentos de enfermagem para a prática, facilitando a humanização, o significado, a escolha, a qualidade de vida e a cura na vida e na morte.

Falando concretamente no processo de capacitação, Meleis (2018) afirma que este é realizado através do processo de cuidados de enfermagem, no qual os enfermeiros descobrem as suas forças em saúde e mobilizam as mesmas para apoiar os recursos já existentes da Pessoa, para que esta assuma uma posição estratégica na experiência de transição.

Aos olhos de Meleis (2018), apesar dos enfermeiros da UCI considerarem a sua abordagem mais orientada para a doença, verifica-se que estes enfermeiros se preocupam com a segurança e o bem-estar dos doentes, a promoção do aumento da saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e o apoio ao máximo de normalidade na vida quotidiana. Estas preocupações são transversais ao exercício dos Enfermeiros na comunidade, que são os mais abordados na literatura sobre capacitação reportando os suportes disponíveis, hábitos saudáveis e como capacitar os clientes na utilização dos seus recursos facilitadores.

1.3 Mapeamento de Conceitos

O Mapeamento de Conceitos é elaborado como forma de sistematização do pensamento e permite evidenciar a relação entre conceitos. A PSC é central pela sua experiência de transição saúde-doença e situacional, pois segundo Meleis (2000) as transições são frequentemente multidimensionais e complexas, podendo ocorrer em simultâneo ou em sequência. A PSC vive uma experiência de internamento em UCI e/ou Urgência, a qual implica existência de Intervenções Terapêuticas de Enfermagem, sendo através destas que desenvolvi competências instrumentais e relacionais com intenção de Capacitar a PSC para o retorno ao quotidiano, mobilizando os seus recursos pessoais e comunitários. De acordo com Meleis (2018) os enfermeiros interessam-se por capacitar os clientes com o conhecimento e a experiência para cuidarem de si mesmos e gerirem os seus sintomas e as suas transições de vida utilizando os recursos disponíveis ou criando novos recursos. Apesar da Capacitação (*Empowerment*) ter pouca expressão na literatura quando o cliente é a PSC, verifica-se que todas as características relacionadas com os facilitadores ou inibidores são transversais, originando também intervenções de enfermagem transversais. Para além disso, foi ainda possível compreender que a Capacitação da PSC está intimamente ligada com as características do seu processo de transição saúde-doença, o qual é suportado pelo quadro teórico de Afaf Meleis, na sua Teoria das Transições, explanada neste enquadramento teórico.

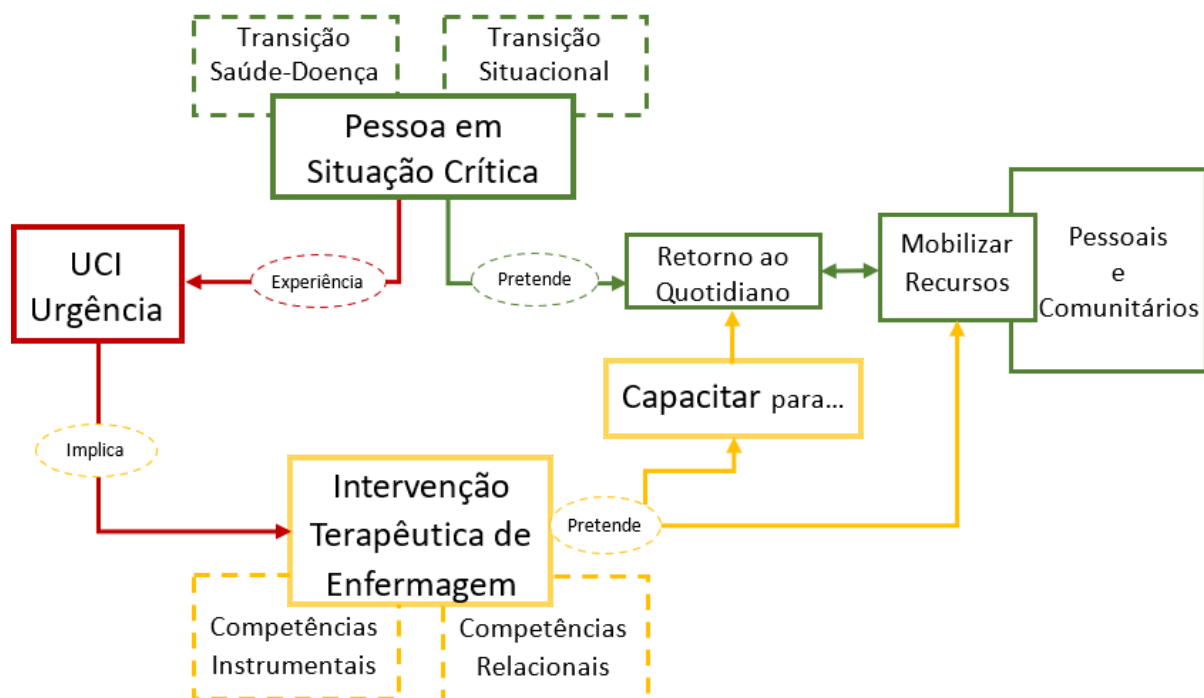


Figura 1 – Mapeamento de Conceitos

2. AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A motivação para o desenvolvimento de competências de enfermeira perita na Capacitação da PSC, surge da necessidade de aquisição de conhecimentos teóricos, instrumentais e relacionais nesta área e por verificar a necessidade de investimento no meu exercício clínico de forma mais concreta e sistemática pela sua relevância. No 5º nível de competência, o de enfermeiro perito, há uma enorme experiência, em que o enfermeiro compreende intuitivamente cada situação e apreende diretamente os problemas sem se perder em diversas soluções e diagnósticos estéreis (Benner, 2001).

Para dar resposta à finalidade deste relatório, enquanto instrumento para a descrição do meu percurso formativo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à PSC, realizei estágio nos 2 contextos referidos, UCI e SU, nos quais foram realizadas intervenções de Enfermagem à PSC, que se encontra em transição.

Por definição, segundo Meleis (2018), "as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes". Em contexto de UCI ou SU, verifica-se tanto uma mudança na própria pessoa, que se encontra em situação crítica, como no ambiente, uma vez que "a natureza específica do ambiente em que ocorre pode impedir ou facilitar uma transição" (p.11).

Wåhlin et al. (2017) apresentam o conhecimento como uma ferramenta poderosa e de extrema importância para todos os intervenientes na UCI (PSC, familiares e profissionais), sendo que a qualidade da informação e o contexto em que é dada e recebida, influenciam, direta ou indiretamente, o grau de capacitação dos indivíduos.

Na sua intervenção nas I Jornadas de Enfermagem Avançada (2019), o Prof. Abel Paiva e Silva apresentou o que, na sua visão de perito, considera ser a enfermagem. A Enfermagem permite ajudar as pessoas, para que se tornarem independentes, para viverem. É necessário o incentivo para uma consciencialização, ou seja, primeiramente é necessário que a pessoa perceba o seu grau de autonomia, para que possamos então trabalhar o *Empowerment*. É necessário trabalhar os significados das intervenções/ tratamentos para cada pessoa de forma a facilitar as suas transições saúde-doença. Efetivamente, segundo Lenaghan (2019), os cuidados de transição destacam o mérito da capacidade dos pacientes de se

auto-defenderem e de se envolverem ativamente nos seus cuidados. Assim, providenciar consistência numa relação de carinho e coaching focada na compreensão das necessidades e objetivos únicos de cada paciente, é um elemento chave para facilitar o seu processo de transição.

É através da experiência, interligada com a evidência científica, que os enfermeiros podem integrar todos os conhecimentos, de forma a desenvolver uma prática como um todo integrado, requerendo ao profissional o desenvolvimento do seu caráter, conhecimento e competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001).

A leitura aprofundada da evidência científica sobre o tema do *Empowerment / Capacitação* e processos de Transição e a realização de uma RIL sobre o tema (Apêndice III), permitiu-me adquirir conhecimentos e possibilitou uma actuação baseada na evidência em contextos de estágio. Constatou-se que foi possível desenvolver a temática escolhida, atuando como agente facilitador na capacitação da PSC no processo de transição saúde-doença, em contexto de UCI e SU, através das intervenções terapêuticas de enfermagem.

No âmbito do processo formativo, procurei desenvolver as competências descritas no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2019), são elas:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão;
- Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações;
- Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio;
- Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação;
- Elaborar projetos de investigação coerentes;

- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina
- Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador.

Tendo em consideração a finalidade e as competências elencadas, defini os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e família.
- Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica.
- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na intenção de Capacitar a PSC.
- Prestar cuidados de enfermagem à PSC em contexto de Urgência e UCI.
- Promover a segurança nos cuidados à PSC (e família), nomeadamente na gestão do controlo de infeção.
- Desenvolver a capacidade reflexiva sustentada no conhecimento científico.
- Desenvolver competências na disseminação do conhecimento.

Transversalmente, e em concordância com os objetivos traçados para este percurso, estiveram sempre presentes as competências definidas pelo RCEEEEMCAEEPSC (OE, 2018, p.19363), as quais apresento:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Todo o percurso de desenvolvimento de competências teve ainda por base o modelo Dreyfus adaptado à enfermagem de Benner (2001), em que a autora apresenta 5 níveis de desenvolvimento de competências, as quais vão do nível de iniciado (1º nível) até perito (5º nível). A progressão na aquisição de competências acontece através de aquisição de conhecimentos específicos, bem como de comportamentos na ação em cada nível, sempre num continuum. O desenvolvimento entre os diferentes níveis acontece com base em 3 características:

1)confiança demonstrada pelo enfermeiro; 2)forma como o enfermeiro conceptualiza as situações vividas; 3)envolvimento do enfermeiro em cada situação(Benner, 2001).

Como preparação para o início da experiência em contexto clínico, foram apresentadas conferências de peritos, com os mais diversos temas, relacionados com o Cuidado à PSC, às quais assisti através de webinar. Devido ao contexto pandémico, com necessidade de isolamento profilático da população, as atividades letivas deixaram de ser presenciais e não foi possível realizar as idas previstas aos locais de estágio, nem realização de eventos, como o caso destas conferências de forma presencial. Neste sentido, foi convertida a interação com peritos no formato online.

Através das referidas conferências de peritos, foi possível iniciar a construção da resposta a 2 dos objetivos a que me propus. Com as contribuições dos enfermeiros peritos foi possível aprofundar conhecimentos teóricos na intervenção de enfermagem à PSC e sua família, bem como desenvolver a capacidade reflexiva sustentada no conhecimento científico.

Na figura 2 estão explícitas as etapas principais do percurso realizado.

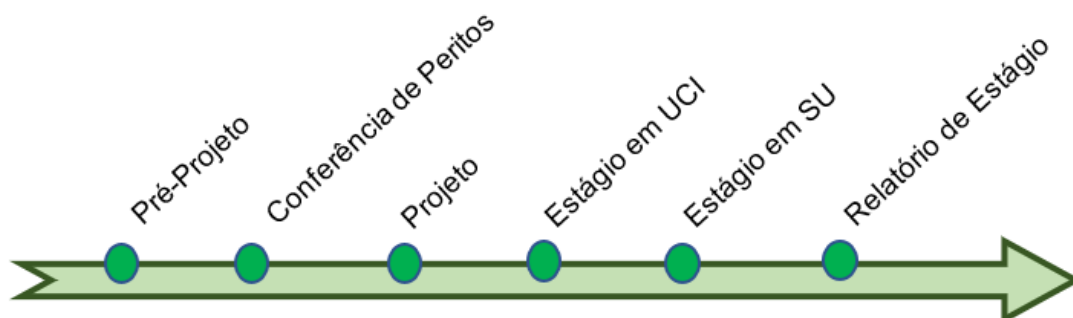


Figura 2 – Percurso realizado

Seguidamente, apresento a descrição do percurso em cada contexto clínico e, posteriormente, a análise e reflexão sobre as aprendizagens, procurando dar resposta a cada objetivo traçado.

2.1 Contextos de Estágio

Foi em 2 contextos distintos que desenvolvi os objetivos propostos, tendo em vista o desenvolvimento de competências de Mestre e EE na Área do cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Não foi possível escolher os locais de estágio, devido à pandemia de Covid-19, que trouxe inúmeras limitações também ao nível do ensino, pelas condicionantes necessárias. Ainda assim, os locais selecionados contribuíram

com enorme riqueza para o meu desenvolvimento de competências, como irei descrever ao longo deste relatório.

O primeiro estágio foi realizado numa UCI polivalente num Hospital privado na área da grande Lisboa, realizando 180 horas em contexto clínico. Posteriormente, estagiei num SU geral de um Hospital público-privado no distrito de Lisboa, realizando 260 horas em contexto clínico.

2.1.1 Estágio em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Por definição, as UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p.6).

Realizei estágio numa UCI de um Hospital privado na área de Lisboa, onde são recebidos doentes de especialidades médicas, mas também cirúrgicos, nas mais diversas áreas. É uma UCI com capacidade para receber 14 doentes. Saliento a relevância do contacto com doentes submetidos a cirurgia cadio-torácica, sendo uma das especialidades que não existem no Hospital em que exerço funções. Este contexto clínico recebe também doentes em recobro cirúrgico, para vigilância e monitorização com duração menor a 24h. A DGS (2003, p.6) prevê este tipo de apoio dentro da UCI, definindo as áreas de recobro como locais onde o tempo de internamento é de curta duração. Visam a “observação, monitorização e tratamento de doentes, recém-submetidos a cirurgia e/ou procedimentos invasivos” e os cuidados prestados são “destinados à otimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico” (p.6)

Independentemente da duração do internamento em UCI, Meleis (2000) afirma que as experiências de doença e/ou procedimentos cirúrgicos são situações de transição em que há um aumento da vulnerabilidade das pessoas. Assim, o enfermeiro tem um papel preponderante para ajudar a PSC com as ferramentas necessárias para garantir confiança e segurança no processo, com promoção da sua capacitação, para que futuramente as consequências daquela situação sejam atenuadas. Tal como a DGS (2003) explica, a evolução e prognóstico da PSC não estão apenas relacionados com o internamento na UCI, mas também com o acontecimento que gerou o internamento. O trabalho desenvolvido com a PSC (e com a sua família) é fundamental para a Capacitar ao longo de toda a transição saúde-doença e também situacional, tanto durante o seu internamento na UCI como na continuidade após transferência para outro serviço.

2.1.2 Estágio em Contexto de Serviço de Urgência

O despacho 10319/2014 (2014) distingue 3 tipos de serviço de urgência: SUB (Serviço de Urgência Básica), SUMC (Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica) e SUP (Serviço de Urgência Polivalente).

O segundo contexto de estágio foi num SU da área da grande Lisboa, o qual se enquadra na categoria de SUMC, correspondendo ao segundo nível para situações de urgência, e de acordo com o despacho 10319/2014 (2014), deve existir em rede e ser localizado como forma primordial de apoio diferenciado aos SUB. Todas as situações que exijam cuidados diferenciados ou apoio de outras especialidades, devem ser encaminhadas para os SUP. Apesar de ser necessária esta organização em termos das estruturas físicas direcionadas ao atendimento de urgências, pode refletir sobre o impacto que, em alguns casos, isto tem para os doentes, uma vez que ao ser necessária uma transferência inter-hospitalar para um SUP, por um SUMC não ter algumas especialidades, há um atraso no tratamento definitivo, o qual poderá ter implicações no *outcome* das situações.

Neste SU, uma das principais dificuldades encontradas pelos profissionais deve-se ao facto de a equipa ser ainda muito jovem e, conseqüentemente, com pouca experiência e treino para atuação em situações de emergência e especialmente no cuidado à PSC.

Saliento a importância de ter tido oportunidade de perceber o funcionamento de vários protocolos direcionados à urgência e emergência hospitalar (e pré-hospitalar, apesar de não ter estado em contexto VMER), tais como: via verde AVC; via verde coronária; via verde sépsis; fast track colo do fémur.

2.2 Desenvolvimento de Competências

Na intenção de evidenciar a relação e interligação entre os objetivos traçados para este percurso, e construir sinergias tendo em atenção a finalidade estabelecida, realizei o esquema presente na figura 3.

De seguida, irei explorar profundamente as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências dando resposta a cada objetivo traçado.

2.2.1 Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e família

Enquanto Enfermeira que trabalha em contexto de UCI, considero ter alguma experiência nesta área, sabendo identificar problemas de forma célere, comparando

situações e procedendo à tomada de decisão através do raciocínio crítico, o que demonstra uma compreensão profunda e global das ocorrências. Estas são as características descritas por Benner (2011) para o enfermeiro perito.

No entanto, durante o estágio em UCI, por ser num local de trabalho diferente do que me é conhecido, com outras situações, outros métodos de trabalho e protocolos, considero ser enfermeira proficiente, por conseguir analisar aspetos gerais de uma determinada situação e atuar consoante os princípios apropriados (Benner, 2001).

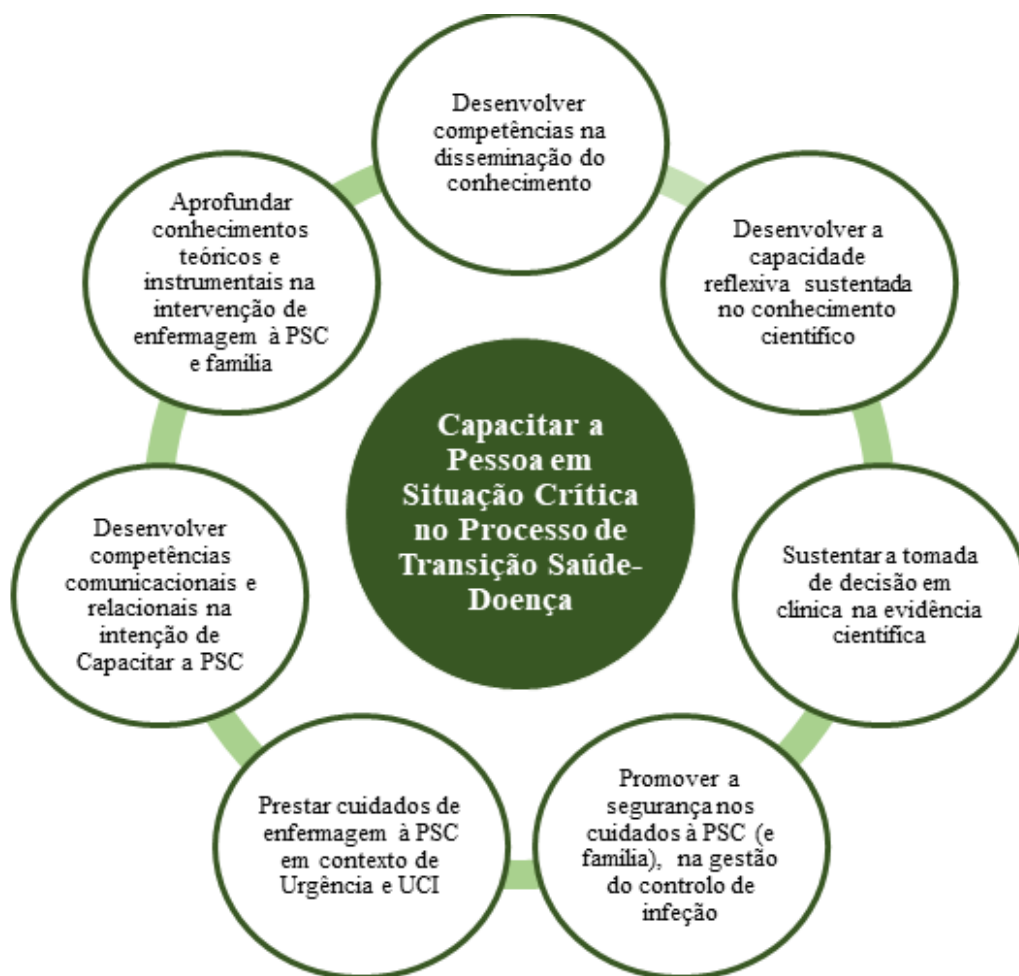


Figura 3 – Relação entre os objetivos traçados

No que concerne ao contexto de SU, apesar de me encontrar na categoria de perita ao cuidar da PSC no meu contexto de trabalho, a PSC não é o único tipo de doente que recorre ao SU. Verifica-se afluência de doentes com sintomatologia diversa e é realizada a triagem segundo a triagem de Manchester, a qual atribui um nível de gravidade ao doente. No SU, o ambiente é menos “controlado” e as situações são inesperadas. Assim, considere encontrar-me no nível de enfermeira competente, enquanto permaneci neste local, pois segundo Benner (2011), esta

enfermeira possui algum saber sobre a área, sendo capaz de enfrentar muitos imprevistos, no entanto não tem ainda a rapidez e maleabilidade desenvolvidas ao nível de um enfermeiro proficiente.

Em ambos os locais, foi de extrema importância a orientação por parte das Enfermeiras Orientadoras que tive, ambas peritas nos seus contextos.

Tive oportunidade de conhecer o espaço, os recursos materiais, toda a equipa e protocolos existentes. Durante os turnos, em trabalho tanto com as minhas orientadoras, como com a restante equipa, foi possível intervir em situações com a equipa e fazer ainda a posterior análise de algumas situações e reflexão sobre as mesmas. Segundo Mendes (2016), “o exercício reflexivo emergente do exercício clínico assume-se na perspetiva dos estudantes como um espaço de aprendizagem que permite o desenvolvimento pessoal e profissional. Salientam objetivamente a importância de acompanhar o crescimento do estudante no processo reflexivo” (p.15). Este dado encontrado, corresponde ao que senti enquanto estudante em ambos os contextos, pois senti sempre que o feedback ao longo do processo foi essencial para a minha construção enquanto enfermeira e para o aprofundar de conhecimentos teóricos e práticos no cuidado à PSC.

Foi extremamente importante o desenvolvimento de trabalhos e pesquisas ao longo do percurso em ambos os contextos de estágio, permitindo o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos, os quais se transformam também em conhecimentos instrumentais para a intervenção junto da PSC, mais concretamente relacionados com o tema deste relatório: Capacitar.

A PSC encontra-se em transição, mas em qual? Interessa compreender que, tal como verificou Meleis (2010), há padrões de multiplicidade e complexidade relacionados com as transições e em muitos casos, a pessoa não vive apenas um tipo de transição, pois estas raramente são exclusivas. Podem ocorrer tipos de transição de forma simultânea ou sequencial. Na PSC verifica-se predominantemente a vivência de 2 tipos de transição em simultâneo: transição saúde-doença e transição situacional. No decorrer dos estágios em contexto clínico, foi opção centrar o pensamento e a atuação na transição saúde-doença. No entanto, mesmo realizando intervenções terapêuticas de enfermagem olhando maioritariamente a esta transição, verifiquei que surgiram resultados simultaneamente em outros aspetos, nomeadamente numa transição situacional, mesmo que de forma indireta.

Em ambos os contextos de estágio, vivenciei várias situações de cuidados que promoveram o desenvolvimento dos meus conhecimentos teóricos e práticos nos cuidados à PSC.

Em contexto de UCI, tive oportunidade de acompanhar doentes maioritariamente em pós-cirurgia. Foi uma excelente oportunidade de estudar e rever conceitos, sobretudo sobre áreas clínicas com as quais não lido no meu contexto profissional, como é o caso de doentes submetidos a cirurgia cardio-torácica. Uma vez que a permanência destes doentes na UCI era em regra geral de apenas 2 dias, com objetivo de realizar a vigilância pós-cirúrgica, sendo transferidos para o internamento assim que possível. Tive oportunidade de, em momentos diferentes ao longo do estágio, acompanhar de forma mais completa 3 doentes submetidos a cirurgia cardio-torácica, por ter realizado turnos nos 2 dias em que os doentes permaneceram na UCI, o que permitiu organizar uma continuidade dos cuidados.

Através da realização de um estudo de caso no decorrer do estágio em UCI, mobilizei conhecimentos teóricos e práticos no desenvolvimento de intervenções de enfermagem à PSC, utilizando linguagem universal, através da NANDA, NIC e NOC, personalizei o Plano de Cuidados, tendo em conta o cliente (PSC e família). Esse plano de cuidados foi seguido pela equipa durante o internamento do doente visado no referido plano de cuidados, o que permitiu desenvolver a competência “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”, do plano de estudos da ESEL (2019, p. 4).

No SU, tive oportunidade de prestar cuidados em todas as áreas: triagem, sala de reanimação, balcão de atendimento, serviço de observação (SO) e acompanhamento dos doentes a exames complementares de diagnóstico.

Na sala de triagem, verifiquei como era realizada a triagem de Manchester. Tive oportunidade de assistir a um curso de Triagem, apesar de não ser possível a realização completa do curso, com avaliação e certificado, mas os conhecimentos adquiridos foram fulcrais para uma melhor compreensão do processo de triagem e posterior seguimento dos doentes no circuito do SU.

Nos balcões e no SO, foram áreas do SU em que contactei com algumas realidades de forma constante, como os casos sociais, em que se verificou a mobilização de outros elementos da equipa multidisciplinar para o seu acompanhamento. Também surgiram casos de fim de vida em que, apesar do ambiente de urgência nem sempre ser favorável, procurou-se sempre manter a

privacidade e acima de tudo o respeito pela dignidade humana e o princípio da não-maleficência. De acordo com o Regulamento 140/2019, das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), julgo que estas experiências potenciaram o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, especificamente “otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (p.4746) e também “promove a proteção dos direitos humanos” (p.4748).

Na sala de reanimação surgiram as situações mais emergentes, em que me foram bastante úteis os conhecimentos adquiridos no curso de ATCN (*Advanced Trauma Care for Nurses*) (realizado no 1º ano do curso de mestrado) e no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), ao qual obtive equivalência. Foi neste contexto de atuação que pude intervir junto da PSC com maior instabilidade, realizando atividades como monitorização hemodinâmica, administração de terapêutica adequada, transporte para exames complementares e preparação de transporte inter-hospitalar. Foi assim possível desenvolver as seguintes unidades de competência: “1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”; “1.2. administração de protocolos terapêuticos complexos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363).

Por último, devo salientar que tive oportunidade de conhecer os protocolos de atuação em casos de catástrofe existentes no hospital, os quais são geridos pelo SU. Apesar de não ter vivenciado durante este estágio nenhuma situação de catástrofe, foi possível compreender a dinâmica necessária no caso de acontecer, o que constitui o primeiro passo para o desenvolvimento da competência “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19363). Esta competência ficará na minha mente com a intenção de um maior desenvolvimento futuro e aplicação ao meu contexto profissional.

Considero ainda ter desenvolvido algumas competências expostas no plano de estudos do MEAEPSC, nomeadamente “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica”; “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação” (ESEL, 2019).

2.2.2 Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica

A realização dos estágios em contexto de UCI e SU, para a aquisição de competências nas intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC permitiu-me, através da interação com os orientadores clínicos, os enfermeiros dos

serviços e os clientes, uma aprendizagem a nível teórico e instrumental. Mas, as referidas interações, permitiram também construir a minha capacidade de tomada de decisão e basear a mesma em evidência científica, fazendo ainda uma análise e reflexão posterior. Tive, assim, oportunidade de compreender o que constata Mendes (2016), descrevendo o exercício clínico como ferramenta fundamental que proporciona aos estudantes uma oportunidade de aprendizagem de excelência devido às interações que surgem nos contextos, bem como devido à responsabilização crescente para o domínio do saber estar e saber agir.

Procurei seguir sempre os princípios deontológicos que regulam as intervenções de enfermagem, presentes no REPE (Decreto-Lei no 104/98) e no código deontológico do enfermeiro (Lei n.º 156/2015). Mesmo em situações repentinas e de emergência, como o caso de uma paragem cardio-respiratória (PCR) de um doente na UCI ou a entrada de um doente em instabilidade hemodinâmica na sala de reanimação do SU, serviu como orientador o pensamento de Benner (2001) que ensina sobre a gestão eficaz de situações de evolução rápida, sendo importante que o enfermeiro identifique um problema rapidamente, intervindo apropriadamente, avaliando a situação e mobilizando a ajuda necessária.

A tomada de decisão e a forma como é realizada é igualmente importante em situações controladas. Quando a PSC se encontrava com um nível de consciência suficiente, envolvi-a sempre no processo de tomada de decisão. Para isso foi sempre realizada a preparação com a devida explicação de cada procedimento bem como as suas implicações. Meleis (2000) afirma que “a preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é um inibidor” e que é facilitador “o conhecimento sobre o que esperar durante uma transição e que estratégias podem ser úteis para a gerir” (p.22).

Segundo Major et al., (2019) e Wahlin (2017) quando a PSC é ouvida e envolvida no processo de tomada de decisão, a experiência é facilitada e encorajada, contribuindo para o desenvolvimento da autodeterminação da PSC.

Cada situação é única, devendo ser avaliada em conjunto com as expectativas de cada pessoa, que devem ser consideradas para garantir uma satisfação das suas necessidades, de acordo com as suas preferências e tendo em consideração a tomada de decisão (Cuzco et al., 2021).

Olhando às Competências Comuns do EE, considero ter desenvolvido as duas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo

de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4746). Neste âmbito atingi ainda a competência “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”, enquadrada no domínio da gestão dos cuidados. (OE, 2019, p. 4747).

Complementando com as competências do plano de estudos do CMEPSC, selecionei “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” e expus com clareza e capacidade de argumentação o meu raciocínio em reunião com restante equipa, PSC e família (ESEL, 2019).

2.2.3 Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na intenção de Capacitar a PSC

A comunicação é um dos veículos mais importantes do enfermeiro para transmissão de informação e ensinamentos e tem um papel preponderante, se for eficaz, na boa organização e gestão de equipas, bem como nos cuidados à PSC e família.

Antunes et al. (2021) apontam que uma comunicação ineficaz é um fator inibidor de uma maior capacitação da PSC, pois pode contribuir para que a PSC vivencie a sensação de ser negligenciada.

É importante para a PSC sentir-se incentivada para participar, mesmo quando não tem capacidade para realizar determinada ação de forma autónoma. Em ambos os contextos de estágio, desenvolvi este incentivo para a participação, questionando sempre as preferências de cada pessoa, relativas a determinada ação. Como por exemplo durante os cuidados de higiene, procedi de acordo com o que a pessoa manifestou como preferência. Desenvolvi assim a competência “otimizar a participação do doente para que ele controle a sua própria recuperação” (Benner 2011, p.85), a qual implica primeiramente perceber a força, energia, desejo e capacidade de melhorar por parte do doente e, posteriormente, “canalizar essas forças na relação entre a enfermeira e o doente” (p.85).

Antunes et al. (2021) afirmam que o processo de capacitação está relacionado com mais do que exclusivamente aspetos físicos, sendo de enorme importância que a PSC assuma “um papel ativo na sua recuperação, construindo força emocional, confiança e motivação, através da interação e experiências que permitem o aumento da energia interna” (p.379).

Nas situações em que a PSC se encontrava inconsciente ou com algum nível de sedo-analgesia, procurei “proporcionar conforto e comunicar pelo toque” (Benner,

2011, p.88). Num estudo realizado por Meriläinen et al. (2013), estes autores descobriram que a relação entre a PSC e o ambiente em que se encontra está maioritariamente relacionada com as intervenções de enfermagem, mas nem todas as interações incluem necessariamente comunicação verbal entre a PSC e os profissionais. Estes autores afirmam ainda que “a comunicação deve ser ajustada à capacidade da pessoa compreender e adquirir novas informações” (p.85).

Em contexto de UCI, tive oportunidade de realizar intervenções terapêuticas adaptadas à recuperação progressiva dos doentes, realizando ensinamentos personalizados tendo em conta os conhecimentos prévios de cada doente e família e os seus objetivos de qualidade de vida futura. Devido à restrição de visitas, atuei como agente facilitador na realização de videochamadas entre doente e família, como promotoras do envolvimento familiar. Para além disso, as vídeo-chamadas tiveram ainda como propósito a mobilização da família para o processo de transição saúde-doença, auxílio na adaptação psicossocial e na mudança de vida. Segundo Silva et al. (2021, p.358) a “videochamada acarreta benefícios valiosos em termos de recuperação do doente e da moral da equipa de saúde”.

As videochamadas realizadas e os seus conteúdos, no que concerne à minha participação enquanto enfermeira, foram percecionadas por ambos, doente e família, como úteis e pertinentes para a dinâmica familiar com provável melhoria do bem-estar e qualidade de vida. Foi ainda realizada a sensibilização de toda a equipa multidisciplinar para a importância de formas de comunicação alternativas, para minimizar o distanciamento da família.

Para assegurar a compreensão de informações pela família, segundo Benner et al. (2011), é necessário que o enfermeiro detenha um determinado grau de competência em comunicação, compreensão, paciência e escuta ativa. Roe et al. (2022) fazem referência à importância do envolvimento dos enfermeiros na melhoria da comunicação e no apoio, formação de equipas e educação, visando melhorar a experiência dos enfermeiros e promover cuidados de qualidade.

Considero que a realização das videochamadas referidas contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência 1.4., 1.5 e 1.6 descritas no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018, p.19363): “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”; “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou

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

2.2.4 Prestar cuidados de enfermagem à PSC em contexto de Urgência e UCI

No decorrer de ambos os estágios, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com internamentos curtos (no caso do SU, muitas vezes não chegavam a ser internados), mas também doentes com internamentos mais prolongados no tempo.

Independentemente da duração do internamento, quando o doente se encontra vígil e consciente, é possível verificar que a ansiedade em relação à evolução do seu estado clínico e incerteza sobre o futuro, são percecionados como aspetos negativos. Cuzco et al. (2021), afirmam que a PSC admitida numa UCI frequentemente sente que perde controlo da sua vida e adapta-se a ser dependente de outros, o que resulta numa perda de controlo e sensação de impotência. Do que pude verificar, também em contactos de apenas algumas horas em contexto de SU, os doentes partilhavam uma sensação semelhante.

Como previamente desenvolvido no enquadramento teórico deste relatório, Meleis (2000) explora as propriedades das transições e a primeira é a consciência (*awareness*), que está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição.

Ao tomar consciência real da transição que a afeta, a PSC participa mais ativamente em todos os cuidados, procurando saber o que pode fazer para melhorar e recuperar. Conforme a sua evolução permite, a PSC realiza o máximo de ações de forma independente, porque lhe traz um grande conforto e sensação de retorno à “normalidade” sempre que está ao seu alcance. Verificou-se ainda um envolvimento (*engagement*) no processo, o qual é descrito por Meleis et al (2000) como a procura de informação, preparação ativa e proactiva, adaptando as atividades para o alcance dos objetivos.

Durante o internamento verificou-se que foi um aspeto facilitador realizar a preparação da PSC, transmitindo-lhe alguns conhecimentos. Progressivamente, consoante a melhoria clínica e a confiança e vontade demonstrada, foram realizados ensinamentos, aumentando as capacidades da PSC de dia para dia. É necessário criar um ambiente em que há retorno do controle da situação pela PSC e os enfermeiros são responsáveis por assegurar a receção dos conhecimentos de acordo com as expectativas da PSC (Cuzco et al., 2021). O conhecimento sobre o que esperar ao

longo da transição, bem como as estratégias mais úteis para a gestão do processo de transição, surgem assim intimamente relacionados com a preparação da pessoa (Meleis et al., 2000).

O feedback dos doentes em relação aos ensinamentos realizados e o acompanhamento em todas as atividades, foi que estes foram preponderantes para a sua evolução, aumento de confiança e auto-estima, acreditando que poderiam ultrapassar aquela situação, utilizando as estratégias adaptadas à sua condição atual. Cuzco et al. (2021) afirmam que as intervenções de enfermagem, no geral, melhoram o stress, ansiedade e depressão dos doentes.

Foi especialmente gratificante poder atuar no controlo da ansiedade e dor, pois para além da gestão da sedo-analgesia, realizei intervenções com aplicação de medidas não farmacológicas, que foram bastante valorizadas pelos doentes, com resultados positivos no alívio da dor. Considero ter atingido assim a unidade de competência 1.3 do RCEEEEMCAEESPSC: “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19363).

Em contexto de SU, capacitar a PSC pode ser desafiante, até porque na maior parte dos casos a permanência da PSC no SU é curta devido à necessidade de transferência para outro serviço tendo em vista o tratamento contínuo e/ou definitivo.

Segundo Meleis et al (2000), a mudança e a diferença, bem como o intervalo de tempo ocorrido, são características das transições que devem ser consideradas e trabalhadas. No entanto, não foi possível realizar intervenções a este nível no SU, precisamente pelo fator tempo já referido. Verifiquei que no tempo de permanência da PSC no SU os profissionais estão focados na estabilização hemodinâmica e intervenções técnicas.

Já no que concerne aos familiares, foi possível desenvolver estas intervenções. A família vivencia também um processo de transição, com as mesmas características já abordadas. No caso da família da PSC, verifiquei que a família inicia o processo de transição antes da própria pessoa, em muitas situações, especialmente quando o acontecimento que motiva a emergência é repentino. A título exemplificativo, quando um doente em PCR dá entrada na sala de reanimação, independentemente do sucesso obtido com as intervenções de SAV para o retorno da circulação espontânea, os familiares já estão a vivenciar um processo de transição saúde-doença, originado por este evento crítico.

Segundo Meleis et al (2000) cada ponto/evento crítico requer atenção, conhecimento e experiência do enfermeiro de maneiras diferentes. No exemplo que apresentei, ainda durante as intervenções de *life-saving* importa perceber o estado da família, bem como se quer receber informações e que tipo de informações, pois são situações de extrema complexidade e que geram ansiedade. É ainda importante a presença de vários elementos da equipa multidisciplinar para além do Enfermeiro junto dos familiares (como é o caso do médico e, se possível, psicólogo). De acordo com o PE do CMEAEPSC as duas competências que desenvolvi neste género de situações foram: “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”; “refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” (ESEL,2019).

As atividades desenvolvidas possibilitaram ainda o aprofundamento da competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, a qual se representa, por definição, pela mobilização de conhecimentos e habilidades por parte do enfermeiro especialista, para dar resposta “em tempo útil e de forma holística”, tendo em conta a “complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa” (OE, 2018, p.19363).

2.2.5 Promover a segurança nos cuidados à PSC (e família), nomeadamente na gestão do controlo de infeção

No meu contexto de trabalho, prezo-me por seguir todas as normas e orientações no que diz respeito à gestão do controlo de infeção. Especialmente em plena pandemia COVID19, em que no meu serviço foram adotadas normas bastante rigorosas para os isolamentos, a paramentação, a desparamentação, o processo de higienização após sair de zona contaminada, etc. Assim, confesso que tinha alguma apreensão sobre os protocolos existentes nos locais de estágio. Em ambos os hospitais onde realizei estágios, verifiquei a existência de políticas gerais de qualidade e segurança dos doentes e, em relação ao contexto pandémico, pude verificar que a preocupação com a gestão e controlo de infeção era permanente.

Tanto na UCI como no SU, verifiquei que existiam circuitos próprios para os isolamentos por Covid-19 e que todos os profissionais respeitavam as medidas a aplicar. Face a aspetos identificados no quotidiano como possíveis de serem melhorados, partilhei os protocolos utilizados no meu contexto profissional, mas não

foi possível fazer quaisquer ajustes tanto na UCI como no SU, devido às características específicas de cada serviço. Dentro do que me foi possível, segui sempre o que considerei mais adequado e exaustivo em termos de paramentação, desparamentação e desinfecção.

Notei uma maior dificuldade no SU, devido à improvisação necessária nas instalações. Em algumas situações os profissionais que se encontravam nas “zonas limpas” entravam na zona de isolamento Covid-19 sem a proteção total se fossem apenas transmitir uma informação, ou entregar material. No entanto, apesar de esta ação ser curta, a exposição ao risco acontece e, como tal, alertei sempre para as possíveis implicações desse comportamento de risco para os profissionais.

No geral, na prestação de cuidados nas áreas limpas, tanto em contexto de UCI como de SU, verifiquei que todos os profissionais utilizavam os EPI de forma adequada e procediam à correta higienização das mãos antes da colocação dos EPI's e posteriormente à sua retirada.

Nos isolamentos por Covid-19 não eram permitidas visitas, pelo que o contacto com familiares era realizado, se possível, por videochamadas.

No que diz respeito ao ambiente em zonas limpas, no cuidado à PSC, verifiquei o cumprimento de todas as normas de higiene e segurança, de acordo com o que está estabelecido pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), o qual tem como objetivo “reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas basadas na evidência” (DGS, 2013, para.2).

Considero ter aprofundado a competência 3 presente no RCEEEEMCEPSC “maximiza a intervenção na prevenção 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” (OE, 2018, p.1964). Em concordância, desenvolvi em simultâneo o objetivo proposto pelo PE do CMEPSC “maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2019).

2.2.6 Desenvolver a capacidade reflexiva sustentada no conhecimento científico

Como fui referindo ao longo da redação deste relatório, esta competência relacionada com o exercício reflexivo sobre as situações ocorridas foi realizada

maioritariamente no decorrer dos estágios, em partilhas com as enfermeiras orientadoras. Segundo Mendes (2016), o exercício reflexivo é uma ferramenta de “crescimento interno, da pessoa do estudante, mas também externo pela possibilidade de visionamento dos resultados das suas intervenções, com os ganhos que daí emergem.” (p.13)

Mas surgiram outros momentos importantes de reflexão, nomeadamente através da redação de um Jornal de Aprendizagem referente ao contexto de estágio em UCI, descrevendo uma situação de cuidados, avaliando e analisando a mesma. Foi utilizando como ferramenta o ciclo reflexivo de Gibbs, uma vez que este instrumento permite organizar e sistematizar o pensamento sobre uma experiência vivida em contexto clínico, na forma escrita.

No contexto de SU, foi ainda realizado um Jornal de aprendizagem, mas oralmente durante orientação tutorial conjunta com outra colega mestranda, que permitiu a reflexão conjunta sobre as situações clínicas descritas, que considero ter tido um contributo muito relevante, tanto ou mais do que as reflexões escritas e unidirecionais. Mendes (2016) apurou que é esta interação entre o orientador clínico e pedagógico e o estudante que condiciona a iniciativa e motivação do estudante.

Os referidos momentos de reflexão, para além de serem um momento oportuno para demonstrar o caminho do desenvolvimento de todas as competências do domínio clínico já explanadas anteriormente neste relatório, permitiram ainda dar resposta a 3 objetivos do PE do CMEPSC: “Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio”; “demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina”; “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”.

2.2.7 Desenvolver competências na disseminação do conhecimento

De forma a enriquecer este relatório e desenvolvendo competências na disseminação do conhecimento, foi realizada uma RIL.

Segundo Ercole et al. (2014), a RIL tem como objetivo sintetizar os resultados obtidos através de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática, ordenada e abrangente e é elaborada com finalidade de definição de conceitos, revisão de teorias ou análise de estudos sobre determinado tema.

Neste caso em concreto, a RIL intitulada “Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura”, teve

como objetivos: (1) Identificar os fatores que influenciam a capacitação da pessoa em situação crítica e (2) Identificar as Intervenções de enfermagem que capacitam a PSC.

A referida RIL (Apêndice III) foi realizada em co-autoria, sendo apresentada no congresso CIAIQ2021 (apresentação disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=4UXnZ403pCY&t=14s>) e publicada na revista New Trends in Qualitative Research, Vol. 8 Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios, em Julho de 2021 (disponível em <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/426/421>).

De forma a dar resposta aos objetivos apresentados após a pesquisa e análise dos resultados, foi elaborado um esquema ilustrativo da interação entre a PSC, família e Enfermeiro no processo de capacitação (tendo como influencia fatores facilitadores e inibidores), promovendo uma transição saúde-doença saudável.

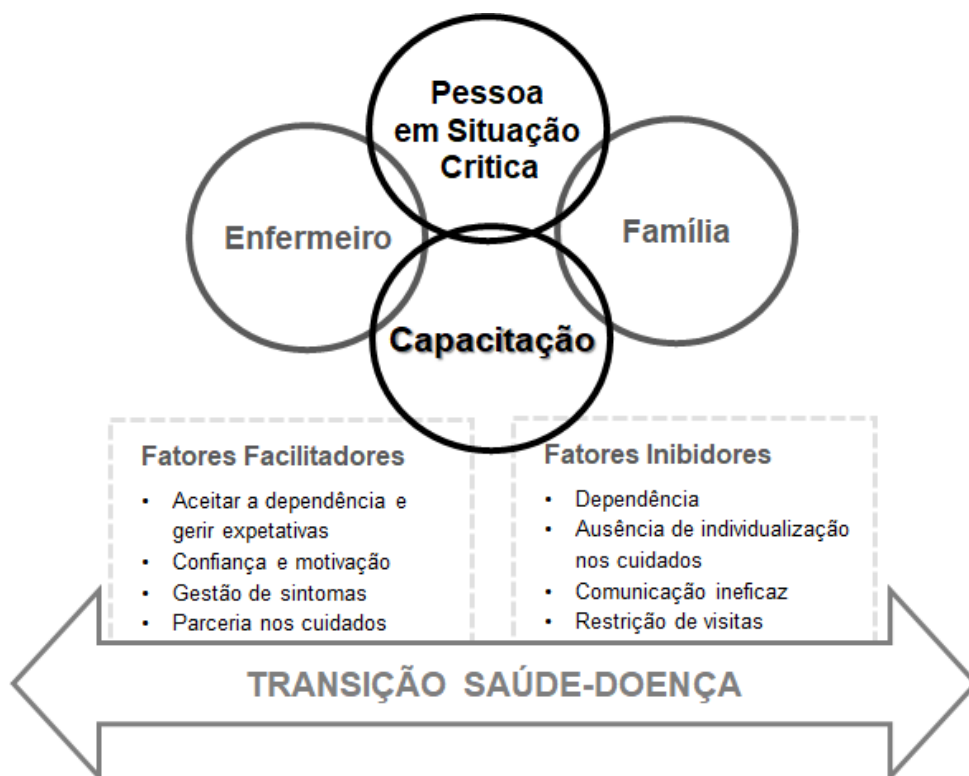


Figura 4 - Interação PSC, Família e Enfermeiro no processo de Capacitação.

Devo ainda referir que por ter desenvolvido, publicado e apresentado esta RIL em coautoria, bem como por ter participado enquanto coautoria de outra RIL (Apêndice IV) com o título “Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão Integrativa da Literatura” (disponível em

<https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/424/419>), permitiu-me desenvolver competências na área da pesquisa, análise, síntese, reflexão e revisão de conteúdos científicos.

Ainda em busca do desenvolvimento de competências na disseminação do conhecimento, propus-me em ambos os locais de estágio para contribuir para a formação contínua entre pares, através de apresentações sobre temáticas pertinentes nos contextos de Estágio.

Em UCI, tanto devido à situação pandémica na altura, como por condicionantes internas relacionadas com o próprio hospital e serviço, não foi possível desenvolver qualquer apresentação. Os colegas manifestaram interesse pela proposta, mas indisponibilidade para participar na mesma naquele momento.

No SU, após conversa com a enfermeira orientadora e levantamento das maiores necessidades formativas para os colegas, realizei uma apresentação intitulada de “Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa submetida a Ventilação Invasiva” (Apêndice V). Esta ação de formação teve duração de 1h em que se explorou o tema o mais exaustivamente possível no tempo disponível e foi repetida em 2 dias distintos, para poder ser assistida por mais colegas, sendo que no total assistiram 27 enfermeiros. Os objetivos da sessão foram: 1) que os participantes mobilizem conhecimentos teóricos e teórico-práticos relacionados com a Ventilação Mecânica Invasiva; 2) Que os participantes desenvolvam competências na construção estruturada dos cuidados à pessoa submetida a ventilação invasiva em contexto de SU; 3) Estimular o raciocínio crítico dos participantes face ao planeamento dos cuidados.

Esta ação de formação foi muito bem recebida e os colegas que assistiram transmitiram um feedback muito positivo e salientaram o facto de ter sido sobre um tema pertinente e útil, e apresentado de forma prática, direcionado para uma aprendizagem concreta e num curto espaço de tempo, pois não dispúnhamos de mais horário para formação.

Considero ter dado resposta aos seguintes objetivos presentes no PE do CMEPSC: “Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” e “elaborar projetos de investigação coerentes”.

3. CONCLUSÃO

Olhando para as etapas do processo de aquisição de competências apresentado por Benner (2001), no Modelo de competências de Dreyfus adaptado à Enfermagem, compreende-se a importância de relacionar a evidência científica, com a experiência decorrente da prática clínica dos enfermeiros como um todo o que contribui também para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

Ao longo de todo o percurso e, culminando com este relatório, realizei a interligação entre conceitos pouco explorados na literatura em conjunto. O conceito de Capacitação (*Empowerment*) surge pouco na literatura relacionado com a área das intervenções de Enfermagem à PSC, verifica-se que todas as características relacionadas com os facilitadores ou inibidores são transversais, originando também intervenções de enfermagem transversais. Foi possível compreender que a Capacitação da PSC está intimamente relacionada com as características do seu processo de transição saúde-doença, mesmo não sendo o único processo de transição vivido pela PSC, o qual é suportado pelo quadro teórico de Afaf Meleis, pela Teoria das Transições.

Apoiada sempre no referencial teórico adotado, compreendi que, através das intervenções terapêuticas de enfermagem, os enfermeiros apoiam o desenvolvimento dos pontos fortes da PSC, que constituem recursos importantes para a Capacitação da PSC. O enfermeiro é um elemento-chave apoiando a PSC, numa situação de maior vulnerabilidade, na utilização dos recursos existentes e até na criação de novos recursos para a sua capacitação, permitindo que esta assuma controlo para combater a sua doença.

A família é vista tanto como cliente em si mesma, alvo de intervenções terapêuticas de enfermagem, como um elo importante para as intervenções na capacitação da PSC. A família e o enfermeiro, em parceria com a PSC, proporcionam as condições para uma transição mais facilitada. Uma comunicação eficaz dos profissionais de saúde, gera uma interação de qualidade e é facilitadora de uma tomada de decisão pela PSC e/ou família, bem como na construção de um processo de transição saudável.

Ao longo do caminho percorrido, considero ter dado resposta à finalidade proposta, considero que adquiri e desenvolvi competências ao nível de enfermeira especialista no cuidado à PSC, em contexto de UCI e SU.

Alcansei os objetivos propostos para este percurso, bem como as competências de mestre, os objetivos do PE do MEAEPSC. Alcansei ainda as competências comuns do EE definidas pela OE no Regulamento n. 140/2019, e as competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização da PSC presentes no Regulamento n. 429/2018.

Este percurso formativo foi um enorme desafio desde o início. Desde o 1º e 2º semestres do MEAEPSC com a oportunidade dada para aprender, analisar e refletir sobre os mais diversos assuntos relacionados com as intervenções de enfermagem à PSC e família, que surgiu através da frequência das UCs. Através da realização da RIL sobre a temática trabalhada, consegui uma maior compreensão e sistematização da informação científica sobre a capacitação da PSC. O facto de ter sido em co-autoria e ter também participado como co-autora em outra RIL permitiu-me desenvolver competências na área da pesquisa, análise, síntese, reflexão e revisão de conteúdos científicos.

Considero assim, que este relatório substanciou o crescimento no percurso académico, mas também foi promotor de um enorme desenvolvimento pessoal e profissional. Mais concretamente, todas as atividades desenvolvidas em ambos os contextos e estágio, com feedbacks positivos das orientadoras clínicas, bem como o acompanhamento académico através de orientações tutoriais, foi promotor da construção de conhecimentos práticos e também teóricos/conceituais, havendo espaço para a análise e reflexão.

Mesmo em situação pandémica, sentindo um enorme desgaste físico, mental e emocional fruto de uma sobrecarga profissional, familiar e académica em simultâneo, senti uma enorme valorização do meu contributo enquanto enfermeira com experiência, em ambos locais de estágio. Apesar de futuramente ter ainda muitos sonhos e procurar sempre mais e melhor investimento pessoal e profissional para melhor cuidar, sinto ter realizado um grande progresso para o nível de perícia descrito por Benner (2001), pois segundo a autora “a experiência em contexto de prática transforma a competência e melhora consequentemente a atuação da enfermeira, não menosprezando a teoria como fonte de conhecimento formal” (p.61).

Conclui com o meu percurso que as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC, se enquadram num cuidado centrado no cliente, PSC e família, o qual foi sempre incentivado por mim. É necessária uma preocupação constante para traduzir o modo como a intervenção terapêutica de enfermagem

pode fazer a diferença, assumindo-se como facilitadora major no processo de transição saúde-doença.

Finalizo com um pensamento com o qual me identifico e considero ser transversal a todo o percurso que já desenvolvi e que pretendo continuar a desenvolver:

***“Knowledge is empowering to those who develop it, those who use it,
and those who benefit from it.”***

(Meleis et al, 2000)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, S., Mendes, A., & Silva, E. (2021). *Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura*. 8, 374–382. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)* (Quarteto E). ISBN: 972-8535-97-X.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª Edição, Vol. 3). Estados Unidos da América: Springer publishing company
- Chick, N.;Meleis, A. I. (1986). *Transitions : A Nursing Concern Transitions* (pp. 237–257). <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Cuzco, C., Torres-Castro, R., Torralba, Y., Manzanares, I., Muñoz-Rey, P., Romero-García, M., Martínez-Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., Delgado-Hito, P., & Castro, P. (2021). Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111049>
- Devlin, J. W., O’Neal, H. R., Thomas, C., Barnes Daly, M. A., Stollings, J. L., Janz, D. R., Ely, E. W., Lin, J. C. (2020). Strategies to Optimize ICU Liberation (A to F) Bundle Performance in Critically Ill Adults With Coronavirus Disease 2019. *Critical Care Explorations*, 2(6). <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000139>
- Direção Geral da Saúde (2003). Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos. Acedido em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015). Metas de Saúde 2020. *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*, 10–12.
- Ercole, F. F., Melo, L. S. de, & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9–11. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- ESEL (2019). *Plano Estudos CMEPSC 2019*.

- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P., Knutsen, I. R. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1263–1271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>
- Hedin, B.A., (1986). Nursing, education, and emancipation: Applying the critical theoretical approach to nursing research. In Chin, P. L., Nursing research methodology: Issues and implementation. Rockville, MD: Aspen Sustems.
- Jakimowicz, S., & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1499–1517. <https://doi.org/10.1111/jan.12644>
- Jones, S., Gill, P., & Kenkre, J. (2020). Nurse managed patient focused assessment and care: A grounded theory of qualified nurses in acute and critical care settings assessing the mental capacity of adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1254–1266. <https://doi.org/10.1111/jocn.15188>
- Lenaghan, N. A. (2019). Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatric Nursing*, 40(2), 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005>
- Mamashli, L., Mohaddes Ardebili, F., Najafi Ghezeli, T., Manafi, F., & Bozorgnejad, M. (2019). Investigating the Psychosocial Empowerment Interventions through Multimedia Education in Burn Patients. *World Journal of Plastic Surgery*, 8(3), 372–381. <https://doi.org/10.29252/wjps.8.3.372>
- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24, 264–271
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E. O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Changes*. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York. New York: Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress*. 6th edition. Philadelphia; Wolters Kluwer.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*,

- 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: o cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 203–212.
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho nº 10319/2014*. 20673–20678.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. In *Diário da República*, 2.ª série: Vol. N.º 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750.
- Roe, B. E., Decker, S., Marks, K., Cook, J., Garo, K., Newton, J., & Thrush, R. (2022). Nurse experience during the COVID-19 pandemic. *Nursing Management*, 10 May 202, 8–17. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000829268.46685.bb>
- Silva, A. P. (2019). As necessidades das pessoas em saúde... Desafios para uma enfermagem com mais enfermagem. In I Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Auditório Pólo Artur Ravara, Lisboa.
- Silva, E., Mendes, A. & Antunes, S. (2021). *Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura*. 8, 353–361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>
- Wåhlin, I., Samuelsson, P., & Ågren, S. (2017). *What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met? – An empowerment questionnaire survey*. *Journal of Critical Care*, 40, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.03.004>
- Willis, D. G., Grace, P. J., and Roy, C. (2008). *A central unifying focus for the discipline: Facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying*. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E28-E40.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Cronograma da UC Estágio com Relatório

**Capacitar a Pessoa em Situação Crítica no Processo de Transição Saúde/Doença:
Intervenção Terapêutica de Enfermagem**

Autor: Suse Isabel Rosado Antunes



MÊS	O	Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro					Março					Abril					Maio							
Dias	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10										
	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16										
Projecto																																							
Webinars/ Congressos/ Conferências										1, 2										3, 4																			
1º Contexto Ensino Clínico - UCIP																																							
2º Contexto Ensino Clínico - SU																																							
Introdução																																							
Avaliação Formativa																																							
Avaliação Sumativa																																							
Pesquisa de evidência científica																																							
Relatório de Estágio																																							
Elaboração da RIL																																							
										Pausa Lectiva Natal/ Ano Novo																				Pausa Lectiva Páscoa									

1 - 2º Webinar Covid19 Challenging Nurses 29, 30 e 31 Outubro (SPCI)

2 - Webinar - O Doente e sua Família nos serviços de medicina intensiva em tempos de pandemia 29 Outubro (OE)

3 - 1ª Reunião de Investigação em Enfermagem (Webinar) 18 e 19 Novembro (H. Luz)

4 - II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva (online) 19 e 20 Novembro (SPCI)

* - Entrega do Relatório de Estágio - dia 03/05/2021

APÊNDICE II

Tabela de Objetivos, Atividades e recursos

Tabela 1 – Atividades e recursos para o alcance dos objetivos traçados

Objetivos	Atividades / Estratégias	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e família.	• Pesquisar evidência científica sobre Capacitação da PSC; • Estudar aprofundadamente a Teoria das Transições de Afaf Meleis, como suporte para a construção do melhor plano de cuidados para a PSC e sua família; • Elaborar planos de cuidados personalizadas com Intervenções Terapêuticas de Enfermagem, direcionadas à Capacitação da PSC; • Consultar peritos na área dos cuidados à PSC e família; • Participar em Orientações Tutoriais (OTs) com a Professora Doutora Anabela Mendes. • Elaboração do Relatório de Estágio	• Bases de dados científicas, Biblioteca, Computador • Locais de Estágio (1º contexto de estágio em UCI e 2º contexto em SU); • Enfermeiros orientadores e outros enfermeiros peritos de cada contexto; • Professora Doutora Anabela Mendes. • Congressos/ Webinars.
2. Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica.		
3. Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na intenção de Capacitar a PSC.		
4. Prestar cuidados de enfermagem à PSC em contexto de Urgência e UCI.		
5. Promover a segurança nos cuidados à PSC (e família), nomeadamente na gestão do controlo de infeção.		
6. Desenvolver a capacidade reflexiva sustentada no conhecimento científico	• Refletir sobre as situações de cuidados, relacionadas com a temática, fundamentando com evidência científica; • Elaboração do Relatório de Estágio • Participar em Congressos/ Webinars; • Participar em Orientações Tutoriais (OTs) com a Professora Doutora Anabela Mendes.	• Professora Doutora Anabela Mendes. • Congressos/ Webinars.
7. Desenvolver competências na disseminação do conhecimento.	• Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), protocolo já elaborado em Anexo; • Apresentar resultados da RIL/ Publicar; • Participar em Congressos/ Webinars; • Contribuir para a formação contínua entre pares, através de apresentações nos contextos de Estágio.	

APÊNDICE III

Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica:

Revisão integrativa da literatura

Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura

Suse Antunes¹, Anabela Mendes² e Elisabete Silva³

¹ Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando da Fonseca, Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | suseisabelantunes@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

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

³ Unidade de Queimados do Hospital São José, Enfermeira – CHULC. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | mariabeta@sapo.pt | <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Resumo: A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é, por definição, alguém dependente de cuidados intensivos e tecnológicos. Os enfermeiros constatarem que as pessoas que vivem este processo de transição, perdem capacidades relevantes, como por exemplo a de autocuidado e de tomada de decisão. Este trabalho tem como principais objetivos: (1) Identificar os fatores que influenciam a capacitação da PSC e (2) Identificar as Intervenções de enfermagem que capacitam a PSC. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta. Emergiram, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 8 artigos para análise e discussão. Identificou-se um conjunto de fatores que pela sua relevância influenciam a capacitação da PSC. Como Intervenções de Enfermagem que capacitam a PSC elencam-se: ajudar a pessoa a aceitar a dependência no autocuidado e a gerir expectativas; potenciar a confiança e motivação pela individualização dos cuidados e a gestão de sintomas; promover uma comunicação eficaz com pessoa doente e família, ao longo do processo de transição; subsidiar a gestão dos recursos disponíveis (pessoais, sociais e comunitários), que possibilitam o retorno ao quotidiano; e assumir a família como parceira nos cuidados. Conclui-se que as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC, se enquadram num cuidado centrado no cliente, PSC e família.

Palavras-chave: Capacitar; Pessoa em Situação Crítica; Intervenção Terapêutica de Enfermagem; Transição Saúde-Doença.

Nursing Interventions to Empower the Person in Critical Situation: Integrative Literature Review

Abstract: The Person in Critical Situation (PCS) is, by definition, someone dependent on intensive and technological care. Nurses find that people who live in this transition process lose relevant abilities, such as self-care and decision-making. This work has as main objectives: (1) To identify the factors that influence the training of the person in critical situation and (2) To identify the nursing interventions that empower the PCS. An integrative literature review was conducted, with research of articles in MEDLINE and CINAHL databases and grey literature. Once applied the inclusion and exclusion criteria, eight articles for analysis and discussion emerged. A set of factors that due to their relevance influence the empowerment of the PCS was identified. The Nursing Interventions that empower the PCS are: to help the person to accept dependence on self-care and to manage expectations; enhance confidence and motivation for individualization of care and symptom management; promote effective communication with sick people and family throughout the transition process; subsidize the management of available resources (personal, social and community), which enable the return to everyday life; and assume the family as a partner in care. It is concluded that the nursing therapeutic interventions that empower the PCS, are part of a centered-care on the client, person in critical situation and family.

Keywords: Empowerment; Critical Care; Critical Care Nursing; Health Transition.

1. Introdução

A Pessoa em Situação Crítica (PSC), segundo Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), é aquela que fica gravemente doente ou ferida e incapaz de manter, de forma independente, a estabilidade fisiológica ou está em alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica, sendo tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos e da tecnologia de apoio.

De acordo com Meleis (2010), os enfermeiros vivenciam momentos de transição com as pessoas, quando relacionados com a saúde, o bem-estar e a capacidade para o autocuidado, surgindo assim o conceito de Intervenção Terapêutica de Enfermagem. Esta caracteriza-se pela ajuda/suporte às pessoas, famílias e comunidades para lidarem com transições, antecipando respostas, fornecendo orientação, gerindo sintomas, melhorando a saúde e o bem-estar e apoiando o desenvolvimento de ações de autocuidado. Meleis (2018) concretiza que, embora os enfermeiros em contexto de UCI possam centrar a sua abordagem na doença, verifica-se a sua preocupação com a segurança dos doentes, o bem-estar, a promoção da saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e o apoio para o regresso à maior normalidade possível na vida quotidiana.

Na interação, e da interação constante, os enfermeiros têm como foco a capacitação, considerando que está intimamente relacionada com o exercício de autonomia e autocuidado. Importa compreender e elencar quais as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC.

É evidente a proximidade entre os conceitos de capacitação, de autocuidado e de autonomia. Mamashli et al. (2019) aferem que quando a capacitação, e a adesão ao tratamento são a maior prioridade nos sistemas de saúde, a estadia da pessoa doente no hospital é reduzida. Os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria do conhecimento e capacitação das pessoas. Segundo Funnell (2016), os objetivos dos cuidados com foco na capacitação e educação da PSC são: aumentar a autonomia, permitir a tomada de decisão informada, possibilitar a resolução de problemas e alcançar objetivos comportamentais auto-determinados. Para Jones et al. (2020), a capacidade é relacionada com a aptidão de uma pessoa para tomar decisões num determinado momento, ainda que com perda temporária de capacidade ou capacidade flutuante em outros momentos. Assim, a avaliação da capacidade mental é um aspeto fundamental e deve ser conduzida como parte de uma avaliação holística da condição e das necessidades das pessoas em ambientes de cuidados críticos, pela equipa multidisciplinar.

No que concerne ao envolvimento da família, Jones et al. (2020) referem que esta desempenha um papel permanente nos processos de transição, fornecendo informações valiosas sobre definições do que constituía a capacidade "normal" para a pessoa doente. Importa, ainda, compreender o impacto que a situação crítica de um familiar tem para a família. Mendes (2018, p. 203) refere que "a vulnerabilidade experienciada (...) fragiliza no presente (...) e pode condicionar o futuro individual e coletivo [uma vez que a situação crítica da pessoa] (...) emerge de modo súbito na vivência quotidiana da família e está associada a qualquer das fases do seu ciclo de vida."

Segundo Meleis (2018), a mudança experienciada, nomeadamente de saúde-doença, que se revela na alteração das capacidades da pessoa, traduz uma transição. Este processo implica que a pessoa incorpore novos conhecimentos e altere ou reposicione tipologias de comportamento. Constata-se assim que as transições se caracterizam por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados a atingir (Meleis, 2010).

Willis et al. (2008) afirmam que as intervenções de enfermagem, através do desenvolvimento e a aplicação do conhecimento de enfermagem na prática clínica, podem ser facilitadoras, capacitando os seres humanos na visão e aquisição da saúde. promovendo a humanização, o significado, a tomada de decisão e a qualidade de vida.

Considerando a transição saúde-doença, experienciada pela PSC, esta revisão integrativa da literatura, tem como objetivo: Identificar os fatores que influenciam a capacitação da PSC e Identificar as Intervenções de enfermagem que capacitam a PSC.

2. Metodologia

Considerados os objetivos da pesquisa, a elaboração da questão de investigação e definição dos critérios de seleção e inclusão de artigos foi suportada no método PICo (Quadro 1), baseado nas orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute, 2020).

Quadro 1. Critérios de Seleção e Critérios de Inclusão dos Artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
Tipo de Participantes P (<i>Person/problema</i>) – Pessoa adulta	Pessoa adulta ou idosa em situação crítica (idade igual ou superior a 18 anos)
Fenômeno de interesse I (<i>Intervention</i>) – Intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam	Intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a pessoa em situação crítica
Contexto Co (<i>Context</i>) – Situação crítica	Estar em situação crítica

A questão de investigação que emerge é: **Quais as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a pessoa em situação crítica?**

A pesquisa foi efetuada no universo temporal de 2010 a 31 de outubro de 2020 nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*. Foram ainda considerados outros estudos provenientes de literatura cinzenta, identificados no *Google Scholar*.

Foram utilizados os seguintes descritores, com as respetivas combinações: S1 – *Empowerment* OR *Patient Participation* AND S2 – *Critical care* OR *Critical care nursing* OR *Critical care Outcomes* OR *Critical Illness*.

A estratégia de pesquisa utilizada incluiu todas as tipologias de artigos. Foram pesquisadas referências nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: população pediátrica (ou seja, idade inferior a 18 anos); artigos que não se direcionam à capacitação da pessoa doente; artigos que não mencionem pelo menos um de três pontos – (1) intervenções de enfermagem que capacitam; (2) fatores facilitadores da capacitação, (3) fatores inibidores da capacitação.

No diagrama apresentado na Figura 1, está representado o processo de seleção dos artigos. Na pesquisa inicial foram obtidos 58 artigos (nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*) e 7 artigos na literatura cinzenta, perfazendo um total de 65 artigos. Foram excluídos 5 artigos repetidos. Foram excluídas 33 referências após análise dos títulos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Foram analisados os resumos de 28 artigos, e excluídos 10 artigos por se verificar que não se direcionavam ao objeto de estudo, nomeadamente a capacitação da PSC. Dos 18 textos completos que se pretendiam analisar, foram excluídos 10 artigos, sendo que a maioria foi por não haver acesso ao artigo integral, e outras referências por se verificar que, no texto em si, não abordavam intervenções de enfermagem que capacitam a PSC, nem fatores facilitadores ou inibidores da capacitação.

A apreciação dos artigos foi efetuada, de forma independente, pelo investigador principal. Os outros dois investigadores realizaram a revisão dos artigos e da respetiva análise.

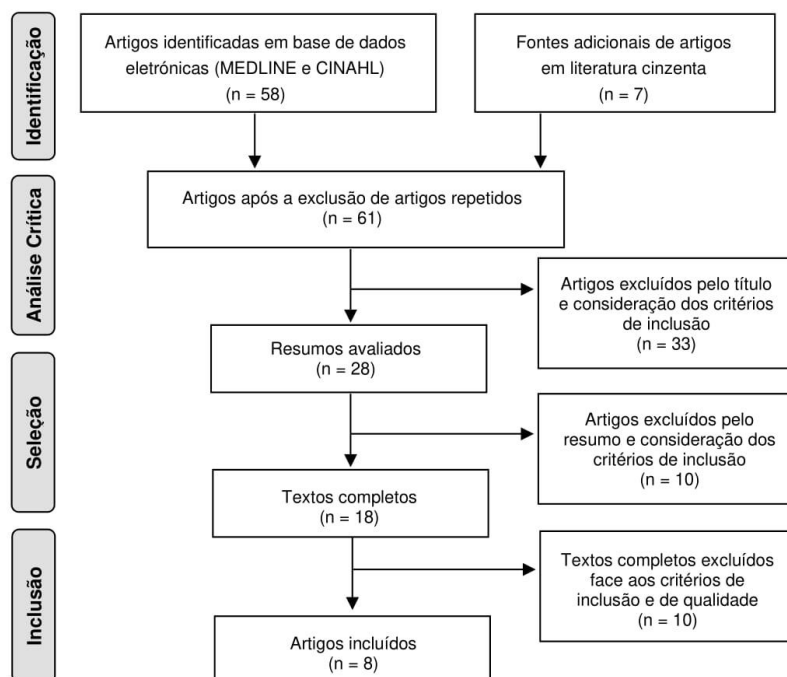


Fig. 1. Diagrama de Seleção dos Artigos (adaptado de *Prisma 2009 Flow Diagram*).

3. Resultados e Discussão

O resultado final de apenas 8 artigos, demonstra que esta questão é, ainda, pouco explorada. Verifica-se que uma parte significativa dos artigos excluídos, nas várias etapas do processo, abordam a capacitação num contexto que não o de situação crítica.

Verifica-se ainda na análise que a maior parte destes artigos procura e dá resposta aos fatores que facilitam ou inibem a capacitação da pessoa em situação crítica, mas não se debruçam especificamente sobre as intervenções de enfermagem que capacitam a PSC. Foram identificadas duas grandes categorias: (1) Fatores inibidores da capacitação da PSC e (2) Fatores facilitadores da capacitação da PSC. Tendo por base os dados produzidos pela RIL, organizados nas referidas categorias pretende-se elencar as intervenções de enfermagem que influenciam a capacitação da PSC.

Os 8 artigos selecionados para análise, enquadram-se num paradigma qualitativo, o que motivou a apresentação dos resultados e conclusões através do método de síntese narrativa.

3.1 Fatores Inibidores da Capacitação da PSC

A condição de estar em situação crítica, quando percecionada pela pessoa doente, é geradora de enorme vulnerabilidade pela *dependência* experienciada. Emergem aspetos significativos que a PSC relaciona com a dependência, nomeadamente: a sensação de impotência, limitações físicas, a dependência da tecnologia (associada a estarem conectadas a ventilação mecânica invasiva) e incapacidade para o autocuidado (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015). As pessoas descrevem que a dependência dos profissionais de saúde foi de tal forma marcante, que a sensação de impotência perdeu o mesmo após transferência para a enfermaria (Major et al., 2019).

Algumas pessoas relatam que a condição de situação crítica em que se encontram cria, por si só, alguma passividade. Aceitam que sejam realizados todos os procedimentos necessários, uma vez que confiam nos conhecimentos dos profissionais de saúde e assumem que o seu potencial de intervenção é diminuto. Aceitam a perda do controlo e a dependência como forma de lidar com a sua nova condição de vulnerabilidade, por considerarem agradável e securizante que todas as suas necessidades sejam satisfeitas. (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015; Wåhlin et al., 2017)

Intimamente relacionado com a dependência, surge o segundo fator inibidor da capacitação da PSC: *a ausência de individualização nos cuidados*.

Algumas situações mais significativas estão relacionadas com a falta de privacidade. É descrito pelas pessoas doentes que se sentiam expostas durante os cuidados de higiene e conforto. A exposição do seu corpo e a forma como os profissionais se posicionam no cuidado ao seu corpo, revelam-se determinantes e significativas, pela positiva ou pela negativa. Outro aspeto determinante era o desinteresse dos profissionais de saúde, percecionado pela pessoa doente, relativamente a si. Este revela-se no modo como a consideravam, ou não, na interação. As situações em que os profissionais “falavam entre si”, ignorando a presença da pessoa doente, eram vividas negativamente, desencadeando ansiedade e sofrimento para a PSC (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015; Wåhlin, Samuelsson & Agren, 2017).

Na relação enfermeiro-PSC são conotadas como negativas as situações em que o enfermeiro tem um registo de interação que se caracteriza pela superficialidade, traduzido pelo reduzido contacto visual e ausência de empatia. (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015; Wåhlin, Samuelsson & Agren, 2017). Este tipo de atitudes, para além de condicionarem a individualização dos cuidados, inviabilizam a interação e traduzem uma *comunicação ineficaz*.

Major et al. (2019) consideram que a falta de comunicação, ou comunicação ineficaz, com a PSC e família, em registo escrito para posterior continuidade dos cuidados, contribui para a perceção da PSC ser negligenciada. Exemplos disso são as cartas de alta/transferência com informação incompleta ou insuficiente, que geram cuidados inadequados após a alta ou transferência da PSC.

Mesmo quando as informações prestadas são claras, verifica-se que estas não são suficientes, por si só, para a capacitação da PSC, uma vez que há alguns fatores a considerar. É necessário englobar a qualidade das informações e o contexto em que estas são fornecidas, para um aumento no grau de capacitação da PSC. Algumas pessoas doentes relatam que as informações transmitidas ao longo do seu internamento foram insuficientes, por não particularizarem o que tinha ocorrido e qual o motivo de internamento na UCI; o porquê de não conseguirem falar, comer ou beber, etc (Wåhlin, Samuelsson & Agren, 2017; Wåhlin, 2017).

No que diz respeito à participação da família nas intervenções, esta engloba inúmeros benefícios para uma transição saúde-doença facilitada. Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) salientam que, para assegurar a compreensão de conteúdos pela família, importa deter um determinado grau de competência em comunicação, compreensão, paciência e escuta ativa. Ainda assim, verifica-se a incerteza sobre aspetos do âmbito organizacional, nomeadamente, as políticas existentes na UCI em relação à participação da família e até mesmo sobre a possibilidade de visita e em que moldes. Há uma perceção de que as famílias não são bem-vindas, nem são participantes, devido ao impedimento para a família estar presente em determinados momentos de intervenções à PSC (Hardin, 2012).

No atual contexto pandémico, verifica-se o abandono de estratégias já criadas e implementadas para o envolvimento da família da PSC, pois as famílias raramente estão presentes no hospital e quase nunca é permitida a presença junto da PSC. Estas condicionantes, levaram alguns familiares a manifestarem sensação de frustração, tristeza e pesar por não ser possível estarem presentes ao lado dos seus entes queridos (Devlin et al., 2020). Desta forma, assume-se a *restrição de visitas* (e/ou não participação da família) como um inibidor da capacitação da PSC.

3.2 Fatores Facilitadores da Capacitação da PSC

O primeiro fator que facilita a capacitação da PSC é a *aceitação da condição de dependência e a gestão de expectativas*, sendo uma base fundamentada para o sucesso dos fatores subsequentes.

Importa ressaltar que, a PSC pode encontrar-se em diversos estados de autonomia relativos a múltiplos aspetos, os quais se podem sobrepor, havendo diversos graus de autonomia para diferentes aspetos. No processo de recuperação, pode haver recuperação de algumas capacidades, mas não de outras (Lindberg et al., 2015).

Segundo Devlin et al. (2020), numa fase em que a PSC se encontra profundamente sedada, e em que há restrições nas visitas de familiares e profissionais de áreas mais variadas de atuação (como sucede no contexto pandémico), é da responsabilidade dos profissionais de saúde que contactam com a PSC a operacionalização de metas diárias para a reabilitação e recuperação da mobilidade.

A PSC vivencia os aspetos tecnológicos como normais e como fonte de segurança, sendo inegociável a sua utilização num contexto de necessidade de cuidados médicos avançados. As pessoas doentes referem que, em determinada fase, é positivo o fator de dependência e rendem-se aos cuidados, não querendo interferir nos procedimentos que lhes podem salvar a vida, tendo confiança nos profissionais pela sua experiência e conhecimento (Lindberg et al., 2015).

A gestão de expectativas é valorizada pela PSC, como facilitadora para uma experiência de transição positiva. O ajuste à nova realidade, com conhecimento que a recuperação pode ser demorada, constitui um catalisador do início do processo de cura, estabelecendo metas realistas de reabilitação e preparando para a longa e difícil caminhada para a recuperação (Major et al., 2019).

O processo de capacitação não está unicamente relacionado com aspetos físicos. A PSC deve ter um papel ativo na sua recuperação, construindo força emocional, *confiança e motivação*, através da interação e experiências que permitem o aumento da energia interna. Um *feedback* positivo, para a PSC, transmite uma sensação de segurança em si mesma e de controlo da situação, sendo fortalecedor da sua autoestima e, consequentemente, motivação para o seu processo de recuperação (Lindberg et al., 2015; Wahlin, 2017).

Lindberg et al. (2015) defendem que a PSC deve ser envolvida no processo de capacitação e transição saúde-doença o mais precocemente possível. É importante para a PSC sentir-se incentivada para participar na relação e interação, mesmo quando não é capaz de o realizar autonomamente.

A *parceria nos cuidados* abrange a PSC, a sua família e o enfermeiro e é considerada como um dos fatores mais positivos e facilitadores da capacitação. O processo de capacitação requer compromisso combinado com relacionamentos nutritivos e interativos construídos na confiança e respeito mútuos. Os benefícios de melhorar a capacitação da PSC são extensos e são usufruídos não só pela PSC, mas por todos os elementos da tríade. Verifica-se uma diminuição do nível de angústia e tensão, maior coerência e controlo sobre a situação, desenvolvimento e crescimento pessoal (e/ou profissional), maior conforto, otimismo, satisfação interior e aumento da força emocional (Hardin, 2012; Wahlin, 2017).

A PSC sente-se mais capacitada quando é ouvida e envolvida ativamente no processo de tomada de decisão, considerando as suas preferências (como por exemplo quando é questionado se a PSC gostaria que lhe fosse retirado um dispositivo clínico). Desta forma, toda a experiência é facilitada e encorajada, contribuindo para o desenvolvimento da autodeterminação da PSC (Major et al., 2019; Wahlin, 2017).

No que concerne ao comportamento dos profissionais de saúde, quando quem cuida demonstra humanidade e vontade de se conectar à pessoa doente, criando empatia, confortando e encorajando, é experienciada pela PSC uma sensação de segurança e pertença à comunidade (Lykergaard & Delmar, 2015; Wahlin, Samuelsson & Agren, 2017).

A parceria nos cuidados é vivenciada em diferentes estados de dependência e independência e é orientada para o regresso da pessoa a uma condição de saúde, sendo a relação de empoderamento fonte de autenticidade, comunicação sensível e escuta ativa (Lindberg et al., 2015; Wahlin, 2017).

A PSC considera que a família é fonte de inspiração e motivação para lutar e fortalecer o seu espírito de vida. Estes relacionamentos fortalecedores ajudam a PSC, família e enfermeiro a mobilizar recursos para lidar com os desafios existentes, por se sentirem acompanhados no seu percurso difícil. Falando concretamente no processo de capacitação, Meleis (2018) afirma que este é realizado através do processo de cuidados de enfermagem, no qual os enfermeiros descobrem as forças em saúde da pessoa doente e família e mobilizam as mesmas para apoiar os recursos já existentes, para que estas assumam a liderança ou presença ativa na sequência de procedimentos.

Wahlin (2017) verifica que o conhecimento e o acesso a informações são ferramentas de poder e devem ser adaptadas às necessidades da PSC e família. Hardin (2012) afirma que estas ferramentas são úteis também para o enfermeiro, que poderá promover um cuidado individualizado se conhecer as necessidades específicas da pessoa doente, facilitando a *gestão de sintomas*.

Lykergaard & Delmar (2015) demonstram que a PSC valoriza quando as suas necessidades são atendidas, sem ter que pedir ajuda. A família, numa parceria de cuidados, é capaz de interpretar necessidades específicas e individualizadas da PSC. Esta capacidade é extremamente útil para o enfermeiro, que poderá decifrar o que alguns sinais significam para cada pessoa, para agir em conformidade (Hardin, 2012). Esta constatação é corroborada por Lusquinhos, Mendes e Bento (2019, p. 1692), que numa revisão integrativa da literatura sobre o cuidado centrado na família, concluem que a família é um “recurso essencial e facilitador no cuidado ao doente” e que esta abordagem filosófica do cuidar deve ser coerente “por parte de toda a equipa multidisciplinar”.

Em contexto de pandemia, apesar da restrição de visitas, surgiram algumas soluções para colmatar esta dificuldade. Quando a PSC já se encontra sem sedação (ou com sedação mais reduzida, estando desperta o suficiente), pode ser realizada comunicação com recurso às tecnologias e plataformas/ redes sociais. A família deve ainda ser incentivada a fornecer fotos de família, relatar momentos vividos que possam ser reproduzidos à PSC ou partilhar músicas do seu agrado (Devlin et al., 2020).

A própria família também deve ser capacitada desde cedo sobre o que pode esperar no futuro. Deve ser realizado um planeamento da alta em colaboração com a PSC e família, o qual permitirá que a família tome as providências adequadas e desenvolva habilidades que a capacitem para a participação nos cuidados (Major et al., 2019; Wahlin, 2017).

Na Figura 2, é apresentado um esquema ilustrativo da interação entre PSC, família e Enfermeiro no processo de capacitação (tendo como influência fatores facilitadores e inibidores), promovendo uma transição saúde-doença saudável.

Apesar da capacitação da PSC ter algumas condicionantes, por esta se encontrar num estado de maior fragilidade e, em algumas fases, não totalmente consciente, a autodeterminação é um dos atributos mais importantes neste processo (Wahlin, 2017). Este atributo é de extrema importância quando proveniente da PSC, mas também da família e do enfermeiro, uma vez que esta tríade se deve unir em parceria ao longo de todo o processo de transição.

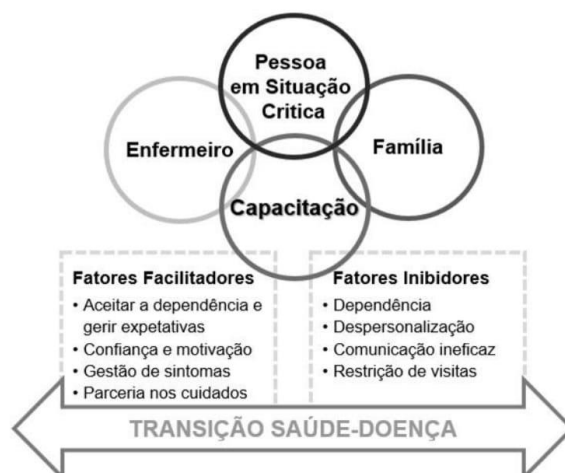


Fig. 2. Interação PSC, Família e Enfermeiro no processo de Capacitação.

4. Conclusões

A capacitação da PSC é um processo que caminha lado-a-lado com a transição saúde-doença e tem alguns fatores facilitadores e inibidores. Como principais fatores inibidores surgiram: a dependência, a ausência de individualização nos cuidados, a comunicação ineficaz e a restrição de visitas. Como fatores facilitadores encontramos: aceitar a dependência e gerir expetativas; confiança e motivação; gestão de sintomas e parceria nos cuidados.

Nesta Revisão Integrativa da Literatura, em que emergiram predominantemente artigos de natureza qualitativa, foi possível concluir que a PSC, a família e o enfermeiro se devem unir em parceria para uma transição mais facilitada. A interação com os profissionais de saúde influencia a tomada de decisão do paciente e família e a construção de um processo de transição saudável.

Como Intervenções de Enfermagem que capacitam a PSC elencam-se: ajudar a pessoa a aceitar a dependência no autocuidado e a gerir expectativas; potenciar a confiança e motivação pela individualização dos cuidados e a gestão de sintomas; promover uma comunicação eficaz com pessoa doente e família, ao longo do processo de transição; subsidiar a gestão dos recursos disponíveis (pessoais, sociais e comunitários), que possibilitam o regresso ao quotidiano; assumir a família como parceira nos cuidados.

Conclui-se que as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC, se enquadram num cuidado centrado no cliente, PSC e família.

A metodologia qualitativa possibilita, pelas narrativas conseguidas em entrevistas, o acesso à experiência vivida da pessoa doente, em que a transição saúde-doença é reveladora de enorme vulnerabilidade. Ao investigador, na produção e disseminação de resultados da pesquisa qualitativa, solicita-se a preocupação constante de traduzir o modo como a intervenção terapêutica de enfermagem pode fazer a diferença, assumindo-se como facilitadora no processo de transição saúde-doença.

5. Referências

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª Edição, Vol. 3). Estados Unidos da América: Springer publishing company
- Devlin, J. W., O'Neal, H. R., Thomas, C., Barnes Daly, M. A., Stollings, J. L., Janz, D. R., Ely, E. W., & Lin, J. C. (2020). Strategies to Optimize ICU Liberation (A to F) Bundle Performance in Critically Ill Adults With Coronavirus Disease 2019. *Critical Care Explorations*, 2(6), e0139. <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000139>
- Funnell, M. M. (2016). Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1921–1922. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.010>
- Hardin, S. R. (2012). Engaging families to participate in care of older critical care patients. *Critical Care Nurse*, 32(3), 35–40. <https://doi.org/10.4037/ccn2012407>
- Jones, S., Gill, P., & Kenkre, J. (2020). Nurse managed patient focused assessment and care: A grounded theory of qualified nurses in acute and critical care settings assessing the mental capacity of adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1254–1266. <https://doi.org/10.1111/jocn.15188>
- Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care - Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), 294–302. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003>
- Lusquiños, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *O Congresso Ibero-Americano Em Investigação Qualitativa (CIAIQ)*, 2, 1685–1694. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>
- Lykkegaard, K., & Delmar, C. (2015). Between violation and competent care - Lived experiences of dependency on care in the ICU. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26603>
- Major, M. E., Van Nes, F., Ramaekers, S., Engelbert, R. H. H., & Van Der Schaaf, M. (2019). Survivors of Critical Illness and Their Relatives A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(11), 1405–1413. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201902-156OC>
- Mamashli, L., Mohaddes Ardebili, F., Najafi Ghezeljeh, T., Manafi, F., & Bozorgnejad, M. (2019). Investigating the Psychosocial Empowerment Interventions through Multimedia Education in Burn Patients. *World Journal of Plastic Surgery*, 8(3), 372–381. <https://doi.org/10.29252/wjps.8.3.372>
- Meleis, A. I. (2010). *Transition's theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: o cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 203–212.
- Wåhlin, I. (2017). Empowerment in critical care – a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 164–174. <https://doi.org/10.1111/scs.12331>
- Wåhlin, I., Samuelsson, P., & Ågren, S. (2017). What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met? – An empowerment questionnaire survey. *Journal of Critical Care*, 40, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.03.004>
- Willis, D. G., Grace, P. J., and Roy, C. (2008). A central unifying focus for the discipline: Facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E28-E40.

APÊNDICE IV

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

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

Elisabete Silva¹, Anabela Mendes² e Suse Antunes³

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Introdução

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

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

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

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

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

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

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

2. Metodologia

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

Tabela 1. Critérios de Seleção e Inclusão dos Estudos

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

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

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

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

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

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

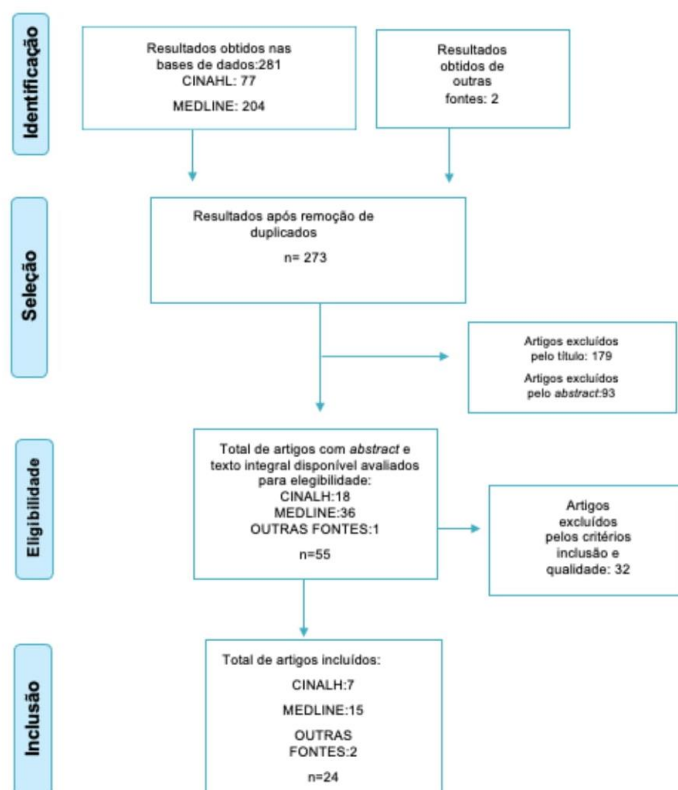


Fig. 1. Diagrama de Seleção dos Artigos (adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J and Altman DG, The PRISMA Group (2009).

3. Resultados e Discussão

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Fig. 2. Intervenções facilitadoras no processo de transição.

4. Conclusões

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

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

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

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

5. Referências

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

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

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

APÊNDICE V

PowerPoint Sessão formativa “Intervenção Terapêutica de Enfermagem
à Pessoa submetida a Ventilação Invasiva”

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA

Docente Orientadora: Prof^ª Anabela Mendes

Enfermeira Orientadora:

Enf^ª Suse Antunes

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

Março de 2021

Objetivos da sessão

- ☐ Que os participantes mobilizem conhecimentos teóricos e teórico-práticos relacionados com a Ventilação Mecânica Invasiva;
- ☐ Que os participantes desenvolvam competências na construção estruturada dos cuidados à pessoa submetida a ventilação invasiva em contexto de SU;
- ☐ Estimular o raciocínio crítico dos participantes face ao planeamento dos cuidados.

Março de 2021

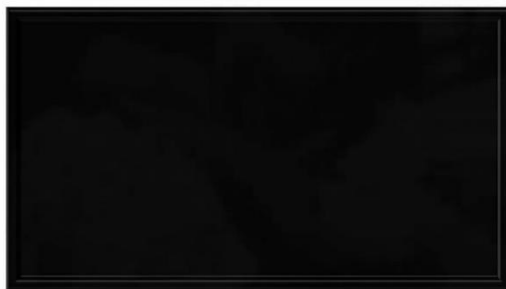
2

Sumário

- ❑ Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)
 - ❑ Indicações
 - ❑ Objetivos
 - ❑ Complicações
 - ❑ Alarmes
- ❑ Intervenção Terapêutica de Enfermagem
 - ❑ Promoção do conforto
 - ❑ Prevenção da Pneumonia associada à ventilação;
 - ❑ Circuito de Aspiração Fechado
- ❑ Conclusão

Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)

“A Ventilação Mecânica é uma área nobre do suporte de vida avançado. A possibilidade de permitir a respiração a uma pessoa que momentaneamente não consegue realizá-la, por motivo de doença grave, é uma das conquistas da Medicina do século passado.”



MARCELINO, P. et. al. (2008)

Ventilação Mecânica Invasiva

“A ventilação mecânica invasiva é uma técnica essencial em medicina intensiva que, através da utilização de ventiladores específicos e de uma interface invasiva (tubo endotraqueal ou traqueostomia), permite reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação/ ventilação.”



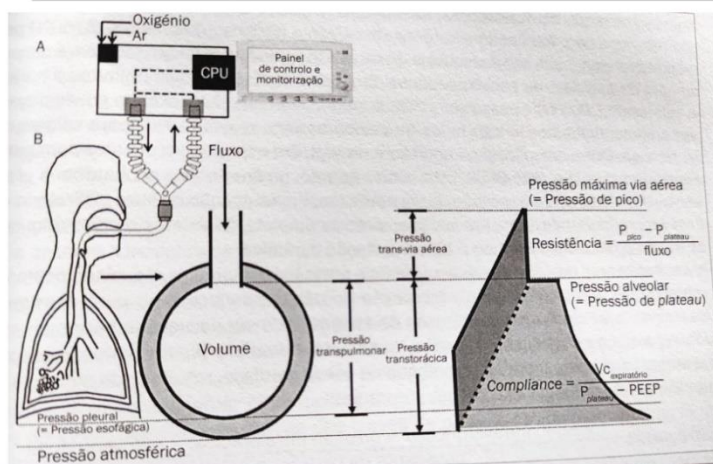
PONCE, P. e MENDES, J. J. (2015)



Março de 2021

5

Ventilação Mecânica Invasiva



A: Esquema básico de funcionamento dos ventiladores de pressão positiva;

B: Modelo de ventilação mecânica invasiva com correspondente curva de pressão/tempo.

In: PONCE, P. & MENDES, J. (2015). Manual de Medicina Intensiva. Lisboa. Lidel. 2015. ISBN: 978-989-752-070-9; pg. 95.

Março de 2021

6

Indicações da VMI

Alterações Ventilação	Alterações Oxigenação	Outras
☐ Disfunção muscular respiratória; ☐ Fadiga muscular.	☐ Hipoxémia; ☐ Trabalho respiratório excessivo; ☐ Hiperventilação alveolar.	☐ Sedação; ☐ Proteção via aérea.

Roever, L. & Resende, E.S. (2015)

Objetivos da VMI

- ☐ Reduzir o trabalho muscular respiratório;
- ☐ Manter as trocas gasosas;
- ☐ Corrigir a hipoxemia/ Oxigenar;
- ☐ Diminuir o consumo sistémico de O₂;
- ☐ Otimizar as capacidades pulmonares;
- ☐ Permitir a sedação/ Bloqueio neuro-muscular;

Roever, L. & Resende, E.S. (2015)

Complicações da VMI

- ☐ Desconforto;
- ☐ Diminuição débito cardíaco;
- ☐ Diminuição retorno venoso;
- ☐ Alcalose respiratória (secundária a dor/agitação/hiperventilação);
- ☐ Aumento PIC (Pressão Intra Craniana);
- ☐ Infecção: pneumonia associada à ventilação (PAV);
- ☐ Barotrauma - Pneumotórax;
- ☐ Volutrauma
- ☐ Traqueomalácia
- ☐ Lesão Pulmonar;
- ☐ Atelectasias;
- ☐ Distensão gástrica.

9

Modalidades Ventilatórias

	Controladas	Assistidas
Volume	VC Volume Controlado	VA Volume Assistido
Pressão	PC Pressão Controlada	PA Pressão Assistida
Mistas	PRVC Volume Controlado com Pressão Regulada	
Combinadas	SIMV Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada	

10

ALARMES

11



ALARME	Interpretação	Resolução
Volume minuto Alto	☐ Maior da atividade do doente, agitação psico-motora/ polipneia, etc...; ☐ Autotrigger; ☐ Alarmes desadequados.	☐ Observar o doente. ☐ Verificar a sensibilidade do Trigger. ☐ Verificar limites dos alarmes.
Volume minuto Baixo	☐ Diminuição da atividade do doente; ☐ Fuga no sistema respiratório, desconexão do circuito ou danificação, cuff não insuflado ou com rotura, etc...; ☐ Alarmes desadequados.	☐ Observar o doente. ☐ Ponderar aumentar o suporte ventilatório. ☐ Verificar sistema respiratório. ☐ Verificar limites dos alarmes.
Frequência Respiratória Alterada	☐ Maior ou menor atividade do doente ☐ Bradipneia ou Taquipneia; ☐ Sedação mal ajustada.	☐ Observar o doente. ☐ Verificar a programação do Trigger.

12

ALARME	Interpretação	Resolução
Concentração de O2	☐ Alto ou baixo fornecimento de O2	☐ Verificar alimentação de O2 (rampa ou bala)
Ventilação de Reserva	☐ O doente (quando em modalidade assistida) entra em ventilação de reserva por apneia prolongada.	☐ Avaliar a situação do doente, ponderando uma mudança para modalidade controlada.
Pressão Alta	☐ TOT ou Tubuladura obstruída; ☐ Presença de secreções brônquicas/ Tosse; ☐ Resistência do doente à ventilação, agitação psico-motora/ mordedura do TOT, etc...; ☐ Filtro expiratório obstruído.	☐ Observar o doente; ☐ Verificar programação do ventilador e limites dos alarmes.
Diminuição da PEEP	☐ A PEEP é inferior ao limite programado. ☐ Prováveis fugas no sistema.	☐ Verificar o sistema.

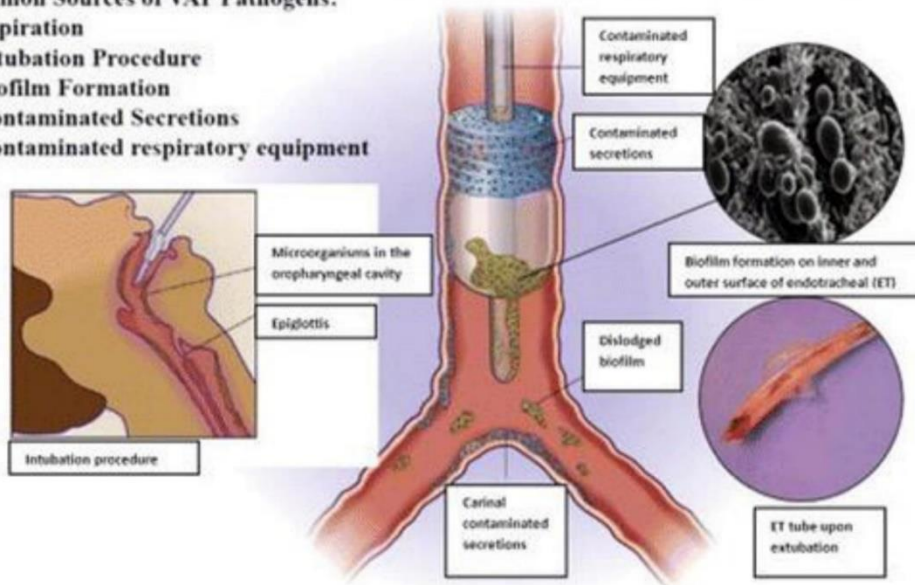
Intervenção Terapêutica de Enfermagem

- ☐ Avaliação e intervenção na Dor;
- ☐ Avaliação e intervenção na agitação/ sedação/ Delirium;
- ☐ Alimentação Entérica/ Sede/ Distensão gástrica;
- ☐ Posicionamentos;
- ☐ Avaliação e prevenção de riscos para a integridade cutânea;
- ☐ Eliminação intestinal;
- ☐ Confirmação do nível do TOT e Cuff;
- ☐ Reatividade ao TOT/ Presença de Secreções;
- ☐ Cuidados à família.

Pneumonia Associada à Ventilação

Common Sources of VAP Pathogens:

- ❑ Aspiration
- ❑ Intubation Procedure
- ❑ Biofilm Formation
- ❑ Contaminated Secretions
- ❑ Contaminated respiratory equipment



15

Pneumonia Associada à Ventilação - PREVENÇÃO

- ❑ Revisão diária da sedação;
- ❑ Desmame ventilatório sempre que possível;
- ❑ Elevação cabeceira ($>30^\circ$);
- ❑ Higiene oral com clorhexidina 0,2% pelo menos 3 x dia;
- ❑ Substituição de circuito apenas quando necessário;
- ❑ Controlo pressão cuff (20 -30 cmH₂O).
- ❑ Aspiração secreções, apenas quando necessário;
- ❑ Avaliação resíduo gástrico;
- ❑ Lavagem/higienização mãos.

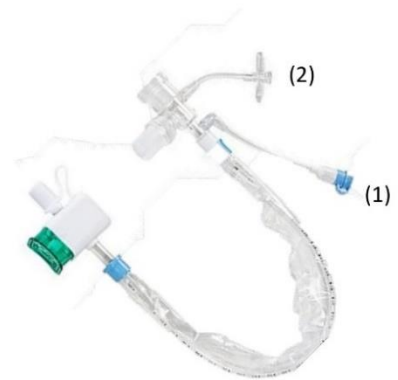
Norma nº 021/2015 da DGS atualizada a 30/05/2017

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação

16

Circuito de Aspiração Fechado

- ❑ Uso fácil e prático;
- ❑ Não existe necessidade de desconexão da pessoa;
- ❑ A ventilação não é interrompida;
- ❑ Não há mudanças na FiO2 nem PEEP;
- ❑ Diminui o risco de desaturação;
- ❑ Reduz contato com partículas suspensas no ar;
- ❑ Reduz risco de contaminação cruzada;
- ❑ Permite realização de colheitas;
- ❑ Permite administração de soro fisiológico (1) e inaladores (2).



17

Conclusão



18

Referências Bibliográficas

- ❑ Direção-Geral da Saúde (2017) - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma nº 021/2015 da DGS atualizada a 30/05/2017
- ❑ MARCELINO, P. et. al. (2008). Manual de ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico. Loures. Lusociência. 2008. ISBN:978-972-8930-42-4.
- ❑ PONCE, P. & MENDES, J. (2015). Manual de Medicina Intensiva. Lisboa. Lidel. 2015. ISBN: 978-989-752-070-9.
- ❑ ROEVER, L. & RESENDE, E.S. (2015). Invasive Mechanical Ventilation in Adults in Emergency and Intensive Care: A Brief Review. Journal Intensive & Critical Care. 1:1.