



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior
de Saúde

INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR AOS FAMILIARES DOS DOENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Adriana Lopes Parente Antunes



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior
de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR AOS FAMILIARES DOS
DOENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS

RELATÓRIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio de Natureza Profissional

Relatório Final

Adriana Lopes Parente Antunes

Trabalho efetuado sob a orientação das

Professora Doutora Aurora Pereira

Professora Doutora Isabel Araújo

Dezembro de 2022

AGRADECIMENTOS

A ti, Bruno, marido e companheiro da vida, pela tua compreensão e principalmente pela tua motivação, desde o primeiro dia. Sem o teu apoio, nada disto seria possível. És e serás sempre o meu porto seguro.

Aos meus filhos, Frederico e Francisco, pedir desculpa pelos momentos de ausência quando vocês só queriam a minha companhia para brincar. Isto é por vocês.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Aurora Pereira e Professora Doutora Isabel Araújo, pela aprendizagem e constante disponibilidade demonstradas. Uma palavra de muito apreço à Professora Doutora Aurora, pelo importante apoio e palavras de ânimo, em momentos de desalento durante este caminho.

Ao enfermeiro-chefe José António pela constante motivação profissional que incute nos seus enfermeiros, apesar de todas as adversidades.

Ao enfermeiro Terra, pela ajuda na concretização deste (e outros) projetos e pela motivação em continuar a realizar projetos de melhoria.

Aos enfermeiros e médicos que participaram no estudo, pela disponibilidade e interesse que demonstraram, desde o primeiro dia. Foram, sem dúvida, fundamentais para a realização deste projeto.

A todos os familiares, amigos e colegas, pelas importantes palavras de ânimo, incentivo e esperança que ajudaram e motivaram nesta caminhada.

O meu sincero e profundo, obrigada.

DEDICATÓRIA

A ti, pai,
Que, onde quer que estejas,
Estás sempre comigo.
Sei que hoje me irias abraçar
e dizer o quão orgulhoso estás.

RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como culminar da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional, e tem como principal objetivo a análise crítico-reflexiva de todo o processo formativo de aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na pessoa em situação crítica (PSC). Para a aquisição dessas competências, o contato com o doente crítico, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e as atividades aí desenvolvidas, foram essenciais, como resposta aos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

No domínio da prestação de cuidados, foi possível integrar competências técnicas, científicas e relacionais no cuidado à PSC e à sua família, assim como a capacidade de resposta a situações de emergência e a preocupação na prevenção e controlo de infeções. No domínio da formação, apesar dos constrangimentos provocados pela pandemia por Covid19, foi possível intervir na área da ventilação não invasiva (VNI), recurso importante no tratamento dos doentes internados com Sar-Cov2, com a criação de um cartaz informativo para a equipa. No domínio da gestão, a colaboração com o enfermeiro-chefe e com as enfermeiras com funções de gestão, e a perceção da gestão dos recursos materiais, humanos e relacionais, foi essencial para a aquisição de competências nesta área. Relativamente ao domínio da investigação, a possibilidade de desenvolver um estudo de investigação relacionado com *a informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados em UCI*, com todas as etapas que constituem o processo de investigação, proporcionou o desenvolvimento de competências investigativas, com a pretensão de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à família do doente internado em UCI.

Numa era em que o humanismo é um foco de preocupação pelas instituições de saúde, importa incluir a família do doente crítico no processo de enfermagem e dar atenção às suas necessidades. A necessidade de informação é a mais sentida pelos familiares dos doentes internados em UCI e foi identificada como área a necessitar de intervenção no contexto do estágio. De forma a identificar a informação a proporcionar aos familiares, foi selecionado um grupo de participantes do contexto, e efetuado um *focus grupo*. Os participantes identificaram como importante transmitir, presencialmente, a informação relacionada com o estado clínico e o motivo de admissão do doente. Já a informação relacionada com o funcionamento do serviço, apoios institucionais existentes e regras internas, deverá ser incluída no guia de acolhimento aos familiares dos doentes internados em UCI. Sugeriram a realização de ações de formação sobre comunicação e afirmam a necessidade de envolver toda a equipa multidisciplinar neste processo. Este trabalho, teve o propósito de melhorar a satisfação dos familiares dos doentes internados neste contexto e, conseqüentemente, contribuir para a excelência do cuidar à PSC.

Palavras-chave: enfermagem; unidade de cuidados intensivos; pessoa em situação crítica; *focus grupo*.

ABSTRACT

This Report was written as a final essay for the Nursing Master's Course with Specialization in Medical-Surgical Nursing, reached with the Module – Professional Clinical Practice and its main purpose is a critical-reflective analysis of all the learning process to acquire specialized competences in medical-surgical nursing, for a critical patient. To achieve these competences, working directly with a critical patient, in an Intensive Care Unit (ICU) and all the activities developed during this period were essential to respond to all the domains for the nursing care, training, management and research.

The nursing care domain, it was possible to integrate technical, scientific and relational competencies associated with the humanised care to a critical patient and to his family, as well as the capacity to respond to emergency situations and the infection control and prevention. The training domain, even with pandemic COVID-19 restraints it was possible to intervene in the Non-Invasive Ventilation (NVI), important type of respiratory treatment for SARS COV-2 infected patients, elaborating an informative poster for the team. The management domain, the collaboration with the chief nurse and other nurses with management duties and the perception of governance, technical material, human and relational resources was important to acquire this competence. In the research domain, the opportunity to develop a case study about relevant information given to the ITU patient's family, with the different steps that constitutes the research process, which provided the development of skills in this subject and the intention to contribute to the improvement of nursing care provided to ITU patients and their families.

In a time that humanism is the main concern for the health institutions, it is very important to include the family of a critical patient on the nursing care planning and also give attention to their needs. The patient information is one of the main requests frequently demanded by the ITU patient's family and it was identified as an important subject to focus on the clinical practice intervention. To identify the information to transmit to the patient's family, a group of critical care experts was selected and created a *focus group*. The experts identified the importance of transmit in person information related to the patient clinical status and the admission diagnoses. In other hand, these experts claim that some information should be included in a "unit guide" such as the information related to the unit like the structure, schedule, and intern rules. They also suggest training the health care team about communication and they enhance the need to involve all the health team during the process. This essay has the purpose to improve the patient's family satisfaction in this context and to contribute for excellency of the care given to the critical patient.

Keywords: *nursing; intensive care unit; critical care patient; focus group*

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CDM – Circuito Do Medicamento

CES – Comissão de Ética

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DEFI – Departamento de Ensino, Formação e Investigação

DGS – Direção Geral da Saúde

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EMI – Emergência Médica Interna

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PBE – Prática baseada na evidência

PE – Processo de Enfermagem

PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções e de resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos microrganismos aos antimicrobianos

RENDA – Registo Nacional De Não Dadores

REPE – Regulamento para o exercício da prática de enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO₂ – Saturação de oxigénio

TSR – Técnica de substituição renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VNI – Ventilação Não Invasiva

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	2
Dedicatória.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Abreviaturas, Acrónimos e Siglas	6
Índice de Quadros.....	9
Introdução	10
Capítulo I: Percurso de estágio: Das aprendizagens em contexto clínico às competências especializadas adquiridas	13
1 O contexto do estágio de natureza profissional	15
2 O cuidar da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos.....	17
3 Análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas e competências adquiridas...21	
3.1 Domínio da Prestação de Cuidados	23
3.2 Domínio da Gestão dos Cuidados	41
3.3 Domínio da Formação	45
3.4 Domínio da Investigação	48
Capítulo II: Percurso investigativo: Informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos	50
1 Enquadramento Conceptual	53
2 Percurso Metodológico	58
2.1 A problemática, Questão orientadora e Objetivos	59
2.2 Tipo de Estudo.....	61
2.3 Contexto e Participantes	62
2.4 Instrumento de Recolha de dados	64
2.5 Procedimento de recolha de informação	64
2.6 Procedimento de análise dos dados	66
2.7 Considerações éticas	67
3 Apresentação, análise e Discussão dos resultados	69

3.1	Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	69
3.2	A informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados numa UCI	71
4	Conclusões do estudo e perspetivas futuras	83
	Considerações finais	86
	Referências Bibliográficas	88
	Anexos	92
	Anexo A: Registo de Ocorrências na TSR.....	93
	Anexo B: Lista para a verificação de Delirium em cuidados Intensivos	95
	Anexo C: Manual da Família.....	98
	Anexo D: Parecer da Comissão de Ética	115
	Anexo E: Parecer do Departamento De Ensino, Formação e Investigação	117
	Apêndices	120
	Apêndice A: Cartaz VNI.....	121
	Apêndice B: Manual de Administração e Conservação de Fármacos	123
	Apêndice C: Consentimento para a participação no estudo.....	135
	Apêndice D: Guião da entrevista do Focus Grupo	137
	Apêndice E: Matriz de redução de dados.....	139
	Apêndice F: Pedido de autorização de realização do estudo ao concelho de administração	143
	Apêndice G: Pedido de autorização de realização do estudo à comissão de ética	145
	Apêndice H: Proposta de Guia de Acolhimento aos Familiares dos Doentes Internados na UCI	147

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes	70
Quadro 2 – Informação a proporcionar aos familiares dos doentes internado numa UCI: Categorias e subcategorias	72

INTRODUÇÃO

A atualização continua de conhecimentos e o aperfeiçoar de saberes e competências já adquiridos, é uma necessidade constante em Enfermagem. Desta forma, os profissionais de saúde sentem, no seu dia-a-dia, a exigência de acompanharem a evolução científica e tecnológica, tendo a necessidade de se atualizarem e de se formarem continuamente ao longo da sua atividade profissional. Por outro lado, vivemos numa era em que o acesso à informação é cada vez mais facilitado e o doente, assim como a sua família, têm noção dos seus direitos e do seu papel na instituição hospitalar, exigindo dos profissionais de saúde, cada vez mais, cuidados de qualidade, com elevado rigor técnico, científico e humano. Por isso, com o foco na busca contínua da excelência da profissão, a formação especializada assume um papel fundamental para este objetivo, contribuindo para o crescimento profissional e individual e também para melhoria da qualidade dos cuidados. Foi com este foco que iniciei este processo de aprendizagem, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), com o objetivo de adquirir novas competências e aperfeiçoar as já existentes e contribuir para a melhoria da qualidade assistencial ao doente e à sua família.

Considero-me uma apaixonada pela minha profissão, mas principalmente pela área que decidi abraçar desde o início da minha carreira: os Cuidados Intensivos. Esta minha paixão começou ainda na minha formação como enfermeira. O meu último estágio curricular, opcional, levou-me a uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A abordagem detalhada e cuidada do doente, o ambiente controlado e tecnológico, a complexidade de conhecimentos que esta área obriga a deter, fascinaram-me desde logo. Lembro-me de ter vivenciado uma mistura de sentimentos: por um lado, medo de não ser capaz de responder à exigência e complexidade do contexto, mas por outro, muito entusiasmada pelo desafio. Esta paixão levou a que toda a minha atividade profissional fosse de investimento nesta área científica.

O presente documento resulta do Estágio de Natureza Profissional (ENP) realizado no âmbito do CMEMC da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), com a orientação da professora doutora Aurora Pereira e da professora doutora Isabel Araújo. A escolha do local da realização deste ENP, teve algumas limitações devido à pandemia por Covid 19, pelo que recaiu a possibilidade da sua realização na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde exerço funções. Nesta unidade, ao longo de mais de 10 anos de atividade profissional, tem proporcionado um profundo crescimento como enfermeira e como pessoa, na convivência diária com a equipa, mas sobretudo no contacto com os doentes e a sua família. Apesar de ser um contexto familiar, o

desenvolvimento de um estágio desta natureza, no local onde exerço a minha atividade profissional, fomentou uma atitude mais crítica sobre a prática e um olhar mais incisivo sobre alguns aspetos, principalmente naqueles domínios que estão para lá da prestação de cuidados. O desenvolvimento de atividades nos domínios da gestão e da formação, assim como desenvolver um trabalho de investigação, foram essenciais no alcance de competências da enfermagem especializada, fundamentais na prestação de cuidados de excelência ao doente crítico.

Este percurso académico no papel de estudante numa UCI, proporcionou uma perspetiva um pouco diferente da habitual como enfermeira desta unidade, permitiu estar alerta para alguns aspetos que na prática diária escapam, e debruçar sobre uma temática alvo da preocupação dos profissionais deste contexto: o acolhimento e acompanhamento dos familiares dos doentes internados na UCI. Esta preocupação foi ainda mais crescente após experiencarmos a dura realidade da pandemia por Covid-19, em que os familiares ficaram impedidos de visitar os seus entes queridos, em que a informação, muitas vezes escassa, a que estes familiares tinham acesso, dependia da disponibilidade do médico ou enfermeiro em contactá-los por telefone. Felizmente as limitações de visitas foram ultrapassadas, mas o acolhimento dos familiares dos doentes internados na UCI continua a ser exíguo. O que fazer então para melhorar o atendimento à família do doente? Primeiro, foi feita uma pesquisa acerca das necessidades dos familiares dos doentes em UCI onde concluí que a principal necessidade sentida pelos familiares é a de informação. Assim, partindo deste princípio, surgiu a questão de investigação: *Qual a informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados na UCI?*

Foi partindo desta preocupação transmitida não só pelos enfermeiros da UCI ao longo deste ENP, mas também pelo enfermeiro-chefe, que surgiu a motivação e a determinação de investir na comunicação com os familiares, mais particularmente na informação a transmitir aos familiares dos doentes internados na UCI. Para tal, foi reunido um grupo de elementos deste contexto e realizado um *focus grupo*, com o objetivo de identificar a informação que deverá ser proporcionada aos familiares dos doentes internados na UCI.

Em concordância com os objetivos e competências do plano de estudos conducente ao grau de mestre do CMEMC e tendo em conta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica (EEMC) na pessoa em situação crítica (PSC), foram definidos os seguintes objetivos para este ENP:

- Desenvolver e aprofundar competências na prestação de cuidados especializados à PSC e sua família, em contexto de cuidados intensivos, numa prática profissional, ética e legal;
- Identificar prioridades de intervenção e antecipar focos de instabilidade e/ou risco de falência orgânica na PSC;
- Identificar focos de intervenção, particularmente os relacionados com a segurança e controlo da infeção, no cuidado à PSC;
- Desenvolver competências na organização e gestão da UCI, ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa e multidisciplinar;
- Consolidar e transportar para a prática os conhecimentos adquiridos na componente teórica do CMEMC, numa prática baseada na evidência;
- Identificar focos de intervenção ao nível da formação em serviço e contribuir para a melhoria assistencial da equipa da UCI através de ações de formação;
- Desenvolver competências na prática de investigação.

O presente relatório pretende ser o culminar de um longo processo de aprendizagem, e espero com ele refletir todas as atividades desenvolvidas na prática clínica e no processo de investigação. Assim sendo, relativamente à sua estruturação, o presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos: o primeiro, direciona-se para o percurso de estágio, nomeadamente para a descrição/reflexão das aprendizagens em contexto clínico e competências especializadas adquiridas. No segundo capítulo, apresentamos o estudo efetuado sobre a *Informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados na UCI*. Terminamos este relatório com considerações finais, onde contrastamos os objetivos previamente definidos com as conclusões alcançadas, fazendo projeções para futuras intervenções e atividades na UCI.

CAPÍTULO I: PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM
CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS

A atualização contínua do saber é fundamental em qualquer área profissional, mas nas ciências da saúde esta é uma exigência constante. O avanço contínuo do conhecimento e da tecnologia, exige dos profissionais uma adaptação contínua às mais atuais recomendações de avaliação, intervenção e aperfeiçoamento da prática clínica. É essencial que o profissional de saúde, em particular os enfermeiros, acompanhem esta evolução e tenham um espírito proativo na busca do conhecimento.

Foi com este pensamento que partimos para este processo formativo, com a certeza de que muito seria o conhecimento a adquirir, não só durante o estágio, como na pesquisa exigida para a elaboração deste relatório. O estágio é por si só uma fase de aprendizagem importante em qualquer área de intervenção de enfermagem, na medida em que complementa e assimila conhecimento, técnicas e procedimentos diversos, utilizados no exercício da profissão, sendo ainda uma excelente oportunidade para colocar em prática os saberes alicerçados e refletir sobre essa mesma prática. É importante que, após este período de aprendizagem, o enfermeiro mobilize para a sua prática diária, o ensinamento absorvido já que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012, p.12).

Nas próximas páginas, segue-se a descrição do contexto do estágio, as atividades e competências desenvolvidas, discriminadas e agrupadas segundo os domínios de intervenção do enfermeiro especialista.

1 O CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O edifício da unidade hospitalar alvo deste ENP, é um monumento de interesse nacional e representa uma das maiores obras erguidas pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, um dos raros locais, na altura, preparados para receber vítimas de catástrofes e grandes acidentes. No entanto, em 1992, a crescente necessidade de ampliação e modernização, levaram à criação de um novo edifício contíguo ao já existente, dotando-o de condições para responder a novos desafios.

Atualmente, este centro hospitalar é composto por quatro polos todos reunidos pela missão da prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema; a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional; a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.

No que diz respeito à área assistencial, este hospital está dividido em 7 departamentos – Departamento de Medicina, Departamento de Cirurgia, Departamento de Neurociências, Departamento de Imagiologia, Departamento de Patologia, Departamento de Ortopsiatria e Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência. É neste último que se integra o serviço onde este estágio se desenvolveu. Esta UCI é uma unidade de nível III, já que apresenta uma equipa funcionalmente dedicada, assistência médica por intensivistas em presença física 24 horas, assegura meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e implementa medidas de controlo contínuo da qualidade (Portugal, 2013, p. 58). Este serviço possui ainda idoneidade formativa nível C já que são “reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação de internos em formação específica e de Intensivistas, em conformidade com os requisitos delineados no documento orientador de formação em Medicina Intensiva” (Portugal, 2013, p. 56).

Em 2012 ocorreu a fusão das unidades de cuidados intermédios existentes - a Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, a Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência e o Serviço de Cuidados Intermédios Pós-cirúrgicos - dando origem à Unidade de Cuidados Intermédios Médico-cirúrgicos que se agrega à UCI, partilhando um espaço físico contíguo e a mesma equipa clínica. Atualmente, este serviço está capacitado para receber tanto doentes de cuidados intensivos como de cuidados intermédios.

É um serviço composto por 3 salas, tendo cada uma das salas a capacidade para 12 camas, perfazendo um total de 36 camas. Durante a pandemia de Covid 19, houve a necessidade de capacitar todas estas camas para receberem doentes de cuidados intensivos e foram equipadas com ventiladores, no entanto, dá-se preferência a que os

doentes de cuidados intensivos fiquem internados nas primeiras camas – sala 1 – e os doentes de intermédios nas outras duas salas. A sala 1 tem a capacidade de apenas 10 vagas, já que se reservam duas camas para receber doentes no pós-operatório de transplantes hepático ou reno-pancreático ou para situações de catástrofe. Por este motivo, o rácio enfermeiro-doente é diferente na sala 1 das restantes salas. Na sala 1, devido à tipologia de doentes, o rácio é de 1:2, enquanto nas outras duas salas é de 1:3.

É um serviço com uma equipa multidisciplinar numerosa, contando com um corpo clínico diverso, com diferentes especialidades, desde Intensivistas a anestesistas, Medicina Interna e Pneumologia. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 108 enfermeiros entre eles enfermeiros especialistas das áreas da Reabilitação, da Saúde Mental e da Médico-cirúrgica. Entre estes, existem 3 enfermeiros especialistas em reabilitação com funções de reabilitação e 2 EEMC a exercer funções de gestão, que colaboram com o enfermeiro-chefe na gestão e organização do serviço.

Esta UCI é, portanto, uma unidade polivalente, recebendo doentes de qualquer especialidade, mas é serviço referência para os doentes Neurocríticos, estando fisicamente perto do Bloco Operatório de Neurocirurgia, assim como das enfermarias de Neurocirurgia e TCE (Traumatismo Cráneo-Encefálico). Esta UCI é assim responsável pela Emergência Médica Interna (EMI) destes serviços, dando apoio rápido em casos de emergência. Esta UCI é também responsável pela admissão dos doentes no pós-operatório imediato de transplantação hepática e reno-pancreática, sendo da responsabilidade de uma equipa de enfermagem e médica específica, os cuidados nas suas primeiras 24h.

Durante a pandemia por Covid 19, várias estruturações foram feitas, exigindo dos gestores hospitalares a adoção de medidas eficazes no tratamento dos doentes infetados com SARS-CoV-2, tentando minimizar o impacto nos outros doentes. Foi então assumido que esta UCI ficaria responsável por receber esta tipologia de doentes nos 4 quartos de isolamento que o serviço dispõe. No entanto, no universo hospitalar, a tipologia de doentes vai-se alterando, e na fase em que elaboro este documento, a incidência de doentes graves infetados com SARS-CoV-2 encontra-se reduzida, permitindo assim que os quartos de isolamento sejam suficientes para acomodar estes doentes, por um lado, e por outro, permite que outros doentes recebam tratamento diferenciado atempadamente, visto haver disponibilidade de vagas para as outras patologias. Mas reside ainda a dúvida de se esta situação permanecerá assim no tempo. É por isso fundamental que haja elementos com capacidade organizativa e de gestão, que atuem de forma preventiva e eficaz, perante situações inesperadas, como é o caso de uma pandemia ou outra situação de catástrofe.

2 O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As primeiras UCI datam dos anos 50, em Copenhaga, em que, num surto de Poliomielite, os profissionais de saúde começaram a agrupar os doentes mais críticos, de forma a serem rigorosamente observados, monitorizados e ventilados, surgindo a nova tecnologia da ventilação mecânica e impulsionando a criação de unidades especializadas para o tratamento de doentes críticos (Oliveira, 2020). Em Portugal, as primeiras UCI surgiram no final dessa década e desde então todo o desenvolvimento tecnológico e avanço terapêutico permitiram gradualmente que os doentes graves tivessem mais hipóteses de tratamento e consequentemente o reconhecimento do papel do enfermeiro na observação e na monitorização dos doentes críticos (Oliveira, 2020).

Mas, muito antes da existência das UCI, os doentes críticos já eram cuidados pelos enfermeiros, até porque, a arte de cuidar está na génese da enfermagem e é ela a parede mestra de toda a profissão. É impossível falar de enfermagem sem falar de cuidar. “Tornar-se um membro participante na prática de enfermagem, implica que se assuma uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar” (Benner, 2001, p.12). Mas ao longo dos tempos, esta arte tem sofrido importantes evoluções, face ao desenvolvimento da saúde que se vem registando, e à preocupação, cada vez mais presente, com a humanização dos cuidados.

E não se poderá falar de cuidar sem falar em humanização, já que o alvo da intervenção do enfermeiro é o corpo humano na sua vertente holística, incluindo o entorno psicossocial da pessoa. No entanto, dada a natureza do contexto e à urgência de atuação, os enfermeiros de cuidados intensivos têm o seu foco no cuidado à PSC e no tratamento do evento crítico, e deixam para segundo plano a atenção e o cuidado à família. Tal está relacionado com a emergência das intervenções técnicas, a necessidade de vigilância e monitorização constantes, em que está em causa a estabilidade clínica do doente e a sua sobrevivência. No entanto, paralelamente aos cuidados vitais que emergem da situação clínica do doente, o enfermeiro deverá dedicar atenção às necessidades dos seus familiares e não negligenciar a construção de uma relação terapêutica, tão importante no processo de tratamento. A evolução e a modernização das UCI passam por combinar os avanços técnicos e científicos com uma atenção nos cuidados centrados nas pessoas – doentes, famílias e profissionais (Alonso-Ovies & Heras de la Calle, 2019).

No Regulamento n.º 429/2018, respeitante às competências específicas do EEMC à PSC, definiu os Cuidados de enfermagem à PSC como sendo:

“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 429/2018, p. 19362)

São, portanto, cuidados que exigem do profissional de saúde um nível de atenção e dedicação intensivos e contínuos, para poder responder eficazmente e atempadamente às necessidades vitais do doente, não descurando nem negligenciando a componente relacional tanto com o doente como com a sua família.

A PSC é definida no referido regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, como “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” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). É aquela pessoa que, dado a sua gravidade, exige a mobilização de vários recursos, humanos e materiais, para que a sua sobrevivência seja assegurada com o mínimo de morbilidade. Por outro lado, exige dos profissionais de saúde o recrutamento da máxima atenção na vigilância e monitorização, assim como a mobilização de competências técnicas e cognitivas no tratamento e na prevenção de complicações. Para a PSC e a sua família, os inúmeros profissionais que intervêm, a rapidez de atuação, a complexidade de procedimentos e a diversidade de equipamento que o rodeia, são fatores geradores de stress e ansiedade.

A verdade é que, o internamento em UCI constitui, na maioria das vezes, um evento inesperado e gerador de situações de stress e ansiedade, não só para o doente, como também para a sua família. A estrutura familiar sofre um abalo, necessitando muitas vezes de adaptação de papéis e de funções que podem não ser bem vividos e por isso geradores de desajustes que, ao permanecerem no tempo e ao não serem devidamente e atempadamente identificados, podem pôr em causa toda a dinâmica familiar. O Enfermeiro, como elemento na equipa de saúde mais próximo do doente, deverá prestar igual atenção à família, identificando as suas necessidades e planeando intervenções que visem promover um conhecimento pleno da situação e assim culminar na aceitação e compreensão da doença do seu familiar.

As UCI são, cada vez mais, serviços equipados com a mais alta tecnologia em saúde, em que o doente é rodeado de equipamento complexo e alarmes intimidantes e, por isso, são vistas, de forma equivocada, como serviços despidos de conforto e humanização. Os cuidados de enfermagem nestas unidades estão associados à tecnicidade e agilidade dos procedimentos, à complexidade das ações e à presença

constante da finitude da vida. No entanto, os cuidados de enfermagem à PSC têm registado significativos avanços no que se refere à qualidade da assistência à pessoa, devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área nos últimos anos (Sá, Botelho e Henriques, 2015).

O contexto de emergência inerente ao ambiente dos Cuidados Intensivos, imprime características complexas ao cuidado de enfermagem à PSC, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática. “O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá et al., 2015, p. 33). A urgência da atuação, a constante imprevisibilidade e a necessidade de atenção máxima, leva a que os profissionais tendam a privilegiar as intervenções de cariz técnico, relegando para segundo plano as de cariz relacional. Até porque, pela gravidade da situação, o doente não é muitas vezes consciente do ambiente que o rodeia, apercebendo-se apenas da gravidade da situação que viveu, no momento da recuperação. Já a sua família, na maioria das situações, vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas seguintes ao incidente que motivou o internamento daquele seu ente querido. Como refere Eggenberger & Nelms citado por Sá et al. (2015, p.33), “a família do doente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional”. Os enfermeiros são profissionais de saúde capacitados para avaliarem e intervirem nas necessidades não só do doente, mas da sua família, devido à sua presença constante junto do doente e à relação única que criam com o doente e a família no exercício da sua atividade profissional (Sá et al., 2015).

Afaf Meleis construiu a sua Teoria das Transições tendo como pressuposto que a pessoa ao longo da sua vida vai experimentando várias mudanças – transições - de diferentes tipos, que exigem uma adaptação a uma nova realidade, função ou papel. Chick & Meleis (citado por Zagonel, 1999, p.25) definem então como Transição “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. São como “pontos de mudança os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, conduzindo-a a novas autoconcepções” (Mercer, 1988 citado por Zagonel, 1999, p.26). Segundo Meleis (2012, p.100), transição implica uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis, nas expectativas ou habilidades, pois “a transição requer que o ser humano incorpore um novo conhecimento, para alterar o comportamento e, portanto, mudar a definição de si no contexto social”.

Segundo Meleis, o enfermeiro, pela posição privilegiada de proximidade para com o doente e a sua família, deverá identificar as necessidades individuais da pessoa doente e as perdas que ocorrem durante o processo de transição, estabelecendo intervenções

terapêuticas de enfermagem (Silva, Mendes e Antunes, 2021). O enfermeiro deverá assumir um papel atento e proactivo na identificação destas transições e na busca das necessidades que o doente e família apresentem, já que estes passam por vários processos de transição e muitas vezes de forma súbita e simultânea. “Os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experienciar, a antecipar ou a completar o ato de transição, quer seja no estado saúde/doença, no papel relacional, nas expectativas ou nas capacidades; o que denota mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos.” (Meleis, 2000, p. 13). Os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores dos doentes e famílias que se encontram num processo de transição e preparam-nos para essa transição, sendo também facilitadores do processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis [et al.], 2000). Nessa perspetiva, a enfermagem cuida no sentido de promover a adaptação da pessoa/família a um processo de transição, desencadeando respostas positivas, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

Deste modo, o enfermeiro deverá, desde logo, estar atento e sensível às necessidades da família do doente que acaba de entrar na UCI. É fundamental iniciar, desde logo, uma relação de proximidade e de empatia com a família e fazer a identificação das suas necessidades e preocupações, para que situações de ansiedade e sofrimento não evoluam para uma situação patológica e de mais difícil resolução. O enfermeiro e a equipa de saúde deverão tomar consciência de que, apesar de estar a maior parte do dia sem a presença da sua família, a PSC não existe sozinha. O seu entorno, as pessoas significativas na sua vida, encontram-se, de forma invisível, permanentemente com ela, e encontram-se em constante sobressalto por terem um ente querido internado numa UCI.

E quando é mencionado o termo “família do doente crítico”, a referência é abrangente, e inclui aquelas pessoas da esfera privada do doente que poderão não ter relação familiar direta com este. A pessoa significativa do doente poderá não ter qualquer vínculo familiar ou laço sanguíneo, mas ser considerada “família” para o doente. Por isso, ao longo deste relatório, será utilizado o termo “família” na referência ao cuidador, familiar, amigo, companheiro ou qualquer outra pessoa que seja significativa na vida do doente crítico.

3 ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Desenvolver um estágio desta natureza num ambiente já familiar, fomentou momentos de reflexão acerca da prática diária e permitiu que fossem desenvolvidas atividades direcionadas para as competências do EEMC, mais especificamente na área da PSC. A complexidade de situações derivadas do evento crítico, obrigam o enfermeiro especialista à mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à PSC e à sua família.

Correia (2012) descreve competência, no seu sentido lato, como um termo ligado à qualificação, capacidades, habilidades ou atributos e implica a mobilização dos saberes da forma mais adequada em cada situação e contexto. Mas, o termo *clinical nursing competence* tem uma dimensão que vai para além do rigor dos procedimentos de resposta à doença, implicando uma abordagem holística em cada pessoa na sua situação, o que reflete a natureza complexa dos cuidados de enfermagem (Correia, 2012). No Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), competência é definida como passível de descrever conhecimentos, habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

Este regulamento (Regulamento n.º 140/2019) surgiu com o objetivo de definir o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, perfil este que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados. Estas competências são transversais a todas as áreas de intervenção especializadas e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019).

Estas competências pretendem dotar o enfermeiro especialista de capacidades científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados nas áreas específicas, das quais fazem parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Já as competências específicas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de

um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

As competências especializadas são, portanto, desenvolvidas e aprofundadas nos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Para além das competências inerentes à sua formação de base e as decorrentes da prática, o enfermeiro especialista deverá possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas, permitindo atuar sobre as necessidades de saúde do grupo-alvo, nos diferentes contextos, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, espera-se que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos teóricos, alicerçados nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística e com elevado nível de qualidade (Oliveira, 2020). Particularmente neste contexto, o enfermeiro especialista na PSC, deverá empenhar-se na minimização do impacto negativo na PSC e nos seus familiares, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas e a sua intervenção deverá ser precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística (OE, 2017).

Tendo em conta o acima descrito e tendo por base o exposto no Regulamento das Competências Comuns e Específicas do EEMC na PSC, a seguinte reflexão acerca das atividades desenvolvidas foi orientada segundo os quatro domínios: o domínio da prestação de cuidados, o domínio da gestão, o domínio da formação e por fim o domínio da investigação.

3.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A reflexão acerca das vivências e das experiências decorrentes da prática clínica, são essenciais para o crescimento individual e profissional. É dessa reflexão e da constante busca pelo saber que se desenvolve o conhecimento, contribuindo assim para a excelência da prática que se irá refletir em ganhos em saúde. Tal como refere no artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (2015), integrado no estatuto da OE pela lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, o enfermeiro, na procura da excelência do exercício profissional, assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Portugal, 2015, p. 8080). É por isso essencial que o enfermeiro acompanhe este progresso e seja ele próprio elemento ativo no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, competências estas que irão contribuir para uma prestação de cuidados de qualidade. A busca constante pelo conhecimento, a aquisição de novas competências e o aperfeiçoamento das já existentes, são essenciais a uma assistência de qualidade e mais humanizada.

Patrícia Benner, na sua obra *De iniciado a Perito* (2001), defende que o enfermeiro, desde a sua formação inicial, adquire conhecimentos e competências durante a sua prática. Esta defende que “a prática é, em si mesma, um modo de obter conhecimento (...), é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, pp. 12-14). Consequentemente, na busca pela melhor qualidade dos cuidados prestados num âmbito mais especializado, é fundamental o desenvolvimento de competências mais específicas, que deverão ser desenvolvidas ao longo da vida profissional do enfermeiro, num percurso de iniciado a perito.

O processo formativo surge como uma fase crucial para o desenvolvimento de novas competências e para o aperfeiçoamento das já existentes. Como já referimos, o facto de realizar este estágio num ambiente familiar permitiu, por um lado, que algumas fases fossem ultrapassadas, como a de integração ao espaço físico e à organização do serviço, e, por outro, permitiu o olhar mais profundo para práticas familiares, já que no dia-a-dia, com as tarefas inerentes à prestação de cuidados, o espaço para a reflexão sobre a prática acaba por ficar muitas vezes negligenciado. E este é um aspeto importante a salientar desta experiência formativa. O aguçar da curiosidade e o olhar crítico das atividades desenvolvidas é fundamental na prática diária do enfermeiro especialista. Para mim, a componente teórica deste CMEMC foi o gatilho para a mudança de atitude como enfermeira e que procurei levar para este ENP. O contacto e a transmissão de saberes por

parte de enfermeiros especialistas no papel de docentes, elevando a complexidade do pensamento a um nível superior, contribuiu para que a minha postura neste ENP fosse procurar não só lacunas na minha própria prática e encontrar estratégias para as limar, mas também olhar para o ambiente que me rodeia de uma forma crítica e construtiva, sempre com o foco na melhoria dos cuidados prestados.

Esta especialização surge assim, de um percurso já longo e consistente na área do doente crítico, percurso este pautado pela procura constante em fazer mais e melhor. A complexidade de conhecimentos que a área do doente crítico abrange, exige do enfermeiro uma atualização constante de saberes que levarão à otimização da sua prática. No exercício da sua atividade profissional, o enfermeiro deverá responder aos mais altos padrões de qualidade e ir de encontro não só às necessidades do doente e família, mas também responder aos objetivos e missão da instituição. Este estágio revelou-se como um processo fundamental na adoção de uma postura mais crítica acerca da prática e proporcionou-nos momentos de reflexão acerca do papel do EEMC numa UCI.

O Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2ª série – n.º 135 – 16 de julho de 2018 explana as competências específicas do EEMC na PSC. Segundo este regulamento, este enfermeiro especialista:

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

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

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359)

Foram várias as atividades desenvolvidas ao longo deste ENP e os momentos de reflexão acerca da prática, partilhadas não só com a equipa de enfermagem como com outros profissionais da equipa multidisciplinar. De forma a fundamentar o desenvolvimento das competências exigidas ao EEMC na área da PSC, segue-se a reflexão acerca das atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados ao doente crítico internado na UCI.

CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A vivência de um evento crítico, quer seja na primeira pessoa ou no papel de familiar, é uma experiência marcante na vida de qualquer pessoa. Seja pela sua gravidade ou pela sua imprevisibilidade, o internamento numa UCI obriga a alterações e adaptações significativas quer na funcionalidade do dia-a-dia, como na saúde e bem-estar da pessoa e da sua família. Tal como reforça Mendes citado por Cabete (2019, p.2) “uma doença aguda ou um acidente que leve ao internamento numa unidade de cuidados intensivos constitui-se como uma transição abrupta, de um estado de saúde para uma condição crítica, exigindo do cliente e da sua família mecanismos de adaptação”.

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362). A PSC exige de toda a equipa multidisciplinar uma intervenção rápida e eficiente, de forma a estabilizar a sua situação clínica. O mesmo regulamento, na definição de PSC, prevê a emergência de atuação da equipa de saúde, perante uma vida que se encontra em falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, já que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018). Percebe-se, portanto, a necessidade de intervenção imediata e conjunta de toda a equipa multidisciplinar, que une esforços com um único objetivo: a sobrevivência com o mínimo de morbilidade possível.

A estrutura física de uma UCI deverá estar dotada de equipamento necessário para uma adequada monitorização do doente crítico. Nesta UCI, todas as unidades estão dotadas de monitor com monitorização de eletrocardiograma, tensão arterial invasiva e não invasiva, SpO₂ (Saturação de Oxigénio) e temperatura, assim como bombas infusoras (no mínimo 4) e ventilador mecânico devidamente montado e testado (pronto a ser utilizado). Antes do período de pandemia por Covid 19, a sala 2 e a sala 3 não tinham ventiladores nas unidades, já que estas duas salas recebiam exclusivamente doentes de intermédios, ou seja, doentes que não estavam ventilados de forma invasiva. Durante a pandemia, esta UCI foi a unidade de referência para receber doentes infetados com SARS-CoV-2 graves e devido à urgência de ventilar de forma invasiva praticamente todos os doentes admitidos, houve a necessidade de dotar este serviço de ventiladores mecânicos em todas as 36 unidades. Todo este equipamento já existente na unidade, permite uma monitorização imediata do doente admitido e um início rápido de terapêutica emergente.

A admissão de um doente crítico em contexto de cuidados intensivos, é na sua larga maioria, uma situação programada em que é possível haver uma preparação prévia da

estrutura física que vai receber o doente. Na UCI, a maioria da proveniência dos doentes internados é do bloco operatório e por isso é possível haver uma preparação da unidade já que é feito um contacto prévio com o médico responsável e lhe é proposto e descrito o doente. Depois de aceite o internamento pelo médico responsável, a informação clínica relevante é passada ao enfermeiro responsável, que geralmente é um EEMC, responsável por gerir as vagas da unidade. Este enfermeiro passa a informação à equipa de enfermagem, que fica responsável por preparar a unidade onde irá ser alocado o doente, dotando-a do equipamento necessário para a sua adequada vigilância.

Esta preparação da unidade do doente é um passo fundamental na admissão do doente crítico. A PSC, dependendo do problema que originou o seu internamento, pode ter necessidades de monitorização diferentes e específicas. Por exemplo, esta UCI é o serviço de referência para os doentes do foro Neurocirúrgico. Estes necessitam de equipamento específico para vigilância neurológica, como seja o invus (sistema de monitorização que fornece indicações contínuas e não invasivas de alterações na saturação regional de oxigénio no sangue e nos tecidos cerebrais) ou a monitorização da pressão intracraniana. Este tipo de monitorização necessita que o enfermeiro tenha conhecimentos não só na montagem e manuseamento do equipamento, como na interpretação dos dados dele fornecidos. É importante que o enfermeiro tenha habilidades para solucionar, por exemplo, um aumento da pressão intracraniana, identificando a sua causa e agindo de forma a solucionar o problema, que podem ir desde o posicionamento correto da cabeça e pescoço, à elevação da cabeceira da cama do doente ou, finalmente, pelo recurso a fármacos. A elevação da pressão intracraniana leva a sofrimento cerebral, podendo levar a lesões isquémicas irreversíveis. Daí a importância de o enfermeiro identificar e atuar rapidamente perante um evento crítico. Este deverá “responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Foi preocupação durante este percurso, a preparação da unidade do doente e a organização do espaço físico. A montagem dos ventiladores é um procedimento da responsabilidade dos técnicos destes materiais que, diariamente, se deslocam ao serviço para a sua manutenção. No entanto, houve oportunidade de efetuar este procedimento, já que, o elevado apoio que a UCI dá ao bloco operatório e ao serviço de urgência, na gestão do internamento dos doentes críticos, obriga este serviço a celeridade na disponibilização de vagas. Foi possível colaborar na gestão destas vagas com o enfermeiro responsável de turno e agilizar com os restantes elementos da equipa a melhor alocação do doente a ser admitido.

A colaboração na admissão de vários doentes, de várias especialidades foi intervenção frequente neste ENP. É primordial, desde logo, identificar focos de instabilidade no doente, que muitas vezes vão de encontro ao motivo de admissão no serviço, e atuar em conformidade de forma a minimizar danos permanentes na PSC. Foi notória a atenção que a equipa de enfermagem dá a estes focos de instabilidade, sendo muitas vezes os que os identificam, alertando a equipa médica para a adequação do tratamento. É fundamental este trabalho em equipa, e em particular o enfermeiro especialista deverá ser elemento essencial na atuação de forma precoce sobre esses focos que colocam a vida do doente em risco.

Durante a admissão da PSC, a prioridade é, então, a estabilização hemodinâmica e a monitorização do doente. A pessoa é observada de forma a fazer um pormenorizado exame físico, utilizando a metodologia ABCDE. É neste exame físico que se observa a integridade da pele e a identificação de lesões (úlceras de pressão, feridas traumáticas e/ou cirúrgicas) que deverão ser registadas no processo de enfermagem (PE) para serem alvo de tratamento e vigilância adequados. Esta avaliação inicial constitui uma etapa fundamental do PE e é através da sua instrumentalização, pela colheita de dados, que é possível documentar todas as necessidades da pessoa e notificar problemas identificados, aumentando a vigilância e implementando as intervenções adequadas à pessoa.

O PE é, portanto, uma metodologia importante na prática de enfermagem, já que materializa as intervenções do enfermeiro. É considerado um método sistemático e organizador da prestação de cuidados de enfermagem, como resposta às necessidades de cuidados junto do doente e/ou família, acrescentando qualidade aos cuidados e melhorando a visibilidade, valorização e reconhecimento profissional, bem como conferir aos enfermeiros maior satisfação pessoal e profissional (Ribeiro, 2018). Tem também um importante papel de uniformização da linguagem e da prática, contribuindo assim para uma adequada continuidade dos cuidados prestados. Na UCI, durante a admissão do doente, os vários elementos da equipa colaboram entre si e distribuem-se pelas tarefas necessárias. Um dos elementos, geralmente o enfermeiro responsável pelo doente, foca-se na construção do PE, primeiro mentalmente durante a avaliação primária, espelhando-o no computador, após a estabilização e a perfeita acomodação do doente.

Nesta UCI, junto ao doente, existe a folha de registos de enfermagem, documento que permite os registos *in loco* de uma avaliação detalhada e pormenorizada em 24h, em que inclui todos os parâmetros vitais, medicação administrada, urgente ou programada, dispositivos que o doente dispõe e os dados que estes fornecem, drenagens, lesões/feridas e o seu tratamento. Este documento permite que a equipa de saúde tenha uma perceção da evolução clínica do doente, fundamental para a orientação e adequação do tratamento.

Para além deste registo, a equipa de enfermagem dispõe de mais dois sistemas de informação informáticos, o *SClínico* para o PE, em que integra a nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o *CDM* (Circuito do Medicamento) para consulta, prescrição e registo da terapêutica administrada.

Documentar de forma adequada as intervenções de enfermagem, quer sejam autónomas ou interdependentes, fomenta a continuidade de cuidados e contribui para ganhos em saúde. Estes registos deverão ser rigorosos e completos, já que são o testemunho escrito da prática de enfermagem, e é através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional (Martins et al., 2008). Estes registos assumem também uma importância legal da prática de enfermagem, já que apoiam e defendem o trabalho do enfermeiro do ponto de vista jurídico. A sua importância é também espelhada no 104º artigo do Código Deontológico onde declara que o enfermeiro assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com vigor as observações e as intervenções realizadas” (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8079).

A UCI pode admitir doentes de qualquer especialidade que careça de cuidados e vigilância de nível II e III. Este fato obriga a que os enfermeiros deste serviço estejam familiarizados com um leque bastante alargado de procedimentos e técnicas das mais variadas especialidades. A insuficiência renal aguda é uma patologia bastante frequente no doente crítico. Quer seja este o motivo de admissão, ou decorrente da sua condição patológica, como no caso de choque ou falência multiorgânica, esta patologia leva a que o doente necessite de técnica de substituição renal (TSR). Na UCI, este tipo de técnica é iniciada e manuseada por um enfermeiro do serviço de diálise, que se desloca ao serviço para a montagem do sistema. Apesar de não ficar permanentemente junto ao doente, está contactável quando alguma intercorrência surge, no entanto, é importante que os enfermeiros tenham conhecimento dos cuidados a ter durante a realização da técnica e como atuar perante uma intercorrência, podendo “ganhar tempo” até o enfermeiro da diálise chegar ao serviço. Existe um grupo de trabalho nesta área que é responsável por dar formação frequente a toda a equipa, dotando-a de noções básicas de diálise e elucidando acerca do equipamento e das diferentes máquinas e técnicas existentes, formas de atuação no caso de intercorrências e monitorização do balanço hídrico. Durante este ENP, foi possível assistir a uma destas formações, que teve uma adesão bastante significativa por parte da equipa de enfermagem e dos internos de medicina. Nesta formação, um dos objetivos foi a apresentação de um documento para registo de intercorrências durante a TSR (Anexo A), fundamental para se poder intervir caso a intercorrência se relacione com alguma lacuna formativa ou má prática. Foi perceptível que

é uma área de interesse da equipa, onde existem algumas lacunas no conhecimento, lacunas essas que esta formação pretende colmatar. Houve igualmente oportunidade de colaborar com uma enfermeira especialista na tentativa de resolução de um problema com a TSR, evitando a mobilização do enfermeiro do serviço de diálise à UCI. Em caso de intercorrência, o enfermeiro responsável pelo doente deverá atuar na tentativa de solucionar permanentemente ou pelo menos temporariamente a situação, até a chegada do enfermeiro da diálise. E é para estas situações que a formação nesta área se cobre de importância e em que as competências do enfermeiro especialista sobressaltam: a atuação de forma a antecipar e/ou prevenir complicações decorrentes não só do processo de doença, como do tratamento em si.

Esta unidade hospitalar é o centro de referência de transplante hepático no adulto e a UCI é a unidade referência para doentes no pós-operatório imediato de transplante hepático e reno-pancreático nos adultos, como referido. Existe uma equipa específica de profissionais (enfermeiros e médicos) para as primeiras 24h deste internamento, período mais crítico e que requer uma vigilância contínua. Esta equipa é constituída, na sua maioria, por enfermeiros especialistas e são eles os elementos com mais anos de experiência com o doente crítico, na UCI. Houve oportunidade de estar com um enfermeiro na admissão e nas primeiras 6 horas de internamento de um doente submetido a um transplante hepático. As primeiras horas são cruciais: para além da vigilância dos drenos e da ferida cirúrgica, a vigilância hemodinâmica é fundamental, visto que esta nos dá sinais da ocorrência de hemorragia e ou do desenvolvimento de choque. É fundamental respeitar o horário de administração de fármacos como corticoides e imunossuppressores assim como a realização de exames auxiliares de diagnóstico e análises clínicas para despiste de complicações. Pela exigência de vigilância e complexidade de cuidados que este tipo de doentes exige, o rácio nas primeiras 24h é de 1:1. O enfermeiro tem um papel preponderante nesta vigilância, já que identifica e atua de forma imediata perante um foco de instabilidade, alertando a equipa médica para que a resposta seja o mais célere e eficaz possível, contribuindo assim para a minimização das consequências e dos danos.

Num ambiente tão tecnológico, a vigilância do doente crítico não passa pela interpretação dos dados que os monitores fornecem. Existem dados, não valoráveis na monitorização que o doente tem e que só no contacto direto com ele é que é possível avaliar e identificar. A avaliação do estado de consciência e da dor do doente só é possível na observação e contacto diretos. E a dor, na PSC é real, no entanto os profissionais de saúde frequentemente a subestimam, apesar de serem conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos

continuadamente durante o seu internamento numa UCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2011). Segundo a SPCI (2011),

“a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto, desde a recomendação da Direção Geral da Saúde emitida numa circular normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde”. (p. 6)

A PSC, frequentemente, não é capaz de verbalizar que tem dor, quer seja pelo diminuído estado de consciência, quer seja pela presença do tubo orotraqueal ou por traqueostomia. Mas estes doentes sentem dor e esta deverá ser atendida e valorizada. Quer seja pelos procedimentos realizados, pela presença de dispositivos invasivos ou pela natureza do seu processo patológico, a dor existe e, apesar da pessoa não conseguir verbalizar, existem escalas adequadas ao estado de consciência que permitem quantificar e, conseqüentemente, tratar.

Nesta UCI está implementada a BPS – *Behavioural Pain Scale* para doentes que não conseguem comunicar e por isso é avaliada pela observação de comportamentos. Esta escala inclui 3 itens comportamentais: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ventilatória. Em doentes que são capazes de verbalizar e quantificar a sua dor, é utilizada a Escala Visual Numérica. O enfermeiro EEMC deverá estar sensível a avaliação do bem-estar físico e psicológico da PSC e deverá fazer uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Na UCI, na folha de registos do doente, aparece, junto aos sinais vitais e à avaliação do estado de consciência, a avaliação da dor. A sua monitorização é feita, no mínimo, de 4/4h, em ausência de sinais de dor ou de forma mais constante, se o doente manifestar mal-estar ou se em presença sinais de dor, como taquicardia, hipertensão arterial, inquietação/agitação, hiperventilação e/ou desadaptação ao ventilador. Apesar de haver o cuidado de a maioria dos doentes internados em UCI estarem analgesiados de forma contínua, esta analgesia deverá ser constantemente avaliada e ajustada às necessidades da PSC. Nesta UCI não existe protocolo de dor, e por isso, a gestão farmacológica depende da prescrição médica. Apesar de ter verificado que existe preocupação médica em incluir fármacos analgésicos na prescrição, cabe ao enfermeiro essa gestão e a correta avaliação desde sinal vital. Durante o contato com o doente crítico, foi preocupação a avaliação frequente da dor e a atenção a sinais de desconforto nos doentes ventilados e/ou com estado de consciência diminuído. Numa era em que o humanismo ganhou a sua

importância nas instituições hospitalares, o controlo da dor e do desconforto é essencial e não deverá ser negligenciado.

O *delirium* é uma sintomatologia comum no doente crítico e pode afetar até 80% dos doentes em UCI (Faria e Moreno, 2013). Pode ser definido como uma “disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de compromisso cognitivo, que afeta, com frequência, doentes internados em UCI” (Faria e Moreno, 2013, p. 137). Está geralmente relacionado com o tempo prolongado de internamento, a sedação e o ambiente que o rodeia. Esta condição provoca um aumento do tempo de internamento, maior incidência na remoção de dispositivos por parte do doente e aumento de problemas cognitivos a longo prazo. Existe um grupo de trabalho responsável por monitorizar a ocorrência deste sintoma e por sensibilizar a equipa da UCI para esta realidade. Este grupo foi responsável pela implementação no serviço de uma escala de avaliação de Delirium, a designada *Lista para a verificação de delirium em cuidados intensivos* (Anexo B) e o seu preenchimento, da responsabilidade de todos os enfermeiros, deverá ser feita após 24h de admissão do doente no serviço e o registo é diário. Esta escala facilita o diagnóstico de delirium e permite que o enfermeiro possa agir em conformidade. A prevenção é a forma mais eficaz de reduzir a incidência de delirium e existem fatores de risco que poderão ser minimizados. “A sedação poupando benzodiazepinas, mobilização precoce, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, prevenção de hipoxia, suspensão precoce da ventilação mecânica e remoção de dispositivos invasivos” (Faria e Moreno, 2013, p.142) são intervenções que poderão reduzir ou até mesmo suprimir a sua ocorrência. Apesar de algumas medidas serem interdependentes do enfermeiro, é responsabilidade deste, pela posição privilegiada de proximidade com o doente, alertar a equipa médica para esta problemática e, em equipa, traçarem um plano terapêutico, minimizando os danos que este sintoma poderá provocar na pessoa.

Mas não só o bem-estar da PSC deverá ser alvo do olhar atento do enfermeiro. A família também deverá merecer a atenção da equipa de saúde. As UCIs, pelas suas características intrínsecas, são ambientes considerados hostis para a maioria da população, e que provocam impacto na saúde mental do familiar do doente crítico. O internamento neste tipo de serviço é muitas vezes rápido, dada a instabilidade do doente, e a família que o acompanha é muitas vezes esquecida, já que a prioridade é a estabilização do doente crítico. Foi um dos alvos de atenção durante este ENP, já que sentimos que a família não era adequadamente acompanhada, situação que pode refletir-se na forma como esta vivencia a experiência do internamento do seu familiar numa UCI. Como referido, o doente crítico e a sua família, perante o evento crítico, passam por um

período transição, em que o enfermeiro deverá intervir, no sentido de minimizar o impacto negativo dessa transição na vida familiar, e, ajudar a família a atravessar esse período de mudança. Tal como explana no Regulamento das competências específicas do EEMC em PSC, o enfermeiro reconhece o impacto das transações na relação terapêutica e assiste a pessoa e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018). É, portanto, responsabilidade do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista, não negligenciar a família do doente que acaba de ser admitido na UCI e inclui-la no plano de cuidados, merecendo a atenção da equipa de enfermagem para que possam intervir nas suas necessidades e prestar cuidados mais humanizados.

“O cuidado à família consiste em fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica (Engstrom & Soderberg citado por Sá, et al., 2015, p. 38). Espera-se, portanto, que o enfermeiro que trabalhe numa UCI, e particularmente o EEMC, seja capaz de integrar a tecnologia na arte de cuidar, que domine os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e que consiga identificar e satisfazer as necessidades de cuidado da PSC e da sua família (Oliveira, 2020). E esta última premissa surge como um verdadeiro desafio para o enfermeiro de cuidados intensivos. São vários os autores que evidenciam as necessidades dos familiares da PSC (como descrito em detalhe no próximo capítulo) e são unânimes em considerar que a necessidade de informação é a mais sentida. Segundo uma revisão integrativa da literatura realizada por Cabete et al. (2019) acerca das necessidades e intervenções de enfermagem dirigidas à família da PSC, os autores salientam que são aspetos essenciais “a necessidade de informação atualizada e honesta, de expressão de sentimentos com transmissão de esperança realista, de proximidade e segurança e de preocupação demonstrada pelos profissionais de saúde” (p.8).

O enfermeiro especialista deverá ter a perspicácia de iniciar logo que possível uma relação terapêutica com os familiares do doente crítico, promovendo apoio e facilitando a informação necessária, assim como explicar a condição atual do seu familiar. Fomos observando que, alguns enfermeiros tinham o cuidado de informar os familiares após a estabilização do doente, mas não era procedimento comum a toda a equipa multidisciplinar. Em conversas informais com a equipa, os enfermeiros reconheciam que a atenção aos familiares era negligenciada e a informação a estes era muitas vezes delegada à equipa médica. Foi abordado este assunto com o enfermeiro chefe, que manifestou ser uma área a necessitar de intervenção na UCI e revelou que em tempos houve um guia informativo aos familiares designado Manual da Família (Anexo C). Este documento data de 2011 e encontra-se desatualizado, surgindo assim a proposta para a elaboração de um

guia de acolhimento para os familiares dos doentes internados na UCI. Esta atividade será exposta em detalhe no capítulo II deste relatório.

O envolvimento da família e a informação contínua do estado clínico do doente, é essencial. É fundamental que o enfermeiro estabeleça uma relação de proximidade o mais precoce possível com os familiares da PSC, permitindo que estes partilhem as suas angústias e sofrimento. “Importa que os enfermeiros tomem consciência das necessidades dos familiares e estabeleçam uma relação com a família de uma forma intencional e estruturada” (Cabete, 2019, p. 8). Quando há agravamento irreversível do estado clínico da PSC, a família deverá ser devidamente informada para que inicie, gradualmente, o processo de luto. Na UCI, perante uma situação terminal, é procedimento contactar o familiar de referência a informar da situação e disponibilizar tempo para se despedirem do doente. É permitida a presença de todos os familiares que queiram estar junto do doente e é dado apoio psicológico a quem demonstre precisar e providenciada a privacidade que esse momento merece.

A incidência da morte nas UCI é frequente e obriga os enfermeiros a adotar mecanismos de *cooping* para, por um lado, lidar com ela sem causar dano psicológico e, por outro, conseguir ajudar a família do doente que inicia o seu processo de luto. O enfermeiro especialista em enfermagem da PSC, exerce um papel fundamental neste processo e deverá “demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto (Regulamento n.º 429/2018). É preocupação constante da equipa, o alívio do desconforto físico como a dor e o sofrimento respiratório, através da administração de analgesia e do recurso a medidas não farmacológicas de alívio da dor, como o posicionamento e o aquecimento/arrefecimento, garantindo que a pessoa esteja confortável e sem sofrimento.

Mas nem sempre a morte representa o fim por si só; a morte de alguém pode representar a esperança para outra pessoa. A doação de órgãos, tema por vezes controverso e difícil de aceitar por parte do familiar que inicia o seu processo de luto, deverá ser abordado com delicadeza e assertividade. É uma problemática bastante frequente enfrentada pela equipa da UCI, até porque recebe doentes recém transplantados e por isso reconhecem a importância de estarem atentos a situações que poderão culminar em morte cerebral. Existe no hospital uma formação transmitida pelo Gabinete de Coordenação da Transplantação e Colheita de Órgãos com o objetivo de sensibilizar toda a comunidade hospitalar a identificar e sinalizar potenciais dadores. Houve oportunidade de realizar esta formação enquanto enfermeira da UCI e é fundamental envolver todos os profissionais de saúde neste tema. A transplantação salva vidas e isso só é possível se existirem dadores. Segundo a legislação portuguesa em vigor (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril de 1993), qualquer

pessoa é potencial dador desde que não manifeste a sua vontade em não o ser no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Quando é identificado um potencial dador, é comunicado ao Gabinete de Coordenação da Transplantação e Colheita de Órgãos que trata de analisar a viabilidade do dador. Confirmada a sua viabilidade, são feitos testes de morte cerebral, critério major para seguir com a doação. Este diagnóstico tem de ser feito por um médico Neurologista que procede a realização dos testes. O exame é feito por avaliação da reatividade pupilar, teste de apneia e avaliação dos reflexos oculo-vestibulares, oculo-cefálicos e corneanos. Quando confirmada a morte cerebral, os familiares são devidamente informados, é disponibilizado tempo de despedida junto do doente, ao mesmo tempo que este é rigorosamente monitorizado e estabilizado, já que é fundamental manter a estabilidade hemodinâmica e homeostática no doente, com o objetivo de promover a viabilidade tecidual. Apesar da exigência da vigilância que o doente dador de órgãos obriga, o respeito pela dignidade da pessoa e pela sua condição de ser humano nunca deverá ser negligenciada.

As atividades descritas e as experiências vividas num estágio desta natureza, promovem a aquisição de competências essenciais para o desempenho do enfermeiro especialista na PSC. A prestação de cuidados ao doente crítico neste ENP, fomentou o desenvolvimento de conhecimentos necessários para a identificação antecipada de problemas e promoveu o desenvolvimento de capacidades técnicas de resposta a esses problemas. A diversidade clínica dos doentes admitidos na UCI, de diferentes especialidades e com diferentes necessidades de intervenção, os inúmeros procedimentos complexos que tive oportunidade de assistir e executar, enriqueceram este percurso e sem dúvida que fomentaram a aquisição de competências na área do doente crítico. O doente crítico, dado a sua instabilidade e gravidade, exige do enfermeiro, a mobilização de vastos conhecimentos, ao mesmo tempo que aplica as competências técnicas necessárias para o tratamento do doente e prevenção de complicações. Por isso, o EEMC à PSC é um elemento essencial na equipa de qualquer UCI, já que, é um elemento capaz de “diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos” e “implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações” (regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

No entanto, todas estas experiências vividas e as competências que delas advêm, só terão a sua aplicabilidade na prática, pela adoção de uma postura interventiva e de proatividade dentro da equipa. Esta experiência formativa fez perceber que o EEMC deverá ser um elemento que se destaca pela capacidade de reação perante um evento crítico, que atua de forma antecipatória, evitando que danos maiores se instalem no doente e que

fomenta o trabalho em equipa para que, em conjunto, seja assegurada a segurança da PSC promovendo cuidados de qualidade, de excelência e eficientes.

DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

A estrutura física de uma unidade de saúde está pensada para dar resposta específica à condição clínica do tipo de doentes que recebe. O equipamento, a organização e os recursos, quer humanos quer materiais, devem ser adequados às necessidades diárias do serviço. No entanto, estes serviços devem estar preparados para situações inesperadas e que possam comprometer a vida de quem lá permanece.

No decorrer deste estágio, foi oportuno a análise do Plano de Resposta a Multivítimas, que data de 2017. Este plano, elaborado pelo grupo de Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe será ativado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e centra a resposta no serviço de urgência, sob responsabilidade operacional do chefe de equipa. Com o principal foco na segurança do hospital, dos profissionais e dos doentes, este plano baseia-se no modelo de triagem de Manchester para catástrofe, onde são atribuídos cartões de ação, explicando a ação de cada profissional em caso de ativação. Durante a pandemia por Covid19, foi elaborado o Plano de Emergência e Exceção Covid (2020), com reestruturação dos serviços de Cuidados Intensivos e Intermédios. Tiveram de ser abertas enfermarias para doentes Covid positivos e outras para doentes Covid negativos, e as duas UCI que o hospital dispõe, ficariam separadas por esta tipologia de doentes. Esta UCI, como serviço referência para doentes críticos Covid positivos, teve necessidade de dotar as unidades destinadas a doentes de intermédios com ventilador mecânico, transformando todo o serviço em unidade de nível III. Em conversas informais com os profissionais presentes nesta situação, toda esta atuação decorreu com sucesso e segurança para todos os intervenientes, e foi essencial a postura dos elementos responsáveis pela sua implementação, enfermeiros especialistas com responsabilidade de gestão, pela atitude dinamizadora, organizada e responsável com que assumiram essa função.

As situações de emergência, exceção e catástrofe podem acontecer a qualquer momento. Como forma de minimizar as consequências decorrentes de uma situação dessas e a atuar de forma eficaz, os serviços dotam-se do equipamento necessário para uma intervenção rápida e concisa. Como já referido, esta UCI tem 3 salas, cada uma com 12 camas. Cada sala tem o seu carro de emergência, cada um com o material necessário para uma emergência e com desfibrilhador. É responsabilidade do enfermeiro a

confirmação da integridade do selo do carro de emergência, uma vez por turno, garantindo que este tem todo o material que poderá ser necessário numa situação de emergência. É também tarefa diária fazer o teste ao desfibrilhador, garantindo o seu perfeito funcionamento em caso de necessidade. Estas são tarefas que poderão ser efetuadas por um enfermeiro da equipa, no entanto, da parte da manhã, nos dias úteis, a enfermeira responsável pela gestão incumbem-se desta tarefa. Durante este ENP, incluía esta tarefa no planeamento das minhas funções, procurando ter sempre o carro de emergência e restantes equipamentos de emergência (desfibrilhador, monitor de transporte, ventilador de transporte) em condições adequadas para a sua utilização, em caso de necessidade.

Como referido, a admissão de um doente na UCI é, na sua maioria, uma situação programada e planeada. É possível a equipa preparar a unidade que vai receber a PSC. Toda esta preparação prévia é essencial para que se possa identificar, de forma imediata, focos de instabilidade do doente, permitindo agir de forma eficiente, evitando complicações. Os cuidados de enfermagem à pessoa e família 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 e família 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). E esta é uma característica fundamental do enfermeiro de cuidados intensivos: a constante atenção ao doente e ao ambiente que o rodeia, de forma a antecipar complicações decorrentes, não só do seu estado clínico e possível agravamento da sua doença, como de possíveis complicações decorrentes de procedimentos realizados.

Após a alta de um doente e após a sua correta desinfeção da unidade, por parte dos assistentes operacionais, é responsabilidade do enfermeiro a preparação da unidade para a admissão de outro doente. Foi possível colaborar com a equipa nesta tarefa e preparar a unidade do doente de forma antecipatória, mesmo não havendo previsão de admissões. Esta atuação antecipatória evita falhas futuras, já que, apesar de a maioria das admissões serem programadas, existem situações de emergência, em que doentes que são assistidos pela equipa de EMI, têm de ser admitidos com urgência. Nestas situações, é fundamental que toda a unidade esteja corretamente preparada para receber um doente crítico, para uma resposta rápida e eficaz às suas necessidades.

Apesar de toda a tecnologia existente e da monitorização e vigilância constantes, é frequente surgirem situações de emergência na UCI. Pela natureza do próprio serviço, que recebe doentes instáveis, é frequente haver situações de gravidade súbita, exigindo uma intervenção rápida e eficaz da equipa de saúde. É fundamental a articulação entre os vários profissionais, sejam médicos, enfermeiros ou assistentes operacionais. A excelente

colaboração entre todos os profissionais, potencia a eficácia da resposta, minimizando as sequelas para o doente. “E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

O trabalho em equipa é uma característica importante em qualquer serviço de saúde, mas na área do doente crítico parece-me fundamental. A articulação entre os mais variados profissionais e a colaboração constante nos procedimentos e intervenções junto da PSC, é essencial para obter ganhos em saúde. Principalmente em situações de emergência, em que é exigida uma atuação rápida e eficaz, em que todos os elementos são importantes e essenciais, podendo assim unir esforços para minimizar os danos que possam advir e contribuir para a sua sobrevivência com o mínimo de morbilidade.

Existem também situações de exceção que exigem do enfermeiro, em particular, do enfermeiro especialista, uma resposta de forma a minimizar as consequências que dessa situação possam advir. Durante este ENP, ocorreram situações em que exigiu do enfermeiro responsável de turno uma gestão interna dos recursos existentes, de forma a que a continuidade e a qualidade dos cuidados fosse preservada. Uma das situações foi o absentismo. Uma situação frequente na hora da passagem de turno, o enfermeiro responsável de turno é avisado que um enfermeiro não comparecia ao serviço. Face a este incidente, era necessário olhar de forma holística para o serviço, perceber as necessidades de recursos humanos para o turno seguinte e, tendo em conta os rácios, decidir se terá que seguir turno algum colega ou se poderá assegurar cuidados com menos um elemento. Esta capacidade de identificação das necessidades reais do serviço e de decisão perante uma situação de exceção é característica fundamental do EEMC. Este deverá ser capaz de gerir os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe (Regulamento n.º 429/2018), garantindo a segurança dos cuidados. É assim importante que o enfermeiro responsável de turno, que na UCI é sempre um enfermeiro especialista, tenha esta visão abrangente do serviço e das suas necessidades e que tenha capacidade de decisão, nunca descurando a continuidade dos cuidados e a segurança do doente.

MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS, PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

Atualmente, as unidades de saúde procuram obedecer a políticas de qualidade e de melhoria constante dos cuidados ao cidadão. “A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade” (OE, 2012, p. 5). Foi na sequência desta realidade que a OE criou *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem* com o objetivo de que estes sejam o “reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos” (OE, 2012, p.5). Estes padrões procuram contribuir para a promoção da saúde e do bem-estar do doente, prevenção de complicações, readaptação funcional do doente e organização dos serviços de enfermagem. No fundo, estes padrões procuram que toda a intervenção de enfermagem, nas várias vertentes que a profissão abarca - prevenção, tratamento e reabilitação – seja da mais alta qualidade, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

Apesar da adoção de medidas, cada vez mais exigentes, de prevenção e controlo de infeções nas instituições de saúde, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma realidade e deverão ser uma preocupação de toda a sociedade. As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente e à escala mundial (Portugal, 2017). Elas aumentam a morbilidade e a mortalidade da população, contribuem para o aumento do tempo de internamento dos doentes nas instituições de saúde, e, conseqüentemente, os custos em saúde. A OMS, no relatório global sobre vigilância das RAM (2017), considerou esta situação, um problema de Saúde Pública. Por este motivo, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com coordenação regional e local, que visa a “redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos” (Despacho n.º 15423/2013, p. 34563).

As IACS continuam a ser uma realidade e deverão ser um alvo importante da atenção dos profissionais de saúde. Segundo o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista na PSC, “maximiza 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” (regulamento n.º 429/2018, p. 19364). E tendo em conta que as IACS são um fator de risco importante para a mortalidade e morbilidade da PSC, é responsabilidade do enfermeiro adotar todas as medidas ao seu alcance, desde logo na admissão do doente, de forma a protegê-lo de possíveis infeções oportunistas que poderão atrasar e comprometer o tratamento, podendo mesmo levar à sua morte.

Pela sua condição de saúde, o doente crítico é suscetível a estas infeções oportunistas, isto é, infeções que surgem pela condição débil em que a pessoa se apresenta. Esta condição associada aos inúmeros dispositivos invasivos de tratamento e monitorização – cateter arterial, cateter venoso central, cateter venoso periférico, sonda vesical, sonda nasogástrica, tubo oro-traqueal, entre outros – e ao elevado tempo de internamento (logo, aumento do tempo de exposição aos microrganismos), faz com que seja uma combinação perfeita para as IACS. “As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017, p. 19)

A pandemia por Covid 19 veio pôr à prova todo o conhecimento acerca de transmissibilidade e proteção individual. O desconhecimento inicial acerca do vírus Sars-CoV-2, da sua forma de replicação e o difícil controlo da transmissão, levaram a profundas alterações nas estruturas físicas das instituições de saúde, assim como a modificações nos circuitos de pessoas e materiais. Aos profissionais foi-lhes exigido cuidados extraordinários no que concerne à utilização de EPI (equipamento de proteção individual) e medidas adicionais de isolamento. Esta UCI, como serviço referência para esta tipologia de doentes, teve de fazer alterações estruturais no serviço, de forma a estabelecer circuitos de entrada e saída dos profissionais e definiu medidas de proteção individual que todos tinham de obedecer. O papel do EEMC foi fundamental, no sentido de zelar pelo cumprimento das diretrizes definidas, não só por parte dos profissionais, como dos doentes e sua família, para proteção de toda a comunidade.

O impacto desta pandemia na saúde pública a nível mundial, veio reforçar a necessidade do cumprimento das diretrizes para o controlo da infeção. Apesar de, atualmente, a infeção por SARS-CoV-2 não provocar a pressão no Serviço Nacional de Saúde (SNS) que provocou nos anos de 2020 e 2021, é importante manter as boas práticas de prevenção e controlo de infeções. Deve-se ter em consideração que, a qualidade dos cuidados de saúde está frequentemente associada ao comportamento adotado pelos profissionais de saúde perante as IACS. É por isso necessário reforçar a sensibilização de todos na prevenção e controlo das IACS de forma a minimizar as suas consequências

peçoais, sociais e económicas. “A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo as situações em que é necessária prescrição antibiótica, reduzindo o consumo de antibióticos e consequentemente a geração de resistências” (DGS, 2017, p. 19)

Atualmente, na UCI, são várias as medidas implementadas com o objetivo da prevenção e disseminação de infeções. Na admissão do doente, é efetuado um rastreio a uma Enterobactéria Resistente aos Carbapenemos (ERC) – a KPC (*Klebsiella pneumoniae carbapenemase*) dada a sua resistência aos antimicrobianos e a sua elevada incidência nas instituições hospitalares. Como medida adjuvante, todos os doentes internados são considerados “infetados” por KPC, até o resultado desse rastreio ser conhecido, isto é, os profissionais de saúde adotam procedimentos de isolamento preventivo, com recurso aos EPI até ter a confirmação do resultado. Este rastreio volta a ser repetido todas as segundas-feiras, a todos os doentes internados na UCI, há mais de 72 horas.

A UCI dispõem de apenas 4 quartos de isolamento em um universo de 36 camas. Na atualidade, dois destes quartos estão reservados para doentes Covid 19 positivos e é dada prioridade a doentes com isolamentos por micropartículas ou doentes neutropénicos para os outros dois quartos. Na ausência destas particularidades, e perante a necessidade de ocupar estas vagas, estes quartos podem ser atribuídos a doentes sem qualquer isolamento. Quando é isolado um microrganismo resistente aos antimicrobianos, seja na admissão do doente ou durante o seu internamento, esse doente é colocado em isolamento. Se for possível a transferência deste doente para um quarto de isolamento ou para uma cama mais afastada dos outros doentes, a equipa procede a esta alteração. Se tal não for possível, o doente fica no mesmo local e é colocada sinalética para que seja visível a todos (principalmente a pessoas externas ao serviço) e adotadas medidas de controlo da disseminação, como colocação de EPI.

O enfermeiro especialista na PSC diagnostica as necessidades e estabelece as estratégias proativas a implementar visando a prevenção e controlo da infeção no serviço (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363). Este centro hospitalar é uma instituição profundamente ligada à formação de novos profissionais e, por isso, integra estudantes das mais variadas áreas de formação. A UCI, particularmente, recebe estudantes de licenciatura em medicina e enfermagem, assim como, pela sua idoneidade formativa, estudantes de especialização em medicina intensiva. Além disso, pela variedade de especialidades que os doentes internados estão abrangidos, esta UCI recebe diariamente a visita de vários elementos externos ao serviço. Foi, frequentemente, necessário alertar estes elementos para as medidas de isolamento instituídas, de forma a evitar a sua

contaminação e conseqüentemente disseminação das infeções. O EEMC deverá ser um agente de sensibilização da equipa de saúde para a correta implementação e adesão às boas práticas emanadas na área.

Existe na equipa da UCI uma sensibilização para a adesão às boas práticas relacionadas com o controlo de infeções, adotando uma postura de responsabilidade e pró-atividade em fomentar estratégias e implementar intervenções, contribuindo assim para a segurança de todos.

3.2 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são exigidas ao enfermeiro especialista competências na área da gestão, sendo que estas constituem uma componente importante da sua prática diária. Esta exigência inclui não só a gestão de recursos materiais, mas também a gestão de recursos humanos, instalações e equipamentos, assim como a gestão dos cuidados. O enfermeiro especialista, no sentido de desenvolver competências na gestão dos cuidados, deverá gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e estabelecendo articulação com a equipa multiprofissional, com a finalidade de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019). O enfermeiro adapta a liderança e a gestão dos recursos, às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Oliveira, 2020). Deverá ter uma visão holística do ambiente, intervindo de forma incisiva e determinante, garantindo as condições necessárias para que todos os cuidados sejam prestados ao doente de forma segura e eficaz.

A UCI é um dos serviços com mais elementos deste centro hospitalar. Daí emerge logo à partida uma exigência acrescida na gestão. A equipa de enfermagem é liderada pelo enfermeiro-chefe, sendo este o responsável máximo pela gestão e organização do serviço. Os enfermeiros estão agrupados em 5 equipas, e cada uma delas tem uma enfermeira responsável, sendo todas elas especialistas. Por isso, em todos os turnos, existe uma responsável de turno que é a responsável da equipa, ou na sua ausência, será o elemento com mais tempo de funções na UCI. Estes elementos exercem funções de gestão de forma a otimizar os recursos existentes, materiais e humanos, e tomando decisões *in loco*, quando é necessário. E esta função ganha especial importância quando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados poderá estar em causa. Por isso, o enfermeiro especialista deverá ser dotado de competências técnicas, pessoais e relacionais que lhe permitam gerir os cuidados, o ambiente, os recursos humanos e materiais, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados.

Para colaborar na gestão do serviço, o enfermeiro-chefe conta com a ajuda de uma enfermeira que, de segunda a sexta, no turno da manhã, não integra o plano de trabalho para os doentes internados, isto é, não tem doentes atribuídos, desempenhando apenas funções de gestão e organização do serviço. Durante o ENP, houve a possibilidade de acompanhar o enfermeiro-chefe e estas enfermeiras, e ter a real perceção das intervenções destes elementos, intervenções de bastidores, que carecem de igual importância como aquelas relacionadas com a prestação direta de cuidados ao doente. “As boas práticas recomendam a prévia definição de princípios orientadores que possam guiar os técnicos, possibilitando os melhores cuidados e promovendo atuações seguras” (Correia, 2012, p. 12).

Foi também possível o acompanhamento das enfermeiras responsáveis de turno nas suas tarefas matinais, na gestão de materiais e equipamentos. Começam o turno por fazer pedidos de fármacos e soros em falta aos serviços farmacêuticos. Fazem uma lista do que faz falta, prevendo o consumo diário, para que toda a medicação que é utilizada diariamente não falte. À sexta-feira, preveem o consumo do fim-de-semana e fazem o respetivo pedido. De seguida, fazem pedidos de reparação de equipamentos ou de substituição dos mesmos. Garantem que todos os equipamentos estão a funcionar corretamente e que há stock dos equipamentos que possam vir a ser necessários. Existe um livro onde se regista todas as saídas ou receções de equipamentos, para que se saiba a localização, já que estão todos inventariados e atribuídos à UCI. Fazem a ligação entre a equipa médica e a de enfermagem na gestão de vagas, principalmente nas salas de Cuidados Intermédios em que a rotatividade de doentes é elevada. Depois de saber quais os doentes que serão transferidos, coordena com o enfermeiro que está designado para os transportes intra e inter-hospitalares (falado em detalhe em seguida), para que as transferências sejam combinadas com o serviço que irá receber o doente. Coordena também com a administrativa da unidade para que os trâmites burocráticos sejam realizados. Esta função faz com que as transferências do serviço sejam mais eficientes e céleres, não as atrasando e disponibilizando mais rapidamente vagas necessárias para drenar doentes da Sala de Emergência ou do recobro, por exemplo. Todas estas funções vão de encontro às competências do enfermeiro especialista, na gestão de cuidados de enfermagem, com o fim de otimizar a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento 140/2019).

No entanto, estas enfermeiras, quando o serviço assim exige, asseguram cuidados diretos ao doente ou auxiliam os enfermeiros que estão na prestação de cuidados. Há situações em que exigem que esta enfermeira responsável de turno assista a equipa de enfermagem, por exemplo quando a situação clínica do doente agrava ou quando é

realizada alguma intervenção fora do planeamento do doente, para que os restantes cuidados se possam manter em segurança. Esta é outra competência do enfermeiro especialista, a de manter uma visão holística do ambiente e gerir os recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019).

Relativamente à gestão de recursos humanos, na UCI, esta é uma função maioritariamente realizada pelo enfermeiro-chefe. Este é responsável pela elaboração do horário mensal e tive oportunidade de colaborar com ele nesta execução. A equipa de enfermagem da UCI tem instituído esquema de rotatividade conhecido por *Roulement* que poderá ser pontualmente alterado, segundo necessidade do serviço (relacionado com o absentismo, horários fixos, entre outros). O rácio de enfermeiro-doente nos Cuidados Intensivos é de 1:2 e nos Cuidados Intermédios é de 1:3. Portanto o enfermeiro-chefe tem de garantir que tem disponíveis pelo menos 14 enfermeiros por turno. De segunda a sexta-feira há ainda escalado um enfermeiro para transferências intra e inter-hospitalares e para quando algum doente precisa de sair do serviço para realizar algum exame auxiliar de diagnóstico. Este elemento tem especial importância nos Cuidados Intermédios onde há muita rotatividade de doentes. Estas transferências, especialmente as extra-hospitalares, são sempre processos demorados, que ao serem realizados por um elemento extra, permite à restante equipa manter os restantes cuidados com qualidade e segurança. Esta adaptação dos recursos às necessidades de cuidados do contexto, é característica essencial no enfermeiro especialista, que no caso da UCI é maioritariamente realizada pelo enfermeiro-chefe, no entanto, na sua ausência deverá o enfermeiro responsável de turno (que é sempre um especialista) a assumir esta função. Tal como refere o Regulamento de competências específicas do EEMC, o enfermeiro especialista “gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos” e “intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem” (Regulamento 429/2018, p.19361).

A UCI, como referido, é a UCI da instituição hospitalar que recebe doentes críticos infetados com o vírus Sars-Cov-2. Durante o período do ENP, com a diminuição de casos Covid a nível nacional, e, conseqüentemente, a nível institucional, o conselho de administração do hospital decidiu que uma das salas poderia fechar, já que havia excesso de vagas. Essa sala – sala 3 - uma das salas que anteriormente era de Cuidados Intermédios, foi então fechada, todo e qualquer material retirado ou rejeitado e, posteriormente, desinfetada. Depois deste processo, foi possível a colaboração com o enfermeiro-chefe e com as enfermeiras responsáveis pela gestão, na montagem e organização dessa sala, capacitando-a para receber doentes não infetados pelo vírus Sars-Cov-2. Este trabalho de retaguarda, em que se prepara um ambiente dotado de todo o

equipamento necessário para receber e tratar doentes críticos, é bastante complexo e requer, por um lado, competências acrescidas na área do doente crítico e das suas necessidades, mas por outro um conhecimento profundo do próprio contexto. Tal como vem descrito nas Competências EEMC (Regulamento 429/2018),

“Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos” (p.19360).

A possibilidade de poder olhar para este contexto de uma perspetiva diferente da prática diária, alertou-nos para todo o trabalho que é desenvolvido diariamente pelos enfermeiros ligados à área da gestão, trabalho este que, apesar de essencial, é muitas vezes pouco visível aos olhos de quem está na prestação de cuidados. É essencial que a equipa, no geral, esteja sensível a este trabalho de retaguarda e colabore na organização e otimização dos recursos. Foi preocupação durante este ENP, não só colaborar com os EEMC na gestão dos cuidados, assim como, de forma proativa, assegurar que os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados estejam corretamente acondicionados e preparados para a sua utilização em caso de necessidade. Foi perceptível durante este percurso, o papel do EEMC como líder e elemento de referência para a equipa, relevando assim a importância das competências relacionadas com a gestão.

Importa salientar o contributo da colaboração com o enfermeiro-chefe e com as enfermeiras responsáveis de turno no alcance do objetivo proposto para este domínio. A participação na gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais e o estímulo ao trabalho em equipa fomentaram a aquisição de competências nesta área de intervenção. A postura de responsabilidade e de liderança, neste contexto atribuída ao enfermeiro-chefe e às responsáveis de turno, é característica fundamental para o EEMC como elemento de referência numa UCI. O EEMC tem assim a responsabilidade de zelar pelo perfeito funcionamento do serviço e fomentar esse espírito na equipa, assegurando assim a qualidade e principalmente a segurança dos cuidados prestados ao doente.

3.3 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

Perante o constante avanço tecnológico e científico, a formação torna-se essencial em particular em Enfermagem, já que representa uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, por um lado, por outro representa um dever para com a profissão, a fim de contribuir para a sua dignificação¹ (Portugal, 2015).

A formação promove o desenvolvimento de competências e incute no enfermeiro a reflexão sobre as suas práticas, capacitando-o a enfrentar os problemas do quotidiano (Benner, 2001). Cada enfermeiro deverá ser responsável pela atualização do saber, no entanto, a nível institucional, deverá haver uma preocupação em fomentar uma constante atualização de conhecimento dos seus profissionais.

Pelo já referenciado, “saber intervir junto à pessoa em risco de vida, priorizando os cuidados, interagindo com a pessoa e família, requer saberes, qualificação académica e uma abertura à aprendizagem contínua, que promove a aquisição de competência” (Correia, 2012, p. 12). De acordo com os Padrões de Qualidade emanados pela OE, é fundamental “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2001, p. 18). Isto é, as instituições deverão contribuir e fomentar a formação dos seus profissionais, disponibilizando momentos formativos e motivando-os para a busca de saberes atuais. No entanto, deverá partir do profissional de saúde o interesse na procura constante de conhecimentos científicos atualizados, contribuindo assim para uma prática baseada na evidência. Esta é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica, que recorre à melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, assim como as preferências do doente no contexto do cuidar (OE, 2001). Pretende-se com esta metodologia que o enfermeiro seja capaz de questionar-se a si e à sua prática, procurar na evidência respostas para as suas decisões e avaliar a sua prática e os resultados que dela advêm. O enfermeiro deverá, portanto, ser elemento proactivo na busca desta evidência, garantindo que o doente seja alvo dos cuidados mais adequados e mais produtivos em ganhos em saúde.

No que diz respeito à UCI, cada enfermeiro faz parte de um órgão de responsabilidade, que são grupos de trabalho que se debruçam sobre áreas com importância para a prática neste contexto. Existem vários grupos, entre eles o da Ventilação Não Invasiva (VNI), Normas e procedimentos, Comissão de feridas, Infecção

¹ Código deontológico do Enfermeiro – Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro

hospitalar, Transporte Intra e Inter Hospitalar, Sistemas de Informação, Formação em serviço, todos com responsabilidade de fazer um planeamento anual de atividades, nas quais a formação em serviço está incluída. Um dos objetivos destes grupos de trabalho é assegurar a atualização de conhecimentos nas mais variadas áreas, a toda a equipa multidisciplinar, e intervir quando identificam alguma lacuna ou necessidade. O grupo responsável pela formação em serviço, faz a ligação com os outros grupos na realização periódica de momentos formativos e, antes do período de pandemia por Covid19, proporcionava à equipa, uma vez por semana, depois da passagem de turno da manhã para a tarde, momentos de formação. Nestes momentos, da responsabilidade dos grupos de trabalho definidos, são partilhados conhecimentos das mais variadas áreas, desde novos procedimentos implementados, *guidelines* atualizadas, até mesmo reforço de informação acerca de áreas em que se denota necessidade de formação. É, portanto, uma estratégia adotada pela UCI para que, por um lado, os elementos de cada grupo de trabalho procurem conhecimentos atuais para partilhar com os restantes colegas e, por outro, que toda a equipa tenha acesso a informação importante para a sua prática diária, baseada na mais recente evidência.

No entanto, devido às limitações nas formações presenciais que a pandemia trouxe e pelo facto de esta UCI ser o serviço referência para doentes graves Covid19 positivo, elevando a exigência e a carga de trabalho, por decisão do enfermeiro-chefe, estas ações de formação estiveram suspensas durante o ano de 2021, tendo sido retomadas apenas em Janeiro de 2022. Por isso, durante o período de estágio, apenas foi possível assistir à formação sobre TSR (já descrita) destinada à equipa que se encontrava, no momento, de serviço.

Mas, a necessidade formativa mantém-se e, apesar deste longo período sem possibilidade de realização de formações presenciais, o diagnóstico de necessidades nesta área foi-se vindo a fazer e o grupo da VNI, percebeu que seria importante intervir junto da equipa. A VNI revelou ser uma terapia bastante eficaz no tratamento dos doentes com insuficiência respiratória por Sars-Cov2, obrigando os enfermeiros a desenvolver conhecimentos e competências na implementação desta técnica, cada vez mais comum nas suas atividades diárias. De forma informal, em conversa com a equipa multidisciplinar, foi abordado este tema e vários elementos identificaram lacunas no conhecimento acerca do equipamento necessário para o início de uma terapia com VNI, do equipamento existente e das opções de tratamento possíveis, assim como da localização e armazenamento do material disponível. Falhas estas detetadas não só na equipa de enfermagem, como na equipa médica e de assistentes operacionais, visto serem estes

últimos os responsáveis pelos pedidos de esterilização e pelo acondicionamento do material.

Juntamente com o grupo da VNI, surgiu a ideia de criar um cartaz informativo sobre a terapia da VNI (Apêndice A) para colocar em local visível e de fácil acesso a todos os profissionais de forma a minimizar esta necessidade tão sentida por todos os profissionais. Primeiro, foi feito um levantamento do material existente no serviço. Depois, com recurso a imagens para ser mais perceptível, foi caracterizado o material e a sua utilidade. Foi também colocada informação acerca dos modos ventilatórios e as suas indicações. Depois de concluído, foi apresentado ao enfermeiro-chefe que autorizou a sua exposição. Posteriormente, foi enviado um e-mail a toda a equipa a informar da existência deste documento e da sua localização, com o compromisso de que, quando fosse possível retomar as formações presenciais, que seria efetuada uma formação em serviço, abordando toda a informação contida no cartaz.

Durante a pandemia por Covid-19, a necessidade de aumentar o número de vagas em Cuidados Intensivos de forma célere, levou a que o hospital admitisse novos elementos para a equipa, cuja integração teve de ser acelerada dada a necessidade extrema de recursos humanos. Os novos profissionais tiveram que assumir funções num serviço já por si de natureza complexa, num ambiente desorganizado e destruturado, característico de uma pandemia, não tendo por isso as melhores condições para uma integração adequada e de qualidade. Por isso, as necessidades formativas são ainda maiores e cabe aos profissionais mais experientes e, particularmente ao enfermeiro especialista, a identificação de carências de formação e a implementação de estratégias para colmatar essas necessidades.

A complexidade e a variedade de doentes que a UCI integra, obriga os enfermeiros deste serviço a deter conhecimentos nas mais variadas áreas de intervenção, em diversos procedimentos e na administração de terapêutica complexa. Em conversas informais com enfermeiros mais novos desta UCI, foram identificadas lacunas relacionadas com a administração e conservação de fármacos, obrigando a consultas frequentes de Índices terapêuticos ou contacto com os serviços farmacêuticos. Esta preocupação foi transmitida ao enfermeiro-chefe que concordou com a sua utilidade e importância. Juntamente com ele, elencamos os fármacos mais frequentemente manuseados na UCI, que exijam preparação e manuseamento antes da sua administração. Foi elaborado um documento em que discrimina a correta preparação do fármaco e a sua estabilidade, designado *Manual de administração e conservação de fármacos* (Apêndice B). Para esta informação, recorremos ao Infomed, a base de dados de medicamentos da Infarmed. Posteriormente, foi apresentado o resultado ao enfermeiro-chefe que consentiu a sua distribuição pelas três

salas do serviço. Via e-mail, o enfermeiro-chefe informou toda a equipa de enfermagem da existência e alocação deste documento.

Ainda em relação a este domínio, fica a proposta de formação à equipa da UCI sobre o guia de acolhimento aos familiares, mas tal só poderá ser executado após a sua validação, a nível institucional. A formação pretenderá, por um lado, dar a conhecer o documento, mas principalmente fomentar a adesão da equipa da UCI para a transmissão de informação aos familiares dos doentes internados.

Em suma, a necessidade de formação e atualização constante do conhecimento é transversal a qualquer equipa de enfermagem. Cada uma com as suas necessidades singulares, dependendo do contexto, mas com a certeza de que o reforço das boas práticas e o conhecimento das evidências mais recentes, são essenciais para cuidados de qualidade. Fica bastante perceptível a importância do EEMC na equipa, como elemento sensível às necessidades de formação da sua equipa e capaz de responder a essas necessidades. Os objetivos propostos para este domínio foram alcançados na medida em que houve resposta às necessidades de formação identificadas que, apesar das limitações impostas pela pandemia, permitiu a partilha de conhecimentos, que esperamos que contribua para a qualidade e excelência dos cuidados prestados ao doente e à sua família.

3.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados. O objeto da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina (Fortin, 1999). Tal como afirma Fawcett citado por Fortin (1999), “o domínio de investigação em ciências de enfermagem corresponde sensivelmente aos conceitos próprios da enfermagem que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles” (p. 26).

O enfermeiro especialista deve manter uma visão crítica do ambiente que o rodeia e a responsabilidade de descodificar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (Regulamento 140/2019). Desde o início deste percurso académico, tivemos a determinação de desenvolver uma atividade que fosse uma lacuna na UCI ou uma necessidade demonstrada pelos profissionais. No fundo, esta surge como uma oportunidade para contribuir para a melhoria assistencial no serviço onde desempenho funções.

As necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI sempre foi uma preocupação. Não só pelo facto do contexto complexo dos Cuidados Intensivos, levar à priorização das intervenções do foro mais técnico, ignorando muitas vezes os familiares que contactam (muitas vezes pela primeira vez) uma UCI, mas também pela experiência passada no papel de familiar e de ter sentido a importância da disponibilidade demonstrada pela equipa da UCI logo no primeiro momento. Nos momentos em que o acolhimento dos familiares na UCI era feito, era perceptível o desconforto e desorientação sentidos, demonstrando muitas preocupações acerca do estado clínico do seu familiar, mas também dúvidas acerca das regras e organização da UCI. E foi destas inquietações que nasceu a motivação de investir nesta temática.

Face a estas inquietações e de forma a responder às competências especializadas na área da investigação, foi realizado um estudo acerca da *Informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados na UCI*. Depois de uma revisão da literatura mais atual, foi selecionado um grupo de elementos deste serviço, com o fim de obter dados acerca da informação a transmitir aos familiares internados na UCI. No capítulo seguinte procedemos à descrição pormenorizada e sistematizada de todas as fases do processo de investigação, terminando com a apresentação e discussão dos resultados obtidos e conclusões alcançadas.

CAPÍTULO II: PERCURSO INVESTIGATIVO: INFORMAÇÃO A
PROPORCIONAR AOS FAMILIARES DOS DOENTES INTERNADOS NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Numa sociedade cada vez mais exigente e informada, a investigação surge, em qualquer área do conhecimento, como uma ferramenta importante na melhoria dos serviços prestados às pessoas. Na enfermagem, a investigação tem o objetivo final de melhorar a qualidade dos cuidados ao doente, seja pela descoberta de tratamentos inovadores, pela adoção de novas intervenções ou ainda pela otimização e aperfeiçoamento das já existentes. Tal como afirma Fortin (1999), “o desenvolvimento da investigação, no seio de uma disciplina, não é independente da evolução da profissão, do seu ensino e da prática. As ciências de enfermagem não são exceção: ao longo da sua história surgiram progressos no domínio da investigação e mudanças de tendências e de orientação” (p. 26).

O início da investigação em enfermagem remonta ao século XIX pelas mãos de Florence Nightingale², e, desde então, a enfermagem foi sofrendo mudanças significativas. Foi-se afirmando como profissão e como ciência que se baseia em dados obtidos pela investigação, para melhorar os cuidados e a qualidade de vida dos doentes. Atualmente, espera-se que os enfermeiros realizem pesquisas e baseiem a sua prática profissional em dados obtidos por pesquisas científicas e que adotem uma prática baseada na evidência (PBE). Os enfermeiros, através da leitura e interpretação e/ou da realização de estudos consistentes sobre a sua prática, estão a reconhecer a necessidade de basear as suas ações e decisões em dados que confirmam a adequação clínica, a eficácia em termos de custos e a capacidade de gerar resultados positivos para os doentes (Polit & Beck, 2011). A investigação em enfermagem deverá ser sistemática, destinada a obter dados credíveis sobre temas importantes para a profissão, incluindo a prática, ensino, administração e informatização (Polit & Beck, 2011).

Durante este percurso, para além do proveito de todas as atividades que o contexto de estágio proporcionou, foi foco a possibilidade de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente e à sua família. Tal como explanado anteriormente, a necessidade de melhoria no acolhimento aos familiares dos doentes internados na UCI, levou a que este fosse o foco para o desenvolvimento de um trabalho de investigação. Com o intuito de responder à necessidade de informação que os familiares do doente crítico apresentam, foi realizado um estudo com o objetivo de identificar qual a informação a proporcionar e, posteriormente, criar um guia de acolhimento para disponibilizar aos familiares.

No presente capítulo é apresentado todo o processo de investigação realizado, iniciando por contextualizar a problemática com o enquadramento conceptual resultante da pesquisa na literatura mais recente acerca do tema, de forma a fundamentar e solidificar o

² Vários autores admitem que a investigação em enfermagem começou com Florence Nightingale nas suas *Notas sobre enfermagem*, 1859 (Polit & Beck, 2011)

propósito deste trabalho. De seguida descreveremos todo o percurso metodológico, desde a problemática aos objetivos, tipo de estudo, o contexto e os participantes, procedimento de recolha e análise da informação e considerações éticas. Segue-se a apresentação, análise e discussão dos resultados, terminando com as conclusões alcançadas pela investigação.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Qualquer internamento, seja repentino ou programado, é alvo de alterações na estrutura e dinâmica familiar e muitas vezes é acompanhado de muitos medos e incertezas que nem sempre são demonstrados. A própria entrada no hospital é com frequência geradora de ansiedade, não só por parte do doente, como também por parte da sua família. A hospitalização causa transtornos não apenas no doente, mas em todos os membros da família, já que representa uma experiência ameaçadora e o sofrimento é intensificado por sentimentos de ansiedade e compromete o equilíbrio da dinâmica familiar (Batista et al., 2019).

O internamento numa UCI “deixa perceber a vulnerabilidade em que a pessoa doente se encontra e é, de um modo simultâneo e sequencial, vivida pela família em que se insere” (Mendes, 2018, p. 183). Experimentar uma situação limite, associada ao risco de vida, é vivida de forma única e o doente, muitas vezes inconsciente, só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. No entanto, a sua família, na maioria das situações, vivencia de forma intensa e emocional, todas as horas e subtis alterações no estado clínico do seu ente querido (Sá et al., 2015). Esta vivência induz nos familiares do doente crítico, sentimentos de inquietação e preocupação extremas, não só pela situação clínica do seu familiar, mas também pelo próprio ambiente que só por si pode ser intimidante. A existência constante de situações de emergência, a alta complexidade tecnológica e a concentração de doentes graves sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, caracteriza o ambiente das UCIs como sendo uma atmosfera stressante e emocionalmente comprometida (Batista et al., 2019), quer para os doentes, quer para os seus familiares.

A família do doente internado numa UCI, vivencia um processo de doença que geralmente desconhece, e um contexto de internamento estigmatizante, pela tecnologia em uso e pelo acesso condicionado (Mendes, 2016). Os familiares evidenciam necessidades de atenção, acolhimento e apoio por parte da equipa de saúde, já que não sabem a quem recorrer nos momentos de angústia e sofrimento (Silva, 2013). Perante esta realidade, torna-se fundamental a intervenção dos profissionais de saúde em compreender a singularidade de cada familiar, identificar as suas verdadeiras necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de *coping*, de modo a facilitar a adaptação a esta transição (Borges, 2015).

Ao assumir a importância de incluir a família no processo do doente, primeiro, o enfermeiro deverá ser consciente das necessidades que a família apresenta para posteriormente implementar medidas para ir de encontro a essas preocupações e

minimizá-las. “É preciso conhecer a família face à doença, as suas necessidades e interligar estas duas dimensões com conceitos éticos para que assim se consiga melhor cuidar” (Silva, 2013, p.66).

O Enfermeiro, e em particular neste contexto, o EEMC na PSC, deverá empenhar-se na minimização do impacto negativo no doente crítico e nos seus familiares, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas. A sua intervenção deverá ser precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística (OE, 2017). A família torna-se cliente de enfermagem pela vivência deste processo de transição saúde-doença (Mendes, 2016). Por isso, “identificar as necessidades dos familiares de doentes internados em UCI pode tornar o ambiente mais acolhedor e menos impessoal, principalmente no que se refere ao acolhimento prestado aos familiares” (Batista et al., 2019, p. 541).

Estas afirmações não são recentes. Desde há muito que, no plano teórico, se defende que a família do doente deve ser integrada no plano de cuidados, não só como parceiro no cuidar, mas também como alvo de cuidados.

No entanto, a investigação tem demonstrado que, por várias razões, a família ainda não é alvo da devida atenção por parte dos profissionais de saúde, o que parece estar relacionado principalmente com a evolução tecnológica da medicina que ainda tem muito por base o modelo biomédico. O cuidado dirigido aos familiares pode ser pouco visível e pouco presente, não sendo frequente encontrar no processo do doente, referências a diagnósticos ou intervenções de enfermagem que tenham por alvo as necessidades da família (Silva, 2013). Tal não significa que os enfermeiros ignorem os familiares da PSC, mas antes que, dada a gravidade da situação de doença, as intervenções de enfermagem se foquem no doente crítico e na complexidade do tratamento deste, do que nas necessidades dos familiares (Cabete et al., 2019).

A satisfação das necessidades da família do doente crítico, constitui, portanto, um desafio para os enfermeiros. Pellaza et al. (2015) afirmam ainda que, na generalidade, os enfermeiros concordam sobre a necessidade de incluir a família no plano de cuidados do doente crítico, no entanto, continuam a ocupar-se quase exclusivamente com o cuidado dirigido ao cliente, alegando sobrecarga de serviço e falta de preparação para lidar com os familiares. A equipa de saúde deverá implementar estratégias para que, por um lado, esta inclusão satisfaça as necessidades dos familiares do doente em UCI, e por outro, que não ponha em causa a atuação e a prestação de cuidados diretos ao doente crítico.

Se no período pré-pandemia já existiam limitações ao estabelecimento de relação terapêutica com o doente crítico e sua família – pelo contexto crítico, pela constante tensão nos profissionais de saúde consequente da instabilidade clínica dos doentes, pelo horário

reduzido dos horários de visita – todos estes constrangimentos foram agravados no período pandémico. Durante a pandemia por Covid19 que o mundo atravessou, os familiares do doente crítico foram impedidos de visitar os seus familiares. O sofrimento e a ansiedade provocada pelo internamento numa UCI foram incrementados pelo medo e a incerteza provocadas pelo contexto pandémico. Tal situação expôs a posição vulnerável em que os familiares se encontravam e desafiaram os profissionais de saúde a adotar estratégias para minimizar esses sentimentos.

No artigo de revisão apresentado por Cabete (2019), em que fez a análise de 6 artigos relacionados com esta temática, as necessidades dos familiares da PSC identificadas prendem-se com receber **informação** clínica adequada, por iniciativa dos profissionais de saúde presentes, pois os familiares sentem medo de questionar ou incomodar. Também Pelazza et al. (2015) referem que é sentida a necessidade de os familiares perceberem o diagnóstico e o prognóstico do familiar, bem como conhecer as estratégias de cuidados. Essa informação deverá ser clara e atualizada. A família procura o contacto com os enfermeiros, pela necessidade de serem informados, no sentido de lhes permitirem algum saber e conseqüentemente, algum bem-estar. Sentem que a possibilidade de serem informados, convenientemente, é uma variável determinante a considerar na experiência vivida (Mendes, 2016).

Também Mendes (2018), na sua abordagem fenomenológica a 21 familiares de doentes internados em UCI, observou que estes reportam em detalhe a necessidade de saber o que se passa com o doente e procuram insistentemente por **informação** no suporte interno e externo à unidade que lhe permita progressivamente aprender a lidar com os fatos e com as emoções. Durante as entrevistas, estes familiares reconheceram que a possibilidade de serem informados se revelou muito significativa como resposta às suas necessidades. Estas famílias referem reconhecer a importância do enfermeiro na transmissão de informação, assumindo um significado importante na vivência do internamento e possibilitando o entendimento dos acontecimentos. Como conclusão, esta autora afirma que “face à necessidade de informação, verificou-se que a informação transmitida lhes permitiu consciencializarem-se, capacitarem-se no quotidiano e aliviar a carga emocional experienciada” (Mendes, 2018, p.182).

A pesquisa qualitativa efetuada por Batista et al. (2019), com o intuito de identificar as principais necessidades dos familiares de doentes internados na UCI, mostrou que as necessidades mais valorizadas pelos participantes foram as de **conhecimento/informação**. De acordo com os autores, “um dos aspetos apontados pelos familiares foi a escassez de informações, inclusive dificuldades de acesso ao diagnóstico e prognóstico do paciente” (Batista et al., 2019, p.545). Este facto vem mais uma vez

comprovar que a informação é umas das principais ajudas que a equipa de saúde pode oferecer aos familiares. E, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o EEMC em PSC deverá no seu contexto de trabalho fazer “gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2017, p. 12). Batista et al. (2019) acrescentam ainda que o enfermeiro é o profissional que deve partilhar informações claras e objetivas sobre o que está a acontecer com o doente, as condutas que estão a ser tomadas, o prognóstico e o que significa “estar estável”.

Partindo de outra perspetiva, Sá et al. (2015) apresentam uma revisão sistemática da literatura relacionada com o cuidar da família em situação crítica, da experiência do enfermeiro. Da análise dos 9 estudos incluídos, estes autores concluem que uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros no cuidar da família da PSC são a comunicação eficaz de informações sobre o estado do seu familiar. Importa evidenciar um dos estudos analisados nesta revisão, *Intensive Care nurse´s knowledge of critical care family needs*³, realizado por Buckley & Andrews (2011), onde foram entrevistados 48 enfermeiros de cuidados intensivos. Neste estudo, todos os participantes consideram que a família vivencia uma situação de crise familiar com o internamento do seu membro numa UCI e que a principal necessidade da família é de **informação** por parte dos profissionais de saúde. A maioria dos enfermeiros referiu ainda preocupação constante em fornecer à família informação, conforto, proximidade, suporte e confiança (Sá et al., 2015).

Ainda na revisão de Sá et al. (2015), é dada evidência ao estudo efetuado por Cypress (2011), *The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective*⁴, envolvendo enfermeiros, doentes e familiares. Estes autores revelam que, os enfermeiros consideram ser sua função advogar pelos interesses do doente e da família, entre eles o direito à **informação**. Por outro lado, os familiares entrevistados evidenciaram a confiança nos enfermeiros e na equipa de saúde, “na medida em que era transmitida informação atualizada sobre o estado do doente, procedimentos, tratamentos, equipamentos, prognóstico e contatos com o serviço” (Sá et al., 2015, p. 40).

São muitos os estudos acerca desta temática e os seus autores são unânimes em considerar a informação, como a principal necessidade apontada pelos familiares dos doentes internados em UCI. Também os diversos estudos revelaram que, apesar de

³ Tradução: O conhecimento dos enfermeiros de Cuidados Intensivos acerca das necessidades da família do doente crítico (Buckley & Andrews, 2011).

⁴ Tradução: A experiência de enfermeiros, doentes e família: um estudo fenomenológico na perspetiva de Merleau-Pontian (Cypress, 2011)

reconhecerem a importância da família no processo do doente, os profissionais de saúde não estão ainda sensibilizados para esta questão e longo é o caminho para que a inclusão da família do doente crítico seja uma realidade patente das UCI. “A família deve ser vista como foco do cuidado e não como apêndice do seu familiar doente” (Batista et al., 2019, p. 545). Deverá haver reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, na importância da relação enfermeiro-família, na vivência da experiência de internamento de um ente querido em UCI. Consideramos que esta é uma área a necessitar de intervenção, em particular na UCI e esperamos com este estudo contribuir para a melhoria do acolhimento aos familiares dos doentes internados na UCI e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados mais humanizados.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação permite a aquisição de conhecimentos de forma sistemática e ordenada, indo ao encontro de respostas para as quais se colocam questões e que necessitam de ser investigadas (Fortin, 1999). É através da investigação que os problemas nascidos da prática são alvo de reflexão e que suscita o debate e se edificam ideias inovadoras (Coutinho, 2011). A investigação é, portanto, um meio objetivo para a obtenção de respostas a preocupações identificadas pelo investigador, no decurso da sua prática.

A Investigação em Enfermagem é um método sistemático, científico e rigoroso que busca o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento, procurando responder a questões ou soluções para problemas em prol do benefício da pessoa, da família e da comunidade (OE, 2006). O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem, é utilizado para desenvolver uma Prática Baseada na Evidência (PBE), melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006). A PBE é definida, em termos latos, como o uso dos melhores dados clínicos na tomada de decisões relativas ao atendimento ao doente e família, dados esses provenientes de pesquisas realizadas por enfermeiros e por outros profissionais de saúde (Polit & Beck, 2011). Por isso, a OE define como eixo prioritário de investigação, estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de Enfermagem gerais e especializados, e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de concepção dos enfermeiros (OE, 2006).

O processo de investigação deverá pautar-se pelo rigor científico, não só durante as fases de planeamento e obtenção de dados, como também na apresentação e discussão dos resultados, pois só assim a credibilidade do estudo está assegurada.

De seguida, apresentaremos todo o percurso metodológico, desde a definição da problemática, questão orientadora, os objetivos de estudo e conseqüente o tipo de estudo, o contexto e os participantes, o processo de recolha e tratamento dos dados obtidos, não esquecendo todas as considerações éticas que este estudo respeitou.

2.1 A PROBLEMÁTICA, QUESTÃO ORIENTADORA E OBJETIVOS

A investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, que causa inquietação e que, por consequência, exige uma explicação ou pelos menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999). A problemática tem a função de “focalizar a atenção do investigador para o fenómeno em análise, desempenhando o papel de “guia” na investigação” (Coutinho, 2011, p. 45).

A preocupação com os familiares dos doentes internados em UCI nasce do contacto com o doente crítico e foi muitas vezes sentida como negligenciada ao longo da minha atividade profissional. Durante este ENP, este tema foi refletido com vários elementos da equipa multidisciplinar que revelaram essencial a melhoria no acolhimento e acompanhamento dos familiares do doente crítico. Este ENP acabou por ser o impulso para o debruçar sobre este tema e dedicar esforços para a melhoria da atenção aos familiares dos doentes internados na UCI.

Por isso, este processo foi iniciado por uma pesquisa acerca desta temática em plataformas de bases de dados eletrónicas como a B-On, PubMed, SciELO (Scientific Electronic Library Online), RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) e Google Académico, utilizando como descritores de pesquisa “necessidades da família”, “cuidados intensivos”, “doente crítico” e “UCI”. A pesquisa foi delimitada a estudos publicados de 2015 até ao presente, no entanto, dada a escassez de resultados houve a necessidade de alargar este intervalo temporal de 2012 até ao presente. Dos artigos e publicações encontradas, foram selecionadas aquelas que abordavam especificamente as necessidades dos familiares dos doentes em contexto de cuidados intensivos e foram esses os estudos analisados para o enquadramento teórico apresentado.

Esta revisão da literatura torna-se parte fundamental da investigação, já que permite analisar, interpretar e sintetizar os estudos selecionados. Um dos objetivos da revisão da literatura é a de delimitar o domínio de investigação e o outro é o de poder distinguir o que é conhecido e o que falta conhecer num determinado domínio de investigação (Fortin, 1999). Os resultados dos estudos evidenciaram que existem necessidades a que os profissionais de saúde deverão atender no processo de cuidar do doente crítico e da sua família.

Meleis (2010) defende que, os enfermeiros pela posição privilegiada em que se encontram, devem identificar as necessidades individuais da pessoa doente e perdas que ocorrem durante o processo de transição, estabelecendo intervenções terapêuticas de enfermagem (citado por Silva et al., 2021). São vários os estudos que defendem que estas

necessidades são devidamente identificadas ao estabelecer uma relação terapêutica sólida e cuidada desde o primeiro momento. Quando se fala no doente crítico, devido à sua condição clínica, esta relação deverá ser inicialmente construída com os seus familiares, já que é neles que estão canalizadas as inquietações e incertezas do internamento, muitas vezes súbito, numa UCI. “O experimentar de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pelo doente, quer pela família, é vivida de forma única, pois o doente inconsciente muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação.” (Sá et al., 2015, p. 33). Já a família vivencia, desde o primeiro momento e de forma muitas vezes intensa e emocional, todas as alterações clínicas do seu ente querido (Sá et al., 2015). A comunicação que é estabelecida entre familiares e enfermeiros em UCI, nomeadamente em busca de informação, é mediada pela vivência de incerteza, num imprevisto constante (Silva et al., 2021).

Como se pode perceber pelo enquadramento teórico apresentado, já muita investigação foi feita, debruçada nas necessidades dos familiares do doente crítico e existe ainda uma vasta possibilidade de intervenção. Por este motivo, este estudo foca aquela necessidade que, por um lado, a literatura descreve como a mais sentida pelos familiares, e por outro, aquela que não tem vindo a ser colmatada, principalmente no período pós-pandemia Covid-19, que é a transmissão de informação aos familiares. Buckley & Andrews (2011), citados na revisão sistemática compreensiva da literatura efetuada por Sá et al. (2015), referem que os enfermeiros alvo do seu estudo, consideram que a família vivencia uma situação de crise familiar com o internamento do seu membro numa UCI e que a principal necessidade da família é a de informação franca por parte dos profissionais de saúde.

Partindo então do pressuposto de que a necessidade de informação é aquela que mais frequentemente é apontada como a necessidade mais sentida pelos familiares, a questão orientadora para este estudo foi: *Qual a informação a proporcionar aos familiares dos doentes internado numa UCI?*

A questão de investigação deverá ser uma pergunta específica que o investigador quer responder para tratar o problema e orientam o tipo de dado a ser colhido (Polit & Beck, 2011). Da questão de investigação, segue-se a formulação dos objetivos, os quais representam aquilo que o investigador se propõe a fazer para responder à questão de investigação, e devem ser claros pois são os guias de estudo (Sampieri et al., 2013). Assim sendo, para dar resposta à questão de partida, pretendo atingir os seguintes objetivos:

- Conhecer a informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados numa UCI;

- Construir um guia de acolhimento para os familiares dos doentes internados numa UCI.

Pretendemos com o conhecimento obtido através deste estudo, elencar, posteriormente, intervenções a realizar no contexto, de forma a ir de encontro à necessidade de informação que os familiares dos doentes internados em UCI apresentam e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados ao utente e à sua família.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta as características da problemática e os objetivos definidos, optamos por uma abordagem qualitativa de natureza descritiva e exploratória. Ao eleger o método qualitativo na abordagem a este tema, pretende-se alcançar um conhecimento vasto, profundo e fundamentado do mesmo, junto dos participantes do estudo. Segundo Fortin (1999), na abordagem qualitativa, o investigador reconhece que os sujeitos em estudo são dotados de um saber e experiência acerca do fenómeno em estudo, ou seja, “acontece frequentemente que se investiga “com” e não “para” as pessoas de interesse” (Fortin, 1999, p. 149). Ao seleccionar o método qualitativo, o investigador preocupa-se com uma compreensão ampla e absoluta do fenómeno em análise. O mesmo observa, descreve, interpreta e aprecia o fenómeno e o meio tal como se apresentam, sem os controlar (Fortin, 1999). Através deste método, procura-se obter os significados atribuídos a determinado fenómeno investigado (Fortin, 1999). Neste tipo de investigação, não se aceita a uniformização dos comportamentos, mas a riqueza da diversidade individual (Pacheco, 1993 citado por Coutinho, 2011).

Os estudos descritivos e exploratórios visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação (Fortin, 1999). Procuram obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação (Fortin, 1999). Este estudo pretende, através do instrumento de recolha de dados, explorar a necessidade de informação que os familiares do doente crítico apresentam e identificar qual será a que deverá ser proporcionada.

2.3 CONTEXTO E PARTICIPANTES

A necessidade de informação que os familiares revelam sentir, é reconhecida em qualquer contexto em que o doente crítico se insira. A preocupação por esta temática já era existente, no entanto, foi no contexto deste ENP, através do diagnóstico de necessidades efetuado, que a aplicabilidade deste estudo foi possível. Assim sendo, o contexto deste trabalho de investigação encontra-se descrito em detalhe no capítulo I. A investigação foi realizada em contexto natural, numa UCI de um centro hospitalar do norte de Portugal.

Na realização de uma investigação é necessário determinar a população alvo e os participantes, ou seja, o conjunto de sujeitos que partilham características comuns, onde o investigador pretende testar as hipóteses de investigação e a relação entre as variáveis (Fortin, 1999). Assim sendo, a população foram os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de uma UCI, num total de 133 profissionais - 24 médicos e 107 enfermeiros.

A seleção da amostra foi intencional, com o objetivo de existir homogeneidade no grupo, isto é, de os participantes terem algo em comum entre si, de forma relevante para o estudo (Krueger & Casey citado por Silva et al., 2014). Por outro lado, a seleção deste grupo teve a pretensão de possibilitar diversidade de perspetivas - e de opiniões - e de fomentar discussão acerca do tema alvo de estudo. Morgan (1996) assegura que, à semelhança do que acontece em outros métodos qualitativos, os *focus grupo* assentam em amostras intencionais, selecionando aqueles participantes que à partida se prevê que gerem discussões o mais produtivas possível (Silva et al., 2014). No fundo, esta seleção teve o objetivo de reunir um grupo que, por um lado, fosse uniforme na vasta experiência na abordagem ao doente crítico e no contacto com os seus familiares, mas por outro, com bases de formação diferentes, potenciando diferentes perspetivas e opiniões, e assim gerar riqueza de conteúdo.

Assim sendo, para a escolha dos participantes, foram definidos critérios de seleção a aplicar na população, com o propósito de obter uma amostra que permita alcançar os objetivos definidos. Os critérios para a seleção da amostra foram:

- Trabalhar há 10 ou mais anos na UCI;
- Incluir médicos e enfermeiros;
- Ser especialista numa área de enfermagem ou médica;
- Diversidade na área de especialização.

A equipa de enfermagem da UCI é liderada pelo enfermeiro-chefe que conta com a colaboração de duas enfermeiras para a área da gestão. A equipa é distribuída por 5

equipas, cada uma delas liderada por uma chefe-equipa. As chefes de equipa são todas enfermeiras especialistas e com experiência e competências acrescidas na área do doente crítico. Para além destes enfermeiros, existem 3 enfermeiros especialistas em reabilitação a exercer funções de reabilitação. Relativamente à equipa médica, estes são constituídos por 24 assistentes médicos (3 assistentes graduados superiores; 5 assistentes graduados e 16 assistentes hospitalares) com especialidades de pneumologia, medicina interna, anestesiologia e medicina intensiva. Assim, tendo em conta os critérios previamente definidos, decidimos incluir na constituição do grupo:

- O enfermeiro-chefe – enfermeiro especialista em saúde mental e doutorado pela Faculdade de Medicina e Odontologia de Santiago de Compostela, com funções de gestão;
- As duas enfermeiras responsáveis da área da gestão, ambas especialistas em médico-cirúrgica e também elas chefes de equipa;
- Dois enfermeiros especialistas em reabilitação;
- O enfermeiro com mais anos de experiência em cuidados intensivos;
- Um médico especialista em medicina intensiva, a exercer atividade na UCI há 10 anos ou mais;
- Um médico especialista em anestesiologia, a exercer atividade na UCI há 10 anos ou mais;
- Um médico especialista em medicina interna, a exercer atividade na UCI há 10 anos ou mais;
- Um médico especialista em pneumologia, a exercer atividade na UCI há 10 anos ou mais.

Desta forma, 10 profissionais da equipa tinham critérios para participar. Relativamente à dimensão da amostra, apesar de, em termos gerais, uma amostra grande garantir uma maior generalização dos resultados, há muitos autores que defendem que será mais importante o cuidado na seleção da amostra, do que propriamente o tamanho da mesma (Coutinho, 2011). Tendo em conta o instrumento de recolha de dados utilizado, segundo Krueger & Casey (2009), o tamanho ideal de uma amostra do *focus grupo* é usualmente entre 5 e 8 pessoas, Coutinho (2011) fala em 7 a 10 pessoas e Polit & Beck (2011) falam em 5 a 10 pessoas.

2.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do instrumento para recolha de dados deve permitir reunir a informação necessária para dar resposta às questões de investigação, indo de encontro aos objetivos enunciados. De acordo com Fortin (1999), o “processo de colheita de dados consiste em recolher de uma forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos” (p. 261). O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, recorrendo a um *focus grupo*.

O *focus grupo* é uma entrevista em que envolve um grupo de pessoas que se reúnem para discutir determinada temática. Morgan define *focus grupo* como uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador (Silva et al., 2015). Segundo Mason & Bramble, trata-se de uma metodologia de recolha de dados que, em vez do clássico pergunta-resposta da entrevista individual, adota o formato de discussão guiada pelo investigador, a um grupo de pessoas, em torno de questões que são debatidas, apostando-se sobretudo nas “interações” que se geram no grupo durante a entrevista (Coutinho, 2011).

As vantagens da entrevista em grupo incluem a sua eficiência, a possibilidade de gerar bastante diálogo (Polit & Beck, 2011) e proporcionar grande quantidade e diversidade de informação (Aires, 2015). Nesta metodologia, a abordagem apoia-se numa entrevista semi-estruturada em que o “responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém” (Fortin, 1999, p. 247). O objetivo é que haja interação de grupo e, no fim da entrevista, todos os temas tenham sido abordados. Krueger & Casey salientam que uma das características do *focus grupo* é o facto de os participantes terem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão (Silva et al., 2014).

2.5 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O processo de recolha de informação iniciou-se por endereçar um convite informal, aos potenciais participantes, primeiro pessoalmente, com a intenção de perceber a motivação e disponibilidade em participar no estudo. Todos os convidados mostraram-se disponíveis para reunir pessoalmente, num dia a agendar perante a disponibilidade de todos. Foi então enviado um convite formal com uma sugestão de data, mas perante a indisponibilidade de quatro dos convidados, teve de ser adiada para data posterior. Foi endereçado segundo convite com sugestão de nova data e todos os participantes

mostraram-se disponíveis. Posteriormente foi enviado novo email de confirmação da data e local a realizar a reunião e o consentimento para a recolha de dados (Apêndice C) para que, no dia da reunião, fosse entregue, devidamente assinado.

Dada a natureza do estudo e os objetivos definidos, a escolha da realização de um *focus grupo* pareceu-nos a melhor opção. Foram definidos os seguintes objetivos para a entrevista:

- Facilitar a partilha de conhecimento acerca da informação a transmitir aos familiares dos doentes internados na UCI;
- Identificar a informação a transmitir aos familiares dos doentes internados na UCI;
- Identificar a informação a incluir no guia de acolhimento.

Foi pretensão que o tema fosse discutido livremente e que os participantes pudessem abordar esta temática transmitindo a sua opinião e sugerindo intervenções.

Antes de uma entrevista semiestruturada, é indispensável elaborar um plano no qual o objetivo geral do tema a cobrir está indicado, assim como os subtemas, seguindo uma ordem cronológica (Fortin, 1999). Perante os temas a discutir para a obtenção de informação que respondesse aos objetivos, foi elaborado um guião da entrevista (Apêndice D). Com o recurso ao guião da entrevista, a intenção foi a de incentivar os participantes a falarem livremente dos temas propostos, por um lado, e por outro, a de direcionar a entrevista para o assunto a estudar.

No dia e hora agendada, foi realizada a reunião com o grupo, sendo constituído por sete dos elementos convidados (n=7). Para a realização do *focus grupo*, foram endereçados 10 convites a elementos da UCI que cumpriam os critérios definidos, que foram todos aceites. No entanto, na véspera da reunião, por motivo de saúde, um dos convidados (o médico especialista em Medicina Interna) informou que não poderia estar presente, e, no dia, por motivos profissionais, uma das enfermeiras responsáveis pela gestão e a médica especialista em Pneumologia, não conseguiram ausentar-se do seu local de trabalho. Ainda assim, o número de participantes respeitou as recomendações de diversos autores que consideram que, o número adequado de elementos do *focus grupo* deverá situar-se entre os 5 e os 10 participantes.

Foi escolhida uma sala de reuniões, sala isolada do serviço, de forma a garantir tranquilidade e insonorização. Foram colocadas cadeiras em círculo, de forma a garantir o contacto visual de todos os participantes. Após a chegada dos 7 participantes, antes do início da entrevista, foi disponibilizado o guião da entrevista (Apêndice D) e pedido o consentimento para a recolha de dados. A reunião decorreu sem intercorrências, apenas

com a saída a 15 minutos do final do enfermeiro-chefe que, por motivos profissionais, teve de se ausentar.

A reunião teve a duração de aproximadamente 90 minutos, período de tempo que se enquadrou no previsto. O grupo foi muito participativo e gerou-se bastante discussão, o que permitiu a obtenção de muita informação acerca do tema. A entrevista foi iniciada com uma breve apresentação do tema e da sua pertinência, seguida da questão que pretendia ser o gatilho para a discussão. Tal como refere Silva et al. (2014), “o papel do moderador não é o de emitir julgamentos, mas o de questionar, ouvir, manter a conversação no trilho e certificar-se que cada participante tem oportunidade de participar” (p.184). Da discussão gerada, é de destacar a diversidade de informação produzida, que contribuiu para a formação das diversas categorias, apresentadas no seguinte ponto.

Posteriormente à reunião com o grupo, foi feita a transcrição da mesma para que a análise da informação fosse possível. De seguida, descreveremos todos os passos efetuados no procedimento de análise, tendo por base a análise sugerida por Bardin e outros autores.

2.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Esta é a fase mais importante de todo o trabalho de investigação, aquela em que, após exibição dos dados obtidos pelo instrumento de colheita, se atribui significado ao que foi recolhido. O propósito da análise dos dados é organizar, fornecer estrutura e obter significado dos dados (Polit & Beck, 2011). A codificação dos dados obtidos, fase em que o investigador transforma os dados brutos obtidos pelo instrumento de recolha de dados – neste caso do *focus grupo* – através de recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (Bardin, 2016).

Após a realização do *focus grupo*, foi feita a transcrição literal do referido ao longo da entrevista, transcrição necessária para, posteriormente, analisar os dados. Pela quantidade de informação que a transcrição forneceu, a fase seguinte foi crucial para a análise dos dados, que foi a organização e categorização dos dados obtidos. Pela enorme quantidade de informação descritiva que a reunião com os participantes produziu, é essencial que esta seja reduzida, organizada e categorizada para, posteriormente, se proceder à descrição e interpretação do fenómeno em estudo (Coutinho, 2011).

Mas, desenvolver um esquema de categorias de qualidade, envolve a leitura cuidada dos dados, com ênfase na identificação de conceitos subjacentes e conjuntos de

conceitos (Polit & Beck, 2011). Com várias leituras do corpo de texto da entrevista e com a preparação prévia do tema a estudar, foi possível, com coerência e exatidão, agrupar toda a informação obtida.

Portanto, as categorias obtidas desta análise de conteúdo foram emergindo dos dados recolhidos da transcrição da reunião com o grupo. Nesta fase – a categorização - o investigador busca padrões de pensamento ou comportamento, palavras, frases, ou seja, regularidades nos dados que permitem a sua categorização (Coutinho, 2011). Ou seja, perante a informação recolhida, agrupou-se, numa primeira fase, todos os dados com informação em comum, definindo assim as categorias. “A categorização permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los (Coutinho, 2011, p. 195).

Depois de desenvolvido o esquema por temas, todos os dados foram lidos e codificados para que correspondam às categorias. Este é o momento da codificação. A cada categoria foi dada uma designação, mediante a informação que forneciam. Os dados obtidos foram agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2016).

Desta análise, resultou uma matriz de redução de dados que permitiu ter uma visão da percepção dos profissionais de saúde, sobre a informação que é necessária transmitir à família e a informação que é importante incluir no guia de acolhimento (Apêndice E).

2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando se realiza um trabalho de investigação, existem princípios que o investigador não deverá ultrapassar, como o respeito e a proteção dos direitos das pessoas em estudo. A investigação realizada em pessoas, deverá oferecer garantias éticas e morais, baseadas no processo de tomada de decisão livre e esclarecida de todos os participantes nela envolvidos.

“A ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p. 114). Em qualquer investigação que envolva pessoas, os investigadores precisam tratar das questões éticas e morais a ela inerentes. “As preocupações éticas são especialmente proeminentes na pesquisa em enfermagem porque a linha de demarcação entre o que constitui a prática esperada e a coleta de dados de pesquisa muitas vezes é obscura” (Polit & Beck, 2011, p. 143).

Por este motivo, a OE, no Código Deontológico do Enfermeiro, emanou vários pressupostos para a prática de enfermagem, sempre no respeito pela ética e deontologia, “cuja finalidade é garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão” (Nunes et al., 2005, p. 20). O artigo 106º deste código, defende o dever do sigilo em que, entre outros deveres, o enfermeiro deverá “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Portugal, 2015, p. 8079).

A fim de realizar o estudo, foi necessário cumprir um conjunto de procedimentos legais e éticos, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019), o qual refere que o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, gerindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Para além disso, a investigação científica, apesar de ser indispensável ao progresso do conhecimento da humanidade, deverá garantir a confidencialidade, o consentimento informado, o respeito pela liberdade e autonomia e o direito ao anonimato.

Com base nestes pressupostos, antes do início do presente estudo, foram efetuados pedidos de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética (Apêndices F e G), respeitando assim normas institucionais para a realização de trabalhos de investigação. Após a receção dos pareceres da Comissão de Ética (CES) e do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI), apresentados nos Anexos D e E, foram então elaborados e endereçados convites formais para a participação no *focus grupo* a cada um dos participantes, via e-mail, e remetido o consentimento para a participação no estudo e para a gravação em áudio da reunião (Apêndice C), para que o tratamento dos dados fosse possível. Nesse consentimento, foi pedida a autorização para a conservação dos dados durante um prazo máximo de 6 meses.

No próximo ponto, segue-se a apresentação dos dados obtidos no *focus grupo*, seguida da sua análise e reflexão, com base na literatura mais recente acerca do tema, explanado no enquadramento conceptual apresentado.

3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o tratamento e organização dos dados em categorias (Apêndice E), segue-se a sua apresentação, interpretação e reflexão, à luz da evidência encontrada e explanada no enquadramento conceptual deste estudo. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar aos marcos teóricos, pertinentes à investigação em causa, pois eles dão o suporte e as perspetivas significativas ao estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (Bardin & Esteves citado por Coutinho, 2011). Neste ponto, pretendemos realizar uma reflexão crítica sobre o significado desses dados e confrontá-los com o encontrado na literatura atual.

Assim sendo, este ponto inicia-se com a caracterização sociodemográfica dos participantes, para um melhor conhecimento dos participantes do *focus grupo*. Segue-se a apresentação dos dados obtidos, sob a matriz resultante da redução e compilação dos resultados. Posteriormente, pretendemos analisar cada categoria imergida da categorização dos dados e refletir acerca deles, confrontando-os com a informação resultante de outros estudos feitos sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

O *focus grupo* foi constituído por 7 elementos pertencentes à equipa de uma UCI, em que têm em comum o exercício de funções neste serviço há mais de 10 anos. Como referido, era pretensão para a constituição deste grupo, a variedade nas áreas de especialização, com o objetivo de ter uma amostra diversificada e obter diferentes perspetivas acerca do tema. No quadro 1 pode ler-se a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Idade (anos)	Género	Formação Académica	Experiência profissional (anos)	Experiência profissional especializada (anos)	Tempo de serviço na UCI (anos)
Enfermeiro 1 (E1)	60	Masc.	Doutorado e Especialista em Saúde Mental	39	15	39
Enfermeiro 2 (E2)	51	Fem.	Especialista em Médico-Cirúrgica	26	12	26
Enfermeiro 3 (E3)	49	Masc.	Especialista em Reabilitação	25	13	11
Enfermeiro 4 (E4)	55	Masc.	Especialista em Reabilitação	30	15	11
Enfermeiro 5 (E5)	63	Masc.	Licenciatura	42	-	42
Médico 1 (M1)	49	Fem.	Especialista em Anestesiologia	25	18	12
Médico 2 (M2)	62	Masc.	Especialista em Anestesiologia e Medicina Intensiva	32	30	32

Considerando os critérios definidos para a seleção dos participantes, este grupo foi constituído por 5 enfermeiros e 2 médicos, com idades compreendidas entre os 49 e os 63 anos, com média de idades de 55,6 anos, correspondendo a cerca de 29% do sexo feminino e 71% do sexo masculino.

Quanto à sua formação académica, 2 são licenciados em medicina e destes 1 é especialista em anestesiologia e outro em medicina intensiva. 5 dos participantes são licenciados em enfermagem, sendo que destes, 4 são especialistas (um em médico-cirúrgica, dois em reabilitação e um em saúde mental) e 1 tem apenas licenciatura em

enfermagem. De referir que um dos critérios para a constituição do *focus grupo*, foi a diversidade na área de especialização para obter diferentes perspetivas.

Relativamente ao tempo de experiência, todos os participantes têm experiências profissionais acima dos 25 anos, com uma média de 31,3 anos. No que diz respeito à experiência profissional especializada, apenas um enfermeiro não tem qualquer especialidade, os restantes elementos têm especialidade há mais de 10 anos, com uma média de 17,2 anos. Já no que toca à experiência profissional no contexto deste estudo, todos os participantes exercem funções há mais de 10 anos, com uma média de 24,7 anos de experiência nesta UCI.

3.2 A INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR AOS FAMILIARES DOS DOENTES INTERNADOS NUMA UCI

Da análise da entrevista, foi obtida uma extensa e variada informação, que foi organizada e interpretada, para emanar conclusões acerca do tema em estudo. A análise dos dados foi efetuada tendo em conta a metodologia defendida por Bardin, para a análise de conteúdo. Este autor defende que, para que esta análise seja válida, o investigador deverá recorrer a *categorias de fragmentação da comunicação*, que são uma “espécie de gavetas ou rúbricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significado constitutivos da mensagem” (Bardin, 2016, p.43).

Partindo dos pressupostos já descritos para a análise de conteúdo, emergiram as áreas temáticas e as categorias subjacentes apresentadas abaixo, primeiro esquematizadas através de um quadro e, posteriormente, descritas individualmente, suportadas pelas palavras enunciadas pelos participantes durante o *focus grupo* e pela informação existente na literatura mais recente.

Quadro 2 – Informação a proporcionar aos familiares dos doentes internado numa UCI: Categorias e subcategorias

Áreas temáticas	Categoria	Sub-categoria
Informação a proporcionar à família	Oralmente	Estado clínico
		Motivo de admissão
	No guia de acolhimento	Funcionamento do serviço
		Apoios existentes
		Regras internas
Estratégias para proporcionar informação	Identificação do familiar de referência	
	Associadas com a Comunicação	Adequada
		Clara
		Simples
		Gradual
		Estruturada
Envolvimento da equipa multidisciplinar		
Estratégias para melhorar a informação transmitida	Formação à equipa multidisciplinar	
	Definição do responsável pela transmissão da informação	

Para além de toda a informação obtida acerca da temática em estudo, a pertinência do estudo foi confirmada pelos profissionais de saúde, ao longo de toda a entrevista. Vários participantes afirmaram a importância do estudo e a necessidade de investimento nesta área, tal como reflete nas seguintes transcrições:

“É um tema extremamente importante e que está um bocadinho negligenciado ainda aqui no serviço” (M1);

“Foi um tema que eu sempre abracei” (E1) e é importante *“desmistificar o tema [de] que os familiares não têm necessidades”* (E1).

É também reconhecido pelos investigadores na área das necessidades dos familiares do doente crítico que, ao manter a família informada, não só do estado de saúde do seu ente, assim como do ambiente que o rodeia, ajuda a experienciar o processo de transição a que estão obrigados a vivenciar. Dar espaço para que a família exponha os

seus receios e angústias, disponibilizando informação útil e atualizada sobre o seu familiar, contribui para uma vivência mais saudável deste processo. Mendes (2018), no seu estudo realizado com familiares de doentes críticos, concluiu que a informação transmitida permitiu à família consciencializar-se, capacitarem-se para o dia-a-dia e aliviar a carga emocional experienciada. Como tal, o enfermeiro, pela sua relação de proximidade com o doente, surge com um papel fundamental, na preparação do familiar para a experiência a ser vivenciada dentro da UCI.

INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR À FAMÍLIA

No que diz respeito a esta área temática, os participantes afirmam que existe informação que deverá ser transmitida verbalmente e que existe informação que deverá ser incluída no guia de acolhimento. Por este motivo, agrupamos a informação em duas subcategorias, informação a proporcionar à família oralmente, e informação a incluir no guia de acolhimento.

Relativamente àquela que deverá ser fornecida oralmente, os participantes afirmam que a informação que deverá ser dada presencialmente ao familiar e que vai de encontro às suas necessidades de informação, prende-se, inicialmente, com o motivo de admissão na UCI. Um dos enfermeiros participantes refere que:

[O que] *“a família quer saber tem a ver com a experiência e como este doente chega aos cuidados intensivos”* (E1).

Outro participante corrobora dizendo que o familiar pretende *“saber a razão principal do porquê o doente veio para aqui”* (E3).

No momento de admissão do doente na UCI, a família é assaltada por pensamentos assustadores que a iminência da vida do seu familiar provoca. É neste momento, que a família necessita de informação atual e concreta, que a esclareça do verdadeiro motivo de admissão do seu familiar naquele ambiente. Cabete et al. (2019), afirma que é sentida a necessidade de os familiares perceberem o diagnóstico e o prognóstico do seu familiar internado, assim como conhecer as estratégias de tratamento. Esta informação ajudará na concepção do real estado clínico do seu familiar e na perspetivação do futuro. O estudo realizado por Batista et al. (2019), evidencia que esclarecimentos a respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente são essenciais para os familiares. Estes autores acrescentam ainda que, a ausência de informação é geradora de sentimentos de preocupação e desconforto, já que elas *“necessitam de explicações que esclareçam as suas dúvidas, medos e angústias”* (Batista et al., 2019, p. 544). Também Mendes (2018),

concluiu que, perante a instabilidade e o risco de vida iminente, os familiares revelavam uma necessidade extrema de informação. Esta autora afirma ainda que “no contexto de internamento, a preocupação inicial da família incide na evolução da situação e no cuidado que a equipa tem com o seu familiar” (Mendes, 2018, p. 186).

Os participantes defendem que se deverá iniciar a conversa com o familiar, pela transmissão da informação atualizada acerca do estado de saúde do seu familiar, procurando ir de encontro à informação que este procura e dando espaço para o esclarecimento de dúvidas e anseios. Tal como refere um dos enfermeiros:

“A primeira fase é atualizar os familiares e desmistificar um bocadinho” (E3).

Isto é, a família, nesta fase, pretende obter informações acerca do estado clínico atual do seu familiar, de forma a esclarecer a verdadeira condição de saúde da PSC. No estudo efetuado por Mendes, “a família salienta que a necessidade de informação contempla o presente e o que se espera num futuro próximo” (Mendes, 2018, p. 187). Importa salientar que, o internamento numa UCI é, por si só, fator desencadeante de desorganização familiar. A “simples” informação de que o familiar irá ser internado numa UCI, carrega o familiar de pensamentos negativos e aterrorizadores que poderão estar distantes da realidade. Por estes motivos, Batista et al. (2019) defendem que as associações destes fatores potenciam na família a necessidade de informação e a necessidade de um bom acolhimento por parte dos profissionais.

A pensar na melhoria do acolhimento aos familiares, a ideia da construção de um guia de acolhimento, ganhou relevância durante a entrevista. O impacto do internamento em UCI é muito significativo e provoca nos familiares sentimentos de ansiedade e stress extremos e, por isso, há informação que, se transmitida inicialmente, não ficará retida. Assim, os participantes afirmam que o guia de acolhimento deverá ser um documento dotado de informações relevantes e utilitárias para consulta posterior. Um enfermeiro defende que:

“os panfletos... podem ser dados com as informações mais úteis” (E4) e poderão ser entregues à família do doente internado.

Tal como refere na literatura, a família da PSC, perante a notícia do seu internamento e do estado que se prevê crítico, é provável que não retenha esse tipo de informação, já que o seu foco no momento é o estado de saúde do seu ente querido. Mendes (2018) defende que “no período inicial, de grande incerteza, a dificuldade em absorver a informação é muito significativa. Importa compreender esse choque inicial no processo e considerar um espaço de tempo, no sentido de permitir à família estabilizar” (Mendes, 2018, p. 186).

Na informação obtida pelo *focus grupo*, ficou claro que os participantes estão em concordância com o que revela a literatura, de que a informação deverá ser doseada e priorizada. Toda aquela informação institucional, de carácter mais burocrático, é valorizada e consideram importante, mas, na opinião do grupo, deverá ser colocada no guia de acolhimento a fornecer aos familiares. Os participantes consideram que, no guia de acolhimento, deverá constar:

“informação em termos de funcionamento da unidade” (E2) assim como *“o horário de funcionamento da secretaria”* (M1).

Ou seja, deverá ser incluída informação acerca do funcionamento do serviço, com a informação do horário disponível, *“nomeadamente baixas e aspetos burocráticos que pode ser importante informar em termos de horário”* (E2).

Neste documento deverá também constar informação acerca de apoios existentes no hospital a que o familiar poderá recorrer em caso de necessidade.

Um dos participantes salienta que é importante informar acerca do *“apoio social, apoio religioso, quem é a família de referência, para nós sabermos”* assim como contatos da *“assistente social... e qual o horário praticado”* (E1).

Um médico reforça esta necessidade assegurando que:

“eu regularmente referencio para a assistente social... isto é um conjunto de informação ou que deve estar no site ou deve ser incluído numa folha” (M2).

Na opinião dos participantes, neste guia, deve constar informação acerca das regras internas do serviço, que apesar de deverem ser explicadas pessoalmente, deverão ser reforçadas no documento escrito.

“O que é permitido e o que não é permitido” (M2), e reforçam que *“as regras das visitas, isso seria informação à posteriori dada nos panfletos”* (E1).

Resumidamente, os participantes defendem que, informação relacionada com horários de funcionamento da secretaria da unidade, apoios existentes a nível institucional como apoio social e religioso e respetivos horários, assim como regras internas do serviço, serão informações a colocar no guia de acolhimento a entregar aos familiares durante a visita à unidade. Esta informação, externa à condição de saúde do doente, será igualmente importante durante a permanência deste na UCI e deverá ser disponibilizada a todos os familiares para consulta futura. Os participantes acrescentam que esta informação contribui, por um lado, para o cumprimento das regras internas do serviço, e por outro, assegura que todos tenham acesso aos recursos existentes na instituição, recursos estes que, na opinião dos participantes, são muitas vezes desconhecidos. Pelazza et al. (2015),

na revisão sistemática da literatura realizada, concluíram que as informações impressas em forma de folhetos ajudam os familiares a compreender os cuidados e o ambiente. Este autor defende que, estas informações associadas a uma comunicação regular e estruturada com a equipa de enfermagem, ajudam na redução do stress e na compreensão do tratamento realizado, ou seja, uma estratégia potencia a outra (Pelazza et al., 2015).

Em situações de grande ansiedade e angústia, as pessoas tendem a procurar várias fontes de informação no sentido de confortá-las e tranquiliza-las. Mendes (2018) refere que os familiares por ela entrevistados procuravam insistentemente por informação, tanto no suporte interno como externo à unidade, que lhe permitisse aprender a lidar com os fatos e com as emoções. Este é mais um argumento de defesa da importância da demonstração de disponibilidade pelos profissionais de saúde. É essencial que a informação de que a família tanto necessita seja proveniente da equipa de saúde que cuida do doente crítico e que esta demonstre disponibilidade em responder às suas dúvidas e anseios. Por isso, os participantes revelam também importante a disponibilização de informação acerca do apoio psicológico existente na instituição, pelo serviço de Psicologia. O apoio religioso também é referido pelo grupo como importante disponibilizar, assim como a assistência social. Este último apoio, evidenciado pelos participantes, poderá constituir uma importante ajuda, especialmente em casos de dificuldades económicas, muitas vezes ocultas e oprimidas, e que constituem uma importante fonte de ansiedade e instabilidade emocional.

ESTRATÉGIAS PARA PROPORCIONAR INFORMAÇÃO

Durante o *focus grupo*, no decurso da abordagem da temática da informação a proporcionar aos familiares, foi inevitável surgirem sugestões de estratégias a adotar para que a transmissão da informação seja eficaz. Dentro desta temática, os participantes defendem a necessidade de identificação do familiar de referência. Um enfermeiro assegura que:

“A informação é dada só ao responsável” e o “o representante da família é que tem esta calendarização de ir à visita e passa a informação ao agregado” (E1).

Por outras palavras, os participantes defendem que deverá ser identificado o familiar que fica responsável por receber a informação e de a transmitir aos restantes elementos da família. De uma forma unânime, os participantes do *focus grupo* confirmam que esta foi uma medida essencial, implementada no início da pandemia por Covid 19, quando não eram possíveis as visitas presenciais, e asseguram que contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados à família. Um enfermeiro recorda:

“a pandemia... trouxe-nos o familiar de referência, que não existia, temos o contacto dele e é a esse a quem era a dada a informação e ela continua a existir” (E1).

Portanto, defendem que, à semelhança do que já acontece, cada doente internado na UCI deverá ter um familiar como elo de ligação entre a equipa de saúde e o núcleo familiar. Um outro elemento deste painel, relembra um aspeto importante na definição do familiar de referência, que é o sigilo da informação:

“definir quem é o interlocutor da visita, se fica assente logo no início, porque isso vai ter um impacto grande também no respeito pelo sigilo da informação” (M2).

Este é um aspeto importante pela condição de vulnerabilidade em que se encontra o doente e pelo seu estado de consciência muitas vezes não permitir decidir a respeito da informação que é transmitida. Neste campo, o profissional de saúde tem um papel essencial, o de garantir que a informação privada do doente seja transmitida apenas às pessoas da esfera privada do doente. Para isso, a identificação do familiar de referência para a transmissão de informação, torna-se fundamental.

Ainda relacionado com a transmissão da informação, os participantes do *focus grupo* reforçam a necessidade de fazer uma avaliação da pessoa que recebe a informação, adequando o modo de transmitir a informação, para que haja por parte do recetor, o máximo de entendimento. Foram então identificadas estratégias associadas à comunicação da informação, que defendem que esta deverá ser clara, adequada, simples, gradual e estruturada.

Referem ser importante ter noção de quem recebe a informação, ou melhor, nas palavras de um dos enfermeiros:

“cabe aos profissionais de saúde saber a quem é que está a dar esta informação; quem é a pessoa que está à nossa frente (E1).

Isto é, o profissional de saúde deverá adequar a informação ao recetor, tanto em termos linguísticos como em conteúdo, para assegurar o seu entendimento e compreensão. Este mesmo enfermeiro, reforça que não se deverá transmitir a informação nos mesmos moldes a todos os familiares, ou seja,

“as informações estruturadas não podem ser standardizadas para todos” (E1).

Batista et al. (2019), reforçam esta mensagem e defendem que a condição do doente deve ser descrita e adequada ao nível de compreensão do familiar. O profissional de saúde deverá, primeiro, perceber que informação é que o familiar de referência detém acerca da situação do doente, identificar o seu nível de compreensão e depois adequar a informação e a linguagem ao recetor. Mendes (2018) salienta ainda que “a informação,

sempre que transmitida em tempo útil e de conteúdo perceptível, assumiu um significado importante na vivência, possibilitando o entendimento dos acontecimentos” (p. 185) e auxiliando a família no processo de transição que inicia.

Apesar de adequar a forma de transmitir a informação ao recetor, os participantes, à semelhança do que defendem outros estudos, defendem que esta comunicação deverá ser clara, simples e objetiva, com o mesmo propósito: o máximo entendimento da informação que é transmitida. Nas seguintes transcrições do *focus grupo*, reforçam esta ideia:

“uma linguagem simples e o mais conciso preciso” (E3).

“uma comunicação clara e num espaço adequado para este tipo de comunicação”

“aproximarmo-nos em termos linguísticos e de comunicação a uma comunicação aberta, clara, expressiva, para que a visita perceba toda a informação” (E1).

Pelazza et al, (2015), afirmam que “a habilidade de comunicar-se com o outro é uma das qualidades importantes e a equipe de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação não verbal, capacidade de ouvir, e usar linguagem clara e acessível” (p. 61). Todas estas habilidades deverão ser trabalhadas pelos elementos da equipa já que, uma comunicação eficaz e clara diminui dúvidas e ansiedades sentidas pela família do doente crítico (Pelazza et al, 2015). Os participantes revelam também ser fundamental o cuidado de reunir com os familiares num local adequado para o efeito, providenciando a privacidade necessária para o momento. Tal afirmação vai de encontro ao evidenciado por Cabete et al. (2019), na revisão integrativa da literatura realizada, em que concluíram que “é fulcral que o enfermeiro estabeleça uma relação com a família, promova um ambiente confortável e privado, forneça informações reais e completas e demonstre empatia, respeito e sensibilidade” (p. 8).

Ainda na categoria relacionada com as estratégias para proporcionar informação associadas à comunicação, os participantes acreditam que a informação deverá ser fornecida de uma forma gradual, progressiva, consoante a compreensão do familiar. Nas palavras de um dos enfermeiros:

“no primeiro e segundo dia, a informação nunca deve ser muito extensa... não vai é reter muita da informação que é dita” (E2).

Os participantes concordam que a informação não deverá ser exaustiva no primeiro momento, já que, perante o impacto da notícia de internamento do seu familiar numa UCI, a família necessita de tempo para assimilar a situação. Por isso, deverá ser transmitida progressivamente, priorizando a informação mais importante, para que se possa

disponibilizar tempo de entendimento por parte do recetor. Também Mendes (2018) concluiu que, no período inicial, a família tem grande dificuldade em absorver a informação e deverá dar-se espaço de tempo para a família estabilizar.

Apesar da opinião de que a informação fornecida deverá ser adaptada ao recetor, os participantes consideram, por outro lado, que esta informação, deverá também ser estruturada, para que não haja perda de informação. Um dos participantes revela que, há uns anos, *“as visitas eram estruturadas, a comunicação era estruturada e dada nos mesmos moldes a todos”* (E1). Esta estruturação facilita a comunicação da informação por parte do profissional de saúde e contribui para uma transmissão eficiente da informação.

Outras das medidas apontadas pelos participantes, no que concerne às estratégias a adotar para proporcionar informação, é o envolvimento da equipa multidisciplinar. Pela importância dada a esta temática e pela discussão gerada acerca deste tema, foi definida esta categoria, em que os participantes, na sua unanimidade, consideram fundamental o envolvimento de toda a equipa, não só na tomada de decisão, mas também na informação a dar à família do doente crítico.

Vários elementos deste *focus grupo* julgam importante que os enfermeiros tenham participação nas decisões e este é um aspeto que consideram negligenciado já que:

“deixamos esta equipa de participação, o enfermeiro participava na visita médica, o enfermeiro participava em algumas discussões” (E1). O mesmo participante acrescenta que:

“o método participativo das equipas multidisciplinares morreu um bocado” (E1) e *“não há esta partilha de informação”* (E1).

Não sendo obrigatoriamente uma função médica, os participantes reconhecem que é a equipa médica que dirige o papel de informar os familiares do doente internado neste contexto. No entanto Batista et al. (2019) consideram que os familiares veem no enfermeiro um profissional que deve trazer informações claras e objetivas sobre o que está a acontecer com o doente. Um dos médicos, assume que

“para que funcione bem, as pessoas precisam participar, as pessoas têm de ser ouvidas e depois tudo tem de ser integrado” (M2).

Este mesmo elemento acrescenta ainda que *“uma das principais queixas da maioria dos profissionais deste serviço é a falta de diálogo e participação nas decisões”* (M2) e por isso reforça a necessidade de intervenção nesta área.

Outro dos participantes, também médico, assume que *“mesmo nas situações de fim de vida, acho que devíamos envolver mais a equipa (...), mas acho que nós envolvemos*

pouco o enfermeiro que está responsável pelo doente...” (M1). No fundo, os elementos desta reunião, na sua globalidade, consideram e relevam a necessidade de reestruturar a equipa e envolver toda a equipa multidisciplinar, fomentando o *“trabalho entre a equipa”* (E1). Acreditam que, para além de melhorar a satisfação individual e a motivação profissional da equipa, este aspeto assegura que a informação que é transmitida aos familiares seja eficaz, contribuindo para uma otimização da relação terapêutica com a família e conseqüentemente para a melhoria dos cuidados prestados ao universo do doente.

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A INFORMAÇÃO TRANSMITIDA

O trabalho em equipa está fundamentalmente aliado à capacidade de comunicação entre os vários elementos e ao reconhecimento das competências individuais de cada um. Neste seguimento, os participantes deste *focus* grupo defenderam a necessidade de definir o responsável pela transmissão da informação, ou seja, definir o elemento da equipa mais capacitado para transmitir a informação aos familiares do doente crítico. Um dos enfermeiros, considera que a informação deverá ser transmitida por:

“quem sabe mais sobre esta situação e conforme as necessidades da família” (E1).

Outro participante partilha desta opinião e acredita que a melhor estratégia é a:

“de dar a informação ser de quem está com o doente, quer enfermeiro quer médico, e não ser só do médico, por exemplo...” (M1).

Ou seja, este grupo defende que a informação deverá ser dada pelo elemento da equipa mais informado acerca da situação clínica do doente, não sendo obrigatoriamente uma função médica. Primeiro, torna-se essencial perceber que tipo de informação é que o familiar de referência procura, e, mediante isso, procurar o profissional de saúde mais capacitado para comunicar com a família.

Por outro lado, o enfermeiro também deverá interiorizar a necessidade que a família tem de informação e deverá incluir, na sua prática, a comunicação com os familiares. Tal como referem Pelazza et al. (2015), “o enfermeiro pode proporcionar informações e acolhimento para os familiares durante os horários de visita, respondendo às suas questões sobre o cuidado de enfermagem prestado para o paciente, diminuindo as dúvidas e ansiedades dos familiares” (p. 61). Batista et al. (2019) vão mais além nesta questão e defendem que “o reconhecimento e a inclusão da família do paciente como foco de atenção assistencial pressupõe mudanças fundamentais na visão e na organização das instituições de saúde como um todo” (p. 544).

É, portanto, essencial a mudança, não só no pensamento e atitude individual, como nos papéis e funções de cada um na equipa. Tal como refere um dos participantes, é necessário haver “*reorganização das equipas, para dar a informação com os familiares de referência*” (E3). Esta reestruturação, essencial para o cuidado do doente e fundamentalmente da sua família, só poderá acontecer a par da implementação de medidas a nível institucional. Reorganizar o cenário de trabalho cujas ações estão ainda centradas, quase exclusivamente, para a pessoa internada, e passar a considerar o seu familiar, é um desafio para a enfermagem, especialmente para equipas que atuam em ambientes de alta complexidade, como as UCI (Batista et al., 2019, p. 545).

A par das estratégias para proporcionar informação aos familiares do doente crítico, foram abordadas pelos participantes do *focus grupo*, formas de melhorar a informação transmitida. Consideram importante investir no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências linguísticas, que certamente contribuirão para a otimização da transmissão da informação ao familiar do doente crítico. Estas premissas vão de encontro à opinião que os familiares têm do modo como a informação lhes é transmitida. Os familiares reconhecem a importância dos enfermeiros na transmissão da informação, pela sua proximidade e interação constante com o doente, mas identificam na forma de comunicar e no conteúdo da informação, “de que modo o enfermeiro se propõe responder às suas necessidades” (Mendes, 2018, p. 188).

Mas estas competências não deverão ser trabalhadas apenas na equipa de enfermagem. Os participantes consideram que esta deverá ser uma intervenção alargada a toda a equipa multidisciplinar. Para tal, todo o grupo foi unânime em considerar a necessidade de não negligenciar “*a formação dos profissionais de saúde*” (E1), isto é, fazer formação na equipa multidisciplinar com o objetivo de otimizar a comunicação com os familiares do doente crítico. Um dos participantes acredita que, se deve fazer:

“uma coisa integrada e tem de ser multidisciplinar e multiprofissional, tem de ser os vários grupos profissionais, os auxiliares também têm de saber o que é que têm de fazer” (M2).

Os participantes defendem que todos os elementos da equipa deverão ter capacidades e conhecimentos sobre técnicas de comunicação. Apesar de haver elementos na equipa que não fornecem informações relacionadas com a situação clínica do doente, como o caso dos assistentes operacionais, estes são muitas vezes o primeiro contato que os familiares encontram ao entrar na UCI, e, por isso, deverão ser incluídos na formação para aperfeiçoamento das competências de comunicação.

Ao abordar o tema da informação a fornecer ao familiar do doente crítico, pela gravidade inerente à situação clínica da PSC, realizar uma formação sobre o processo de comunicação das más notícias, foi revelado como essencial. Um dos participantes defende que,

“aquela formação como dar más notícias, temos que voltar a elas, muito provavelmente também temos de nos articular com o centro de formação para ver aquilo que nós pretendemos na formação, para ser construída” (E4).

Durante a entrevista, foi abordado o esforço dos profissionais de saúde, durante a pandemia por Covid19, para colmatar a ausência dos familiares com a supressão das visitas presenciais. Um dos enfermeiros recorda que:

“as pessoas de uma maneira geral, ficaram mais sensíveis para a necessidade do doente e da família, no sentido de dar informações” (E2).

Durante o período de pandemia por Covid19, os participantes recordam que foram adotadas medidas, de forma a minimizar o impacto negativo da extinção das visitas presenciais, como o contacto telefónico diário por parte da equipa da UCI à família e a possibilidade de fazer videochamadas, assim como a definição do familiar de referência. A restrição às visitas gera stress e sofrimento, desencadeando o aparecimento de necessidades valorizadas pelos familiares (Batista et al., 2019). Estes autores defendem que o “estar presente constitui-se uma estratégia de cuidado ao seu parente, ainda que de forma não física” (Batista et al., 2019, p. 545). No entanto, apesar de algumas destas medidas terem sido mantidas mesmo após o retomar das visitas presenciais (como a definição do familiar de referência já discutido), os participantes consideram que há todo um caminho a percorrer na melhoria dos cuidados humanizados à família do doente crítico.

Em jeito de conclusão, consideramos, portanto, este período pós-pandemia, um momento crucial de intervenção na área das necessidades dos familiares dos doentes críticos. Segundo os participantes, a equipa mostra-se sensível aos familiares e recetiva a atuar nesta área que, como foi referido inicialmente nesta entrevista, tanto precisa de intervenção. Concordam que houveram medidas importantes implementadas, no cuidado à família do doente, mas que o acolhimento deverá ser alvo de atenção e melhoria significativa. Com o guia de acolhimento implementado e com a equipa devidamente preparada, formada e envolvida neste processo, este grupo acredita que melhorará significativamente a informação que a família necessita quando visita o seu ente querido na UCI.

4 CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS

É reconhecida a importância do acolhimento quer do doente, quer da sua família, na humanização dos cuidados e deverá ser parte integrante do processo de cuidar. No entanto, requer dos profissionais de saúde disponibilidade para identificar e atender as necessidades quer do doente como da sua família. Atualmente, as instituições apostam na qualidade dos cuidados como forma de obter ganhos em saúde, fazendo parte da sua missão conceder cuidados mais humanizados não só ao doente, mas também à sua família.

As necessidades dos doentes e da sua família têm sido alvo de inúmeros estudos, particularmente na área do doente crítico, onde, a par das necessidades vitais que a PSC está sujeita, coexistem as necessidades dos seus familiares e que são muitas vezes negligenciadas pelos profissionais de saúde. Tal como foi apresentado, nos estudos recentes acerca desta temática, é reconhecida a necessidade de informação como aquela que é mais sentida e evidenciada pelos familiares dos doentes internados em UCI e é igualmente reconhecido o caminho que as equipas de saúde têm percorrido no sentido de cuidados mais humanizados. Foi partindo destes pressupostos e do diagnóstico de necessidades feito no contexto de estágio, que surgiu este estudo, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade assistencial ao doente crítico, de forma indireta, e aos seus familiares, que se encontram a vivenciar um período de transição carregado de medos, incertezas e sofrimento.

Este estudo teve a pretensão de identificar, junto dos profissionais de saúde de uma UCI, qual a informação a proporcionar aos familiares do doente internado neste contexto. Foi possível compilar, por um lado, um conjunto de informações que, na consideração dos participantes do *focus grupo*, será importante transmitir oralmente à família do doente. Por outro lado, foi identificada qual a informação que será importante incluir no guia de acolhimento, informação esta de cariz mais institucional e administrativo, a ser entregue a todos os familiares dos doentes internados na UCI.

Relativamente à informação a ser transmitida oralmente, os participantes do *focus grupo* consideraram essencial abordar o motivo de admissão do doente na UCI e o seu estado clínico. Esta abordagem deverá ser ao familiar de referência, pessoa que servirá de elo de ligação entre a equipa da UCI e os restantes elementos da família. O profissional de saúde, que deverá ser aquele mais capacitado para o efeito, não necessariamente e exclusivamente o médico, deverá, primeiro, procurar saber quem é o recetor da informação e o grau de conhecimento que apresenta e, depois, comunicar de forma clara, simples e objetiva. Num primeiro momento, a informação deverá ser a essencial, devendo comunicar-

se de forma gradual, isto é, priorizando e doseando a informação transmitida ao longo dos dias de internamento, para que o familiar tenha tempo para assimilar a informação que lhe é transmitida.

Paralelamente à implementação das estratégias relacionadas com a comunicação da informação, os participantes revelam ser fundamental o investimento no envolvimento de toda a equipa, não só na transmissão de informação a quem visita a UCI, como nas decisões relacionadas com o processo clínico do doente crítico. Afirmam a existência de desmotivação por parte dos profissionais de saúde, relacionada com este aspeto, e acreditam que esta seria uma medida que contribuiria para a melhoria da motivação profissional. Os participantes consideram que, ao fomentar a motivação dos diversos grupos profissionais, estão a contribuir para a melhoria dos cuidados por eles prestados, logo, para a melhoria da satisfação não só dos doentes, como do seu entorno.

Contudo, este grupo considera que, para que tudo o anteriormente exposto seja colocado em prática, é necessária a realização de formação acerca de como comunicar com os familiares da PSC. As diversas formas de comunicação, verbal e não-verbal deverão ser trabalhadas e aprimoradas, capacitando assim os vários grupos profissionais, assistentes operacionais, enfermeiros e médicos, a comunicar eficazmente com a família.

Como pontos positivos deste trabalho de investigação, salientamos o aprimorar de competências relacionadas com a pesquisa bibliográfica acerca das mais recentes evidências existentes na literatura. A atualização constante do conhecimento é o caminho certo a percorrer no sentido de elevar a enfermagem como ciência e disciplina. É através da investigação que se poderá desenvolver uma PBE e contribuir assim para a melhoria dos cuidados e dos ganhos em saúde. Permitiu também desenvolver competências relacionadas com o processo de investigação, desde o planeamento, execução e tratamento dos dados obtidos. Desta forma, este estudo permitiu atingir os objetivos propostos, já que foi possível a identificação da informação a proporcionar aos familiares dos doentes internados na UCI, por um lado, e compilar a informação a incluir no guia de acolhimento, a implementar no futuro, após validação institucional.

Como limitações a este estudo, salientamos a não saturação dos dados, já que houve alguma escassez de informação acerca do tema em estudo e desvio ao tema pelos participantes durante a entrevista. Este fato está relacionado com inexperiência como investigadora, em realizar uma entrevista e particularmente, em moderar um *focus grupo*.

Como sugestão de atividade para dar continuidade ao estudo desenvolvido, consideramos pertinente validar estes dados junto do grupo de profissionais de saúde envolvido, utilizando a técnica de Delphi, com a proposta do guia de acolhimento para os

familiares dos doentes internados na UCI, apresentado no Apêndice H. Após validação pelo grupo e aprovação pela direção da UCI, deverá proceder-se à formação da equipa multidisciplinar antes da sua implementação a nível institucional.

Tal como sugeriram os elementos deste grupo, deverá continuar a haver investimento nesta área, particularmente na formação e sensibilização dos profissionais de saúde para as necessidades do doente crítico e, principalmente da sua família. A comunicação deverá ser trabalhada e otimizada, de forma a que o momento em que o profissional de saúde dedica à família e a informação que é transmitida, contribuam para a diminuição do sofrimento e do desequilíbrio emocional, de todos aqueles que têm alguém querido internado numa UCI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, desde a componente teórica, passando pela prática e culminando neste documento, teve como principal missão desenvolver competências especializadas ao nível da prática profissional, ética e legal à PSC, contribuindo, de forma global, para a melhoria da qualidade assistencial, e particularmente, para a prestação de cuidados de excelência ao doente crítico e à sua família. Torna-se essencial reconhecer a importância deste percurso e de todas as atividades desenvolvidas no enriquecimento e motivação pessoal, mas principalmente profissional, como futura enfermeira EEMC.

Como reflexão final de toda esta experiência formativa, importa salientar o importante contributo que este ENP representa, na consolidação de saberes que levam à aquisição das competências específicas do EEMC na área da PSC. A componente prática deste percurso foi, sem dúvida, fundamental, e sem ela não seria possível a interiorização das competências teóricas deste MEMC. Toda a postura crítica incitada na componente prática deste MEMC, essencial para o crescimento profissional da enfermagem, teve a sua aplicabilidade durante este ENP, fomentando uma atitude crítico-reflexiva acerca da prática e a mudança e adaptação de comportamentos, no sentido da excelência da prestação de cuidados especializados à PSC.

A possibilidade de desenvolver este estágio na UCI revelou-se extremamente vantajosa, já que permitiu a máxima rentabilização das experiências, pois, por um lado, a integração ao espaço físico e à equipa foi ultrapassada e, por outro, o diagnóstico de necessidades foi realizado de forma mais célere, já que o contexto era totalmente conhecido. Outro dos aspetos que esta experiência facultou, foi o poder olhar para a prática diária no cuidado à PSC, de forma crítica e incisiva, possibilitando a mudança de atitude não só para com o doente, mas principalmente perante a equipa. Ser proativo na tomada de decisão, olhar para o doente e para o ambiente que o rodeia de forma crítica, atuando antecipadamente de forma a evitar complicações, e refletir constantemente sobre a prática, deverão ser princípios orientadores da prática do enfermeiro especialista na área do doente crítico. Cada um de nós, deve ser agente de mudança e contribuir todos os dias para que sejam prestados os melhores cuidados junto do doente e da sua família.

O processo de elaboração deste relatório proporcionou momentos de reflexão únicos acerca das atividades desenvolvidas ao longo de todo o estágio e do tema alvo de investigação. De salientar as competências de pesquisa desenvolvidas após a definição do tema a estudar, assim como a aquisição de conhecimentos sobre o processo de investigação e as suas etapas. De reconhecer que este último foi um desafio pessoal, pela

inexperiência na área da investigação mas foi seguramente um gatilho motivador para continuar a estudar e a investigar, de forma de sustentar a minha prática na evidência científica mais recente. O desenvolvimento deste documento revelou-se como um instrumento fundamental, pela descrição e documentação de todas as atividades presenciadas ao longo do estágio e pela reflexão crítica de todo o trabalho desenvolvido que possibilitou. Foi pretensão, com este relatório, analisar essas atividades tendo por base as competências do EEMC e refletir sobre os objetivos inicialmente propostos.

Consideramos que os objetivos propostos foram alcançados, na medida em que foi possível desenvolver atividades centradas nos quatro domínios de competência do EEMC. A sua realização e reflexão crítica, contribuíram para a aquisição das competências essenciais para a prestação de cuidados especializados de qualidade à PSC. Foi objetivo primordial desta experiência, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente internado na UCI e à sua família e foi essa a principal motivação para o desenvolvimento do estudo acerca da necessidade de informação que a família do doente crítico apresenta. No futuro, há a pretensão de continuar a contribuir para a satisfação desta necessidade, implementando o guia de acolhimento e continuar a sensibilizar a equipa da UCI para este tema.

Como balanço final de todo este processo, emerge a dificuldade e o esforço da articulação e conciliação deste percurso com a vida pessoal e profissional. No entanto, apesar do verdadeiro desafio que se manifestou ser, o balanço é muito positivo e sinto que saio desta experiência com uma enfermeira diferente, com um olhar mais crítico e incisivo sobre a minha prática e a dos outros, com uma atitude proativa de mudança e com a convicção de que trabalhar todos os dias para a melhoria da qualidade dos cuidados é uma obrigação de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aires, L. (2015). Paradigma Qualitativo e práticas de investigação educacional. Universidade Aberta. <http://repositorioaberto.uab.pt/10400.2/2028>.

Alonso-ovies, A. & Heras La Calle, G. (2019). Humanizar los cuidados reduce la mortalidade en el enfermo crítico. *Medicina Intensiva*, 44 (2), 122-124. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/mSgDP58GSPrXt3gzJhzYZTz/?format=pdf&lang=pt>.

Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. Edições.

Batista, V. A., Monteschio, L. V. C., Godoy, F. J., Góes, H. L. F., Matsuda, L. M., Marcon, S. S. (2019). Necessidades de Familiares de Pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Fund Care Online*, 11, 540-546. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.540-546>.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Quarteto.

Borges, D. R. O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório científico IPVC. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1346?mode=full>

Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrícia, H. M., Silva, A. R. R., Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Referência*. 4 (20), 129-138.

Centro Hospitalar e Universitário do Porto. (2022). Apresentação. <https://www.chporto.pt/v0B0A/apresentacao>.

Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. [Dissertação de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/7992>.

Coutinho, C. P. (2015). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Almedina.

Despacho n.º 15423/2013. Diário da República. II Série, n.º 229 (26/11/2013), pp. 34563-34565. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>.

Faria, R. S. B., Moreno, R.P. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 25 (2). <https://www.scielo.br/j/rbti/a/mSgDP58GSPrXt3gzJhzYZTz/?format=pdf&lang=pt>.

Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Lusociência.

Graça, L. C. C., Marques, M. A. A., Viana, M. C. C., Calvinho, M. S. E., Sousa, S. C. S. (2021). Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Lei n.º 156/2015. Diário da República. I Série, n.º 181 (16-09-2015), pp. 8059-8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>.

Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M. P. P., Mendes, O, S., Santos, R. M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 12 (2), 52. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf.

Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 25 (1). <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-014470014.pdf>.

Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia na vivência da família: Estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (1), 182-189. http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-010170.pdf.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ª Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

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

Oliveira, S. M. C. (2020). *A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/72119>.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Pelazza, B. B., Simoni, R. C. M., Freitas, E. G. B., Silva, B. R., Silva, M. J. P. (2015). Visita de enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 28 (1), 60-65. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0060.pdf>.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª ed.). Artmed.

Portugal. Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos – relatório final*. Ministério da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Direção Geral da Saúde.

Proença, V. M., Matos, E. C. S. S., Campos, S. M. S., Neto, J. L. T., Costa, A. B., Bravo, D. S. (2017). Humanização aos familiares de paciente em cuidados intensivos. *Revista Uningá* 53 (1), 39-44. <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1415>.

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 39, 1-11. <https://doi.org/10.1590-1447.2018.2017-0174>.

Regulamento n.º 429/2018. Diário da República. II Série. N.º 135 (2018-07-16), pp. 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento n.º 149/2019. Diário da República. II Série, n.º 26 (2019-02-06), pp. 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/149-2019-119236266>.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem*. 19 (1), 31-45. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.

Silva, E.; Mendes, A.; Antunes, S. (2021). Intervenção de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: revisão integrativa da literatura. *New trends in qualitative research*. 8, 353-361. <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/424/419>.

Silva, I. A., Veloso, A. L., Keating J. B. (2014). *Focus group*: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*. 26, 175-189. <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*. 7 (3), 25-32. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qYkvCxFvtmZGv8gJBW5cMvD/?lang=pt&format=pdf>.

ANEXOS

ANEXO A: REGISTO DE OCORRÊNCIAS NA TSR

Técnicas de Substituição Renal - Registo de Intercorrências

Identificação do Doente:

Intercorrências com Doentes					
Hipotensão – com necessidade de administração de volume e/ou medicação vasopressora					
Substituição de dialisador e/ou linhas devido a coagulação					
- Indicar se for administrada previamente hipocoagulação:	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Sim</td> <td style="width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Não</td> <td style="width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> </table>	Sim		Não	
Sim					
Não					
Disfunção do acesso vascular					
Infeção do acesso vascular					
Desconexão acidental/perda de sangue pelo circuito extracorporal					
Exteriorização acidental do catéter venoso central					
Diminuição do tempo de tratamento					
- Indicar a causa: _____					
Interrupção da técnica dialítica					
- Indicar a causa: _____					
Reação anafilática					
Paragem cardiorrespiratória					
Outras					
Intercorrências com Consumíveis					
Esquecimento na quebra do selo de homogeneização dos solutos					
Erro na troca de solutos (técnica contínua realizada com citrato)					
Dialisador danificado/com defeito					
Linhas danificadas/com defeito					
Outras					
Intercorrências com Equipamento/Instalações					
Falha no abastecimento de água					
Falha no abastecimento de eletricidade					
Avaria no monitor requerendo mudança/interrupção do tratamento					
Outras					

Observações:

ANEXO B: LISTA PARA A VERIFICAÇÃO DE *DELIRIUM* EM CUIDADOS
INTENSIVOS

Lista para a Verificação de Delirium em Cuidados Intensivos (ICDSC)

Avaliação do doente	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5
Alteração dos níveis de consciência* (A-E)					

Se A ou B não completar a restante avaliação nesse período

Desatenção					
Desorientação					
Alucinação, ilusão ou psicose					
Agitação psicomotora ou lentificação					
Discurso ou humor impróprios					
Alterações do ciclo do sono/ vigília					
Sintomatologia intermitente					
Pontuação Total (0-8)					

Pontuação

Níveis de consciência* A: sem resposta	-
B: responde a estimulação intensa e repetida (voz alta e dor)	-
C: responde a estimulação leve ou moderada	1
D: Despertar normal	0
E: Resposta exagerada a estimulação normal	1

SISTEMA DE PONTUAÇÃO:

A escala é preenchida com base na informação recolhida de cada turno de 8 horas ou a partir das 24 horas anteriores. A manifestação óbvia de um item equivale a 1 ponto; a inexistência de manifestação de um item ou a impossibilidade de avaliação corresponde a 0 pontos. A pontuação de cada item é inserida na caixa vazia correspondente, sendo o valor 0 ou 1.

1. Alteração dos níveis de consciência:

A) Sem resposta, ou B) Necessidade de estimulação vigorosa para obter qualquer resposta indicia uma alteração grave no nível de consciência que impossibilita a avaliação. Em caso de coma (A) ou letargia (B), na maior parte do tempo, é registado um travessão (-) não havendo lugar a mais nenhuma avaliação durante esse período.

C) Sonolência ou necessidade de uma estimulação suave a moderada para obtenção de uma resposta implica um nível alterado de consciência, sendo atribuído assim 1 ponto.

D) Estado de vigília ou sonolência suscetível de despertar com facilidade são considerados normais, pelo que não é atribuída qualquer pontuação.

E) Hipervigilância é classificada como um nível anormal de consciência, sendo atribuído 1 ponto.

2. Desatenção:

Dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções. Facilidade de distração perante estímulos externos. Dificuldade em mudar o foco de atenção. Ambas as situações correspondem a 1 ponto.

3. Desorientação:

Qualquer erro óbvio face ao tempo, espaço ou pessoa, equivale a 1 ponto.

4. Alucinação, ilusão ou psicose:

A manifestação clínica inequívoca de alucinação ou de comportamento devido provavelmente a alucinação (ex.: tentar agarrar com a mão um objeto que não existe) ou ilusão. Alteração grosseira em avaliar a realidade. Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

5. Agitação motora ou lentificação:

Hiperatividade que exige o recurso a fármacos sedativos adicionais ou de restrição de movimentos para controlar o potencial perigo para o próprio doente ou para terceiros (ex.: retirar as linhas intravenosas, agredir pessoas). Pouca atividade ou lentificação psicomotora clinicamente assinalável.

Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.
6. <u>Discurso ou humor impróprios:</u> Discurso impróprio, desorganizado ou incoerente. Manifestação inadequada de emoções relacionadas com eventos ou situações. Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.
7. <u>Alterações do ciclo do sono/ vigília:</u> Dormir menos de 4 horas ou acordar frequentemente durante a noite (não considerar o despertar provocado pela equipa médica ou ambiente ruidoso). Dormir durante a maior parte do dia. Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.
8. <u>Sintomatologia intermitente:</u> A intermitência das manifestações de qualquer um dos itens ou sintomas ao longo de 24 horas (ex.: de um turno para o outro) corresponde a 1 ponto.

ANEXO C: MANUAL DA FAMÍLIA

Centro Hospitalar do Porto, EPE

HOSPITAL DE SANTO

ANTÓNIO



**INFORMAÇÕES
ÚTEIS SOBRE O
SERVIÇO DE
CUIDADOS
INTENSIVOS 1**



PORTO, 2011

ÍNDICE

1.Apresentação	101
2.O Serviço de Cuidados Intensivos 1	102
2.1.Onde se localiza?.....	102
2.2.Como está organizado?	103
2.3.O que é?	104
2.4.A quem se destina?	104
3.Visitas	105
3.1.Qual o horário das visitas?	105
3.2.Quem pode visitar o doente internado?	105
3.3.Que precauções devem ser tomadas?	106
3.5.A quem colocar questões?	107
3.6.O que pode trazer de útil?	108
4. Termos Técnicos e Imagens dos Aparelhos Utilizados no Serviço	109
4.1.Termos técnicos.....	109
4.2.Aparelhos	112
5.Questões mais Frequentes Colocadas pelos Visitantes	113



1. APRESENTAÇÃO

Os familiares e amigos têm um papel chave no processo de recuperação dos doentes que se encontram numa unidade de cuidados intensivos. Ter uma pessoa que nos é querida internada neste tipo de enfermaria é um acontecimento que provoca muita preocupação e ansiedade, pelo que queremos ajudá-lo a viver melhor este período.

Este guia, que complementa o “Manual de Acolhimento” do [REDACTED], EPE - [REDACTED], tem como objectivo dar-lhe informações gerais e úteis acerca da organização do Serviço de Cuidados Intensivos 1 e do ambiente que vai encontrar quando visitar o seu familiar, bem como dar-lhe orientações e normas acerca das visitas.

Para além deste guia, poderá obter algumas informações adicionais no site do serviço: www.sci.com.pt.



2. O SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Serviço de Cuidados Intensivos 1 [REDACTED], outrora denominado “Reanimação Respiratória”, cuja criação data de 1962, foi pioneiro na área dos cuidados intensivos em Portugal.

2.1. ONDE SE LOCALIZA?

Localiza-se no piso 4 do Edifício Neoclássico – ala sul. Este serviço possui duas unidades diferentes: a unidade de cuidados intensivos e a unidade de cuidados intermédios.

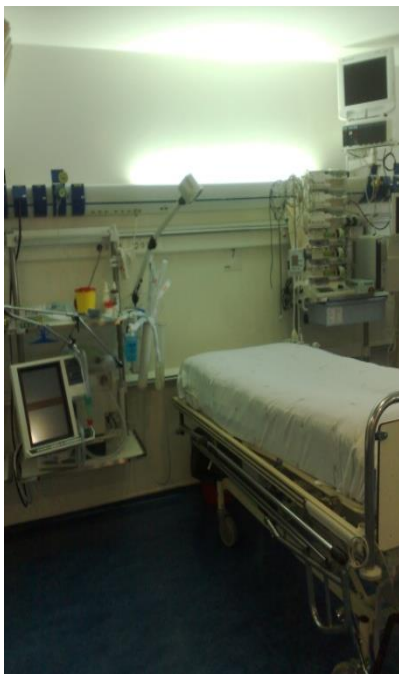


Figura 1 Unidade de C. Intensivos



Figura 2 Unidade de C. Intermédios



2.2. COMO ESTÁ ORGANIZADO?

O serviço tem capacidade para 12 doentes normalmente com necessidade de internamento em Cuidados Intensivos, havendo a possibilidade de isolar dois deles em quartos individuais. Na unidade de Cuidados Intermédios podem estar também 12 doentes internados. A figura abaixo (**figura 3**) ilustra, de forma esquemática, a estrutura do serviço e a distribuição das camas.

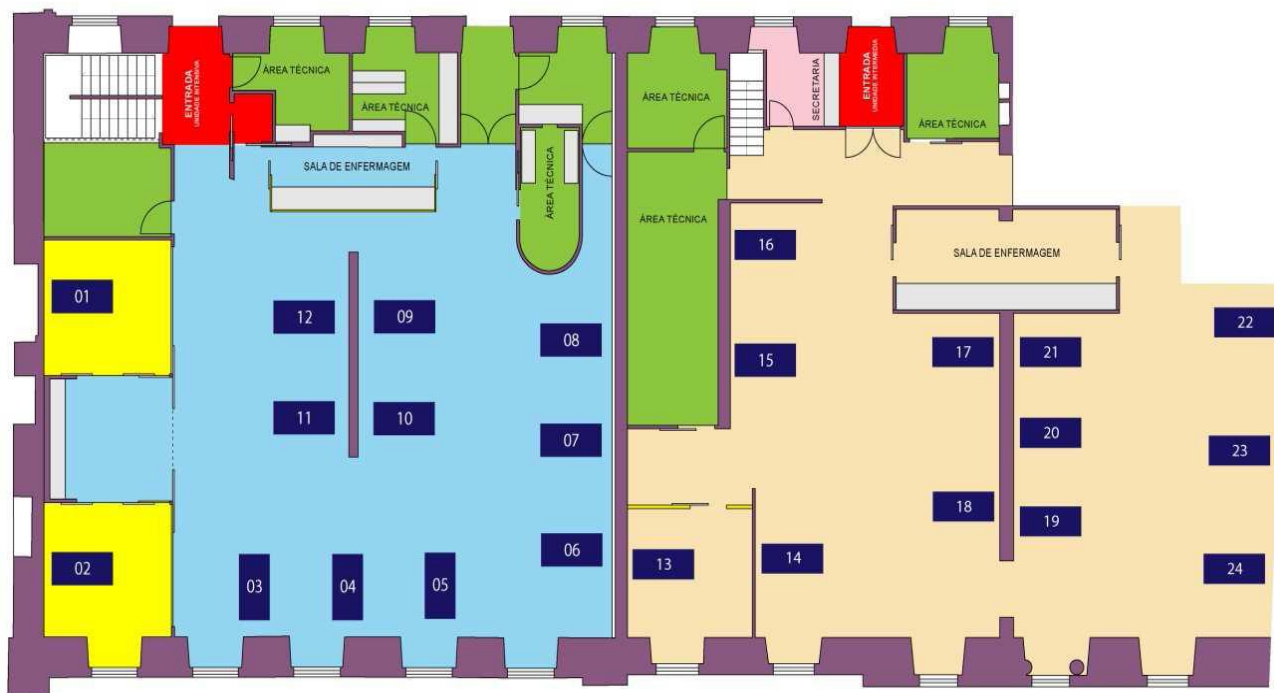


Figura 3 Mapa do Serviço



O Serviço de Cuidados Intensivos 1 possui ainda uma consulta de apneia obstrutiva do sono e uma outra designada por Follow-Up/Qualidade de Vida. Esta consulta é destinada ao doente que esteve internado no serviço e ao familiar prestador de cuidados.

2.3. O QUE É?

Este serviço é uma unidade especializada que oferece vigilância contínua dos doentes, e proporciona cuidados e tratamentos de suporte mais específicos que o habitual numa enfermaria. Deste modo, a unidade onde o seu familiar se encontra internado apresenta várias máquinas diferentes, com alarmes que se encontram ajustados ao seu estado. Mesmo que não se encontre algum profissional à cabeceira, o alarme alerta a equipa que tomará as providências necessárias em tempo útil.

2.4. A QUEM SE DESTINA?

A unidade de cuidados intensivos destina-se a doentes que necessitam de suporte respiratório, isto é, do apoio de um ventilador para respirar. A unidade de cuidados intermédios destina-se a doentes que precisam de uma vigilância dos sinais vitais mais atenta e de alguns tratamentos de suporte respiratório menos agressivos do que os utilizados na unidade de cuidados intensivos, num período após cirurgia.

Para garantir este nível de prestação de cuidados uma equipa médica (anestesistas, pneumologistas e internistas), de enfermeiros e de assistentes operacionais está presente nas 24h.



3. VISITAS

As visitas representam para o doente internado numa unidade de cuidados intensivos, um apoio psicológico e afectivo, e frequentemente são o seu único elo de ligação com o ambiente familiar. Além do mais, esta é uma oportunidade de fornecer e receber informações importantes sobre o seu familiar e participar em algumas decisões.

3.1. QUAL O HORÁRIO DAS VISITAS?

As rotinas de funcionamento do serviço (visita médica, consultas por outros especialistas, reabilitação, radiografias e outros exames) condicionam a presença das visitas. Assim o horário estabelecido para as visitas é entre as 16h e as 18h, durante as quais poderá também mais facilmente obter as informações que pretender. Situações especiais podem condicionar alterações da duração ou do número de visitas; tal facto, ser-lhe-á explicado pelo Enfermeiro ou pelo Médico.

O horário preferencial para se dirigir ao secretariado do serviço é das 15h às 16h, onde pode obter o certificado de incapacidade temporária para o trabalho e outros documentos, ou tratar de assuntos administrativos.

3.2. QUEM PODE VISITAR O DOENTE INTERNADO?

Os familiares e os amigos que o doente desejar receber poderão visitá-lo, estando normalmente condicionada a presença junto dele a uma visita de cada vez.



O ambiente do serviço de cuidados intensivos e as condições do doente desaconselham frequentemente a visita por parte de **crianças** ou outras pessoas psicologicamente fragilizadas. No entanto, é prática do serviço avaliar individualmente cada situação e naquelas em que for considerado que há vantagem na visita de crianças, procuramos criar condições para que tal possa ocorrer. As condições no serviço de cuidados intensivos desaconselham a visita de animais de estimação.

De acordo com o “Manual de Acolhimento” do Centro Hospitalar do Porto, EPE as visitas deverão fazer-se acompanhar por um cartão de visita obtido no serviço informativo.

Em circunstâncias especiais (incapacidade física ou psicológica dos visitantes, ou fase terminal do doente), é prática do serviço considerar a possibilidade de estar mais do que um familiar junto da pessoa ou de permanecer fora do horário habitual.

A iniciativa para estas **visitas chamadas abertas** é da responsabilidade dos profissionais do serviço, mas também poderá ser sugerida pelos próprios visitantes.

3.3. QUE PRECAUÇÕES DEVEM SER TOMADAS?

A lavagem das mãos com sabão, ou com uma solução antisséptica à entrada e saída do serviço **é obrigatória**.

Se o doente estiver em regime de isolamento, receberá informação da equipa de enfermagem sobre os procedimentos a ter durante a visita.



3.4. Como Comunicar com o Doente?

Frequentemente, o doente internado não pode falar (devido a entubação, sedação, etc), mas em grande parte dos casos consegue ouvir, ou sentir o seu toque. Assim, pode falar com ele transmitindo-lhe mensagens de confiança, esperança e coragem. Alguns doentes apesar de não poderem falar são capazes de escrever ou comunicar gestualmente. Como ficam cansados rapidamente, evite fazer perguntas que exijam respostas longas.

Deve pedir orientações ao Enfermeiro que se encontra responsável pelo seu familiar sobre a melhor forma de comunicar com ele.

3.5. A QUEM COLOCAR QUESTÕES?

Durante o internamento, o **Enfermeiro** responsável pelo seu familiar estará à sua disposição para responder às questões que possam surgir; pode informá-lo relativamente aos cuidados de enfermagem e em relação aos aparelhos em redor do doente e pode ainda pô-lo em contacto com o **Médico** para obter informações relativamente à patologia, aos tratamentos e ao prognóstico.

Logo após a admissão do doente, poderá contactar a equipa de serviço para obter as informações adequadas. Nesse momento, a família deve dizer quem é o interlocutor preferencial e deve ser garantido que existe uma forma de o contactar quando necessário, fornecendo o seu número de telemóvel. Devem também designar um membro da família que distribuirá a informação pelos outros



membros da família e amigos, sendo este o interlocutor preferencial para colocar as questões à equipa e para receber todo o tipo de informação.

Pode, ainda que excepcionalmente, obter algumas informações pelo telefone, ligando para o hospital e solicitando a extensão **1345** (quando o familiar se encontra na Unidade de Cuidados Intensivos) ou **1908** (quando o familiar se encontra na Unidade de Cuidados Intermédios). Contudo, o número de telefonemas deve ser limitado ao interlocutor preferencial da pessoa internada e previamente combinado com a equipa.

3.6. O QUE PODE TRAZER DE ÚTIL?

O Centro Hospitalar do Porto, EPE - Hospital de Santo António disponibiliza o essencial para os doentes. Durante o internamento no serviço de cuidados intensivos raramente são necessários ou desejáveis objectos de uso pessoal. Porém, pode trazer alguns cartões ou fotografias, produtos de higiene pessoal específicos ou pequenos objectos de carácter religioso que tornem o ambiente familiar. Para tal deve contactar o Enfermeiro responsável pelo seu familiar que lhe dará as indicações necessárias.



4. TERMOS TÉCNICOS E IMAGENS DOS APARELHOS UTILIZADOS NO SERVIÇO

No Serviço de Cuidados Intensivos, encontrará o seu familiar rodeado de equipamentos, tubos e fios, que permitem administrar soro, medicação, alimentação ou oxigénio. Sinta-se à vontade para questionar os profissionais acerca de qualquer dúvida que lhe surja.

4.1. TERMOS TÉCNICOS

Antibióticos: medicamentos utilizados para combater infecções causadas por microrganismos.

Arritmias: existência de batimentos cardíacos irregulares.

Aspiração de secreções: método de remoção das secreções pulmonares, recorrendo à colocação de uma sonda através do tubo endotraqueal ou da traqueostomia.

Bradycardia: batimentos cardíacos lentos.

Cateter arterial: cateter que se encontra inserido numa artéria e permite avaliar a pressão arterial e colher análises.

Cateter intravenoso: cateter de plástico que permite a administração de soro ou medicação.

Cateter urinário: tubo fino colocado através do orifício urinário e que se prolonga até à bexiga, permitindo drenar a urina e controlar a quantidade de urina eliminada em cada hora.



Coma: estado de inconsciência profunda durante o qual a pessoa não se encontra desperta. Existem diferentes níveis de coma, e existem medicamentos que induzem o coma.

Desmame do ventilador: procedimento que permite ir desligando progressivamente o doente do ventilador.

Diálise: técnica de purificação do sangue quando os rins não funcionam apropriadamente.

Dreno: tubo que permite a saída de ar ou de líquidos, como sangue ou pús, após uma cirurgia.

Electrocardiograma: curvas que aparece no monitor do doente e que mostra a actividade eléctrica do coração.

Gasometria: exame sanguíneo que permite analisar a quantidade de oxigénio presente no sangue.

Infecção: invasão do organismo por vírus, bactérias ou fungos.

Isolamento: método de proteção dos doentes com infecções declaradas ou com maior risco de aquisição de infecções/transmissões.

Pressão arterial: pressão do sistema cardiovascular, existem duas medidas que a determinam: a pressão arterial sistólica, normalmente conhecida como pressão máxima e a pressão arterial diastólica, normalmente conhecida como pressão arterial mínima.

Sedação: administração de medicamentos que ajudam o seu familiar a dormir ou a estar mais tranquilo.



Sonda gástrica: sonda ou tubo fino introduzido pelo nariz (ou boca) até ao estômago e que permite alimentar a pessoa.

TAC: exame que produz imagens internas do corpo e que serve de complemento e ajuda ao diagnóstico.

Traqueostomia: pequeno orifício que é realizado no pescoço da pessoa para inserção de um tubo que facilita a respiração e a limpeza das secreções dos pulmões.

Tubo endotraqueal: tubo de plástico que é colocado através da boca ou do nariz até à laringe e que permite administrar oxigénio para os pulmões, aspirar as secreções, e ligar o doente ao ventilador. Durante a permanência deste tubo o doente não é possível ouvir o doente. À colocação do tubo chamamos de intubação, enquanto à remoção do tubo chamamos de extubação.



4.2. APARELHOS

Monitor: Ecrã situado por cima da cabeceira da cama que permite visualizar e registar continuamente os parâmetros mais importantes da pessoa internada: a frequência cardíaca, a pressão arterial, a temperatura, a respiração, e o oxigénio no sangue.



Ventilador: Aparelho que se liga ao tubo endotraqueal ou à traqueostomia e que ajuda a pessoa a respirar ao mesmo tempo que lhe administra oxigénio necessário.



Máquinas perfusoras: são utilizadas para termos um controlo rigoroso do soro e da medicação administrada.





5. QUESTÕES MAIS FREQUENTES COLOCADAS PELOS VISITANTES

Quando estará presente o médico?

Durante todo o dia estão sempre médicos disponíveis a tratar do seu familiar, porém o momento ideal para contactá-los e obter informações será durante a hora da visita. Esporadicamente e devido a alguma emergência, poderá não encontrar nesse momento o médico. Se tem alguma dúvida específica reporte-a ao Enfermeiro responsável pelo seu familiar, caso não possa esperar pelo médico.

Posso estar junto do meu familiar quando os enfermeiros prestam cuidados?

Durante a prestação de cuidados à pessoa internada os enfermeiros irão pedir-lhe que se retire de modo a proporcionar privacidade ao seu familiar e às outras pessoas internadas.

Qual a melhor altura para telefonar para o serviço e saber notícias do meu familiar?

Pode contactar o serviço a qualquer hora, porém durante as passagens de turno, que ocorrem entre as 8 horas e as 8:30 da manhã, as 14 horas e as 14:30, bem como entre as 20 horas e as 20:30, a sua chamada poderá não atendida, uma vez que a equipa de Enfermagem, de modo a providenciar os melhores cuidados, se encontra a fornecer informações



importantes sobre os doentes e sobre o seu familiar aos colegas que vêm trabalhar no turno seguinte.

Deve ter em conta que, devido à privacidade e ao dever de sigilo e confidencialidade, o mínimo de informação será dado pelo telefone. De modo a não existir duplicação de informação, sugerimos que a família e amigos elejam uma pessoa preferencial para se responsabilizar por receber toda a informação e informar a restante família.

Posso utilizar o meu telemóvel junto do doente?

Devido a possíveis interferências com os monitores pedimos que não utilize o telemóvel junto do doente.



Elaborado pelo Serviço de Cuidados Intensivos

ANEXO D: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Comissao de Etica da Saude Secretariado

Recebido - Gmail 30 de novembro de 2021, 14:23

Parecer da Comissão de Ética - PI: 2021.256(203-DEFI/211-CE) "As necessidades dos familiares dos utentes internados em Cuidados Intensivos"

Para:

[Detalhes](#)

Exma. Investigadora

Enf.ª Adriana Lopes Parente Antunes

A Comissão de Ética do [REDACTED] informa V. Exa. que, apreciou o Estudo de Investigação mencionado em epígrafe e deliberou, em Reunião Plenária de 24 de novembro 2021, emitir parecer favorável.

Mais se informa que o parecer seguiu para o Departamento de Ensino Formação e Investigação (DEFI).

Cumprimentos,

Maria de Jesus Afonso

TS

Secretariado Comissão de Ética [REDACTED]

ANEXO E: PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E
INVESTIGAÇÃO



AS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DOS UTENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS

256-21 (203-DEFI/211-CE) Trabalho Académico de Investigação no âmbito do 2º Ano do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Data de Receção no Serviço de Investigação Clínica (SIC): 02/11/2021

Investigadora Principal:

- Adriana Lopes Parente Antunes – Enfermeira no Serviço de Cuidados Intensivos 1 do CHUPorto e Aluna do 2º Ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo (adrianantunes@gmail.com)

Investigador Responsável no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto):

- José António Pinho – Enfermeiro Chefe do S [redacted] (enfchefe.sci@chporto.min-saude.pt)

Orientadora/Supervisora da Instituição de Ensino:

- Maria Aurora Gonçalves Pereira – Professora Doutora da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Resumo do Estudo:

- **Local:** S [redacted]
- **Desenho do estudo:** institucional, observacional, qualitativo
- **Objetivos do estudo:**
 - Perceber qual a informação a transmitir aos familiares dos utentes internados no [redacted]
 - Elaborar um guia de acolhimento, baseado no manual da família e adequa-lo à realidade atual;
 - Implementar uma consulta de enfermagem aquando da primeira visita dos familiares ao [redacted] onde serão transmitidas informações e fornecido o manual da família.
- **Participantes no estudo:** Enfermeiros peritos em Cuidados Intensivos a exercer funções no Serviço de [redacted]
- **Tamanho da amostra:** 7 enfermeiros.
- **Duração do estudo:** Início: após autorização institucional Conclusão: (?)
- **Metodologia:** A estudante/investigadora pretende efetuar a sua recolha de dados através da entrevista não diretiva com a técnica de *Focus Group*.
 - A investigadora apresentará o estudo pessoalmente aos enfermeiros e solicitará a sua participação, entregando um convite formal para participação no *Focus Group*.
 - Será solicitada a assinatura do consentimento informado para tratamento de dados.
 - A recolha de dados será efetuada por entrevista através da técnica *Focus Group*.
 - Foi anexado o guião da entrevista.
 - É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.
 - Não haverá convocação de enfermeiros propositadamente para o estudo.
 - Os dados recolhidos serão analisados qualitativamente e será construído um novo guia de acolhimento que será apresentado aos enfermeiros intervenientes.
 - Se este novo guia de acolhimento tiver aceitação por mais de 85% dos intervenientes será apresentado à restante equipa, através de uma ação de formação.

Departamento de Ensino, Formação e Investigação

Serviço de Investigação Clínica

- Não serão efetuadas colheitas de produtos biológicos no contexto do estudo.
- Não haverá estudos genéticos, nem realização de análises e exames no âmbito específico do estudo.
- Não haverá saída de dados para outras instituições.

Requisitos Preenchidos:

- Pedidos de autorização dirigidos ao Conselho de Administração, DEFI e Comissão de Ética
- Termo de Responsabilidade e *Curriculum Vitae* da Aluna/Investigadora Principal (Enf. Adriana Antunes)
- Termo de Responsabilidade da Orientadora da Instituição de Ensino (Professora M^a Aurora Pereira)
- Termo de Responsabilidade do Investigador Responsável no CHUPorto (Enf. José António Pinho)
- Autorização da Supervisora do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência (Enf. Rosário Fonseca)
- Autorização do Enfermeiro Chefe do Serviço de Cuidados Intensivos 1 (Enf. José António Pinho)
- Projeto da dissertação de Mestrado
- Convite para o participante
- Consentimento informado para tratamento de dados
- Guião da Entrevista *Focus Group*
- Comprovativo de frequência no curso de Mestrado

Requisitos em Falta:

- Autorização do Diretor do Serviço de Cuidados Intensivos (Dr. Aníbal Marinho)
- Autorização do Diretor do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência (Dr. António Marques)

APRECIÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO:

A proposta de investigação: *“As necessidades dos familiares dos utentes em Cuidados Intensivos”* foi avaliada pela área de análise científica do Serviço de Investigação Clínica não havendo dúvidas a esclarecer.

Estritamente no que se refere à componente científica do projeto de investigação, **PARECER FAVORÁVEL**.

Do ponto de vista científico, o Serviço de Investigação Clínica dá por concluída a análise do processo, sendo enviado à investigadora o Parecer elaborado para conhecimento.

Após receção dos documentos em falta, o processo segue para avaliação pela Comissão de Ética.

Deve ser aguardada a comunicação da autorização institucional para a realização do estudo.

Centro Hospitalar Universitário do Porto, 03 de novembro de 2021

Paula Miller, Serviço de Investigação Clínica

Isabel Fonseca, Responsável pela área dos Estudos de Investigação DEFI/ Serviço de Investigação Clínica

Assinado por: **Isabel Maria da Silva Fonseca**
Num. de Identificação: B109549171
Data: 2021.11.03 17:41:07 Hora padrão de GMT

APÊNDICES

APÊNDICE A: CARTAZ VNI

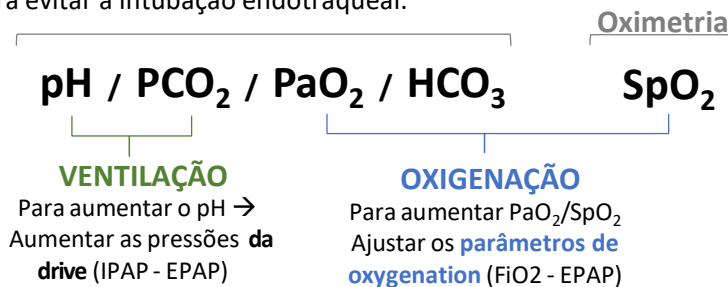
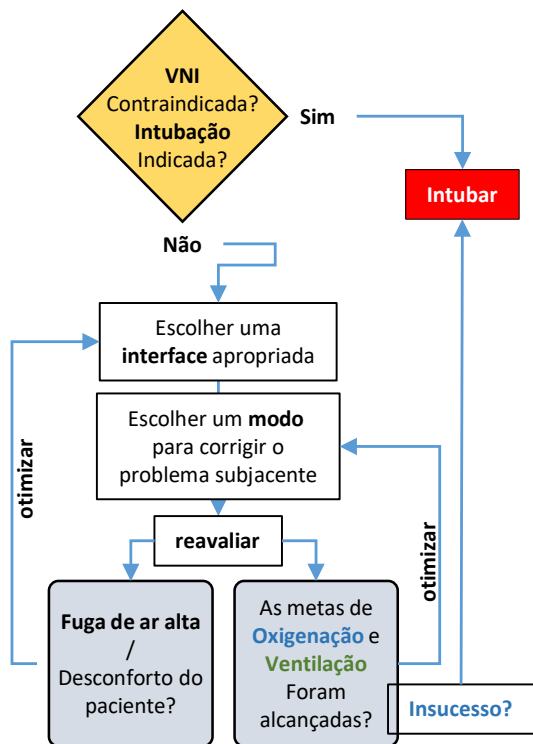
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA POR PRESSÃO POSITIVA

OBJETIVO E DEFINIÇÕES:

A Ventilação Não Invasiva com pressão positiva (VNI) é um método de suporte à ventilação e oxigenação.

A VNI pode ser usada na insuficiência respiratória aguda para evitar a intubação endotraqueal.

EPAP (pressão expiratória) = PEEP = CPAP



INDICAÇÕES

- Exacerbação
- Edema pulmonar cardiogênico
- Outras causas de insuficiência respiratória.
- Status de DNI.
- Extubação para VNI.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Falta de resposta/coma
- Incapacidade de desencadear a respiração
- Incapacidade de proteger as vias aéreas / remover a máscara
- Risco de vômitos/secreções abundantes
- Cirurgia recente de cabeça/pescoço.

INTERFACES

- HELMET**
 - Pode ser mais bem tolerado (à exceção do ruído).
 - Pode reduzir a probabilidade de necessidade de intubação e diminuir a mortalidade.
 - Sem risco de úlceras de pressão.
- MÁSCARA FACIAL-TOTAL**
 - Os pacientes podem tolerar pressões mais altas usando máscaras do que a interface nasal.
 - As máscaras faciais-totais são menos propensas, do que as oro-nasais, a causar úlceras de pressão e geralmente têm menos vazamento de ar.
 - O conforto é variável e depende do ajuste e proteções.
- MÁSCARA ORO-NASAL**
- MÁSCARA NASAL**
 - Pode ser mais confortável para CPAP ou baixa pressão.
 - Alto vazamento de ar.
 - Pode causar úlceras de pressão no nariz.
 - Dte pode tomar medicação via oral facilmente.

MODO	DESCRIÇÃO	PRÓS	CONTRAS	CONFIGURAÇÕES DO VENTILADOR EXEMPLO	MONITORIZAÇÃO
CPAP Continuous positive airway pressure	Fornecer uma pressão contínua (CPAP = EPAP = PEEP) durante todo o ciclo respiratório, mantendo as vias aéreas colapsáveis abertas e melhorando a oxigenação. O paciente aciona todas as respirações.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora a oxigenação. • Relativamente bem tolerado. • Útil em apneias obstrutivas. • Reduz intubações nas exacerbações da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não auxilia a ventilação (risco de hipoventilação) 	EPAP, FIO2 +8, 60%	VENTILAÇÃO
S/T Spontaneous Timed (BiPAP)	Configuração de pressão inspiratória (IPAP) e expiratória (EPAP). Cada ciclo ventilatório é suportado com pressão positiva. O paciente aciona as ventilações, há também uma taxa de backup. (Semelhante à Pressão de Suporte) T - tempo/pressão/fluxo, C - fluxo, L - pressão	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora a ventilação e oxigenação. • Útil na DPOC para evitar a intubação e reduzir a mortalidade. • Também pode reduzir a mortalidade em pacientes com imunossupressão que apresentam insuficiência respiratória hipoxêmica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode provocar barotrauma. 	Backup RR, IPAP, Ti, Risetime EPAP, FIO2 8 bpm, 16 cmH O, 1 sec, 0.15 sec +8, 60%	VENTILAÇÃO VOLUMES
Misto	Modo híbrido que ajusta dinamicamente a pressão inspiratória (IPAP) para fornecer um volume corrente desejado (análogo aos modos PRVC/VC+ (Maquet/Covidien)). T - tempo/pressão/fluxo, C - volume, L - volume	<ul style="list-style-type: none"> • Assegura ventilação mínima (dentro de uma faixa de pressão desejada). • Sem evidência de superioridade relativamente a outros modos ventilatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode provocar barotrauma. • Com maior esforço do paciente (ex.: "gasping") fornecerá menos suporte. 	Backup RR, Goal TV, P _{min} , P _{max} , Risetime PEEP, FIO2 8 bpm, 450cc, 10, 20, 0.15 sec +8, 60%	VENTILAÇÃO PRESSÕES & VOLUMES

APÊNDICE B: MANUAL DE ADMINISTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE FÁRMACOS



SCI-UIMC

Serviço Cuidados Intensivos

Unidade Intermédia Médico-

cirúrgica

Fármacos / Diluições Frequentes

Nome Farmacêutico	Concentração/ Apresentação	Diluição/ Reconstituição	Estabilidade/ Precauções
Amiodarona 50mg/ml	1,5mg/ml 3mg/ml 18mg/ml	<u>Bólus</u> : 150mg em 100ml SG 5% 20 min a 2h Ou <u>Bólus</u> : 300mg em 100ml SG 5% 20 min a 2h <u>Perfusão</u> : 900mg até 50ml SG 5% a 2,1ml/h durante 24h	24h a <25°C Não refrigerar

Cetamina 50mg/ml	10mg/ml	500mg até 50ml de SF 0,9% (seringa Opaca)	24h Proteger da luz
Cloreto de Potássio 7,45%	74,5mg/ml = 10mEq/ml	Se administrado por: <u>CVC</u> : 1mEq/ml (puro) <u>CVP</u> : Diluir até 60mEq em cada 1000ml de Soro	Ver prazo de validade
Dexmedetomidina 100mcg/ml	4mcg/ml 8mcg/ml	<u>Perfusão</u> : 200mcg até 50ml de SF 0,9% ou SG 5%	24h a <25°C
Dinitrato de Isossorbida	1mg/ml	<u>Perfusão</u> : 1mg/ml (puro)	Ver prazo de validade

Dobutamina 12,5mg/ml	5mg/ml	<u>Perfusão</u> : 250mg até 50ml de SF 0,9% (seringa opaca)	36h a <25°C Proteger da luz
Dopamina 80mg/ml	10mg/ml	<u>Perfusão</u> : 400mg até 40ml de SF 0,9% (seringa opaca)	24h a <25°C Proteger da luz
Eritromicina	250mg	Reconstituir 1000mg com 20ml de água p.p.i. Diluir 5ml (250mg) em 100ml de SF 0,9%	Reconstituição: 24h a 25°C ou 48h a 2-8°C Diluição: 12h
Fentanilo	50mcg/ml	<u>Perfusão</u> : 50mcg/ml (puro)	Ver prazo de validade

Fosfato Monopotássico	136,13mg/ml = 1mEq/ml	Se administrado por: <u>CVC</u> : 1mEq/ml (puro) <u>CVP</u> : Diluir até 60 mEq em cada 1000ml de Soro	Ver prazo de validade
Furosemida 10mg/ml	1mg/ml	<u>Perfusão</u> : 40mg até 40ml de SF 0,9% (Seringa opaca)	24h a <25°C Proteger da luz
Heparina 5000 UI/ml	500 UI/ml	<u>Perfusão</u> : 25 000UI até 50ml de SF 0.9%	48h a ~25°C
Insulina Atrapid	1UI/ml	<u>Perfusão</u> : 50UI até 50ml de SF 0,9%, SG 5% ou SG 10%	24h a 25°C

Labetalol	5mg/ml	<u>Perfusão</u> : 5mg/ml (puro)	24h
Levetiracetam	500mg 1000mg	Diluir 500-1000mg em 100ml de SF 0,9% ou SG 5%	24h a <30°C
Midazolam 5mg/ml	1mg/ml	<u>Perfusão</u> : 50mg até 50ml de SF 0,9%	24h a <25°C 3 dias a 5°C
Micofenolato de Mofetil	250mg	Reconstituir 250mg com 14ml de SG 5% e diluir em 140 ml de SG 5% (6mg/ml)	15-30°C até 3h
Morfina	1mg/ml	<u>Perfusão</u> : 10mg até 10ml de SF 0,9% (Seringa opaca)	48h a <25°C Proteger da luz

Noradrenalina 1mg/ml	0,2mg/ml	<u>Perfusão</u> : 10mg ate 50ml de SF 0.9% (Seringa opaca)	24h a 25°C 48h a 2-8°C
Octreótido 0,1mg/ml	12mcg/ml	<u>Perfusão</u> : 600mcg ate 50ml de SF 0,9% (Seringa opaca)	24h a <25°C Proteger da luz
Pantoprazol	2mg/ml	Reconstituir 80mg até 40ml de SF 0.9% (seringa opaca)	12h a 25°C Proteger da luz
Propofol 2% 20mg/ml	20mg/ml	Perfusão: 20mg/ml (puro)	12h a <25°C

Rocurónio	10mg/ml	<u>Perfusão</u> : 10mg/ml (puro)	24h a 25°C
Terlipressina	0,1mg/ml	Bólus: 10mg até 100ml de SF 0,9%	Utilização imediata
Valproato de Sódio	10mg/ml	Bólus: 400mg até 40ml de SF 0,9%	24h a 2-8°C

ANTIBIOTERAPIA

Nome Farmacêutico	Concentração/ Apresentação	Diluição/Reconstituição	Estabilidade/ Precauções
Amicacina	500mg/2ml	Reconstituir 500mg até 100ml de SF 0,9% e administrar em 30 a 60 min.	24h a 25°C
Amoxicilina (sódica) + Ácido clavulânico (potássico)	1,2g	Reconstituir em 20ml de água p.p.i. Administrar direto lento	15min a <25°C
	2,2g	Reconstituir em 20ml de água p.p.i e diluir em 100ml de SF 0.9% Administrar durante 30-40 min.	Até 60min a <25°C
Ampicilina (sódica)	500mg	Reconstituir em 5ml de água p.p.i e diluir em 100ml de SF 0.9% Administrar entre 15 -60 min.	2-8h a <25°C 72h a 2-8°C

Azitromicina (cloridrato)	500mg	Reconstituir 500mg em 4,8ml de água p.p.i. e diluir em 250ml de SF 0.9% ou SF 0.45% ou SG a 5%	6h a 25°C 24h a 2-8°C
Cefazolina	1g	Reconstituir em 10ml de água p.p.i.	24h a <25°C 72h a 2-8°C Proteger da luz
Ceftazidima	1g	Reconstituir em 10ml de água p.p.i. e aguardar 1-2 min. Diluir em 100ml de água p.p.i, SF 0,9% ou SG a 5% Administrar durante 30-60 min.	Utilização imediata
Ceftriaxona	1g	Reconstituir em 10ml de água p.p.i; Administrar durante 2 a 4 min.	6h a 25°C

Ceftriaxona	2g	Reconstituir em 10ml de água p.p.i e diluir em 50ml de SF 0,9% ou SF 0,45% ou SG a 5% ou SG a 10% Administrar em, pelo menos, 30 min.	24h a 2-8°C
Cotrimoxazol	480mg/5ml	Diluir 1 ampola em 125ml de SF 0.9% ou SG 5% ou 10% Diluir 2 ampolas em 250ml de SF 0.9% ou SG 5% ou 10% Diluir 2-3 ampolas em 500ml de SF 0.9% ou SG 5% ou 10%	Até 6h*
	1g	Reconstituir em 20ml de água p.p.i ou SF 0,9% e diluir em 250ml de SF 0,9% ou G5%	
Imipenem + cilastatina (sódica)	500mg	Reconstituir em 100ml de SF 0.9% ou SG 5% ou 10%	Utilização imediate
	1g	Reconstituir em 250ml de SF 0.9% ou SG 5% ou 10%	

Meropenem	1g	Reconstituir em 20ml de água p.p.i. e diluir em 100ml de SF 0,9% ou SG 5%	Utilização imediata
Piperacilina + tazobactam	2,25g	Reconstituir em 10ml de água p.p.i ou SF 0,9% e diluir no mínimo em 20ml de SF 0,9 % Administrar durante 30 min.	24h a 25°C
	4,5g	Reconstituir em 20ml de água p.p.i ou SF 0,9% e diluir em 50ml de SF 0,9%; administrar durante 30 min. <u>Perfusão:</u> Reconstituir 4,5 gr em 50ml de SF 0,9% (Seringa Opaca)	48h a 2-8°C

APÊNDICE C: CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Consentimento para tratamento de dados

Eu, _____, colaborador do _____, com o número mecanográfico _____, como elemento integrante do grupo selecionado pela Enfermeira Adriana Lopes Parente Antunes, para a realização do trabalho de investigação *A informação aos familiares dos utentes internados na UCI*, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aceito a gravação em áudio deste *focus grupo* e o tratamento dos dados aqui obtidos, que serão preservados até um prazo máximo de 6 meses.

Porto, __ de _____ de _____.

APÊNDICE D: GUIÃO DA ENTREVISTA DO *FOCUS GRUPO*

Guião da entrevista para o *focus grupo*

- Apresentação do entrevistador;

- Apresentação do tema e sua pertinência:
 - Tema: Informação a proporcionar aos familiares dos utentes internados na UCI;
 - Pertinência: (fundamentação teórica).

- Apresentação dos objetivos do estudo:
 - Facilitar a partilha de conhecimento acerca da informação a transmitir aos familiares dos utentes internados na UCI;
 - Identificar a informação a transmitir aos familiares dos utentes internados na UCI;
 - Identificar a informação a incluir no guia de acolhimento.

- Discussão do tema pelos entrevistados;

- Resumo do discutido;

- Agradecimento e encerramento da entrevista.

APÊNDICE E: MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

Áreas temáticas	Categoria	Subcategoria	Citação
Informação a proporcionar à família	Oralmente	Estado clínico	L49 "(...) o que a família quer saber tem a ver com a experiência e como este doente chega aos cuidados intensivos"
		Motivo de admissão	L96 "saber a razão principal do porquê o doente veio para aqui" L108 "a primeira fase é atualizar os familiares e desmistificar um bocadinho"
	No guia de acolhimento	Funcionamento do serviço	L134 "informação em termos de funcionamento da unidade" L137 "nomeadamente baixas e aspetos burocráticos que pode ser importante informar em termos de horário" L135 "Horário de funcionamento da secretária"
		Apoios existentes	L166 "apoio social, apoio religioso, quem é a família de referência, para nós sabermos" L327 "as regras das visitas, isso seria informação à posteriori dada nos panfletos" L141 "assistente social (...) e qual o horário praticado" L232 "eu regularmente referencio para a assistente social (...) isto é um conjunto de informação ou que deve estar no site ou deve ser incluído numa folha"
		Regras internas	L198 "o que é permitido e o que não é permitido"
Estratégias para proporcionar informação	Identificação do familiar de referência		L320 "E a informação é dada só ao responsável" L435 "o representante da família é que tem esta calendarização de ir à visita e passa a informação ao agregado"
	Associadas à comunicação	Clara	L42 "aproximarmo-nos em termos linguísticos e de comunicação a uma comunicação aberta, clara, expressiva, para que a visita perceba toda a informação" L71 "uma comunicação clara e num espaço adequado para este tipo de comunicação"

		Adequada	<p>L40 "Cabe aos profissionais de saúde saber a quem é que está a dar esta informação; quem é a pessoa que está à nossa frente"</p> <p>L362 "E as informações estruturadas não podem ser standardizadas para todos"</p>
		Simples	L95 "linguagem simples e o mais conciso preciso"
		Gradual	L115 "no primeiro e segundo dia, a informação nunca deve ser muito extensa (...) não vai é reter muita da informação que é dita"
		Estruturada	L321 "visitas eram estruturadas, a comunicação era estruturada e dada nos mesmos moldes a todos"
	Envolvimento da equipa multidisciplinar		<p>L292 "Uma das principais queixas da maioria dos profissionais deste serviço é a falta de diálogo e participação nas decisões."</p> <p>L294 "para que funcione bem, as pessoas precisam participar, as pessoas têm de ser ouvidas e depois tudo tem de ser integrado."</p> <p>L308 "Era preciso construir-se a equipa multidisciplinar."</p> <p>L309 "deixamos esta equipa de participação, o enfermeiro participava na visita médica, o enfermeiro participava em algumas discussões"</p> <p>L310 "o método participativo das equipas multidisciplinares morreu um bocado"</p> <p>L312 "não há esta partilha de informação."</p>
			<p>L640 "mas mesmo nas situações de fim de vida, acho que devíamos envolver mais a equipa, não sei qual é a vossa opinião, mas acho que nós envolvemos pouco o enfermeiro que está responsável pelo doente..."</p> <p>L644 "e a decisão ser... de dar a informação ser de quem está com o doente, quer enfermeiro quer médico, e não ser só do médico, por exemplo..."</p>

Estratégias para melhorar a informação transmitida	Formação à equipa multidisciplinar	<p><i>L73 "formação dos profissionais de saúde (...) quem sabe mais sobre esta situação e conforme as necessidades da família – trabalho entre a equipa"</i></p> <p><i>L323 "formação das equipas que dão informação"</i></p> <p><i>L241 "Devemos fazer formação antes de implementação"</i></p> <p><i>L616 "aquela formação como dar más notícias, temos que voltar a elas, muito provavelmente também temos de nos articular com o centro de formação para ver aquilo que nós pretendemos na formação, para ser construída"</i></p>
	Definição do responsável pela transmissão da informação	<p><i>L211 "definir quem é o interlocutor da visita, se fica assente logo no início, porque isso vai ter um impacto grande também no respeito pelo sigilo da informação"</i></p> <p><i>L270 "fazemos uma coisa integrada e tem de ser multidisciplinar e multiprofissional, tem de ser os vários grupos profissionais, os auxiliares também têm de saber o que é que têm de fazer"</i></p> <p><i>L615 "a reorganização das equipas, para dar a informação com os familiares de referência"</i></p>

APÊNDICE F: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO AO
CONCELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo Sr. Diretor do Concelho de Administração do [REDACTED]
do [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um *Focus Grupo* com um grupo de enfermeiros do [REDACTED] do [REDACTED] [REDACTED], sobre as necessidades de informação que os familiares dos utentes internados neste serviço apresentam.

O meu nome é Adriana Antunes, sou Enfermeira a exercer funções no [REDACTED] e atualmente aluna do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Há muito que é conhecida a necessidade de informação como a necessidade mais vezes identificada pelos familiares dos utentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. Esta necessidade está, nos dias de hoje, ainda mais destacada, dada a diminuição da frequência de visitas que a pandemia obriga. Por este motivo, a criação de um momento de transmissão de informação, assim como de um guia de acolhimento atualizado, surgiu como algo importante a ser implementado no [REDACTED], para tentar diminuir ou mesmo suprimir a necessidade de informação que tantas vezes é identificada pelos familiares dos nossos utentes.

Assim sendo, venho por este meio solicitar autorização para a criação de um *Focus Grupo*, com um grupo selecionado de enfermeiros do [REDACTED], para juntos podermos atualizar o guia de acolhimento já existente e criar uma consulta de enfermagem para realizar na primeira visita dos familiares ao [REDACTED], consulta esta que permitirá dar informações importantes acerca do funcionamento do serviço, assim como responder a dúvidas e preocupações que os familiares poderão ter.

Este estudo irá decorrer no âmbito da unidade curricular *Estágio de Natureza Profissional com relatório final*, sob a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira e da Professora Isabel Araújo e os resultados obtidos serão tratados e apresentados à Direção de Enfermagem e garantindo o cumprimento de todas as regras e compromissos éticos definidos.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Adriana Antunes

APÊNDICE G: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO À
COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo Sr. Diretor da Comissão de Ética do [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um *Focus Grupo* com um grupo de enfermeiros do [REDACTED], sobre as necessidades de informação que os familiares dos utentes internados neste serviço apresentam.

O meu nome é Adriana Antunes, sou Enfermeira a exercer funções [REDACTED], e atualmente aluna do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Há muito que é conhecida a necessidade de informação como a necessidade mais vezes identificada pelos familiares dos utentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. Esta necessidade está, nos dias de hoje, ainda mais destacada, dada a diminuição da frequência de visitas que a pandemia obriga. Por este motivo, a criação de um momento de transmissão de informação, assim como de um guia de acolhimento atualizado, surgiu como algo importante a ser implementado no [REDACTED], para tentar diminuir ou mesmo suprimir a necessidade de informação que tantas vezes é identificada pelos familiares dos nossos utentes.

Assim sendo, venho por este meio solicitar autorização para a criação de um *Focus Grupo*, com um grupo selecionado de enfermeiros do [REDACTED], para juntos podermos atualizar o guia de acolhimento já existente e criar uma consulta de enfermagem para realizar na primeira visita dos familiares ao [REDACTED], consulta esta que permitirá dar informações importantes acerca do funcionamento do serviço, assim como responder a dúvidas e preocupações que os familiares poderão ter.


Este estudo irá decorrer no âmbito da unidade curricular *Estágio de Natureza Profissional com relatório final*, sob a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira e da Professora Isabel Araújo e os resultados obtidos serão tratados e apresentados à Direção de Enfermagem e garantindo o cumprimento de todas as regras e compromissos éticos definidos.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Adriana Antunes


APÊNDICE H: PROPOSTA DE GUIA DE ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES DOS
DOENTES INTERNADOS NA UCI



O Secretariado do serviço dá apoio burocrático para assuntos relacionados com o doente:

- Declarações de Internamento
- Marcação de Consulta de Follow-up
- Baixas Médicas

15h – 16h



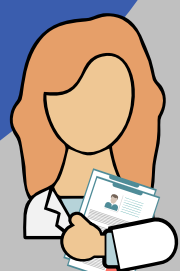
O hospital tem em permanência um capelão para apoio ao doente e família de crenças da religião católica. Para outras crenças religiosas existe a possibilidade de contato com os seus representantes estando assegurado o apoio espiritual a quem o desejar.

Presta apoio psicossocial ajudando a prevenir e/ou ultrapassar problemas sociais, enquadrado na colaboração com as equipas clínicas, envolvendo os utentes e suas famílias bem como a rede social e instituições da comunidade.

Horário de atendimento
Entre as 9h30 - 13h e 14h - 16h.

Contactos

[Redacted] –Secretariado



NÃO HESITE EM COLOCAR QUESTÕES OU EXPRESSAR AS SUAS PREOCUPAÇÕES JUNTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE SE ENCONTRAM NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS




SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[Redacted box]

SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES MÉDICO-CIRÚRGICAS

GUIA DE ACOLHIMENTO

[Redacted box]



HORÁRIO DE VISITA

16h – 19h

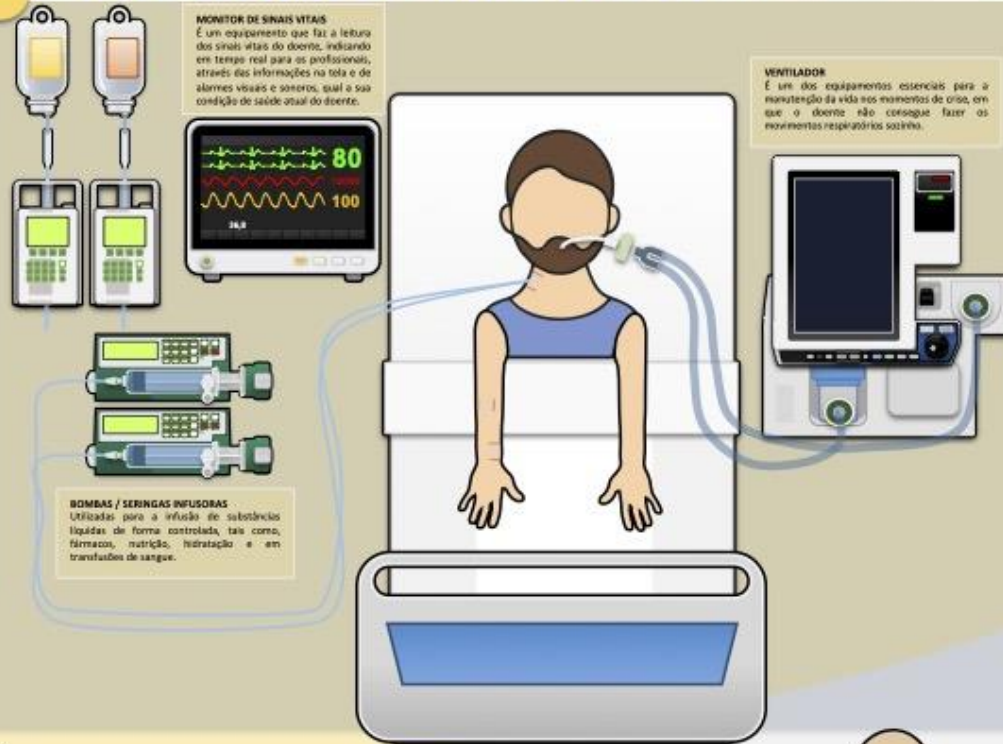
Duas visitas por doente
= 40 min =

- **Toque à campainha e aguarde.** Um assistente operacional irá atendê-lo.
- **Silencie o seu telemóvel.** Ajude-nos a manter um ambiente tranquilo e o mais silencioso possível.
- **Será acompanhado pelo assistente operacional até junto do seu familiar.**

O Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) é um Serviço Hospitalar para atender utentes que requerem atenção e vigilância especiais por estarem em situação de alto risco. É um local fechado onde existe uma grande variedade de equipamentos que permite a prestação de cuidados diferenciados.

O QUE PODERÁ ENCONTRAR NA UNIDADE DO DOENTE

Poderá ter de esperar algum tempo para a visita pelo que **pedimos a sua compreensão.** Poderão estar a ser realizados procedimentos e/ou exames urgentes, ao seu familiar ou outro utente, não sendo possível nessa altura a presença de visitas.



A entrada de qualquer objeto, deve ser obrigatoriamente autorizada, previamente, pela enfermeira responsável.
Pergunte antes de trazer.

É autorizada a permanência de telemóvel, desde que o estado clínico do seu familiar o permita.
Questione a equipa de enfermagem.

Antes de sair junto do seu familiar:

- Descarte o avental de proteção no lixo junto da cama
 - Higienize as mãos
 - Deve sair sempre acompanhado por um profissional de saúde
- Fale connosco** quando desejar terminar a sua visita.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

A fim de coordenar a comunicação e apoio dos médicos e enfermeiros com a família, combine com os seus familiares qual a pessoa que servirá de **Referência.**



A informação clínica ser-lhe-á prestada sempre **pessoalmente.** Algumas indicações poderão ser transmitidas por outros membros da equipa de saúde.



A pessoa que ficar como **Referência** do doente ficará responsável pelo contacto com os restantes familiares e amigos, evitando cruzamento e/ou trocas na transmissão das informações.

