



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O ATENDIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Joana Isabel Mesquita Ferreira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Joana Isabel Mesquita Ferreira

O ATENDIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS

Relatório de Estágio de
Natureza Profissional

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

dezembro de 2022

AGRADECIMENTOS

No momento de agradecer carecem as palavras e sobressaem as emoções.

Ao longo deste percurso foram várias as pessoas que contribuíram para a concretização deste projeto pessoal e que marcaram de forma singular este percurso.

A toda a minha família pelo apoio incondicional e compreensão pela minha ausência, privação de tempo e dedicação.

Ao meu Zé, pelo amor e companheirismo, e por transformar os dias difíceis em novas oportunidades.

À Professora Aurora Pereira pela disponibilidade e profissionalismo, pela partilha de saberes, permitindo que este trabalho se tornasse real.

A todos os meus colegas de Mestrado pelos bons momentos partilhados no decurso desta caminhada, em especial ao Ricardo, pela interajuda e partilha de conhecimentos e que foi um pilar fundamental nesta minha aventura.

À Enfermeira Maria do Céu Lima pelo acolhimento tão afável, por todo o apoio, incentivo e motivação constante, promoveram o meu crescimento pessoal e profissional.

À Enfermeira Fátima Cunha pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

A todos os participantes deste estudo, pela colaboração, pelo acolhimento e pela disponibilidade demonstrada, tornando possível a sua realização.

A minha sincera Gratidão!

PENSAMENTO

“Falar é uma necessidade, escutar é uma arte”.
Goethe

RESUMO

O presente relatório emerge no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica engloba um conjunto de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais que culminam numa especialização nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação operacionalizando uma abordagem qualificada da pessoa em situação crítica.

Na parte I evidencia-se a globalidade do percurso na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica analisando os saberes desenvolvidos na prática clínica, iniciando com uma breve referência sobre o conceito de competência e o cuidar da pessoa em situação crítica, seguido de uma contextualização do local do estágio, e finalizando com a análise e reflexão crítica das atividades e intervenções desenvolvidas.

A parte II é composta por um estudo de investigação subordinado ao tema: O Atendimento da Família da Pessoa em Situação Crítica, onde se constataram as seguintes conclusões: as intervenções de enfermagem ainda estão muito centradas no doente, carecendo de uma comunicação contínua com a família durante o processo de transição; é evidente o impacto negativo que a limitação de tempo teve na interação enfermeiro-família em todas as suas dimensões, sendo necessário a promoção de um ambiente adequado. Esta investigação corrobora que as equipas de enfermagem ainda não estão sensibilizadas para intervenções de suporte emocional, a comunicação de más notícias e o apoio religioso/espiritual.

PALAVRAS-CHAVE –Competências, Cuidados de Enfermagem à Família, Cuidados Intensivos, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

The scope of this report is the Curricular Unit - Internship of Professional Nature, of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing, of Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

The provision of care to the Person in a Critical Situation involves a set of scientific, technical, ethical and relational skills that culminate in a specialization in the areas of care delivery, management, training and research, operationalizing a qualified approach to the person in critical situation.

In part I, it highlights the global path in the acquisition of common and specific competences of the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing, analyzing the knowledge developed in clinical practice, starting with a brief reference on the concept of competence and caring for the Person in Critical Situation, followed by a contextualization of the internship location, and ending with the analysis and critical reflection of the activities and interventions developed.

Part II is comprised by a research study on the theme: The Care of the Person's Family in a Critical Situation, where the following conclusions were found: nursing interventions are still very patient-centered, lacking continuous communication with the family during the transition process; it is evident the negative impact that the limitation of time had on the nurse-family interaction in all its dimensions, being necessary to promote an adequate environment. This investigation confirms that the nursing teams are still not aware of emotional support interventions, the communication of bad news and religious/spiritual support.

KEYWORDS –Family Nursing, Intensive Care, Person in situation criticizes, Skills, Specialist Nurse

ABREVIATURAS E SIGLAS

art.º – Artigo

BIS – Índice Bispectral

CAM ICU – *Confusion Assessment Method for the ICU*

CCFNI – *Critical Care Family Needs Inventory*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INFUCI – *Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos*

n.º – Número

NAS – *Nursing Activities Score*

N.A. – Não Aplicável

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Escala de Richmond Sedation Agitation Scale*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ii
PENSAMENTO	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	v
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
ÍNDICE DE QUADROS	xi
INTRODUÇÃO	1
PARTE I.....	4
O PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS.....	4
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NATUREZA PROFISSIONAL.	8
CAPÍTULO II – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS	10
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	11
1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	11
1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	13
1.3 Domínio da Gestão de Cuidados	15
1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	17
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	18
2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	18
2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	21
2.3. 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.....	22
PARTE II	24
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: O ATENDIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	24

CAPÍTULO I – DAS NECESSIDADES ÀS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO ANTENDIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NOS CUIDADOS INTENSIVOS.....	25
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	31
1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO... 31	
2. TIPO DE ESTUDO.....	32
3. O CONTEXTO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.1 O Contexto.....	33
3.2 População e Amostra.....	33
4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	34
5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	34
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
CAPÍTULO IV– CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS.....	48
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE I - Procedimento de Acolhimento e Acompanhamento à Família do Doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos.....	63
APÊNDICE II - Guia Orientador para o Enfermeiro no Acolhimento da Família.....	70
APÊNDICE III - Guia de Acolhimento das Visitas da Unidade de Cuidados Intensivos	72
APÊNDICE IV - Consentimento Livre e Informado na Participação do Trabalho de Investigação.....	74
APÊNDICE V - Grelha de Observação sobre as Intervenções do Enfermeiro na Interação com Família.....	76
APÊNDICE VI - Pedido de Autorização da Realização do Estudo ao Diretor de Departamento de Medicina Crítica	78
APÊNDICE VII - Pedido de Autorização da Realização do Estudo à Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos.....	80
ANEXOS	82
ANEXO I - Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI).....	83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensão da transmissão de informação.....	38
Quadro 2 – Dimensão da criação de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro	42
Quadro 3 – Dimensão da promoção do apoio e bem-estar da família.....	45

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a exigência da evolução científica e o avanço tecnológico assinalam o interesse na especialização dos cuidados de enfermagem como um meio de adaptação a novos paradigmas e dando resposta às necessidades.

A profissão de enfermagem caracteriza-se pela constante evolução e dinamismo. A formação contínua alicerçada no saber científico e nos resultados da investigação, onde a diferenciação e a especialização de conhecimento de saberes e competências, tornam a prática de enfermagem cada vez mais qualificada e de excelência.

Os Enfermeiros Especialistas (EE) são imprescindíveis para melhorar a qualidade dos cuidados ao doente e, conseqüentemente a qualidade dos sistemas de saúde. A especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica (PSC), compreende a aquisição de conhecimentos especializados, competências e habilidades complexas, visando o pensamento crítico e tomada de decisão, e procura melhorar e alcançar a excelência nos cuidados de enfermagem prestados à PSC e sua família.

O Regulamento n.º 429/2018 (p.19362) descreve que os cuidados de enfermagem especializados à PSC são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Assim, a PSC e sua família, esperam do enfermeiro uma abordagem diferenciada e mais competente, no sentido de antecipar acontecimentos críticos, com foco na prevenção e a minimização da sua gravidade.

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Em conformidade com o regulamento do ciclo de estudos conducente do grau de Mestre, integra um Estágio de Natureza Profissional (ENP) com elaboração e discussão de um relatório. O ENP centrou-se na prestação de cuidados à PSC e desenvolveu-se na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), entre o período de outubro de 2018 a 29 de março de 2019.

Este documento relata e analisa de forma crítico-reflexiva a prática clínica e atividades desenvolvidas com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) mediante diferentes domínios, na área da pessoa em situação crítica.

Estas competências estão enunciadas no Regulamento n.º 140/2019 que descreve as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e no Regulamento n.º 429/2018 que define e caracteriza as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As competências comuns do EE, assentam em quatro domínios de competências, a saber: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O processo de desenvolvimento de competências específicas, integrado na formação contínua em enfermagem, promove a construção e consolidação de competências científicas, éticas, técnicas e relacionais. Por conseguinte o seu desenvolvimento promove a especialização nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação.

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363) .

É com base nas competências comuns e específicas que são desenvolvidos os objetivos e atividades pretendidas para este ENP.

No que respeita à sua estrutura, este documento encontra-se organizado em duas partes. A primeira engloba dois capítulos direcionados respetivamente para a globalidade do percurso na aquisição de competências comuns e específicas do EEMC analisando os saberes desenvolvidos na prática clínica, iniciando com uma breve referência sobre o conceito de competência e o cuidar da PSC, seguido de uma contextualização do local de estágio, e finalizando com a análise e reflexão crítica das atividades e intervenções desenvolvidas.

A segunda parte centra-se no estudo de investigação desenvolvido no âmbito da temática: O Atendimento da Família da Pessoa em Situação Crítica, tendo como principal objetivo analisar as intervenções do enfermeiro no atendimento da família da pessoa em situação crítica numa UCI, e integra capítulos onde se apresenta as etapas do processo de investigação.

Por último, referimos as principais conclusões e as perspetivas futuras, no sentido de refletir sobre os objetivos previamente delineados e o percurso realizado.

PARTE I
O PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

O conceito de competência pode ser definido como a capacidade de desempenhar uma tarefa, conjunto de habilidades, de saberes ou conhecimentos. Ao longo do tempo foram vários os autores que estudaram a sua definição: como cita Correia (2012, p. 15), em 1973, McClelland descreve competência como “uma característica pessoal, relacionada com uma atuação superior na realização de uma tarefa, numa determinada situação”, posteriormente em 1994, Zarifian refere que “a competência pode ser sintetizada como a capacidade para enfrentar as situações e acontecimentos no campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, orientados no conhecimento, na prática e em coordenação com outros atores.”. Le Boterf em 2005, define este conceito “em termos de saber agir e reagir”, ser competente é então “saber o que fazer” e “quando”. “A competência de um indivíduo resulta num movimento dinâmico entre a sua qualificação e a sua situação de trabalho, tendo em conta que o posto de trabalho por retorno modifica a sua competência” (Correia, 2012, p.15).

A noção de competência está firmemente implícita em enfermagem. O termo *clinical nursing competence*, tem uma dimensão mais abrangente nos procedimentos em resposta à doença, implicando uma abordagem holística de cada pessoa e condição clínica, e refletindo a natureza complexa dos cuidados de enfermagem.

Benner (1984) citada por Oliveira & Queirós (2015, p. 144) “definiu competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”. Correia (2012), por sua vez, classifica competência como algo flexível, em permanente construção, mas igualmente responsável, que implica o desenvolvimento da autonomia, da iniciativa, da inovação e do reconhecimento no trabalho realizado.

De acordo com estas interpretações, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) definiu o domínio da competência como campo de ação, alcançando um conjunto de competências, que no caso do enfermeiro especialista são distinguidas em competências comuns e competências específicas.

Refletindo sobre as práticas de enfermagem, é necessária uma adaptação às exigências dos tempos que decorrem. É possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem a partir da Teoria das Transições de Meleis, visto que tem um carácter formal e não substantivo, ou seja, preocupa-se com a universalidade das transições e não só com as instâncias particulares das mesmas. Desta forma, tem merecido grande recetividade, permitindo a compreensão não só da pessoa-doente e família, como na construção da competência para cuidar neste contexto,

proporcionando *guidelines* mais específicos para a prática e orientando questões de investigação sistemáticas e coerentes.

As transições são consideradas como um conceito universal e central na enfermagem (Hart & Swenty, 2016; Kralik et al., 2006; Meleis [et al.], 2000).

Enquanto a mudança é descrita como um evento externo, a transição é o processo interno de reorganização de si mesmo em resposta à mudança. A duração e a intensidade da influência transicional modificam ao longo do tempo, influenciando de forma diferente os indivíduos que vivenciam o mesmo evento (Fulbrook, 2003). Alguns autores exploram as transições de vida do indivíduo focando-se no processo de construção da identidade e autoredefinição do indivíduo.

Durante o processo de transição, Meleis [et al.] reforça a importância da preparação, de planejar estratégias, bem como gerir expectativas (Meleis [et al.], 2000). Apoio ou recursos insuficientes podem dificultar transições saudáveis (Meleis [et al.], 2000) e prolongar o tempo necessário para o ajuste de papéis (Buckingham Poronsky, 2013).

Em 1991, Meleis definiu “O cliente de enfermagem” como um ser humano com necessidades que está em constante interação com o meio e que tem uma capacidade para se adaptar mas, devido a doença, risco ou vulnerabilidade, esta experiência gera um desequilíbrio entendido como processo não adaptativo ou incapacidade para se auto cuidar.

Por conseguinte, a interação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa/ser humano, numa situação de saúde/doença é complexa, decorrendo de vários tipos de transição. Meleis [et al.] (2000) identificaram e caracterizaram quatro tipos de transição, centrais para a prática de enfermagem e vividas individualmente pelos utentes ou pelas famílias. São descritas como: desenvolvimental (associadas a mudanças no ciclo vital); saúde/doença; situacional (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis); e organizacional. Existe todo um conjunto de características numa transição, como a envolvimento, a consciencialização, a transformação, o espaço temporal e os pontos críticos e acontecimentos, que podem surgir separadamente ou não, e que permitem a sua “classificação” nos diferentes tipos de transição. A transição é movimentação e adaptação para a mudança, e não o retorno à circunstância pré-existente.

No desenvolvimento da teoria do cuidar, Watson (1988) realça a importância da subjetividade da experiência quer para a pessoa-doente quer para a pessoa-enfermeiro e na implicação que traz ao crescimento pessoal de ambos (Schumacher e Meleis, 1994).

Citando Collière (1989, p. 30), “cuidar será mobilizar em alguém o que vive, tudo o que é portador de vida, toda a sua vitalidade (...) Florence Nightingale defende que toda a vida se desenvolva até ao limiar da morte, não para prolongá-la a todo o custo, mas para procurar aquilo que a pessoa ainda dá valor”. Analisando a citação de Collière, os cuidados de enfermagem de hoje em dia, são centrados na pessoa e visam a manutenção da vida.

A organização dos cuidados de enfermagem necessita de eficiência nos cuidados prestados, sendo fulcral a existência de um quadro de referências e de um sistema de qualidade para o exercício profissional. Por conseguinte, o processo de transição assume-se nos cuidados de enfermagem como um meio e a competência como uma finalidade.

Segundo Soares (2004), a prática crítico-reflexiva é considerada uma potencial situação de aprendizagem, sendo através dela que o indivíduo se torna perito daquilo que faz e de como se faz, logo não é a prática que ensina, mas a reflexão sobre ela.

A primeira parte inicia-se com uma breve caracterização do local onde decorreu o estágio de natureza profissional, seguindo-se a elaboração de uma análise crítico-reflexiva, fundamentada através de bibliografia científica, das atividades realizadas e experiências vivenciadas, que se traduzem numa forte aprendizagem, culminando no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NATUREZA PROFISSIONAL

Na construção do conhecimento em Enfermagem, a formação em contexto clínico e a reflexão sobre as suas intervenções revelam-se fundamentais, permitindo a integração de saberes e desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Martinho, Pires, Carvalho & Pimenta, 2014).

A Enfermagem é constantemente confrontada com desafios que incentivam a procura da formação contínua e especializada de forma a proporcionar um crescimento pessoal e profissional baseado em evidência científica.

Deste modo, os momentos de estágio são fulcrais no desenvolvimento de competências específicas, sendo o momento privilegiado para a metamorfose do saber-saber, saber-fazer e saber-ser enquanto pessoa e profissional, e consequentemente no desenvolvimento do pensamento crítico. Sendo este um estágio de natureza profissional, o mestrando gere o seu processo de aprendizagem de modo autónomo.

O ENP visa, de acordo com o Regulamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Despacho n.º 16549/2012) em articulação com o art.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, “complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos [1º ano], através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em (...) entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho”, incluindo uma componente de investigação (OE, 2018).

Na construção de um cuidar especializado, a Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho tornou-se o local eleito para o desenvolvimento de competências em enfermagem especializada na pessoa em situação crítica. Este ENP foi desenvolvido no período de 1 de Outubro de 2018 e 29 de Março de 2019, com a duração de 450 horas.

A UCI da ULSAM classifica-se como uma unidade de nível III, onde se prestam cuidados diferenciados ao doente crítico ou potencialmente crítico, suporte e/ou monitorização contínua e invasiva. A sua missão é responder a situações urgentes/emergentes do foro médico-cirúrgico e trauma, situações de paragem cardiorrespiratória, colheita de órgãos em dador por morte cerebral e ainda consulta de follow-up precoce e tardio em doentes anteriormente internados na UCI.

Deste modo, e cumprindo com os requisitos da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Ministérios da Saúde, 2003), a UCI dispõe de meios de monitorização, diagnóstico e

terapêutica, assim como de medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Dispõe de 10 unidades de tratamento, das quais duas são ativadas em situação de plano de contingência e uma delas encontra-se reservada para doentes em morte cerebral, potenciais dadores de órgãos.

Dispõe de uma equipa multidisciplinar permanente, constituída por 12 médicos entre as especialidades de Medicina Intensiva e Medicina Interna, 8 assistentes operacionais e ainda uma assistente técnica (secretária da UCI).

A equipa de Enfermagem é composta por 26 enfermeiros distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: a enfermeira chefe, 11 enfermeiros especialistas, dos quais 6 são especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica, 5 em Enfermagem de Reabilitação, e 14 são de cuidados gerais.

A dotação de enfermagem é de 5 enfermeiros para o turno da manhã, sendo que um dos enfermeiros é especialista em enfermagem de reabilitação, e 4 enfermeiros para o turno da tarde e da noite. Contudo, este ratio de enfermeiros por turno pode variar conforme as necessidades/lotação da unidade, sendo que o ratio máximo de enfermeiros é sempre de um enfermeiro para dois doentes.

CAPÍTULO II – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS

A investigação realizada no âmbito da disciplina de Enfermagem tem conduzido a grandes contributos essenciais para a reflexão e para a práxis, conseqüentemente para uma maior clarificação do seu campo de conhecimento.

O saber profissional de enfermagem, resulta de um processo de construção, assente numa prática focada e refletida, que tem de ser centrada nas pessoas e nas suas necessidades.

O EE é compreendido pela OE (2019, p. 4744) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

Os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialidade, partilham de quatro domínios de competências, designadas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Desta forma, a atribuição do título de especialista pressupõe que os profissionais de enfermagem “(...) partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (OE, 2019, p. 4744).

Adicionalmente “(...) decorrentes das respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 4744), são definidas as competências específicas.

A aquisição de competências específicas em Enfermagem à PSC evidencia-se como o resultado de atividades desenvolvidas e cientificamente fundamentadas, nomeadamente: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e 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 (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) refere que “A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”.

Assim, o processo de aquisição de competências desenvolvidas ao longo do ENP foi baseado nestes pressupostos, sendo descritos de seguida em cada competência.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns estão organizadas em domínios de competência. A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Através das experiências vivenciadas, do conhecimento adquirido e após uma reflexão crítica, foi possível o crescimento pessoal e profissional culminando com o desenvolvimento das competências referidas ao longo deste relatório.

1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

As Competências do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são: “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”. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746)

A Ordem dos Enfermeiros (2012, p.10) refere.

no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Durante o ENP foi sempre adotada uma conduta responsável respeitando os princípios éticos e deontológicos da pessoa/família em situação crítica, tendo noção que a ética fundamenta um agir adequado na base de princípios que a razão considera como fundamentais, preservando sempre a dignidade humana e o respeito pelo utente.

A prestação de cuidados de excelência à pessoa em situação crítica, implica frequentemente decisões difíceis, de grande intensidade emocional e dilemas éticos, o que exige uma equipa profissional multidisciplinar atenta e focada.

A utilização de terapias de suporte de vida, requer uma reflexão dos limites terapêuticos, tendo como alicerce os princípios éticos da Beneficência e da Não-Maleficência.

O Código Deontológico dos enfermeiros, no seu artigo 76º, expressa que os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” (OE, 2015, p.8078)

Por conseguinte, na tomada de decisão ética em Enfermagem é necessário que se reúnam conhecimentos fundamentados e que estes sejam incluídos no processo de tomada de decisão assim como a vontade do utente, devidamente esclarecido.

Em contexto de UCI, a comunicação com o utente está muitas vezes limitada pela sua situação clínica, quer por sedação ou outra componente. Por conseguinte, nestas situações deve-se assumir em conjunto com a equipa multidisciplinar assistente, um consentimento presumido tal como é evidenciado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015, p.6):

Há consentimento presumido quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado. O consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir.

No ENP salienta-se a participação nas tomadas de decisão, conjuntamente com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar, tendo como fundamentação a colheita de informação, os diagnósticos de enfermagem, a avaliação sistemática do doente, bem como a avaliação das intervenções efetuadas.

Na prática demonstrou-se sempre o respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, fazendo cumprir o sigilo profissional, assegurando que a informação transmitida tinha como objetivo os cuidados de saúde e que esta só seria partilhada pelos profissionais envolvidos.

O conselho jurisdicional da OE (2001, p.1), refere que a passagem de turno

apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação. A passagem de informação é realizada de forma oral, complementando a informação escrita – e não substitui o registo de enfermagem, realizado em notas de evolução/continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados.

Estes são os momentos em que é transmitida informação dos doentes, ocorrendo simultaneamente a passagem da responsabilidade pelo cuidar de um doente, de um profissional para o outro, garantindo assim a continuidade de cuidados de forma segura e eficiente.

A passagem de turno foi um dos momentos onde se destaca as boas práticas no que diz respeito à aquisição de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

A metodologia de transmissão de informação na UCI é através da técnica ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação Atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Consiste numa ferramenta de comunicação em saúde padronizada, flexível, concisa e clara, que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (Ministério da Saúde, 2017). Nesta prática aprimorou-se as técnicas de comunicação na transmissão de informação a outros profissionais de forma eficaz, evitando barreiras à comunicação.

Os registos de enfermagem são fundamentais e, a par com a passagem de turno, apresentam extrema importância na continuidade dos cuidados de enfermagem. De salientar, que estes correspondem ao registo oficial dos cuidados, sendo a sua base legal.

1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

As Competências do EE no domínio da melhoria contínua da qualidade são: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “Desenvolve práticas de qualidade,

gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747).

De acordo com este domínio de competência, o enfermeiro especialista “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”; “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” e “considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n.º140/2019, p.4747).

A aquisição de competências ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade foi promovida através do conhecimento das políticas de qualidade do serviço, das respetivas instruções de trabalho e protocolos.

Durante o ENP emergiu a necessidade de definir um procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos (Apêndice I), com vista a humanização e dignificação do cuidar da família e do doente crítico. Este procedimento define as funções e responsabilidades dos profissionais de saúde em relação à família e proporciona a informação necessária à mesma, através da comunicação verbal e escrita. Este procedimento surgiu da necessidade de colmatar lacunas na interação entre enfermeiro e a família do doente crítico, evidenciadas pelo estudo de investigação realizado no contexto do ENP (descrito na PARTE II). Este estudo avaliou as intervenções do enfermeiro no cuidado à família da pessoa em situação crítica numa UCI.

Ainda neste seguimento, foram elaborados e aperfeiçoados alguns elementos na área da qualidade, nomeadamente a elaboração de um guia orientador para o enfermeiro no acolhimento da família (Apêndice II), com orientações sobre: a descrição do ambiente físico e humano; horário e número de visitas; normas de proteção e higienização das mãos; informação clínica sobre o doente; normas e rotinas do serviço e outros aspetos; e ainda a reformulação do guia de acolhimento das visitas da Unidade de Cuidados Intensivos (Apêndice III). Foi constatado igualmente a necessidade de flexibilização do horário de visita, promovendo a melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados.

A formação em serviço torna-se fundamental quando se pretende instituir elevados e reconhecidos padrões de qualidade na prestação de cuidados. Deste modo, foi

realizada formação específica sobre o papel do enfermeiro na interação com a família e ainda foi identificada a necessidade de formações futuras.

Juntamente com a Enfermeira Chefe colaborou-se na preparação, organização e intervenção das formações internas do serviço. Este plano formativo permite a atualização dos profissionais de enfermagem (planeamentos e avaliações), contribuindo para o desenvolvimento da profissão e potenciando o conhecimento de toda a equipa.

A gestão da qualidade, através das suas políticas, tem como base o Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020 emanado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 2015-2020 (2015, p. 3882-3) e que assentam nos seguintes objetivos estratégicos:

Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; Aumentar a segurança da comunicação;(…) Aumentar a segurança na utilização da medicação; Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (...)

A UCI caracteriza-se por ser um espaço autónomo e diferenciado, com vista à promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Nesta unidade, à entrada do doente, é realizada uma avaliação inicial, bem como, avaliação do risco de queda, risco de úlcera de pressão, risco de aspiração, sendo delineado o plano de cuidados através dos diagnósticos de enfermagem. Todos os registos são feitos em SClínico e em folha própria (Pancarta).

Existe ainda um livro de registos de entradas/saídas de doentes do serviço e destaca-se também, a existência de uma tabela para consulta de incompatibilidades medicamentosas, afixada em zona de fácil acesso e igualmente disponível a nível informático, com o objetivo de alcançar a efetividade terapêutica e prevenção de acidentes. Todas estas estratégias reforçam a segurança e qualidade dos atos envolvidos.

1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

As Competências do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão de cuidados são: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

No que concerne à aquisição de competências do domínio da gestão dos cuidados foram definidos dois objetivos: a gestão dos cuidados ao doente crítico otimizando a resposta da equipa de enfermagem com articulação na equipa multiprofissional e a identificação da função de liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Na UCI foram prestados cuidados diferenciados e especializados à pessoa em situação crítica com base nos problemas/diagnósticos identificados, foi experienciada a gestão dos cuidados através da monitorização contínua do doente, a administração de fármacos, o conforto, identificando potenciais focos de instabilidade, assim como prioridades de atuação.

No domínio da gestão dos cuidados torna-se fundamental abordar a temática das dotações seguras.

“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (Regulamento 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2019, p. 128).

O rácio de utentes por enfermeiro na UCI é de 2 utentes para cada enfermeiro, cumprindo assim o propósito evidenciado pelo Regulamento.

O método de trabalho na UCI é o método de enfermeiro responsável, no entanto, evidencia-se o trabalho em equipa em que todos colaboram nas intervenções delegadas pelo enfermeiro responsável pelo doente.

Neste contexto, a gestão dos cuidados acaba por assentar também na delegação de funções. A delegação de funções e sobretudo a sua supervisão fazem parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na UCI, o responsável de turno, sempre que possível, é o enfermeiro especialista. Este assume a gestão de questões burocráticas, planeamento dos cuidados e realização do plano de trabalho. Para isso avalia as atividades de enfermagem, autónomas e independentes, de forma a distribuir equitativamente a carga de trabalho de enfermagem em UCI (escala de NAS - *Nursing Activities Score*). Esta ponderação tem em atenção, não apenas a questão numérica, mas também o grau de dependência, instabilidade e ausências do serviço.

Desta forma, o ENP foi muito enriquecedor no domínio da gestão dos cuidados, pois permitiu que houvesse uma reflexão contínua, nomeadamente ao nível das metodologias de trabalho e delegação de funções. Obteve-se um crescimento enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista neste sentido, onde se ponderou todos estes aspetos relacionando-os diretamente com a prática diária, evidenciando assim uma necessidade de mudança e um investimento pessoal e profissional desde o início desta jornada.

A gestão de cuidados de enfermagem representa hoje, um papel predominante para o alcance da qualidade, eficiência e eficácia nos cuidados de saúde. Recorrendo-se do artigo 109º da excelência do exercício, alínea e) que refere que se deve assegurar a qualidade e certificar-se da continuidade dos cuidados das atividades delegadas, responsabilizando-se pelos mesmos (Decreto-Lei n.º 156/2015).

Realizaram-se momentos de efetiva aprendizagem, em gestão clínica e não-clínica. No que se refere à gestão de recursos humanos: salienta-se a participação na planificação da distribuição diária dos enfermeiros nas diversas tarefas atribuídas (auditoria ao carro de emergência, saco de transporte); assessoria aos enfermeiros e equipa, colaboração na tomada de decisão e apresentação de soluções eficazes para resolução de eventuais obstáculos decorrentes do processo de cuidar e gestão de admissões e altas. De referir também a colaboração na gestão de material clínico e não clínico e na realização de requisições quanto à manutenção, reparação ou empréstimos de equipamentos do serviço.

1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais têm como princípios o autoconhecimento e a assertividade, baseando a praxis clínica especializada em evidência científica.

O EE demonstra “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.” (Regulamento n.º 140/2019, p.4749).

Todo o percurso do mestrado, desde os momentos teóricos até aos ensinamentos clínicos, promoveram o autoconhecimento quer enquanto pessoa quer enquanto enfermeira. Foi um momento de introspeção das ações enquanto enfermeira especialista, das relações que se estabelece com os pares, com o doente crítico/família, e da gestão emocional no âmbito da prática de cuidados de doentes em situação crítica.

O respeito mútuo e o reconhecimento pelas funções de cada elemento da equipa multidisciplinar, promovem uma cultura de informação partilhada, com um único objetivo, o melhor cuidado ao doente. Deste modo, incuti-se sempre um ambiente potenciador para o desenvolvimento dos profissionais, reforçando o desenvolvimento de conhecimentos científicos e atualização de técnicas e manipulação de equipamentos de forma eficaz e segura.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem na sua área de estudos como foco de atenção, a pessoa a vivenciar situações de doença crítica. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19362) “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

Neste subcapítulos serão abordadas individualmente as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, segundo o regulamento publicado pela OE.

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

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

O EE na área da Enfermagem à PSC deve ter na sua base um conjunto de conhecimentos e competências e a capacidade da sua mobilização com o objetivo de dar resposta atempada às situações de doença crítica, direcionando as suas intervenções quer ao doente, assim como à família.

Na aquisição de competências específicas foi objetivo a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica, deste modo, foram diversas

as técnicas em que se executou um papel participativo e interventivo, assegurando os cuidados ao doente e a prevenção de complicações. Salienta-se a participação na colocação de cateter venoso central, dreno torácico, cateter de hemodiálise e de cateter PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output). Destaca-se também a prestação de cuidados a doentes com ventilação não invasiva e ventilação mecânica invasiva, bem como o apoio e observação de técnicas de endoscopia, avaliando e antecipando as necessidades para cada situação.

Desenvolveu-se o espírito crítico relativamente à condição clínica do doente. Neste sentido, a atitude alerta e de avaliação contínua do doente, promoveu uma resolução atempada e uma atuação em conformidade.

Na gestão de protocolos terapêuticos, os conhecimentos adquiridos dos fármacos administrados proporcionaram segurança na sua administração e sentido crítico em relação à mesma, como exemplo o uso de vasopressores e as consequências que acarreta a sua inadequada utilização. Salienta-se desta forma, o papel do enfermeiro no desmame da terapêutica através de uma vigilância atenta e rigorosa dos parâmetros vitais do doente, onde se destaca o papel pró-ativo na sua promoção.

No contexto dos cuidados intensivos, a avaliação da dor é crucial, devido à dificuldade que gera na comunicação, pois constitui um potencial agente gerador de stress pelos possíveis efeitos prejudiciais.

Phipps et al. (2003, p. 363) referem ainda que:

O alívio da dor e do desconforto é um objetivo de enfermagem primordial, que requer perícia na arte e na ciência de enfermagem. É essencial o conhecimento dos conceitos relacionados com dor, colheita de dados e terapias úteis. A sensibilidade e a empatia, o tentar compreender o que a pessoa está a sentir, são componentes importantes de uma abordagem sistemática ao doente com dor

A dor, independentemente da forma como se manifesta, nunca deve ser menosprezada. É um dos problemas mais frequentes nos doentes em cuidados intensivos e, apesar de ser um fenómeno subjetivo, deve ser tratada devidamente pois acarreta consequências nefastas para a qualidade de vida do doente. Os enfermeiros, sendo os profissionais que contactam mais tempo com os doentes, tem um papel fundamental na sua gestão, com ganhos indiscutíveis para o doente, desde o conforto à satisfação do doente, ao menor tempo de ventilação mecânica e à redução do internamento em cuidados intensivos.

Desta forma, o enfermeiro na sua abordagem deve avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para uma gestão adequada da dor.

Para a avaliação da dor, nos casos de doentes conscientes, é usada a escala numérica, e em doentes sedados, sob ventilação mecânica, e que não comuniquem de forma verbal/motora, é utilizada a escala comportamental da dor (*Behaviour Pain Scale*). Esta última contempla a avaliação da expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. Como profissionais de saúde, estes devem estar sensíveis à necessidade de avaliação da dor e promover em conjunto com os restantes profissionais a adoção de medidas farmacológicas e não-farmacológicas em prol do conforto do doente.

A sedação em UCI permite igualmente maximizar o conforto, diminuir a ansiedade e agitação, facilitar a adaptação ao ventilador, entre outros cuidados. Deste modo, a sua avaliação é realizada através da escala de *Richmond Sedation Agitation Scale* (RASS). Em condições específicas, nomeadamente em doentes com indicação para sedação profunda é utilizado o dispositivo de monitorização de profundidade anestésica, o índice bispectral (BIS), o que permite prevenir a sedação excessiva.

A escala de RASS é considerada um instrumento de fácil utilização para avaliação da sedação e agitação dos doentes em UCI. Tem igualmente importância no diagnóstico de *Delirium*, visto que oscilações na escala de sedação de RASS podem ser a favor deste diagnóstico, sendo posteriormente confirmadas através da aplicação do questionário *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU). O enfermeiro desempenha um papel importante na prevenção e reconhecimento do *delirium*, devendo estar alerta para o seu diagnóstico e orientação. Daqui destaca-se as medidas não-farmacológicas que o enfermeiro deve promover, tais como: a presença da família, ambiente adequado à manutenção do ciclo de sono-vigília, redução de ruído, ajuste da exposição à luz e otimização da temperatura ambiental.

A hospitalização é considerada uma situação de crise, ansiedade, medo e stress por ser uma situação inesperada. Esta situação implica uma alteração da rotina da pessoa e do seu familiar, que quando se depara com um meio estranho, com pessoas desconhecidas, numa situação de doença, sente-se impotente, ansiosa e receosa de não conseguir restabelecer a sua situação de saúde. Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem e o apoio por parte da equipa multidisciplinar, é considerado imprescindível para uma evolução clínica favorável.

A comunicação é um dos aspetos fulcrais no cuidar em enfermagem, contribuindo para uma melhor prestação de cuidados ao doente e à sua família. Neste processo destaca-se o enfermeiro que detém a capacidade de escuta ativa, essencial para o decurso da comunicação com o utente. É imprescindível para a prestação de cuidados o

desenvolvimento de uma relação de empatia e de confiança, bem como o estabelecimento de uma comunicação terapêutica (verbal e não-verbal), de maneira a estabelecer relações de afeto, confiança e de apoio.

A interação com a família do doente em Cuidados Intensivos também foi objeto de estudo e precursor na aquisição de competências específicas. O enfermeiro deve contribuir para a diminuição efetiva da ansiedade e stress do doente e da família possibilitando um *coping* adequado à situação, não só por toda a informação que pode partilhar, como no encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar. Na UCI, conforme dito previamente, promoveu-se o alargamento do momento da visita, até então insuficiente para as necessidades do doente/família e foi realizado um estudo de investigação procurando estabelecer áreas de otimização nos cuidados à família do doente crítico.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018) pressupõe-se que o enfermeiro especialista em enfermagem à PSC seja possuidor de competências na área de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, nomeadamente: cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planear resposta à situação de catástrofe; gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Face ao facto de durante a realização do ENP não ter ocorrido nenhuma situação de emergência, exceção e catástrofe, foi objetivo ser estudado o respetivo Plano Interno de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe e foram desenvolvidos conhecimentos para eventuais situações futuras. Salienta-se que o EEMC é um elemento-chave para uma resposta atempada e organizada, de forma a gerir os recursos disponíveis, para melhorar a assistência, e assim diminuir a morbilidade e mortalidade das vítimas.

2.3. 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

Esta competência, segundo o Regulamento n.º 429/2018 consiste em maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (2018, p. 19364).

A Direção Geral da Saúde (2007, p.6) através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde refere que:

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades

As IACS constituem um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade, conduzindo a um consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. A sua prevenção tornou-se um novo imperativo no âmbito da melhoria da qualidade de segurança do doente.

De acordo com dados do Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, nesse ano Portugal já constituía um dos países da União Europeia com maiores taxas de infeções nosocomiais, concomitantemente com uma taxa de resistência aos microrganismos preocupante, tendo surgido o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos.

A consciencialização e o conhecimento dos vários riscos de transmissão da infeção são imprescindíveis para que se possam tomar as devidas preocupações de transmissão de infeção.

As normas emanadas pela DGS no que diz respeito aos 4 feixes de intervenções, nomeadamente: Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico,

Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central e Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, foram igualmente tidos em conta no que confere a esta temática.

O enfermeiro especialista deve ser dinamizador de práticas seguras que permitam a prevenção e controlo de infeção, e deve estar atento a possíveis desvios das práticas seguras. Assim, a sua promoção foi uma constante com a realização de procedimentos seguros com utilização de equipamentos de proteção individual e desinfeção das mãos, no sentido de evitar ser mais um veículo de disseminação de microrganismos. Foi adotada e promovida, sempre que necessário, uma atitude educativa e de sensibilização, transmitindo a importância de uma boa prática para prevenção e controlo da infeção, aos profissionais de saúde, doente e família.

PARTE II
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: O ATENDIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O desenvolvimento e crescimento profissional é impactante para o conhecimento científico, satisfação, motivação profissional e prestígio da profissão de Enfermagem.

A formação contínua é um processo de aprendizagem produzido pela investigação científica e tecnológica no contexto de cuidados, conduzindo a uma prática de excelência.

No primeiro capítulo expõe-se o enquadramento teórico da temática em estudo, abordando os domínios do processo da comunicação com a família da pessoa em situação crítica, bem como das intervenções dos enfermeiros às necessidades da mesma.

No segundo capítulo aborda-se o percurso metodológico, onde se apresenta a problemática, a questão de investigação, os objetivos de estudo e seguidamente descreve-se o contexto, população e amostra, o procedimento de recolha e análise de dados e as considerações éticas.

Por fim, no terceiro capítulo apresentam-se os resultados, análise e a sua discussão, finalizando com as principais conclusões da investigação.

CAPÍTULO I – DAS NECESSIDADES ÀS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NOS CUIDADOS INTENSIVOS

A família é constituída por um conjunto de pessoas que se relacionam entre si, criando laços de afetividade e proximidade, sendo a primeira referência da pessoa. Lopes (2021, p.21) refere que é através da família que se “aprende valores éticos, morais e religiosos, construindo a sua personalidade, aprende a pensar, atuar e a raciocinar.” Por conseguinte, a família pode ser considerada uma extensão da pessoa e ao ser incluída no plano de cuidados de cada doente, torna-se agente ativo na prestação de cuidados de saúde.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2016, p.143), a família define-se como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”

O indivíduo é considerado um ser social, inserido numa comunidade que se integra e se influencia num contexto social e familiar, acompanhando-o em todas as fases da sua

vida, pelo que não podemos abordar a pessoa em situação crítica sem falar da sua família.

Nestas situações não é só a pessoa doente que fica vulnerável física e psicologicamente, mas também a sua família.

Os familiares dos doentes internados na UCI que vivenciam uma situação stressante, podem desenvolver uma situação de crise. A Ordem dos Enfermeiros (2016, p. 51) define crise familiar como um: “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar causando uma inadaptação e alteração temporária do seu desempenho normal. A família pode sentir dificuldade para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, recursos internos, redes externas de apoio, ambiente tenso e comunicação familiar ineficaz.”

O processo de transição na doença em estado crítico despoleta em cada doente e respetiva família uma panóplia de sentimentos e mudanças, vividas de forma muito própria entre indivíduos (Santos, 2019; Silva et al, 2021).

A pesquisa em cuidados intensivos, as políticas e as diretrizes de prática de enfermagem reconhecem cada vez mais a família como parte integrante na interação doente-profissional durante a doença crítica, sendo a presença do familiar, a comunicação e a tomada de decisão, pontos-chave no cuidar do doente.

Em cuidados intensivos existe a necessidade de integrar a componente holística e a componente relacional (Pereira, 2012). Segundo Campos (2014), as UCI's são serviços que pela sua singularidade e especificidade no cuidar, impõem a ter como foco da prestação de cuidados não só o doente crítico, como a sua família.

De acordo com o estudo de Knapp et al. (2013, p.1) o cuidado à família da pessoa em situação crítica, deve basear-se em cinco princípios “Avaliar, Planear, Envolver, Comunicar e Apoiar ” o qual se mostrou eficaz na redução do stress, contribuindo para o envolvimento familiar.

Os enfermeiros de cuidados intensivos têm a oportunidade de estabelecer com os doentes e suas famílias uma interação relevante no envolvimento ativo da família. Por um lado, os profissionais de saúde têm o dever de informar o utente/família sobre o seu estado de saúde, mas também o doente e a sua família têm o direito e necessidade dessa mesma informação para facilitar e/ou promover o processo de transição.

Para encorajar a interação entre doente, família e enfermeiro de cuidados intensivos, devemos primeiro identificar as barreiras e necessidades doente-família, para

posteriormente adotar as estratégias que promovam a continuidade e qualidade dos cuidados ao doente.

As necessidades específicas da família em contexto de UCI tem sido amplamente investigado nos últimos 40 anos, em diferentes países e culturas, tendo-se abordado tanto a perspetiva dos familiares como da equipa multidisciplinar, sob diferentes estratégias metodológicas.

Leske (1986) define as necessidades como algo inerente à essência das pessoas e, quando omitidas, atenuam ou diminuem o sofrimento e a angústia imediata, melhorando a compreensão de bem-estar. Segundo Campos (2014); Llamas-Sánchez et al. (2009); Verhaeghe et al. (2005); Álvarez e Kirby (2006) e Azoulay et al. (2001), a necessidade de informação é compreendida pela família como uma das mais importantes. Oferecer informações e opiniões profissionais é fundamental para a família, que muitas vezes sente decepção pela incapacidade de receber informação (Wright e Leahey, 2012).

Os estudos direcionados para a avaliação das necessidades dos familiares do doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos, como o de Martin, Sousa e Baptista (2014), concluíram que a necessidade que mais se destaca é a obtenção de informação clínica clara e concisa sobre o estado clínico do doente, mas também sobre o ambiente que o rodeia, normas e rotinas associadas. Nos trabalhos de Loureiro (2011) e Campos (2014) consideram que as principais necessidades agrupam-se em cinco áreas: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto.

Pardavila Belio e Vivar (2011) descreve que o enfermeiro ocupa um lugar central na passagem de informação, esclarece a família sobre a conduta no processo de visita, sobre o estado de saúde, os cuidados e o conforto do doente, os equipamentos tecnológicos e o tratamento clínico. O enfermeiro transmite segurança para que a família compreenda o trabalho dos profissionais de saúde.

A informação fornecida pelos profissionais de saúde necessita de ser cuidadosamente selecionada, clara, sensível, compreensível, credível e principalmente personalizada, favorecendo a segurança, respeito, ética, compreensão, individualidade e empatia pela pessoa, com o objetivo de responder às necessidades do doente/família. (Lusquiños et al., 2019; Lopes, 2021)

A par da necessidade de informação, a necessidade de segurança é também considerada como muito importante pela família. A verbalização de que o doente está a receber o melhor cuidado possível, que a equipa se preocupa com o doente e que existe esperança, são necessidades identificadas na interação enfermeiro-família do doente crítico. (Obringer et al., 2012; Kinrade et al., 2009; Omari, 2009; Maxwell, Stuenkel e

Saylor, 2007; Hidalgo, Vélez e Pueyo, 2007). Intervenções que visem reduzir ansiedade, são identificadas como das necessidades mais importantes no estudo de Martim, Sousa e Baptista, 2014.

Esteves (2012) descreve que o ambiente de UCI gera sentimentos ambivalentes na família, se por um lado o risco de vida e a tecnologia envolvida podem ser assustadores, por outro lado, a diversidade de recursos técnicos e humanos especializados na monitorização contínua do doente, transmitem segurança e confiança na melhoria do seu estado de saúde.

Outra necessidade descrita é a proximidade física da família com o doente (Pardavila Belio e Vivar, 2011) onde a flexibilidade do horário de visita é uma estratégia facilitadora (Kinrade et al., 2009; Llamas- Sánchez et al., 2009; Freitas et al., 2007). O horário de visitas e o tempo de visita do seu familiar, na opinião de Esteves (2012) e Davidson et al. (2007) deveria ser avaliado consoante as necessidades de ambos.

Esteves (2012) e Pardavila Belio e Vivar (2011) referem que a maioria dos familiares recorre ao toque para exprimir emoções ou para receber uma resposta sobre o seu estado de saúde, pelo que a flexibilidade do horário de visita auxilia a família a sentir-se mais próxima e envolvida nos cuidados do seu familiar.

Llamas-Sánchez et al. (2009) reforçam que o apoio emocional é importante para o bem-estar da família, contribuindo na gestão das emoções, tais como sentimentos de dúvida que podem provocar uma noção de impotência e incapacidade de ajuda ao seu familiar.

No âmbito do conforto, geralmente os familiares manifestam insatisfação relativamente às salas de espera, pois são considerados lugares frios, desorganizados, pequenos e distantes da UCI (Pardavila Belio e Vivar, 2011; Hidalgo, Vélez e Pueyo, 2007).

A equipa multiprofissional deve ajustar-se às características individuais de cada família, solucionando as suas necessidades e permitindo que esta se adapte a todo o processo envolvente.

A tomada de decisão pode tornar-se um processo complexo num internamento em cuidados intensivos pela complexidade de envolver os familiares, em situações particulares, onde o doente perde autonomia de decisão. A inexperiência das famílias face à doença súbita, pode resultar em dificuldades na gestão da tomada de decisão (Baião, 2017). As famílias nem sempre conseguem expressar as suas necessidades, bem como os enfermeiros nem sempre conseguem reconhecê-las, justificando a complexidade deste processo. O insucesso desta interação pode ter implicações negativas juntos dos doentes e das suas famílias.

É importante que a família permaneça envolvida, apoiada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar. Sendo um importante elo de ligação entre a pessoa doente e o enfermeiro, é a entidade que melhor conhece a pessoa em situação crítica, os seus hábitos, as suas necessidades e os seus receios. A parceria enfermeiro/doente/família deverá ser pautada pelo dinamismo, disponibilidade e mudança de atitude.

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy (1970) o conceito de adaptação refere-se ao “processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental” (Tomey & Alligood, 2004, p. 307). Este conceito é aplicável à pessoa/família em situação crítica e ao ambiente da UCI, que sofre uma interação constante com os estímulos externos e internos. O ambiente e a doença crítica são considerados os estímulos externos e internos, a saúde integra as metas de sobrevivência e a meta de enfermagem é a promoção de respostas adaptativas.

Freitas (2017, p.40) defende que a comunicação com a família “é um ponto a refletir e a considerar na abordagem ao doente crítico, atendendo a que estas situações acarretam habitualmente instabilidade emocional, afetiva, fragilidade, impotência, insegurança e incerteza não podendo esta ficar de fora, mas antes, sempre que possível e pertinente, ser integrada neste processo de comunicação”.

Na opinião de Silva (2020, p.39), “a comunicação tem um papel importante na readaptação da família à realidade de ter um membro internado numa UCI, é importante que haja uma preocupação por parte da equipa em adquirir estratégias facilitadoras para o processo que capacita a família para esta nova realidade”.

Sequeira (2016, p.87) considera que “a comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde, e das políticas de saúde, constituindo-se, igualmente, um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde”.

Lopes (2021, p.14) salienta que comunicar eficazmente implica a “utilização e o desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre os profissionais de saúde e o utente/família.”

Nunes (2016, p.45), por sua vez, define a comunicação como “um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões e sons”.

Com esta partilha de informação estabelece-se a ponte para uma relação terapêutica. Esta tem por base a confiança, o respeito mútuo e o sentido de inter-ajuda. A relação

entre profissional de saúde/utente/família reveste-se de princípios éticos e deontológicos, como o sigilo, a confidencialidade da informação, a necessidade de privacidade, que procuram reduzir medo e ansiedade e satisfazer as necessidades básicas dos doentes e suas famílias. (Mendes, 2016; 2018; 2020) O fornecimento de informação verdadeira, a transmissão de esperança e o apoio emocional, são pressupostos básicos muito particulares no contexto de doente crítico, que deveriam caracterizar qualquer ato de comunicação.

Para Sequeira (2016, p.52), “as competências de comunicação em saúde referem-se ao conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, entre outras”.

A comunicação constitui um grande desafio para os profissionais da UCI, esta engloba a capacidade de adaptação a uma constante mudança, de modo a colmatar as necessidades do doente e sua família (Gordon, Ellis-Hill, & Ashburn, 2009). Espera-se que os enfermeiros construam uma relação terapêutica, através das suas competências comunicativas, como a escuta ativa e reflexiva, a disponibilidade, companhia, silêncio e gestos de afetos. (Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan, 2013).

Cuidar com qualidade implica conhecimentos científicos, competências técnicas, disponibilidade, escuta ativa e criatividade. A enfermagem da UCI deve enfatizar um cuidar holístico e como tal personalizado, respeitando a condição humana e o cuidar da família nos cuidados prestados.

Com base nos fundamentos encontrados, desenvolve-se este trabalho de investigação para analisar as intervenções do enfermeiro no atendimento da família da pessoa em situação crítica.

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação científica é o método de excelência para aquisição de novos conhecimentos e “o seu processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. A investigação científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso” (Fortin, 2009, p. 4).

Na Saúde a investigação procura responder aos problemas que surgem na prática clínica. É fundamental identificar problemas e lacunas no conhecimento para que se procure as soluções e respostas para a resolução das mesmas.

No âmbito da enfermagem, a investigação assume um papel importante para o desenvolvimento contínuo da profissão, sustentando a sua praxis em tomadas de decisão científica, técnica, ética e legal, com vista à melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados.

Neste capítulo, descreve-se a metodologia utilizada nesta investigação, desde a problemática, questão de investigação e dos objetivos de estudo, à descrição fundamentada do tipo de estudo, do contexto, população e amostra, do procedimento de recolha e análise de dados.

1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No quotidiano, o processo de comunicação assume uma posição central na prática de enfermagem, permitindo a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados.

Atualmente, vários estudos identificam as necessidades da família em cuidados intensivos, no entanto, ainda são poucos os estudos que exploram se os enfermeiros em cuidados intensivos adotam intervenções que visam colmatar estas necessidades.

Neste sentido, o “know-how” adquirido em bases teóricas no domínio da comunicação bem como as experiências vividas na prática profissional em cuidados intensivos, conduziram à questão de investigação: Quais as intervenções do enfermeiro no atendimento à família da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos? Na UCI onde decorre esta investigação foi reconhecida esta necessidade, reforçando a importância para o desenvolvimento deste estudo.

A avaliação das intervenções dos enfermeiros de cuidados intensivos na interação com família à pessoa em situação crítica permitirá ampliar a compreensão desta temática,

assim como identificar e desenvolver intervenções, que facilitam as transições doença/saúde de uma forma harmoniosa e efetiva.

Fortin (2009, p.160) refere que “o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação”.

Deste modo, a presente investigação tem como principal objetivo analisar as intervenções do enfermeiro no atendimento da família da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos, de modo a obter dados que permitam melhorar a transmissão de informação, contribuindo assim para uma intervenção de enfermagem que proporcione respostas adequadas às necessidades do doente/família.

Desta forma, com estudo centrado no enfermeiro, pretendemos dar resposta aos seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar a informação que é transmitida à família;
- Analisar as intervenções facilitadoras de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro;
- Analisar as intervenções do enfermeiro na promoção do apoio e bem-estar da família da pessoa em situação crítica.

Uma vez delineados os objetivos, é agora possível definir a tipologia de estudo que melhor se adequa à concretização desses objetivos.

2. TIPO DE ESTUDO

Face à problemática e aos objetivos delineados, optou-se pela realização de um estudo de natureza quantitativa e de carácter descritivo e transversal.

Citando Fortin (2009, p.22) um estudo quantitativo é “um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. Perante este pressuposto, a presente investigação insere-se num paradigma quantitativo, uma vez que recorre a números e métodos estatísticos para dar resposta à investigação.

No estudo descritivo o investigador visa “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população.” (Fortin, 2009, p. 236).

Uma vez que os dados foram obtidos num determinado período de tempo, este estudo caracteriza-se como sendo transversal. Para Fortin (2009, p.252) “o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários cohorts da população (...), num determinado tempo, em relação a um fenómeno presente no momento da investigação”.

3. O CONTEXTO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste ponto vamos descrever o contexto onde decorreu o estudo, a população e a amostra.

3.1 O Contexto

Para Freixo (2018, p.173), “os acontecimentos devem estudar-se em situações naturais, ou seja, integrados no terreno”. Os acontecimentos só podem ser compreendidos se as perceções e interpretações feitas pelas pessoas que neles participam forem contextualizadas.

O contexto e o meio selecionado é uma UCI enquadrada numa instituição hospitalar da região norte. A escolha deste local justifica-se pelo mesmo reconhecer que a questão desenvolvida nesta investigação necessita ser avaliada internamente, aliado ao facto de reunir condições ideais para condução deste estudo, sendo o local onde o investigador desenvolveu o ENP, facilitando o acesso e a recolha de dados, e dando, deste modo, o seu contributo para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

3.2 População e Amostra

A população de um estudo de investigação “é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões” (Tuckman, 2000, p.338). Fortin (2009) descreve que a população é constituída por um conjunto de elementos que apresentam características comuns, na qual se pretende obter informação sobre a temática. No entanto, em investigação é necessário identificar a população alvo.

A mesma autora considera que a população alvo é o “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”. (2009, p. 311).

Foi utilizada uma amostra não probabilística intencional, uma vez que se trata de um “procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” e em que a mesma é constituída por “sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 2009, p.208).

Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população (Fortin, 2009). Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para este estudo:

- Enfermeiros a prestar cuidados diretos na unidade de cuidados intensivos do hospital selecionado;
- Aceitar de forma livre e informada participar no estudo (Apêndice IV).

4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A observação estruturada foi o método escolhido para a recolha de dados. Esta consiste em observar e descrever, acontecimentos e comportamentos, no que concerne à problemática da investigação.

Esta estratégia consiste “em observar e descrever de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação. Quer a informação seja recolhida por meio de observação, quer seja por meio de um questionário, o objetivo é sempre constatar factos e relatá-los fielmente.” (Fortin cit Groux e Temblay, 2009, p. 372).

Para dar resposta aos objetivos deste estudo de investigação, não existe atualmente um instrumento que permita analisar se as intervenções do enfermeiro no atendimento à família respondem às necessidades por esta identificadas em estudos prévios.

De acordo com Fortin (2009) e Ribeiro (2010), perante a ausência de instrumentos de medida apropriados ao estudo das variáveis em questão, o investigador deve construir o seu próprio instrumento de medida.

Na revisão da literatura encontram-se descritos vários instrumentos onde analisam, avaliam e diagnosticam metodicamente as necessidades da família da pessoa em situação crítica. Em Portugal, o *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) foi traduzido e validado para a população portuguesa por Sara Campos, em 2014, designando-o por *Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados*

Intensivos (INFUCI, Anexo I) onde se identifica as necessidades mais importantes para a família da pessoa em situação crítica. Deste trabalho, salientam-se as necessidades para as quais as famílias atribuíram um grau de importância muito elevado, nomeadamente a necessidade de informação, segurança na equipa de saúde e nos cuidados por ela prestados. É igualmente pertinente analisar questões sobre suporte, que se referem aos sistemas de apoio e às necessidades emocionais da família.

Desta forma, o investigador elaborou uma grelha de observação sobre as intervenções do enfermeiro na interação com a família (Apêndice V) com 18 itens, onde procurou avaliar se as intervenções realizadas pelos enfermeiros permitem dar resposta às necessidades das famílias, previamente estudadas e identificadas por estes estudos prévios.

No CCFNI e INFUCI, segundo Leske (1991), as necessidades foram agrupadas em cinco dimensões: suporte, conforto, informação, proximidade e segurança. Contudo neste estudo de investigação, o investigador considerou apenas 3 dimensões nos itens observados por serem os mais relevantes em estudos anteriores. As dimensões definidas pelo investigador, são as seguintes: transmissão de informação, a criação de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro e promoção do apoio e bem-estar da família.

A dimensão da transmissão de informação compreende a necessidade de informação relativamente à pessoa em situação crítica, sobre dados específicos relativos à evolução/prognóstico do seu familiar e planos de transferência enquanto estes ainda estão a ser planeados; compreende ainda honestidade, segurança e esperança e onde está subjacente a capacidade da equipa de saúde em responder às questões e esclarecer dúvidas.

A dimensão da criação de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro expressa a necessidade de contato pessoal e a permanência junto do doente, quer seja física ou emocionalmente; necessidade de apresentar o espaço físico e equipa, como horário de visitas e instrução sobre como proceder junto do seu familiar.

A dimensão da promoção do apoio e bem-estar da família expõe uma variedade de recursos, sistemas e estruturas de suporte necessários à família perante a doença do seu familiar em situação crítica. Revela também o apoio às necessidades emocionais, espaço e tempo para diálogo, incluído a necessidade de abordar o tema da morte.

Para o processo de recolha, o investigador acompanhou a visita da família observando a respetiva interação com o enfermeiro responsável pelo seu familiar/doente.

Aplicação da grelha de observação foi realizada no período da visita (turno da tarde).

5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise descritiva dos dados visa descrever as características que compõem a amostra (Hill e Hill, 2009) e dar resposta às questões e objetivos da investigação (Fortin, 2009). A parte descritiva da estatística tem por objetivo realçar o conjunto de dados brutos retirados de uma amostra, para que estes sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor.

A análise e tratamento estatístico foi mediado pelo software informático Microsoft Excel® e os resultados foram expostos através de uma metodologia quantitativa descritiva compreendida por Fortin (2009, p. 410) como "...o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos", resultando num conjunto de dados numéricos que serão apresentados sob a forma de tabelas descritivas.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (número) e relativas (percentagem).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando se realiza um trabalho de investigação existem limites predefinidos, nomeadamente, o respeito e a proteção dos direitos das pessoas que devem ser preservados. A investigação realizada em seres humanos deverá oferecer garantias éticas e morais baseadas no processo de tomada de decisão livre e esclarecida de todos os participantes nela envolvidos.

Para a participação no estudo de investigação é necessário atender aos princípios e direitos fundamentais da Declaração de Helsínquia, garantindo "o direito à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo e tratamento justo e leal" (Fortin, 2009, p.116), sendo que a documentação foi recolhida e codificada, impossibilitando desta forma a identificação dos participantes.

O respeito pela autodeterminação de cada participante consiste na sua participação voluntária e na obtenção prévia do consentimento informado. O respeito das pessoas e da escolha esclarecida baseia-se no princípio de que a pessoa selecionada tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não, ou

mesmo de cessar a sua participação em qualquer momento da investigação (Fortin, 2009).

Num estudo de investigação o participante tem o direito de manter o anonimato, onde é garantido que os dados colhidos se manterão confidenciais. O direito ao anonimato é respeitado, se a identidade do participante não é reconhecida nem mesmo pelo investigador. A garantia da confidencialidade assegura que os dados do sujeito da investigação serão usados de modo a que mais ninguém além do investigador conhece a sua fonte. O investigador compromete-se em manter ocultos os dados recolhidos durante e após o estudo, não podendo comunicá-los a ninguém sem autorização expressa pelo sujeito (Fortin, 2009).

Na aplicação da grelha de observação foi garantida a confidencialidade dos dados, salientado que os mesmos se destinavam apenas a fins de investigação.

Foi solicitado o pedido de autorização da realização do estudo ao Diretor de Departamento de Medicina Crítica (Apêndice VI) e Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos (Apêndice VII).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através da observação com recurso à grelha elaborada para o efeito, os quais permitirão analisar as intervenções dos enfermeiros no atendimento à família do doente crítico, em ambiente de cuidados intensivos.

Para uma melhor compreensão, os resultados serão expostos de acordo com as dimensões que constavam na organização da grelha e apresentados em quadros para favorecer uma melhor visualização dos dados obtidos.

Dimensão da Transmissão da Informação

A primeira dimensão do questionário reportava-se à informação transmitida pelo enfermeiro à família, como se pode observar no quadro 1.

Quadro 1 – Dimensão da transmissão de informação

Intervenções a observar	Resultados		
	Sim	Não	N.A
Informa sobre a possibilidade de falar diretamente com um médico ou enfermeiro, e o tipo de informação proporcionada por cada profissional	6	17	-
Informa sobre evolução/prognóstico do estado do seu familiar	13	10	-
Explica técnicas, exames e plano de intervenção ao familiar	5	18	-
Informa sobre plano de transferência enquanto ainda está a ser planeado	1	14	8
Transmite informação clara e concisa	12	10	1
Responde às questões colocadas e esclarece dúvidas	13	9	1

Como se pode verificar no quadro 1, 13 enfermeiros informaram sobre a evolução/prognóstico do estado do seu familiar, 12 transmitiram a informação de forma clara e concisa, e 13 responderam às questões colocadas e esclareceram as dúvidas dos familiares.

Quanto à possibilidade de falar diretamente com um médico ou enfermeiro, ao tipo de informação proporcionada por cada profissional e a explicação de técnicas, exames e plano de intervenção ao familiar, estas foram proporcionadas por 6 e 5 enfermeiros respetivamente.

No que concerne à informação sobre plano de transferência enquanto esta ainda está a ser planeada, apenas 1 enfermeiro informou os familiares. Contudo, na maior parte das observações (8), este item não se aplicou, visto não haver perspectiva de transferência do doente.

Em cuidados intensivos, é fundamental que haja uma cooperação entre equipa médica-enfermagem na partilha de informação. A mesma deve ser adaptada e complementada mutuamente de forma a satisfazer as necessidades da família. Na partilha de informação sobre o diagnóstico e prognóstico, o profissional de saúde tem uma oportunidade ímpar de escutar, esclarecer, interessar-se pela compreensão e significados que a pessoa atribui.

O esclarecimento da informação que cada profissional proporciona e a possibilidade de falar directamente com cada um deve ser mencionada em cada visita. Em análise, o investigador considera que deverá existir uma revisão multidisciplinar prévia a cada visita da família, de forma a rever a condição clínica da PSC e delinear o processo de partilha de informação, ou seja, como deve ocorrer e como o mesmo deve ser mediado (interlocutores e tipo de informação).

Há um longo percurso a percorrer na sensibilização destes profissionais a desenvolverem estas intervenções, nomeadamente no que diz respeito à explicação da envolvimento que caracteriza os cuidados à PSC em UCI. Toda a panóplia de instrumentos e técnicas utilizadas, se não forem devidamente contextualizados à família, podem conduzir a ansiedade e medo.

É visível que as competências da equipa no processo de comunicação devem ser desenvolvidas de forma a que a totalidade dos enfermeiros promova estas intervenções, pois como defendem Brás e Ferreira (2016, p.574) “o conhecimento e utilização de alguns princípios dos processos comunicacionais, proporcionam uma melhor atuação profissional e ressaltam a necessidade de usarmos de forma consciente alguns modos de comunicação verbal e não verbal para que possamos estabelecer uma interação

terapêutica para o cuidar com qualidade”. Ou seja, o investigador considera que a equipa de enfermagem desta UCI necessita de um processo formativo, de forma a que os enfermeiros adquiram ferramentas para prestar cuidados diferenciados às famílias na partilha de informação e na construção de uma relação terapêutica.

Segundo Gonçalves (2014, p.58), “o estabelecimento da relação de ajuda implica a disponibilidade, a capacidade de escuta e de compreensão, estar atento e preocupar-se com o outro; autenticidade, franqueza e empatia são componentes essenciais ao desenvolvimento da comunicação. Escutar o outro, atendendo às preocupações verbalizadas e à linguagem corporal, são também fundamentais.”

O processo de comunicação implica a partilha progressiva e construtiva de informação, este nunca deverá ser unidirecional nem um momento de sobrecarga de informação. A comunicação é um processo sensível, que deve decorrer com compaixão e delicadeza, onde aos profissionais compete “informar, esclarecer, tornar compreensível e revelar, respeitando a dignidade e a autonomia das pessoas” (Nunes, 2016, p.51).

Pereira (2008, p.80) refere que “o profissional deve ouvir o doente e procurar transmitir a verdade possível, respondendo às suas questões de forma adequada, respeitando as suas necessidades, numa base de honestidade, com tato, de modo a responder apenas ao que o doente quer saber, subtraindo aquilo que o doente não está preparado para ouvir, evitando infantilizar e banalizar o momento”.

Como referem Sá, Botelho e Henriques (2015, p.38), “o cuidado à família consiste em fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica”. Esta relação só é possível se for baseada na confiança estabelecida e na disposição do profissional em transparecer os seus pensamentos/emoções. Esta disponibilidade mostra às famílias a genuinidade e honestidade das intenções dos profissionais.

Segundo Sequeira (2016, p.217), “a informação deve ser transmitida de forma clara, de acordo com as necessidades e desejos de cada um”. Refere ainda que “é fundamental transmiti-la de forma gradual, fazendo pausas com frequência, prestando atenção à reação do interlocutor, de modo a avaliar se este compreendeu a informação transmitida e esclarecer eventuais dúvidas”.

Os profissionais de saúde devem ter uma atenção especial pelos cuidadores no uso de termos técnicos durante o contato com a família, pois muitas vezes verifica-se que os familiares podem assumir diferentes interpretações ao que ouvem ou não conseguem entender o que se quer dizer exatamente, aumentando assim o stress e dificultando a comunicação com o doente e a sua família. A linguagem da comunicação deve,

portanto, estar ao nível do ouvinte, que não é capaz de avaliar o nosso conhecimento científico, mas tem de compreender o que lhe estamos a dizer.

Benzein et al (2008b) expõe a dicotomia entre o processo de comunicação e as atitudes/intervenções entre os enfermeiros e as famílias, onde os enfermeiros reconhecem a relevância de cuidados centrados na família, mas na prática, a intervenção ainda se mantém centrada nos doentes. Alguns estudos demonstram que, apesar dos enfermeiros corroborarem que as famílias são essenciais, esta ideia não é sempre sustentada pelas atividades que desenvolvem.

A comunicação eficaz requer uma compreensão da família e das experiências que expressam. Compreender apenas a família não é suficiente, o enfermeiro também deve transmitir a mensagem de que é compreensível e aceitável as necessidades que a família expressa. É um reflexo do respeito pela mesma, da forma como pensam e sentem e das suas capacidades.

Galinha de Sá et al. (2015) corroboram esta impressão de que o processo de comunicação é sinónimo de inclusão da família ou pessoa significativa no processo de cuidar, é uma atitude pró-ativa na satisfação das necessidades e no esclarecimento de dúvidas, resultando na "(...) conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar" (p.33).

Os enfermeiros devem procurar que a comunicação seja contínua durante o processo de transição, sendo orientada de forma oportuna, com o objetivo da criação de uma relação de índole terapêutico desde o primeiro contacto.

Para Brás e Ferreira (2016, p.573), "o processo de comunicação na área da saúde é muitas vezes informal, desorganizado e variável, com uma série de barreiras à sua eficácia". O ruído, a falta de privacidade, as condições físicas dos serviços, a não eficiência da passagem de informação entre profissionais, são alguns dos obstáculos que influenciam negativamente a eficácia da comunicação em saúde.

Dimensão da Criação de um Ambiente Adequado para a Interação Família-Enfermeiro

Neste trabalho, o investigador procurou analisar se o enfermeiro promove a criação de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro. Os resultados observados são expressos no quadro 2.

Quadro 2 – Dimensão da criação de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro

Intervenções a observar	Resultados		
	Sim	Não	N.A
Apresenta o espaço físico e a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos	5	5	13
Acolhe em espaço próprio e promove a interação	12	10	1
Explica a organização do serviço: - Normas e rotinas do serviço (regras de proteção individual, uso de telemóvel, número de visitas; Horário de visita (flexibilizar quando possível a condições especiais); Contacto telefónico.	6	14	3
Acompanha familiar à unidade do doente	13	10	-
Instrui sobre como proceder junto do seu familiar (toque, comunicar)	10	13	-
Explica equipamento tecnológico da unidade do doente	8	15	-

Como se pode constar no quadro acima, 12 dos enfermeiros dos observados acolheram os familiares em espaço próprio e promoveram a interação e 13 acompanharam o familiar à unidade do doente.

Quanto à apresentação do espaço físico e da equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, verificamos que 5 enfermeiros o fizeram e outros 5 não, sendo que em 13 dos casos observados este item não se aplicou por não ser a 1ª visita à unidade.

Relativamente à organização do serviço, onde se inclui as normas do serviço, o horário das visitas, o contacto telefónico e a explicação do equipamento junto do doente, salienta-se que só 6 enfermeiros o fizeram, observando-se que a maioria (14) não realizou esta intervenção.

Face a estes resultados importa considerar que na UCI onde foi desenvolvido este trabalho, o período do horário de visita era limitado, sendo o acompanhamento conduzido na maioria dos casos por um(a) assistente operacional. Esta logística implementada poderá estar na base dos resultados desta dimensão. Perante isto, torna-

se evidente o impacto negativo que a limitação de tempo teve na interação enfermeiro-família em todas as suas dimensões.

Estes resultados são corroborados com Velez, (2002), que na sua opinião, a família beneficia de um adequado acolhimento, o qual deve permitir receber informação e antecipar como vai encontrar o seu familiar, bem como contextualizar o estado do mesmo. Por conseguinte, defende que os familiares devem ser previamente preparados para o ambiente ao qual vão ser expostos, altamente tecnológico, ou seja, explicar a finalidade dos vários equipamentos (Curry, 1995), bem como informar das alterações significativas do estado clínico do doente (Plowright, 1996).

Esta preparação permite atenuar a ansiedade e o nervosismo, previsíveis em ambientes de tratamento de doentes críticos. Estratégias baseadas na disponibilização de informação adequada, na promoção de empatia, no interesse sobre o estado clínico do doente, facilitam à família maior perceção da realidade. O ambiente de UCI deixa assim de ser hostil e desconhecido, cria-se espaço para que o receio se desvaneça e um processo de transição se desenvolva (Liberado, 2004).

Durante o processo de comunicação, o enfermeiro deve informar a família sobre o ambiente ao redor da PSC e deve otimizá-lo, organizando-o antes de receber a visita da família. Está comprovado que o conhecimento do ambiente promove uma interação positiva, confere serenidade e contribui para a prevenção do stress pós-traumático. Um ambiente pacífico, sem distrações externas, irá garantir a confidencialidade e privacidade adequada ao diálogo. Em associação, a família deve ter a sensação de que o tempo - seja cinco minutos ou uma hora - é inteiramente dela.

Conforme evidenciado por Khalaila (2014), Black et al. (2011) e Davidson (2009), é importante que os enfermeiros reconheçam as distintas realidades e processos de adaptação que a família tem de encarar à nova realidade. Muitas vezes, uma agenda de visitas curta e regulada não ajuda a família neste processo de transição. Nesse sentido, é importante que o enfermeiro flexibilize o horário das visitas de acordo com a disponibilidade da família, com consciência do benefício para a PSC. Segundo Silva (2020, p.31), “o profissional de saúde precisa de mostrar disponibilidade para acompanhar a família durante o tempo que for necessário, permitindo-lhes encontrar algum bem-estar nesta experiência”. Cada familiar tem a sua forma de revelar suas necessidades/receios, mas leva algum tempo para conhecer os enfermeiros e sentir a confiança necessária para confrontá-los. A família que tem a atenção integral do enfermeiro revela-se mais precocemente, com a satisfação de que o enfermeiro a ouviu e a observou.

Contudo, os enfermeiros nem sempre adotam a mesma intervenção de cuidados com a família, o seu conhecimento e competência para avaliar e intervir junto destas varia consoante a sua sensibilidade para as necessidades da mesma (Hanson, 2005).

Os enfermeiros descreveram que as restrições de tempo eram muitas vezes desafiadoras durante o horário de visita. Com a pressão de tempo na realização das tarefas rotineiras, os enfermeiros muitas vezes não apresentavam disponibilidade para flexibilizar o horário de visita. É importante também salientar que neste estudo apenas 10 enfermeiros instruíram os familiares como podiam interagir com os seus doentes. Hoje é evidente, perante a literatura, o quanto este desconhecimento pode condicionar ansiedade e medo nos familiares.

No que concerne às instituições hospitalares e em relação à família, existe um aspeto que carece de evidência e compreensão, os familiares/pessoas significativas permanecem pouco tempo juntos dos doentes, exceto no caso de crianças. Segundo o Decreto-Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro estabelece o regime de acompanhamento familiar em internamento hospitalar, o documento descreve o papel do acompanhante permitindo que qualquer doente o nomeie de entre os seus familiares ou pessoa significativa, desde que a situação clínica do doente assim o permita.

Verifica-se que em nenhum serviço com a exceção do serviço de pediatria, isso acontece. Motivada por entraves da equipa, por desconhecimento, por falta de informação ou por indisponibilidade, na verdade a família não usufrui do direito que tem. Desta forma, carece aos serviços criarem estratégias para que isso não aconteça, visando assim o melhor interesse da família, mas acima de tudo, da PSC.

Dimensão da Promoção do Apoio e Bem-estar da Família

Segundo Campos (2017), nas UCI's, surgem frequentemente situações com elevada carga emocional, o que torna imperativo a humanização dos cuidados entre os participantes. A promoção de relações construtivas aumenta a eficácia e harmonia nos diversos campos de intervenção (Campos, 2017).

Assim, neste estudo procurou-se observar as intervenções realizadas pelos enfermeiros promotoras de apoio e bem-estar da família e os resultados estão expostos no seguinte Quadro 3.

Quadro 3 – Dimensão da promoção do apoio e bem-estar da família

Intervenções a observar	Resultados		
	Sim	Não	N.A
Informa que pode utilizar a sala de acolhimento quando necessitar	-	23	-
Questiona suporte do familiar	2	18	3
Cria espaço para expressar emoções/sentimentos relativamente à situação	8	15	-
Verbaliza que o familiar tem os melhores cuidados possíveis	3	20	-
Promove o diálogo sobre a temática da morte	-	13	10
Informa sobre apoio religioso/espiritual	-	18	5

No que concerne à promoção do apoio e bem-estar da família, este estudo determinou resultados preocupantes. Verificou-se que na globalidade das observações, mais de metade dos enfermeiros não adotaram nenhuma intervenção com este propósito. Mais especificamente, apenas 8 enfermeiros criaram espaço para expressar emoções/sentimentos em relação à situação, 3 enfermeiros promoveram esperança na interação com a família, ao expressar que o seu familiar estaria a receber os melhores cuidados possíveis e 2 questionaram sobre o suporte familiar. Nenhuma das outras intervenções inerentes a este item foi observada aquando do acolhimento da família.

Fisher et al. (2008), abordam esta temática e verificam que as características pessoais (preconceitos, crenças e valores pessoais), a formação, a política da instituição, o contexto e a equipa onde exerce a sua função, são fatores que afetam as intervenções dos enfermeiros. Os profissionais de saúde, devem ser capazes de analisar e compreender os sentimentos dos outros, sem que os seus próprios valores, ideais e convicções interfiram no processo de comunicação.

O enfermeiro precisa de estar sensibilizado e disponível para perceber os múltiplos determinantes que envolvem o cuidado à família da PSC. Na opinião de Benzein et al. (2008b), quando os enfermeiros reconhecem nas famílias um papel decisivo para o sucesso na transição da situação crítica, então estarão a valorizar a presença da família nos cuidados de enfermagem, o que conduz a uma participação mais ativa da família,

criando uma boa relação enfermeiro/família, uma relação cooperante, colaborativa e parceira no cuidar.

Para Galinha de Sá, et al. (2015, p.42), “a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os enfermeiros, devendo ser honesta, mas também portadora de esperança”. Reforçam que é fundamental este apoio psicológico ajudando a família a encarar de outra forma o episódio de doença, reduzindo a sua ansiedade e stress e ao mesmo tempo promovendo um sentimento de segurança, com uma maior adesão associada ao tratamento instituído.

Para Gonçalves (2014, p.58), “os objetivos da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente/família prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer ouvir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos”.

Segundo o mesmo autor (2014, p.50), “cada pessoa é diferente no seu modo de ser e agir, nos seus comportamentos e atitudes, sendo assim, é importante ter em consideração que o ato de informar deve ser individualizado e o seu conteúdo deve ser direcionado e adaptado a cada pessoa”.

O conhecimento da família sobre o estado de saúde do doente deve ser avaliado continuamente, incentivando-os a expor as suas opiniões, dúvidas e sentimentos, e promovendo o respeito nas crenças dos familiares.

Percebendo que a comunicação tem um papel importante na readaptação da família à realidade de ter um membro internado numa UCI, é importante que haja uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em adquirir estratégias facilitadoras para o processo de comunicação de más notícias. Nesta investigação, apesar de nem sempre ser aplicável o diálogo sobre a morte, nas visitas em que essa intervenção poderia ter lugar nenhum enfermeiro entrevistou, o que condiciona certamente uma lacuna na comunicação entre enfermeiro-família e pode condicionar negativamente a transição da família durante todo este processo.

Comunicar eficazmente implica a utilização e o desenvolvimento de competências básicas, essenciais à comunicação entre os profissionais de saúde e o doente/família, mas este processo é ainda mais complexo quando temos de transmitir más notícias.

Para Mendes (2016, p.7), “a comunicação de más notícias necessita de um cuidado extra na escolha das palavras, do local, do tom de voz, deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem simples e perceptível”.

De acordo com Silva (2020, p.29), “os enfermeiros estão numa posição privilegiada para intervir no momento da comunicação de más notícias, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam junto das pessoas doentes e famílias, conseguindo desta forma estabelecer com eles relações de confiança e de grande proximidade”. O momento certo para fornecer a informação, que conteúdo a família têm capacidade de receber e entender, são condições que o enfermeiro consegue determinar na interação com a família. De igual modo, consegue também identificar quando a família não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e poderá ajudá-la, dando as explicações necessárias em conjunto e em sintonia com a equipa multidisciplinar.

Em situações de fim de vida, Bloomer & O'Connor (2012) e Hickman et al. (2010) salientam que o enfermeiro adota uma posição decisiva no apoio familiar em situação de morte e também no momento após a morte, na qual a sua intervenção deve cooperar na tomada de consciência como um processo natural do ciclo vital. Esta interação permite ajudar a família a encontrar sentido naquilo que está a viver. É notória a importância desta intervenção na prevenção de processos patológicos de luto.

O apoio religioso/espiritual e o suporte emocional nos cuidados aos familiares foi considerado um fator importante que promoveu de forma positiva as interações e relacionamentos familiares. A maioria dos doentes e suas famílias tentam suprimir suas necessidades espirituais e religiosas. Desta forma, deve o enfermeiro promover um ambiente adequado à oração e facilitar as ações religiosas/espirituais por forma a aproximar as famílias e diminuir as suas ansiedades.

Neste trabalho, pode considerar-se que a equipa de enfermagem não estaria sensibilizada para este tipo de apoio, pois quando aplicável, nenhum dos enfermeiros solicitou o mesmo, não favorecendo o conforto da família.

Vários estudos confirmam a necessidade de planear as intervenções de enfermagem orientada para as necessidades da família, ajudando-a no processo de transição, na gestão de eventos fim de vida, a fim de minimizar o stress pós-traumático e a prevenir o luto patológico (Davidson, 2010; Davidson 2009).

CAPÍTULO IV– CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS

O presente capítulo traduz o culminar deste estudo de investigação, onde serão apresentadas as conclusões bem como as respetivas limitações do estudo e, por fim, expor possíveis contributos para a melhoria dos cuidados de Enfermagem, orientando para novos rumos e desafios no âmbito da investigação e do cuidar da família da pessoa em situação crítica, no contexto da UCI.

A UCI reveste-se de complexidade no que se refere ao ato de cuidar por parte do enfermeiro, pois exige que o mesmo apresente conhecimentos e competências técnico-científicas específicas para prestar cuidados à pessoa em situação crítica e para dominar toda a tecnologia que a envolve, mas também necessita de desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa doente e respetiva família.

Cada vez mais a família surge como um foco importante no cuidar, devendo este descentralizar-se do doente como único alvo da prestação de cuidados, para englobar toda a sua envolvência. A personalização e adequação dos cuidados à família da PSC visa um cuidar holístico, onde a pessoa se torna foco do plano de cuidados como elemento participativo do mesmo.

Apesar de a sofisticação técnica ser um fator preponderante no ambiente intensivo, é possível humanizar o cuidado de enfermagem, através de uma interação efetiva com a família do doente e do estabelecimento de uma comunicação eficaz, permitindo a satisfação das suas necessidades, bem como a partilha das suas vivências, angústias, medos e inseguranças.

O fornecimento de informação verdadeira, a transmissão de esperança e o apoio emocional, são pressupostos básicos muito particulares no contexto de doente crítico, que deveriam caracterizar qualquer ato de comunicação.

Com este estudo de natureza quantitativa e descritiva pretendia-se analisar as intervenções do enfermeiro no cuidado à família da pessoa em situação crítica recorrendo à observação participada com recurso a uma grelha construída para o efeito. Da aplicação deste instrumento, obtiveram-se os resultados que conduziram a conclusões que permitiram ter uma perspetiva do atendimento da família no contexto em estudo, destas salientam-se:

- A escuta ativa e uma comunicação eficaz são essenciais na interação enfermeiro-família. No entanto, as intervenções de enfermagem ainda estão muito centradas no doente, o que justifica a necessidade de ações de sensibilização para que a comunicação com a família seja contínua durante o processo de transição, devendo

ser orientada de forma oportuna, com o objetivo de criação de uma relação de índole terapêutica desde o primeiro contacto.

- Os enfermeiros não adotam sempre a mesma intervenção de cuidados com a família. O conhecimento e competência para avaliar e intervir junto das famílias varia consoante a sua sensibilidade para as necessidades da mesma. Tornou-se evidente o impacto negativo que a limitação de tempo teve na interação enfermeiro-família em todas as suas dimensões. Tornou-se também evidente a necessidade de promoção de um ambiente adequado, criando espaço para que o processo de transição se desenvolva.

- Esta investigação corrobora que as equipas de enfermagem ainda não estão sensibilizadas para intervenções de suporte emocional, a comunicação de más notícias e o apoio religioso/espiritual. Aqui também ganha importância a necessidade de ações de formação a fim de facilitar aos profissionais reconhecerem esta necessidade e promoverem atitudes com vista à sua satisfação.

Acredita-se que a partir deste estudo e de acordo com os resultados obtidos, é possível consciencializar os profissionais de saúde de que o cuidado centrado na família é fundamental para a qualidade de cuidados prestados à PSC, devendo a família ser parte integrante desse cuidado.

Durante o presente estudo de investigação, a inexperiência na realização de estudos de investigação, a escassez de estudos que abordem a perspectiva da família sobre a eficiência das intervenções no atendimento à família da pessoa em situação crítica e a dimensão da amostra, foram condicionantes que podem limitar a robustez das conclusões deste trabalho.

Não obstante, como principal limitação aponta-se o facto de muitos enfermeiros não se sentirem à vontade na interação com a família, o que condicionou negativamente os resultados. Por conseguinte, a partilha dos resultados obtidos com a equipa de saúde da UCI em questão, podem constituir um motivo de reflexão e um veículo para o desenvolvimento das competências do enfermeiro, contribuindo para um melhor desempenho neste âmbito e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados à família do doente.

É essencial desenvolvermos práticas de investigação em enfermagem, de modo a que se incrementem recomendações para uma prática clínica baseada em evidência científica, que possam promover os cuidados de enfermagem de excelência. Tal como em outras ciências, a Investigação na Enfermagem assume-se como basilar para a construção e renovação do seu corpo de conhecimentos, no sentido de alcançar a

excelência no cuidar em enfermagem, implicando por isso, uma prática sustentada e atualizada na evidência científica. Na realidade atual, é cada vez mais evidente a importância da consciencialização do enfermeiro especialista na sua prática, na reflexão sobre o que faz, como faz e o impacto das suas ações na pessoa de quem cuida, despertando assim inquietações e problemáticas que induzam a procura das respostas mais acertadas e sustentadas.

É pertinente o desenvolvimento de estudos similares no contexto de outras UCI's do país, de forma a obter dados que complementem a presente investigação, bem como incluir a perspectiva de outros profissionais de saúde.

As instituições de ensino também deverão investir mais neste domínio, direcionando parte da formação para o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades de interação com a pessoa doente e respetiva família. A realização de formação em serviço relativa ao tema da comunicação com a família, também surge como um meio imprescindível para a mudança de comportamentos e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, assim como a criação de momentos de introspeção e partilha de experiências, visando a valorização profissional e o crescimento enquanto equipa.

Em suma, considera-se que o desenvolvimento deste tipo de estudos permitirá ampliar a compreensão desta temática, assim como a promover intervenções de Enfermagem mais apropriadas, facilitando toda a vivência de transições saúde/doença de uma forma mais saudável e efetiva.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio finaliza um ciclo de aprendizagem profissional e pessoal com a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A elaboração do mesmo foi considerada como um processo robusto e dinâmico, uma vez que permitiu uma introspeção e análise crítica constante. A consciencialização dos aspetos facilitadores e limitadores no processo de aprendizagem permitiu a aquisição de competências específicas dirigidas aos cuidados de enfermagem à PSC na arte do cuidar e esse foi o caminho eleito no início desta jornada, e que enriqueceram a construção do saber enquanto enfermeira especialista.

A aquisição e desenvolvimento de competências específicas desenrola-se em torno de um processo multidimensional e exigente. Este requer uma mobilização de conhecimentos baseados na evidência, refletindo-se nas boas práticas e consequentemente na procura de cuidados de excelência.

No que respeita ao contexto de estágio onde foi desenvolvido este ENP, salienta-se a reduzida experiência prévia em medicina intensiva, o que em si se traduz num desafio, mas que, de igual modo, promoveu a aquisição de novos conhecimentos e competências sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A análise do enquadramento institucional, dos recursos disponíveis e da gestão e produção de cuidados da UCI, permitiu a perceção sobre as importantes componentes inerentes ao bom funcionamento de uma UCI.

A prestação de cuidados à PSC constituiu uma parte significativa de todo o percurso, no desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, cada vez mais especializadas. Também se delineou um estudo de investigação com o sentido de contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem na UCI. Desta forma, promoveu-se a implementação de estratégias e intervenções pertinentes nos cuidados à família da PSC, promotoras da segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados aos mesmos.

Como perspetiva futura realça-se a importância de dar continuidade ao investimento em intervenções de enfermagem que permitam centralizar a família nos cuidados e reconhecê-la como recurso essencial no cuidado à pessoa doente.

Vivida a experiência importa agora, num foco constante, colocar em cada passo a devida exigência e responsabilidade profissional e ir ao encontro de cuidados de “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007, p. 12).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, G., & Kirby, A. (2006). The perspective of families of the critically ill patients: their needs. *Current Opinion in Critical Care*, 12(6), 614-618. DOI:[10.1097/MCC.0b013e328010c7ef](https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328010c7ef)
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Gall, J.-R., Dhainaut, & J.F., Schlemmer. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(1),135-139. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.163.1.2005117>
- Baião, J. (2017). *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Politécnico de Leiria].
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Revista Pensar em Enfermagem*, 13(2), 11-18. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v13i2.30>
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K.F., & Saveman, B-I. (2008b). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2),162-180. <https://doi.org/10.1177/10748407083170>
- Black, P., Boore, J. R. P., & Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1091–1101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x>
- Bloomer, M., J., & O'Connor, M. (2012). Providing end-of-life care in the intensive care unit: Issues that impact on nurse professionalism. *Singapore Nursing Journal*, 39(3), 25–30.https://www.researchgate.net/publication/231537981_Providing_end_of_life_care_in_the_intensive_care_unit_Issues_that_impact_on_nurse_professionalism
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e a Qualidade dos Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Atas CIAIQ2016 – Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Buckingham Poronsky, C. (2013). Exploring the transition from registered nurse to family nurse practitioner. *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 350-358.<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.10.011>

- Campos, S. (2014). *Necessidades da família em cuidados intensivos- Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954>
- Castro, C. (2016). *O Internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos: A Experiência Vivida da Pessoa em Situação Crítica*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/21609>
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2^aed.). Lidel.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/7992>
- CURRY, Stephen (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente na UCI. *Nursing*, 94, 26-30.
- Davidson, J. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34. <https://doi.org/10.4037/ccn2009611>
- Davidson, J. (2010). Facilitated Sensemaking: A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28–39. <https://doi.org/10.4037/ccn2010410>
- Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K., Tieszen, M., Kon, A., Shepard, E., et al. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35 (2), 605-622. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>
- Fisher, C., Heidi, L., Tammy, M., Donna, J.M., Deb P., & Deb S. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615-624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>
- Fontes, A. I. S. & Ferreira, A. C. O. S. (2009). Do Outro Lado da Porta. Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Sinais Vitais*, 85, 33-38. <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinais-vitalis-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/439-revista-no-85-jullho-2009?start=5>

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, C. M.S. (2017). *A Humanização dos Cuidados como Caminho para a Excelência da Prática de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/22918>
- Freitas, K., Kimura, M., & Ferreira, K. (2007). Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(1), 84-92. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100013>
- FREIXO, M.J. (2018). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (5ªEd.). Edições Piaget.
- Fulbrook P., Latour J., Albarran J., Graaf W., Lynch F., Devictor D., & Norekvål T. (2007). The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European Federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *The World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86-88. DOI: [10.1016/j.ejcnurse.2007.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.07.003)
- Fulbrook,P. (2003). Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care*, 8(3), 96–102. <https://doi.org/10.1046/j.1478-5153.2003.00010.x>
- Galinha de Sá, F., Botelho, M.A., & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 1(19), 31- 46. <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2013). Palliative care communication in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17(2), 163-167. DOI: [10.1188/13.CJON.163-167](https://doi.org/10.1188/13.CJON.163-167)
- Gonçalves, A. (2013). *Comunicação de Más Notícias a Pessoa com Doença Oncológica: A Necessidade de Implementar a (Bio)ética na Relação: Um Estudo Exploratório*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/11061>
- Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 543-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>
- HANSON, & Shirley M.H. (2005) *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação*. 2ª ed. Lusociência.

- Hart, J. A., & Swenty, C. F. (2016). Understanding Transitions to promote student success: a concept analysis. *Nursing Forum*, 51(3), 180-185. <https://doi.org/10.1111/nuf.12136>
- Hickman, R., Jr., Daly, B., Douglas, S., & Clochesy, J. (2010). Families in critical care. Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 410–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010354>
- Hidalgo, I., Vélez, Y., & Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106-114. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74392-4](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74392-4)
- Hill, M.M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª ed). Edições Sílabo.
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*, 28(43), 37–44. DOI: [10.7748/ns.28.43.37.e8333](https://doi.org/10.7748/ns.28.43.37.e8333)
- Kinrade, T., Jackson, A., & Tomnay, J. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 82-88. https://www.researchgate.net/publication/281324581_The_psychosocial_needs_of_families_during_critical_illness_Comparison_of_nurses%27_and_family_members%27_perspectives
- Knapp, S.J., Sole, M.L., & Byers, J. F. (2013). The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Applied Nursing Research*, 26(2), 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.11.002>
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Lee, L., & Lau, Y. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 490-500. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00743.x>
- Leske, J. (1986). Needs of relatives of critical care patients: a follow up. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 15(2), 189-193. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3633247/>
- Liberado, J. (2004). A Informação aos Familiares e Acompanhantes: Avaliação do grau de Satisfação. *Sinais Vitais*, 52, 19-24.

Llamas-Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M., & Macías-Rodríguez, C. (2009). Needs of the families in a critical care unit. *Enfermería Intensiva*, 20(2), 50-57. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(09\)71146-0](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(09)71146-0)

LOPES, A. (2021). *A Comunicação de Más Notícias em Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2700>

Loureiro, A. (2011). *Satisfação das Necessidade dos Familiares dos Doentes Internados em Unidade de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/1648>

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. *Atas CIAIQ2019 – Investigação Qualitativa em Saúde*, 1(2),1985-1994. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>

Martin, D., Sousa, P., & Baptista, P. (2014). Necessidades dos Familiares do Doente Critico Internado numa Unidade de Cuidados Intensivos: Perspetiva do Enfermeiro. *Sinais Vitais*, 114 (6), 15-26.

Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C., & Pimenta, G. (2014). Formação e Desenvolvimento de Competências de Estudantes de Enfermagem em Contexto de Ensino Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria. [Especial 1]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 97-102. https://www.researchgate.net/publication/263429339_Formacao_e_desenvolvimento_de_competencias_de_estudantes_de_enfermagem_em_contexto_de_ensino_clinico_em_saude_mental_e_psiquiatria

Maxwell, K., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 36(5), 367-376. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.005>

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5.^a ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott William & Wilkins

Meleis, A., Sawyer,L.M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)

- Meleis, A., Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 220-235. DOI: [10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Mendes, A. P. (2016). Impact of critical illness news on the family: Hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 182-189. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Atas CIAIQ2018 – Investigação Qualitativa em Saúde*. 2(1), 203-212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. Artigo e20190056 <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (1.ª ed.) Lusodidacta,
- NUNES, L. (2016). *E Quando Não Puder Decidir?* Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12),1651-1658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>
- Oliveira, L.M.N., & Queirós, P. J. P. (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a População Portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10(2), 77–89.
- Omari, F. (2009). Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 28-34. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01248.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Pardavila Belio, M., & Vivar, C. (2011). Necessidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2),51-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>

Pereira, M. A. (2018). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formasau.

Pereira, T. (2012). *O Conceito do Cuidar na Perspetiva dos alunos de 2º ano do CLE da UFP-Porto*. [Grau de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/3196>

Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica* (6.ªed.). Lusodidacta.

Plowright, C. I. (1996). Necessidades da Visitas na Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Nursing*, 102, 30-32.

Decreto-Lei nº 106/2009 – Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da República. 1ª Série, n.º178 (14-09-2009),6254-6255 . <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17800/0625406255.pdf>

Despacho Normativo n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. (2015-2020). Diário Da República, 2ª Série, n.º 28 (10-02-2015), 3882(2)-(10). <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Despacho Normativo n.º 2902/2013. Diário da República, 2ª Série, nº38 (22-02-2013), 7179-7180. <https://files.dre.pt/2s/2013/02/038000000/0717907180.pdf>

Despacho Normativo nº 16549/2012. Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Diário da República, 2ª Série, nº251 (28-12-2012), 40974 – 40976. <https://files.dre.pt/2s/2012/12/251000000/4097440976.pdf>

Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª Série, nº184 (25-09-2019), 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, nº 26 (06/02/2019), 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº 429/ 2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2ª Série, n.º 135 (16/07/2018). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Direcção-Geral da Saúde (2003). Direcção de Serviços de Planeamento - Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.

Direcção-Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017 (08-02-2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direcção-Geral da Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma nº 015/2013 (04-11-2015). https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Direcção-Geral de Saúde (2013). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor). https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf

Direcção-Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020. Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direcção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalização-do-PNCI_2008.pdf

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3.^a ed.). Livpsic

Sá, F., Rebelo-Botelho, M.A., Henriques, A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. https://www.researchgate.net/publication/302914687_Cuidar_da_Familia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_A_Experiencia_do_Enfermeiro_Caring_for_the_Family_of_the_Critically_Ill_Person_The_Experience_of_Nurses

Santos, L. (2019) *A Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Diretiva Antecipada de Vontade*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2285>

Scgumacher, K. L.; Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C., Costa, N.M.V.N. (2011) Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s)? *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23. DOI:10.12707/RIII1019

Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, (1), 11-20.

Silva, C.F.T., Pedreira, L.C., Amaral, J.B., Mussi, F.C., Martorell-Poveda, M.A., Souza, M.L. (2021). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>

Silva, R. (2020). *Comunicação de Más Notícias à Família do Doente Crítico em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco.] <http://hdl.handle.net/10400.26/33510>

SOARES, M. (2004). Alfabetização e Letramento, Caminhos e Descaminhos. *Pátio*, 29,96-100. <https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/40142/1/01d16t07.pdf>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5.^aed.), Lusodidacta.

Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. (4.ªed.). Fundação Calouste Gulbenkian.


Velez, C.P.G. (2002). Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros. *Nursing*, 168, 17-20.

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F.J., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4) ,501-509.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias um guia para avaliação e intervenção na família* (5.ª ed.). Roca Lda.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - Procedimento de Acolhimento e Acompanhamento à
Família do Doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos**

	Procedimento Técnico	
		Página 1 de 6
Identificação do documento: Procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos		
Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos		

OBJETIVO:

Definir um procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado, com vista a humanizar e dignificar o Cuidar da Família e do Doente Crítico no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

OBJETIVOS:

- Definir as funções e responsabilidades dos profissionais de saúde em relação à família do doente internado na UCI;
- Proporcionar informação necessária à família, a transmitir pelos profissionais de Enfermagem da UCI, através da comunicação verbal e escrita (Guia de Acolhimento);
- Definir registo de acolhimento e acompanhamento à família em SClínico em modelo próprio.

RESPONSABILIDADES:

Compete ao Diretor de Serviço e ao Enfermeiro Chefe/Coordenador a supervisão deste Procedimento Técnico e a toda equipa de enfermagem da unidade a implementação do mesmo.

A gestão das visitas do doente é da competência do Enfermeiro responsável de turno, estando à sua responsabilidade a garantia e supervisão da mesma.

DEFINIÇÕES:

O procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente crítico é uma componente fundamental no processo de Humanização das Unidades de Cuidados Intensivos.


Segundo a OMS (1994), o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual, ou adoção. **Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família.**

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos provoca na família um estado de ansiedade e novas necessidades resultantes do momento de crise pelo qual atravessam. Além do doente, o núcleo familiar também é vítima da doença, tanto a nível físico como emocional, podendo manifestar stress pós-traumático e depressão. A família também necessita de ser cuidada pela equipa multidisciplinar do hospital.

A Humanização tem estado cada vez mais presente na assistência em saúde, sendo importante aprofundar a discussão acerca da saúde dentro de uma visão holística e humanística, uma vez que o respeito pela individualidade das pessoas, a escuta atenta, a valorização das crenças e a comunicação, são ingredientes básicos da humanização.

Como refere Jean Watson (2002), “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (J. Watson, 2002, p. 65). Humanizar é um processo que se vai

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
	Assinatura:		Assinatura:	

	Procedimento Técnico	
		Página 2 de 6
Identificação do documento: Procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos		
Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos		

transformando no dia a dia, ou seja, requer tempo e pressupõe atitudes, valores e comportamentos como, amabilidade, respeito, amor por si e pelos outros, além de satisfação e realização pessoal.


DESCRIÇÃO:

As circunstâncias com as quais uma família se depara quando se desloca ao hospital para acompanhar ou visitar um familiar em estado crítico podem ser muito diversas. Por esse facto, é importante que todos os profissionais, desde a entrada no hospital até ao serviço no qual o doente está internado, estejam sensíveis a esta temática. Até ao contacto efetivo com o familiar internado, todos os passos devem ser devidamente acautelados no sentido de minimizar qualquer impacto negativo. Contudo, cada doente e cada família assumem uma identidade única, o que leva a que qualquer procedimento tenha que ser ajustado a essa mesma identidade.

A – Primeiro contacto da família com a UCI

- 1 – A Assistente Operacional tem conhecimento da comparência de familiares e comunica ao Enfermeiro responsável do doente a presença dos mesmos;
- 2 – A família é acolhida à porta da UCI pelo Enfermeiro(a) responsável do doente, que se identifica, e acompanha-a até à sala das visitas;
- 3 – O Enfermeiro responsável integra a família no espaço da UCI, elucidando-a sobre os seguintes assuntos:
 - Descrição do ambiente físico e humano do hospital e da UCI;
 - Normas de proteção e higienização das mãos;
 - Rotinas do serviço (Cuidados de higiene, alimentação, eliminação, reabilitação, ciclo circadiano, minimização de ruídos, etc.);
 - Número e horário de visitas. É definido o horário e número diário de visitas tendo por base as necessidades da família, de modo a que este procedimento fique devidamente planeado para o dia seguinte e dando preferência aos horários estabelecidos;
 - Comunicação do contacto telefónico direto para a UCI;
 - Pertences do doente e proibição da utilização de telemóvel dentro do serviço;
 - Momentos de acesso à informação clínica;
 - Entrega de Guia de Acolhimento.
- 4 – É identificado familiar(es) de referência, registando contacto telefónico e morada de modo a garantir um interlocutor permanente para obtenção/transmissão de dados importantes sobre o doente. Obtida informação para completar Avaliação Inicial.
- 5 – O Enfermeiro e o Médico responsáveis:
 - Informam sobre a situação clínica;

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
	Assinatura:		Assinatura:	


	Procedimento Técnico	
		Página 3 de 6
Identificação do documento: Procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos		
Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos		

- Obtêm informação para Avaliação Inicial;
 - Explicam técnicas, exames e plano de intervenção ao doente.
- 6 – O Enfermeiro responsável acompanha a família junto da unidade do doente, garantindo os seguintes aspetos:
- Os familiares devem entrar de forma organizada, cumprindo as normas de proteção (EPI´s);
 - Ajustar a entrada às necessidades da família, podendo entrar mais de uma pessoa em simultâneo;
 - Instruir sobre como proceder junto do seu familiar (toque, comunicar);
 - Explicar equipamentos junto do doente;
 - Informar que pode utilizar a sala das visitas, desde que esteja disponível;
 - O tempo de permanência junto do doente deve ser ajustado às necessidades do doente e visitas.
- 7 – O Enfermeiro acompanha a retirada da família, permitindo que a família expresse suas emoções e sentimentos relativamente à situação.
- 8 – O Enfermeiro procede ao registo dos ensinamentos efetuados e da planificação das próximas visitas, em modelo próprio.

B – Segundo e restantes contactos com a família

- 1 – A Assistente Operacional tem conhecimento da comparência de familiares e comunica ao Enfermeiro responsável do doente a presença dos mesmos;
- 2 – A família é acolhida à porta da UCI pelo Enfermeiro responsável do doente, que se identifica, e acompanha-a até à sala das visitas;
- 3 - O Enfermeiro responsável questiona a família, procurando esclarecer dúvidas sobre os ensinamentos já efetuados e completando com aqueles que ainda não foram abordados anteriormente;
- 4 – O Enfermeiro adianta alguma informação sobre a evolução do doente e acompanha família até ao doente, tendo por base os aspetos abordados no ponto A6;
- 5 – Realizada a visita dos familiares junto do doente, os familiares são encaminhados para a sala das visitas, com o objetivo de serem completadas informações clínicas pelo Enfermeiro e Médico responsáveis pelo doente;
- 6 – Deve ser permitido à família que coloque as dúvidas necessárias sobre o estado clínico do doente e prognóstico, assim como que manifestem suas emoções/sentimentos relativamente à situação;
- 7 – Caso seja oportuno, a família deve ser informada sobre o apoio religioso/espiritual existente no hospital;

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
	Assinatura:		Assinatura:	

	Procedimento Técnico	
		Página 4 de 6
Identificação do documento: Procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos		
Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos		

8 – Caso se aplique, tendo em atenção as características dos familiares e o estado de evolução do doente, deve-se identificar e registar a vontade da família poder acompanhar o doente e participar nos cuidados.

O procedimento de acolhimento e acompanhamento da família nas visitas da UCI deve ser flexível, com base nas necessidades do doente e família. Também devem ser tidas em conta as restrições provocadas pelo espaço e pelos procedimentos que possam estar a decorrer nas unidades dos doentes do lado.

Como em qualquer situação, a informação deve ser transmitida de forma clara e concisa, ajustada à capacidade de compreensão da família.

CONTEÚDOS PARA ENSINOS:

- Descrição do ambiente físico e humano da UCI

A Unidade de Cuidados Intensivo da Unidade Local de Saúde do Alto Minho localiza-se no 4º piso da 1ª fase do Hospital de Viana do Castelo. Possui uma sala de espera à entrada do serviço que é partilhada com outros serviços do hospital, nomeadamente, Bloco Operatório e Serviço de Ortopedia. As casas de banho públicas encontram-se no piso 2 (hall de entrada do hospital), junto ao bar. No piso 1 encontra-se o refeitório do hospital.

Dentro da Unidade de Cuidados Intensivos existem 2 alas, cada uma com 4 unidades/boxes. Todas as unidades estão igualmente equipadas e permitem cuidar, tratar e vigiar continuamente doentes em estado crítico. Além da cama, estas Unidades integram outros equipamentos, nomeadamente, um ventilador, um ecrã para monitorização de sinais vitais, seringas e bombas perfusoras para controlo do débito da medicação, entre outros. Estes últimos equipamentos possuem sistemas de alarme que podem ser ativados por diversos motivos e nem sempre representam motivos de preocupação. Além disso, alguns destes equipamentos estão ligados a monitores centrais que permitem observar e controlar à distância, e de forma contínua, o estado do doente.

Além destes espaços, existe uma “sala de visitas” para atendimento aos familiares dos doentes e que poderá ser utilizada pelos mesmos sempre que disponível.

Na UCI trabalham Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos, cujos uniformes são idênticos. Poderá distinguir os profissionais através do cartão de identificação. Esta equipa multidisciplinar é responsável por prestar os melhores cuidados possíveis.

- Normas de proteção e higienização das mãos

Como medidas de prevenção de infeções, as visitas serão providas de Equipamento de Proteção Individual (bata de proteção) e devem desinfetar as mãos com solução alcoólica ao entrar e sair da UCI e ao chegar e sair da Unidade do doente.

Em situações nas quais se requeiram medidas de proteção adicionais, o Enfermeiro responsável informa desta necessidade e providencia o material necessário.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
	Assinatura:		Assinatura:	

Identificação do documento: Procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos

Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos

- Rotinas do serviço (Cuidados de higiene, alimentação, eliminação, reabilitação, ciclo circadiano, minimização de ruídos, comunicação com o doente, etc.)

Desde a admissão até à alta, o doente passa por diversas situações que afetam as suas Atividades de Vida Diária. Na UCI procuramos manter determinadas rotinas das quais destacamos as seguintes:

- Cuidados de higiene no período da manhã, entre as 9h e as 12h;
- Alimentação através de sonda nasogástrica ou nutrição parentérica ou via oral;
- Eliminação urinária através de cateter vesical que permite controlo da diurese horária;
- Eliminação intestinal pode ficar comprometida face à imobilidade e à medicação administrada, pelo que poderão ser administrados laxantes;
- Reabilitação durante o turno da manhã em doentes que possuam critérios, para minimizar os efeitos da imobilidade;
- No serviço são adotadas estratégias com o intuito de transmitir ao doente o momento do dia em que se encontra. Além de se refletir os diversos momentos do dia através da comunicação verbal, durante a noite são apagadas as luzes e reduzidos ruídos. Tudo isto com o objetivo de prevenir situações de delírio;
- Está comprovado que a comunicação e o toque ao doente contribuem favoravelmente para a melhoria do seu estado de saúde;
- A família poderá colaborar nos cuidados de higiene, posicionamentos, alimentação, reabilitação, desde que não seja gerador de stress para o familiar e doente, nem colida com o bom funcionamento do serviço.

- Horário e número de visitas

O horário de visitas definido para a UCI está compreendido entre as 11h30 e as 12h30 e as 14h30 e as 20h. O primeiro contacto com a UCI poderá ocorrer em qualquer horário do dia. Poder-se-ão flexibilizar estes horários, desde que seja devidamente acordado com o Enfermeiro responsável pelo doente.


O número de visitas por doente é variável e deve ser ajustado às necessidades do doente e da família, tendo em consideração aspetos como: o estado do doente, o número de familiares, relação de proximidade, entre outros considerados pertinentes. A família e o doente devem ser envolvidos nesta decisão.

O tempo de visita será sempre gerido de acordo com a condição do doente e família, e do normal funcionamento da UCI.

- Contacto telefónico direto para a UCI

A Unidade de Cuidados Intensivos possui um contacto telefónico direto, facultado através do Guia de Acolhimento e que poderá ser utilizado sempre que a família considere pertinente. Por normativa institucional não é possível facultar informações clínicas através do telefone. Não

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
	Assinatura:		Assinatura:	

	Procedimento Técnico	
		Página 6 de 6
Identificação do documento: Procedimento de acolhimento e acompanhamento à família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos		
Âmbito: Unidade de Cuidados Intensivos		

devem ser efetuadas chamadas telefónicas durante o período noturno, de modo a evitar ruídos e garantir o descanso dos doentes.

- Pertences do doente e proibição da utilização de telemóvel dentro do serviço;

A permanência de um doente na UCI não requer, habitualmente, a existência de pertences, pelo que, devem ser levantados pelos familiares.

- Informação Clínica

Os familiares, preferencialmente o familiar de referência, poderão obter informação clínica no final da visita.

- Entrega de Guia de Acolhimento

O Guia de Acolhimento é entregue ao familiar de referência no primeiro contacto que estabelece com a UCI, devendo-se efetuar a leitura do mesmo.

- Apoio religioso/espiritual

O hospital disponibiliza apoio espiritual ou religioso de diversos credos. Em caso de necessidade, deverão de comunicar ao Enfermeiro responsável pelo doente.

MATERIAL:

Guia de acolhimento das visitas da Unidade de Cuidados Intensivos.

BIBLIOGRAFIA:

Davidson et al. Guidelines for family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU. Critical Care Medicine. Special Article January 2017. Volume 45. Number 1

Passos SSS; Silva JO; Santana VS; Santos VMNS; Pereira A; Santos LM. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):368-74

Heras La Calle, Gabriel et al. Humanizando Los Cuidados Intensivos: La atención al Paciente y su Familia – Presente y futuro centrado en las personas. Proyecto HU-CI. Edição 1. Editorial Distribuna. 2017.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
	Assinatura:		Assinatura:	

**APÊNDICE II - Guia Orientador para o Enfermeiro no Acolhimento da
Família**

Etiqueta do doente

IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR

Nome:
Morada completa:
Cód. Postal:

(COLOCAR ETIQUETA DO DOENTE NO VERSO)

IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR DE REFERÊNCIA:

Nome:
Grau de Parentesco:
Contactos:

ORIENTAÇÕES PARA O ENSINO À FAMÍLIA:

Descrição do ambiente físico e humano da UCI	
Informar sobre localização da Unidade/ Sala de Espera e Casa de banho/Refeitório	
Informar/Reforçar sobre a utilização da sala de visitas	
Descrever e Explicar a Unidade do doente e seus equipamentos	

Horário e números de visitas	
Horário e flexibilidade dos mesmos	
Número de visitas flexível/simultâneo	
Tempo de visita (condição do doente e família, e do normal funcionamento da UCI)	
Contacto telefónico direto	

Normas de proteção e higienização das mãos	
Instruir sobre Equipamentos de proteção	
Instruir sobre desinfeção das mãos (4 momentos)	
Informar sobre medidas de proteção adicionais	

Informação Clínica	
A acesso à informação clínica diária do familiar	
Informar sobre condição geral do doente, dispositivos invasivos/ não invasivos (TOT, CVC, CA, etc.)	
Informar sobre técnicas, exames e plano de intervenção	

Normas e Rotinas do serviço	
Explicar sobre Cuidados de higiene, alimentação, eliminação, reabilitação, ciclo circadiano	
Instruir como proceder junto do familiar (toque, comunicar)	
Espólio do doente	
Proibição da utilização de telemóvel	
Instruir sobre a minimização de ruídos	

Outros aspetos	
Informar que o familiar tem os melhores cuidados possíveis	
Conversar sobre a morte	
Informar sobre Apoio Religioso/Espiritual	

**APÊNDICE III - Guia de Acolhimento das Visitas da Unidade de Cuidados
Intensivos**

VISITAS

A visita da família é o suporte emocional do doente e elo de ligação ao exterior, são um estímulo fundamental na recuperação física e psíquica do doente. É inquestionável a importância da visita, pelo que pode **planear diariamente** com o enfermeiro responsável do doente.

O número de visitas e o tempo de permanência variam de acordo com as necessidades da família, do estado de evolução do doente internado e do funcionamento da UCI.

Se o **doente se encontrar orientado**, com capacidade para tomar decisões, **pode decidir** por quem quer ser visitado.

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Durante o período de visita são fornecidas informações pelo médico e enfermeiro responsáveis pelo doente.

A informação é **confidencial** e só será transmitida a um familiar de referência do doente. Este por sua vez, deverá ser o elo de ligação com os restantes familiares e/ou pessoas significativas.

Através do telefone, só podem ser fornecidas informações de carácter geral previamente planeadas – Contacto Direto **258 802 182 ou 258 802 412** - das 7h às 22h.

A SUA PRESENÇA, O SEU APOIO E A SUA COLABORAÇÃO SÃO FUNDAMENTAIS PARA O BEM ESTAR E RECUPERAÇÃO DO SEU FAMILIAR.

MUITO OBRIGADO!

Enfermeira Chefe
Maria Céu Lima

Diretor do Serviço
Dr. José Caldeiro

Mod. 0714.3 ULSAM Jan/2022

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tem como missão a prestação de cuidados diferenciados, de elevada qualidade.

O principal objetivo da UCI centra-se no doente crítico, que necessita de uma vigilância contínua 24 horas por dia, dando resposta na área de prevenção, diagnóstico e tratamento, procurando sempre a excelência na vertente humana, científica e tecnológica (baseada no princípio da eficácia, eficiência e qualidade).

A UCI é dotada de recursos humanos qualificados e motivados, com meios tecnológicos avançados.

A equipa tem como princípio o respeito da dignidade e autodeterminação de cada doente, estabelecendo padrões de humanização na sua atitude, contribuindo assim para amenizar os momentos mais críticos.

INFORMAÇÕES GERAIS

Ao chegar à UCI encontrará uma porta fechada. Tem acesso a uma campainha, é necessário que toque para sinalizar a sua presença.

Quando for solicitado, a família deve fornecer toda a informação possível sobre o doente (informações clínicas, medicação habitual, alergias, documento de diretivas de vontade).

O familiar de referência deve identificar-se com o seu nome, morada e número de telefone para o contactarmos caso seja necessário (transferência de serviço, urgências, entre outros assuntos).

Se seu familiar possuir objetos de valor e roupa, recolha com a maior brevidade possível.

GUIA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo

Estrada Santa Luzia
4904-858 Viana do Castelo
1ª Fase – Piso 4

e-mail: uci@ulsam.min-saude.pt

Ser-lhe-á pedido que cumpra normas de proteção, de forma a evitar a transmissão de infeções, é fundamental colocar a bata de proteção e a desinfecção das mãos ao entrar e sair da UCI e ao chegar e sair junto do doente.

Caso o seu familiar se encontre com medidas de isolamento, pode ser necessário utilizar outros equipamentos de proteção individual (luvas, máscara e outra bata de proteção). O enfermeiro responsável pelo doente explicará os procedimentos necessários.

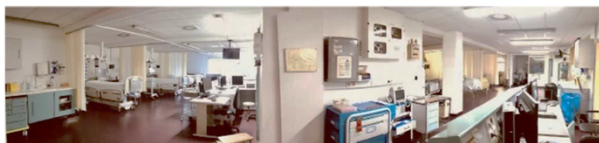
Os objetos de higiene pessoal, roupa, comida ou água para o seu familiar são fornecidos pela UCI.

O uso de telemóvel dentro da UCI é desaconselhado, dado que é importante preservar a intimidade dos doentes. É proibido filmar ou tirar fotografias.

Respeite a tranquilidade e o descanso dos doentes, privilegie o silêncio e modere o tom de voz.

Se sentir que o seu familiar precisa de apoio espiritual ou religioso, comunique ao enfermeiro responsável do doente.

A nossa equipa está disponível para esclarecer as suas dúvidas e escutar os seus receios, emoções e sentimentos.



**APÊNDICE IV - Consentimento Livre e Informado na Participação do
Trabalho de Investigação**

Consentimento Informado Entregue aos Participantes

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Eu, Joana Isabel Mesquita Ferreira, a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, estou a realizar, no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional, um estudo de investigação intitulado “O Atendimento da Família da Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos” que tem como objetivo avaliar as intervenções do enfermeiro no cuidado à família da pessoa em situação crítica numa UCI, nomeadamente: identificar a informação que é transmitida à família; analisar as intervenções facilitadoras de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro e analisar as intervenções do enfermeiro na promoção do apoio e bem-estar da família da pessoa em situação crítica.

Deste modo, solicita-se a sua autorização para colaborar neste trabalho de investigação, onde será acompanhado durante as intervenções à família da pessoa crítica. Será respeitado o anonimato, a confidencialidade das informações e a privacidade do informante. A inclusão no estudo de investigação, só acontecerá após o seu consentimento informado e esclarecido.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____(nome completo do informante), compreendi a informação que me foi transmitida relativa ao estudo de investigação que se pretende realizar sendo que me foi possibilitada a oportunidade de questionar o investigador sempre que considere pertinente e obtive resposta satisfatória, assim como será possível obter esclarecimentos durante a participação no estudo. Assim, declaro que participo de livre vontade, seguindo todas as orientações dos responsáveis do estudo, tendo conhecimento de que a qualquer momento posso desistir do mesmo se essa for a minha vontade, sem que essa decisão me possa causar prejuízo.

Data: ___/___/2019

Assinatura do informante: _____

Assinatura do investigador: _____

**APÊNDICE V - Grelha de Observação sobre as Intervenções do
Enfermeiro na Interação com Família**

Grelha de Observação sobre as Intervenções do Enfermeiro na Interação com Família

Dimensão	Intervenções a observar	Resultados		
		Sim	Não	N.A.
Transmissão de informação	Informa sobre a possibilidade de falar diretamente com um médico ou enfermeiro, e o tipo de informação proporcionada por cada profissional			
	Informa sobre evolução/prognóstico do estado do seu familiar			
	Explica técnicas, exames e plano de intervenção ao familiar			
	Informa sobre plano de transferência enquanto ainda está a ser planeado			
	Transmite informação clara e concisa			
	Responde às questões colocadas e esclarece dúvidas			
Criação de um ambiente adequado para a interação família-enfermeiro	Apresenta o espaço físico e a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos			
	Acolhe em espaço próprio e promove a interação			
	Explica a organização do serviço: - Normas e rotinas do serviço (regras de proteção individual, uso de telemóvel, número de visitas; Horário de visita (flexibilizar quando possível a condições especiais); Contacto telefónico.			
	Acompanha familiar à unidade do doente			
	Instrui sobre como proceder junto do seu familiar (toque, comunicar)			
	Explica equipamento tecnológico da unidade do doente			
Promoção do apoio e bem-estar da família	Informa que pode utilizar a sala de acolhimento quando necessitar			
	Questiona suporte do familiar			
	Cria espaço para expressar emoções/sentimentos relativamente à situação			
	Verbaliza que o familiar tem os melhores cuidados possíveis			
	Promove o diálogo sobre a temática da morte			
	Informa sobre apoio religioso/espiritual			

**APÊNDICE VI - Pedido de Autorização da Realização do Estudo ao Diretor
de Departamento de Medicina Crítica**

Pedido de Autorização de Estudo de Investigação

Exmo. Sr. Diretor do Departamento de Medicina Crítica

05 de Dezembro de 2018

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

Dr. José Caldeiro

Eu, Joana Isabel Mesquita Ferreira, enfermeira a exercer funções no Serviço de Ginecologia na ULSAM, encontro-me a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização da realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema "O Atendimento da Família da Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos", integrado no Estágio de Natureza Profissional a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos.

Esta investigação tem por objetivo principal avaliar as intervenções do Enfermeiro no cuidado à Família numa Unidade de Cuidados Intensivos, aplicando um a grelha de observação como instrumento de recolha de dados. A grelha de observação será aplicada a enfermeiros que desempenhem funções na UCI e durante o período de visita da família ao seu familiar.

Durante o Estágio de Natureza Profissional serei orientada pela Prof.^a Aurora Pereira, docente na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e, Tutoria pela Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica Fátima Cunha da Unidade de Cuidados Intensivos da ULSAM.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, salvaguardando as questões éticas e não prejudicando o normal funcionamento dos Serviços.

Se considerar pertinente, encontro-me disponível para prestar todas as informações ou esclarecimentos que julgue necessários.

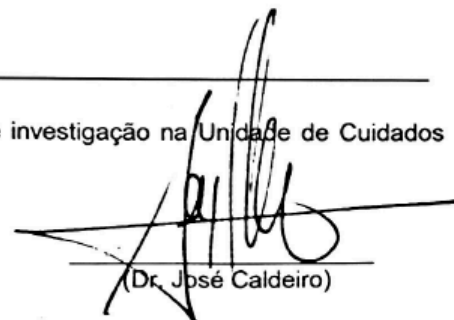
Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada ao assunto, apresento os melhores cumprimentos.

Joana Ferreira

Enfermeira do Serviço de Ginecologia

Declaro não ter nada a opor a realização do trabalho de investigação na Unidade de Cuidados Intensivos da ULSAM.

5 de Dezembro de 2018



(Dr. José Caldeiro)

**APÊNDICE VII - Pedido de Autorização da Realização do Estudo à
Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos**

Pedido de Autorização de Estudo de Investigação

Exma. Sra. Enf.^a Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos
Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)
Enf.^a Maria do Céu Lima

05 de Dezembro de 2018

Eu, Joana Isabel Mesquita Ferreira, enfermeira a exercer funções no Serviço de Ginecologia na ULSAM, encontro-me a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização da realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema "O Atendimento da Família da Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos", integrado no Estágio de Natureza Profissional a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos.

Esta investigação tem por objetivo principal avaliar as intervenções do Enfermeiro no cuidado à Família numa Unidade de Cuidados Intensivos, aplicando um a grelha de observação como instrumento de recolha de dados. A grelha de observação será aplicada a enfermeiros que desempenhem funções na UCI e durante o período de visita da família ao seu familiar.

Durante o Estágio de Natureza Profissional serei orientada pela Prof.^a Aurora Pereira, docente na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e, Tutoria pela Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica Fátima Cunha da Unidade de Cuidados Intensivos da ULSAM.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, salvaguardando as questões éticas e não prejudicando o normal funcionamento dos Serviços.

Se considerar pertinente, encontro-me disponível para prestar todas as informações ou esclarecimentos que julgue necessários.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada ao assunto, apresento os melhores cumprimentos.

Joana Ferreira
Enfermeira do Serviço de Ginecologia

Declaro não ter nada a opor a realização do trabalho de investigação na Unidade de Cuidados Intensivos da ULSAM.

5 de Dezembro de 2018


(Enf.^a Maria do Céu Lima)

ANEXOS

**ANEXO I - Inventário das Necessidades da Família na Unidade de
Cuidados Intensivos (INFUCI)**

Inventário das necessidades da família na unidade de cuidados intensivos
(Molter e Leske, 1983)

Por favor indique (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
1. Saber o prognóstico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
2. Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	_____	_____	_____	_____
3. Falar diariamente com um médico.	_____	_____	_____	_____
4. Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	_____	_____	_____	_____
5. Obter respostas sinceras às questões colocadas.	_____	_____	_____	_____
6. Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	_____	_____	_____	_____
7. Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação.	_____	_____	_____	_____
8. Ter acesso a alimentação no hospital.	_____	_____	_____	_____
9. Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
10. Poder visitar o seu familiar em qualquer momento.	_____	_____	_____	_____
11. Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	_____	_____	_____	_____
12. Ter amigos próximos para me apoiarem.	_____	_____	_____	_____
13. Conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar.	_____	_____	_____	_____
14. Sentir que existe esperança.	_____	_____	_____	_____
15. Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
16. Saber qual é o tratamento médico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
17. Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis.	_____	_____	_____	_____
18. Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	_____	_____	_____	_____
19. Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar.	_____	_____	_____	_____
20. Ter mobiliário confortável na sala de espera.	_____	_____	_____	_____
21. Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	_____	_____	_____	_____
22. Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	_____	_____	_____	_____
23. Ter telefone perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____
24. Ter assistência religiosa/espiritual.	_____	_____	_____	_____
25. Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	_____	_____	_____	_____
26. Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	_____	_____	_____	_____
27. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	_____	_____	_____	_____
28. Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	_____	_____	_____	_____
29. Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	_____	_____	_____	_____
30. Sentir que pode chorar.	_____	_____	_____	_____
31. Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	_____	_____	_____	_____
32. Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
33. Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	_____	_____	_____	_____
34. Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares.	_____	_____	_____	_____
35. Receber informações que eu compreenda.	_____	_____	_____	_____
36. Ter um horário de visitas que comece à hora marcada.	_____	_____	_____	_____
37. Receber informação sobre a assistência religiosa/ espiritual hospitalar.	_____	_____	_____	_____
38. Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
39. Ser informado das intenções e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.	_____	_____	_____	_____
40. Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
41. Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia.	_____	_____	_____	_____
42. Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.	_____	_____	_____	_____
43. Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
44. Poder visitar o seu familiar com frequência.	_____	_____	_____	_____
45. Ter uma sala de espera perto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
46. Outra:	_____	_____	_____	_____