



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva

Relatório Estágio de Natureza Profissional

Ana Filipa Gonçalves da Silva

Setembro, 2024

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Filipa Gonçalves da Silva

Relatório Estágio de Natureza Profissional

Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Maria Aurora Pereira

Setembro de 2024

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Manuel, à minha filha Maria e à minha família pelo apoio, incentivo e compreensão.

Aos meus amigos pelo apoio e incentivo.

À Professora Doutora Aurora Pereira pela disponibilidade, incentivo e orientação ao longo deste percurso.

À Mestre Bruna Rocha pela orientação, disponibilidade, incentivo, partilha e pelo exemplo que é.

Ao Enfermeiro Gestor Miguel Vaz pela disponibilidade, compreensão e apoio neste projeto;

Os meus colegas de mestrado pelo apoio, ajuda e partilha.

E a todos os que contribuíram para que esta caminhada fosse possível.

PENSAMENTO

“É o que fazemos quando o tempo parece não estar do nosso lado que define o nosso destino”

Henry David Thoreau

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e tem como objetivo a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, nomeadamente no âmbito do cuidar da pessoa e família em situação crítica e na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção. O estágio decorreu num Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital do Norte do país, durante o qual surgiu a necessidade de construir um procedimento de acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva.

O internamento de um familiar num serviço de medicina intensiva gera stress, ansiedade e incerteza devido à sua imprevisibilidade. A forma como é efetuado o acolhimento inicial à família e o modo como são transmitidas as primeiras informações tem um impacto significativo na forma como a família vivencia a experiência de ter um familiar internado num serviço de medicina intensiva. Assim de forma a dar resposta ao objetivo da investigação foi efetuado inicialmente um *focus group* com 9 elementos do serviço de medicina intensiva onde decorreu o estágio. Sustentado nos resultados obtidos através desta estratégia e na literatura existente construímos um procedimento em forma de questionário que foi aplicado a 10 enfermeiros peritos através da técnica de *Delphi* de forma obter consenso. Desta forma foi possível a construção de uma proposta de procedimento com intervenções validadas e consensuais.

Palavras-chave: enfermagem; unidade de cuidados intensivos; família

ABSTRACT

This report appears within the scope of the Professional Nature Internship of the VIII Master's Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Viana do Castelo and aims to provide a critical-reflexive analysis of the activities developed for the acquisition and development of the common competencies of the Specialist Nurse, namely in the field of professional, ethical and legal responsibility, in the field of continuous quality improvement, in the field of care management and in the field of professional learning development, and the specific competencies of the Specialist Nurse in Medical - Surgery in the area of people in critical situations, particularly in the context of caring for people and families in critical situations and maximizing intervention in the prevention and control of infection. The internship took place in an Intensive Medicine Service of a Hospital in the North of the country, where the need arose to create a reception procedure for the family of the person admitted to one intensive medicine service.

The admission of a family member to an intensive care unit generates stress, anxiety and uncertainty due to its unpredictability. The way in which the family is initially welcomed and the way in which the first information is transmitted has a significant impact on the way the family experiences the experience of having a family member admitted to an intensive care unit. Thus, in order to respond to the objective of the investigation, a focus group was initially carried out with 9 members of the intensive medicine service where the internship took place. Based on the results obtained through this strategy and existing literature, we constructed a procedure in the form of a questionnaire that was applied to 10 expert nurses using de Delphi technique in order to obtain consensus. In this way, it was possible to construct a proposed procedure with validated and consensual interventions.

Key words. nursing, critical care unit, family

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – European Centre for Disease prevention and Control

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IIQ – intervalo interquartil

Md – Mediana

NAS – Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONAF – Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAA – Sistema de Aspiração Aberto

SAF – Sistema de Aspiração Fechado

SCCM – Society of Critical Care Medicine

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome pós internamento em cuidados intensivos

SPICI-F – Síndrome pós internamento em cuidados intensivos-família

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT	V
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
SUMÁRIO.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
ÍNDICE DE QUADROS	X
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	14
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	16
2. ATIVIDADES REALIZADAS E O(S) CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	18
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	18
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	28
CAPÍTULO II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	37
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	40
2. PERCURSO METODOLÓGICO	45
2.1. A problemática, a questão de investigação e os objetivos do estudo	45
2.2. Desenho e tipo de estudo.....	47
2.3. Fase 1 – <i>Focus Group</i>	48
2.3.1. Participantes e sua caracterização	48
2.3.2. Procedimento de recolha de dados	50
2.3.3. Procedimento de análise dos dados.....	52
2.4. Fase 2 – Técnica de <i>Delphi</i>	52
2.4.1. Definição e caracterização dos Peritos	53

2.4.2.	Procedimento de recolha de dados	54
2.4.3.	Procedimento de análise dos dados	56
2.4.4.	Considerações éticas	57
3.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
3.1.	Os resultados do <i>Focus group</i>	59
3.2.	Os resultados da técnica de <i>Delphi</i>	67
3.2.1.	Resultados Ronda 1	67
3.2.2.	Resultados Ronda 2	71
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
5.	CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
	ANEXOS	97
	ANEXO I – PROJETO SALA DE ACOLHIMENTO EFETUADO PELO ARQUITETO MANUEL RIBEIRO	98
	ANEXO II – PARECER DO DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO DE DADOS E DA COMISSÃO DE ÉTICA	103
	APÊNDICES.....	111
	APÊNDICE I – PROPOSTA DE PROCEDIMENTO DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA	
	INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	112
	APÊNDICE II – PROPOSTA DE GUIA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NUM	
	SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	117
	APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA PARA <i>FOCUS GROUP</i>	120
	APÊNDICE IV – FOLHETO INFORMATIVO, CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIO DE	
	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	123
	APÊNDICE V – MATRIZ DE REDUÇÃO DOS DADOS	128
	APÊNDICE VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DE SERVIÇO	136
	APÊNDICE VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENFERMEIRO GESTOR.....	138
	APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO RONDA 1	140

APÊNDICE IX – QUESTIONÁRIO RONDA 2	163
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. – Processo de construção do Procedimento de Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva.	48
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese de resultados dos artigos incluídos para análise	26
Quadro 2 – Critérios de determinação do grau de consenso	56
Quadro 3 – Percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva: Áreas temáticas, categorias e subcategorias	59
Quadro 4 – Acolhimento Inicial: concordância e nível de consenso	67
Quadro 5 – Informação a fornecer à família: concordância e nível de consenso.....	68
Quadro 6 – Informação oral a ser transmitida à família: concordância e nível de consenso	68
Quadro 7 – Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar): concordância e nível de consenso	69
Quadro 8 – Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar): concordância e nível de consenso	70
Quadro 9 – Informação escrita que deve constar no panfleto: concordância e nível de consenso	70
Quadro 10 – Acolhimento Inicial – Ronda 2: concordância e nível de consenso	72
Quadro 11 – Informação a fornecer à família – Ronda 2: concordância e nível de consenso	72
Quadro 12 – Informação oral a ser transmitida à família – Ronda 2: concordância e nível de consenso	72
Quadro 13 – Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar) – Ronda 2: concordância e nível de consenso	73
Quadro 14 – Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar) – Ronda 2: concordância e nível de consenso	73

Quadro 15 – Informação escrita que deve constar no Panfleto – Ronda 2:	
concordância e nível de consenso	74

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico dos últimos anos na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC) permitiu um avanço significativo na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a esta, os cuidados estão associados “à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando emoções fortes, tanto na pessoa doente e família como nos enfermeiros que aí desempenham funções” (Sá, 2023, p. XIV).

Assim torna-se fundamental que os enfermeiros invistam na especialização dos seus cuidados. As competências do Enfermeiro Especialista (EE) “englobam as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4744).

Sempre pretendemos trabalhar com o doente crítico, sempre foi uma área do nosso interesse pessoal, tivemos oportunidade de trabalhar alguns meses num serviço de urgência, contudo a maior parte da carreira profissional foi num serviço de medicina interna. Com a pandemia do covid-19 surgiu a oportunidade de transferência para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) que prontamente aceitamos. Deste modo sentimos a necessidade de aprofundar os conhecimentos e de prestar cuidados de excelência à PSC e sua família, pelo que a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi a escolha natural.

O presente relatório foi elaborado no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo tendo por base o Estágio de Natureza Profissional (ENP) que decorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) num hospital do Norte do país entre setembro de 2023 e março de 2024.

A experiência profissional anterior assim como a componente teórica do mestrado dotou-nos de competências para pensar na família como foco dos cuidados. Devido às características da PSC o cuidado de enfermagem encontra-se mais centralizado no doente, contudo é necessário que os enfermeiros diagnostiquem as necessidades da família e implementem intervenções para irem de encontro às necessidades destas (Mendes, 2015).

Cada vez mais é solicitada a presença e a integração da família nos cuidados à PSC, “pela partilha de informação e sua capacitação, sendo as famílias simultaneamente

cuidadas neste processo que procura a satisfação e o bem-estar dos consumidores de serviços de saúde, tornando as organizações progressivamente mais centradas nas necessidades das pessoas” (Sá, 2023, p.8).

Desta forma durante o ENP emergiu a necessidade de construir uma proposta de procedimento para o “Acolhimento à família da pessoa internada num Serviço de Medicina Intensiva” com base num *focus group* e literatura existente e validado pela técnica de *Delphi*.

Tendo por base as competências comuns do EE, as competências específicas do EEMC na área da PSC e as competências e objetivos do plano de estudos conducentes ao grau de mestre em EMC foram definidos para este estágio os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências especializadas no âmbito dos cuidados à PSC e sua família;
- Desenvolver competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados;
- Desenvolver competências no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação em Enfermagem.

O presente relatório pretende espelhar todas as atividades e aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio. Deste modo o relatório encontra-se estruturado em dois capítulos, no primeiro é abordado o desenvolvimento das competências comuns do EE e as competências específicas do EEMC na área da PSC. O segundo capítulo diz respeito à componente de investigação realizada no âmbito do Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva. Terminamos o relatório com as considerações finais e a reflexão sobre os objetivos alcançados.

**CAPÍTULO I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS APRENDIZAGENS
EM CONTEXTO CLÍNICO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A OE considera que a realização do ENP permite a transição de Enfermeiro para EE, sendo fundamental que os futuros EE no

“âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias das suas intervenções. A realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos” (OE, 2021, p.2).

Corroborando Correia (2012) que refere que a competência no profissional não se traduz apenas num acumular de conhecimento e habilidades, mas sim na dinâmica entre o contexto e a pessoa, enriquecendo-se mutuamente.

Face à evolução tecnológica e à panóplia de problemas de saúde com um grau de complexidade cada vez maior e

“uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p.17241).

Desta forma consideramos que o ENP é essencial no processo de aprendizagem, permitindo a mobilização e a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos para a prestação direta de cuidados à PSC e à sua família permitindo a aquisição de competências fundamentais na evolução para EEEMC.

Neste capítulo é abordado inicialmente a caracterização do local onde se realizou o ENP, em seguida é efetuada uma análise critico-reflexiva das atividades realizadas para o desenvolvimento das competências comuns do EE e por fim as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências específicas do EEEMC na área da PSC.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A instituição de saúde onde decorreu o estágio presta cuidados de saúde numa área de influência com cerca de 1,2 milhões de pessoas na zona Norte do país.

O SMI encontra-se no quarto piso, é constituído por duas unidades fechadas e polivalentes, o SMI1 e o SMI2. O SMI1 é constituída por 14 camas de doentes de nível III, das quais 4 camas permitem o isolamento físico. O SMI2 é constituído por 18 camas de doentes de nível II, das quais 2 camas permitem o isolamento físico. Existe ainda a possibilidade de transformar 2 das camas para doentes de nível III.

Apresenta várias áreas de serviço, sala de sujos, sala de limpos, rouparia, 2 copas, 3 vestiários, sala de reuniões, gabinete do Enfermeiro Gestor, gabinete do Diretor de serviço, sala de equipamentos, 3 salas de materiais divididas pela metodologia ABCDE, a primeira sala com material para A e B, a segunda sala para material relacionado com o C e a terceira sala com material para dar resposta ao D e E, sala da Técnica de Substituição renal (TSR) com material e equipamentos necessários e uma farmácia com variados produtos e vários gabinetes com funções variadas.

O SMI tem como missão "... a prestação de cuidados de saúde diferenciados, programados e de urgência em regime de internamento aos doentes da sua área de influência" (REG.086.02,2024, p. 4). Recebe doentes urgentes médicos ou cirúrgicos, traumas e pós-operatórios programados, vindos do Serviço de Urgência, Bloco Operatório, de outros serviços do hospital e de outros hospitais da sua área de referência.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, assistente técnica e uma nutricionista que está presente no serviço quatro vezes por semana.

A equipa médica é constituída por 20 médicos de diferentes especialidades, Medicina Interna, Pneumologia, Anestesia e Medicina Intensiva. Acresce ainda entre 7 e 10 médicos internos de formação específica.

A equipa de enfermagem é constituída por 90 enfermeiros, um Enfermeiro Gestor, 18 EEEMC, 9 Enfermeiros Especialistas em Reabilitação (EER) e 63 enfermeiros de cuidados gerais, sendo que vários elementos são mestrados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A dotação da equipa de enfermagem no SMI1 é de 7 enfermeiros em todos os turnos, no turno da manhã acresce 1 EER. No SMI2 a dotação de enfermagem é de 7

enfermeiros no turno da manhã e 1 EER, 6 enfermeiros no turno da tarde e noite. Durante o turno da tarde, encontra-se escalado um EER que presta cuidados nos dois serviços. Contudo o ratio de enfermagem pode variar de acordo com a lotação de serviço e com o Nursing Activities Score (NAS), a carga de trabalho de enfermagem.

2. ATIVIDADES REALIZADAS E O(S) CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Atualmente os cuidados de Enfermagem apresentam uma maior exigência técnica e científica, conduzindo à diferenciação e especialização dos enfermeiros. O EE "... é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem..." (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4744).

Correia no seu estudo refere que a competência "...apresenta-se como conjugação de diversos saberes numa unidade de saber saber, saber fazer e saber ser, em que o indivíduo se envolve e mobiliza conhecimento de natureza global e específica, técnica, relacional assim como habilidades e valores na realização da sua atividade" (2012, p.169).

O EE possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família. O conjunto de competências especializadas encontram-se divididas em competências comuns e em competências específicas de cada área de especialidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns são definidas como,

"... as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

No Regulamento nº 140/2019 as competências comuns encontram-se divididas em quatro domínios. O domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da Melhoria contínua da qualidade, o domínio da Gestão de cuidados e por último o domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Tendo isto em consideração, desenvolvemos a nossa prática durante o ENP assente nestes Domínios e respetivos pressupostos.

- **Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**

A OE, no que concerne ao domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal define como competências do EE a capacidade de desenvolver "... uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" e "Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

Durante todo o percurso profissional e académico foram prestados cuidados tendo em consideração os princípios éticos e legais, respeitando o Código Deontológico e a dignidade da pessoa humana e a privacidade da mesma e da família.

O artigo 78 do Código Deontológico refere que "... as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (Código deontológico, 2015, p 37). Na página 38 deste mesmo código é referido que a pessoa é caracterizada pela sua racionalidade e liberdade, colocando-se numa realidade dinâmica e não estanque que une as dimensões de "... individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia".

O EE tem o conhecimento e competências para adotar uma "... conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4746). Assim, deve ser verificado se o doente tem alguma Diretiva Antecipada de Vontade, se nomeou algum Procurador de Cuidados de Saúde e se enquanto consciente nomeou algum familiar de referência. Cabe ao EE ser um elemento dinamizador da mudança e de sensibilização dos pares.

No enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros do consentimento informado (OE, 2007, p.7), refere que,

"O respeito pela pessoa significa, principalmente, reconhecer e promover a sua capacidade para pensar, decidir e agir. Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados. Por isso, qualquer intervenção de um profissional de saúde só deve realizar-se se pessoa em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido".

A PSC devido à sua condição de saúde tem muitas vezes o princípio da Autonomia comprometido, não permitindo um consentimento livre e esclarecido, tornando a tomada

de decisão difícil e complexa. Para Rigon et al. (2016) a tomada de decisão ética em enfermagem é de vasta complexidade, pois engloba fatores externos organizacionais, sociais e legais, assim como fatores internos relacionados com as características pessoais e comunicacionais e o conhecimento do enfermeiro. Este autor, no seu estudo refere ainda que a tomada de decisão ética deve ser efetuada em equipa e através do diálogo permitindo uma tomada de decisão conjunta evitando situações de conflitos éticos.

A PSC internada no SMI devido às suas características encontra-se muitas vezes sedada e sem representante legal presente. Deste modo, torna-se importante que a tomada de decisão seja efetuada em equipa multidisciplinar, prevalecendo o princípio da beneficência e não maleficência, assumindo-se, em situações de emergência, um consentimento presumido, tal como previsto pela Direção Geral de Saúde (DGS), “o consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde...” (2015, p.6).

Não pode ser esquecido que a pessoa tem também o direito à recusa da intervenção/procedimento proposto, sendo obrigatório por parte do profissional de saúde um maior esforço de informação e esclarecimento à pessoa (DGS, 2015). Durante o ENP foi possível vivenciar uma experiência de recusa de um procedimento por parte de um doente, contudo após sintomatologia controlada, nomeadamente a dor, a equipa multidisciplinar percebeu os motivos da recusa e com reforço da informação e esclarecimento a pessoa decidiu consentir o procedimento. Após este episódio foi sentida a necessidade de recorrer à literatura e de refletir, sobre o dilema interno, entre o princípio da beneficência e o princípio da Autonomia. O que fazer perante alguém que se encontra numa situação com risco de vida que pode ser revertido e recusa o tratamento?

Deodato (2014) afirma que a pessoa numa situação de doença encontra-se fragilizada, em sofrimento, comprometendo a forma como lida com a sua vida e a dos outros. A pessoa encontra-se em diferentes estados da capacidade de decisão, surgindo assim os problemas éticos. Refere ainda que a vontade da pessoa é um dos fundamentos da tomada de decisão do enfermeiro, contudo é tida como não absoluta, havendo “...um abandono da exclusividade da autonomia individual, adotando-se uma conduta ética de proteção da pessoa e da humanidade que ela encerra, obrigando a uma ponderação das diversas dimensões da condição humana e não apenas uma.” (Deodato, 2014,

p.94). O mesmo autor refere que para respeitar a autonomia da pessoa é necessário que esta se encontre com capacidade plena para decidir sobre a sua vida.

Para a tomada de decisão é importante que o problema ético seja discutido em equipa, permitindo conhecer outras alternativas, partilhar a sua visão e ao mesmo tempo interrogar-se sobre ela, e gerar confronto de ideias na procura do consenso (Deodato, 2020).

Correia no seu estudo refere que “... a diversidade de situações de natureza ética que envolvem e implicam os enfermeiros em cuidados intensivos, exigem uma clara consciência e reflexão individual, sobre a vivência de cuidar a pessoa – doente crítico e o sentido ético do agir” (2012, p. 172). A mesma autora acrescenta que a partilha em grupo do problema ético é fundamental na construção da competência sendo a base para a “profissionalidade”.

Tendo isto em consideração, é fundamental perceber os motivos que levam a pessoa a recusar um tratamento, será a falta de informação? Será a dor que está a condicionar a decisão? Será a condição familiar/social? Enquanto EE, temos que esgotar as possibilidades para que a decisão da pessoa seja tomada com plena capacidade de decisão.

- **Domínio da Melhoria contínua da qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a OE refere que o EE “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

O EEEMC desenvolve a sua prática tendo por base a evidência científica mais recente, promovendo projetos de formação, assessoria e investigação de forma a promover e atualizar os seus conhecimentos (Regulamento 429/2018, 2018).

Durante o ENP foi verificada a necessidade de criação/remodelação de uma sala de acolhimento para a família, assim como da sala de visitas de forma a proporcionar privacidade e conforto à família. Este tema será abordado posteriormente nas competências específicas do EEEMC.

Surgiu também a necessidade de construir uma proposta de procedimento de acolhimento à família (Apêndice I) e um guia de acolhimento (Apêndice II) com informação escrita com vista a um cuidado centralizado na família. Em 2010 a Society

of Critical Care Medicine (SCCM), definiu o conceito da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) como o conjunto de problemas de saúde que podem ser físicos, cognitivos ou mentais que persistem ou inicia após o internamento em cuidados intensivos, estes problemas podem também atingir a família sendo definido com SPICI-F. De forma a minorar os sintomas psicológicos, nomeadamente stress, stress pós-traumático, ansiedade e depressão que a família vivencia durante o internamento do seu familiar nos cuidados intensivos a SCCM (2017) publicou um conjunto de recomendações para providenciar suporte para as famílias, melhorando também o outcome dos pacientes. Define o cuidado centralizado na família como a abordagem dos cuidados de saúde que respeita e responde às necessidades e valores individuais da família.

A verificação desta necessidade no SMI foi o mote para o trabalho de investigação que efetuamos e considerando que compete ao EE “Identificar oportunidades relevantes para a investigação em saúde, investigando ou colaborando em estudos de investigação e divulgando os seus resultados” (Lei n.º 71/2019, 2019, p. 2640).

A OE afirma que a Investigação em Enfermagem é um dos alicerces essenciais para a Qualidade e Segurança dos Cuidados, sendo ainda “fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades” (2006, p. 2). Define ainda Eixos Prioritários de Investigação, sendo um deles a “Adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão” (2006, p.3). Tendo todos estes pressupostos em consideração assim como a necessidade verificada durante o ENP foi efetuado um estudo de investigação subordinado ao tema “Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva” e que será abordado no capítulo II deste relatório.

O SMI tem os seus enfermeiros distribuídos por vários grupos de trabalho, grupo da Qualidade, Gestão de Risco, da Formação, do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Sistemas de Informação, Investigação em Enfermagem, Reabilitação, Suporte e Tratamento, Humanização e Médico-Cirúrgica, sendo que dentro destes grupos existem ainda microgrupos que trabalham áreas específicas. Estes grupos têm como objetivo a atualização de conhecimentos de toda a equipa, informar sobre novos procedimentos implementados e reforçar informação em áreas que demonstram uma maior necessidade de formação.

Na busca constante da atualização de conhecimentos, durante o ENP frequentamos várias formações em serviço relativamente ao Burnout, à metodologia Lean, à

metodologia ISBAR, Higiene das mãos, utilização do pupilómetro, úlceras por pressão no SMI e sistemas de informação em Enfermagem. Frequentamos ainda o curso de Trauma Avançado para Enfermeiros e participamos no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção e no XXVI Congresso Anual APNEP.

Como mais um contributo para o desenvolvimento desta competência, fica a sugestão de realizar uma formação à equipa do SMI sobre a proposta de procedimento de acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva, assim como do guia de acolhimento, mas esta só poderá ser efetuada após a sua validação a nível institucional.

- **Domínio da Gestão de cuidados**

No que concerne ao domínio da Gestão de Cuidados, a OE refere que o EE “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

O enfermeiro gestor tem um papel crucial na gestão dos recursos humanos, principalmente na criação de condições de trabalho, num ambiente de trabalho saudável e na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. No conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, refere que este tem que,

“Participar na determinação dos postos de trabalho de trabalhadores enfermeiros e enfermeiros especialistas a prever no mapa de pessoal para a unidade e serviço, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, baseado em instrumentos de cálculo validados, que garantam a segurança na prestação de cuidados” (Lei nº 71/2019, 2019, p.2640).

De forma a atingir os índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, é fundamental uma dotação adequada de enfermeiros, assim como, o seu nível de qualificação e o perfil de competências destes. São usados métodos e critérios que permitam uma adequada alocação de recursos humanos para dar resposta às reais necessidades de cuidados da população (Regulamento 743/2019, 2019). No mesmo regulamento refere que as Unidades de Cuidados Intensivos nível III o ratio de enfermagem/doente é de 1/1, enquanto as Unidades de Cuidados Intensivos nível II o ratio de enfermagem/doente é de 1/2. Estes ratios são baseados na classificação da

Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. Relativamente à constituição da equipa referem que 50% dos enfermeiros sejam EEEMC.

A equipa de enfermagem do SMI encontra-se dividida em 6 equipas, sendo que o chefe de equipa é EE, deste modo no SMI o responsável de turno é sempre que possível um EE e apresenta como funções a elaboração do plano de trabalho de cada turno, distribuição da verificação diária do desfibrilhador e carro de emergência, verificação do material em falta, verificação dos pedidos e empréstimos de equipamentos/material, a receção de material, executar pedidos de reparações quer de equipamentos como de infraestruturas/mobiliário, verificação da conformidade de estupefacientes e hemoderivados, gestão de recursos humanos, assim como assessoria aos enfermeiros e restante equipa. Sempre que possível o responsável de turno fica sem doentes, mas dependendo da necessidade do serviço muitas das vezes estes têm doentes atribuídos.

Na passagem de turno médica da manhã está presente o enfermeiro responsável pelo doente e o responsável de turno, que participa na passagem de turno de todos os doentes de forma a otimizar a comunicação com a equipa multidisciplinar, mas também no planeamento do turno, de forma a articular a atividade complementar de diagnóstico, as altas e as possíveis entradas. Após a passagem de turno de enfermagem e médica o responsável de turno faz um briefing de segurança, onde é referido os doentes com nomes idênticos, com alergias, com isolamentos de microrganismos, doentes com risco de queda, doentes com via aérea difícil, doentes em cuidados de conforto, doentes com possibilidade de extubação, possibilidade de redução da sedação, remoção de Cateter Venoso Central (CVC) e de cateter vesical, possibilidade de altas e por fim a atividade programada para o turno.

Os responsáveis de turno do SMI1 e SMI2 planeiam em conjunto a distribuição do número de enfermeiros pelas duas unidades tendo em consideração o NAS de cada unidade e a lotação da mesma.

Durante o ENP tivemos oportunidade de desenvolver competências na área da gestão, uma vez que a enfermeira tutora desempenha várias vezes a função de responsável de turno. Foi um crescimento profissional e pessoal, mais que a gestão de recursos, materiais e equipamentos, a preocupação com a gestão da equipa, perceber a motivação da equipa logo no início do turno, perceber se há uma preocupação ou dificuldade por parte de algum elemento com um doente específico ou com algum procedimento, transmitindo segurança e apoiando os elementos mais vulneráveis da equipa assegurando desta forma a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Ao longo do ENP tivemos oportunidade também de acompanhar o enfermeiro gestor, o SMI encontrava-se em fase de reestruturação, foram reestruturadas as salas de materiais ficando divididas pela metodologia ABCDE, a disposição do material dentro do SMI 1 e 2 foi modificada de forma que fosse idêntica nas duas unidades, houve alteração na quantidade e diversidade de material junto do doente entre várias outras mudanças. A equipa mostrou-se inicialmente cética e renitente à mudança, mas rapidamente se adaptou e verificou as mais valias das mudanças. A postura de responsabilidade e de liderança do enfermeiro gestor foi fundamental para esta fase de transição. O EE tem de ser capaz de implementar métodos de organização do trabalho adequados, de forma que a mudança influencie a introdução de inovações na prática especializada (Regulamento 140/2019, 2019).

- **Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pressupõe que o EE seja capaz de desenvolver “... o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

A concretização deste mestrado, principalmente os ensinamentos clínicos e o ENP, foram momentos de bastante reflexão e de autoconhecimento, de gestão do papel de enfermeira, com o papel de mestrande e o papel de mãe, foi possível constatar quais as limitações e ao mesmo tempo superá-las, desenvolvendo competências com o intuito de ser uma EEEMC que busca a excelência dos cuidados. Como já referimos anteriormente, na busca de um conhecimento atualizado, de forma a basear a prática na evidência científica, participamos em várias formações ao longo deste ENP assim como em congressos.

No 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, apresentamos um poster do qual fomos co-autores intitulado “Uso de sistema de aspiração fechado versus sistema de aspiração aberto na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação”.

Durante o ENP foi verificado que no SMI existe alguma resistência por parte dos profissionais de saúde na utilização dos sistemas de aspiração fechados (SAF) em relação à utilização de sistemas de aspiração abertos (SAA) contrariamente ao que acontece em outras unidades, da mesma forma que não existe consenso científico relativamente à utilização de um em detrimento do outro na diminuição da incidência e prevalência da Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Assim com dois colegas

enfermeiros procedemos a uma scoping review, tendo por base a orientação do Joanna Briggs Institute, com uso da mnemónica PCC. Foram utilizados os descritores MesH: critical care; pneumonia, ventilator-associated e suction e o operador booleano “and” nas bases de dados Medline, Scopus, Complementary Index e Academic Search Complete. Foram definidos como critérios de inclusão o período de 2018 a 2023 e a língua inglês e português, dos quais resultaram 1000 artigos. Após leitura do título e resumo e eliminação dos duplicados foram incluídos 11 artigos para análise. Destes artigos após leitura aprofundada obtivemos 7 artigos selecionáveis.

Quadro 1 – Síntese de resultados dos artigos incluídos para análise

Autores, Ano	Tipo de estudo	Nível de evidência	Objetivos do estudo	Principais conclusões
Ardehali et al., (2020)	Case – controlled study	3d	Comparar os efeitos da utilização do SAA e SAF na incidência da PAI.	A aspiração de secreções com SAA ou SAF não tem implicação na incidência da PAI.
Afhami et al., (2019)	Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs) and other study designs	1b	Comparar os efeitos da utilização do SAA e do SAF na incidência da PAI, no impacto na segurança do paciente e do profissional de saúde, assim como na estabilidade hemodinâmica do paciente e nos custos associados.	A utilização do SAF tem menor incidência da PAI, verificou-se também menos alterações hemodinâmicas durante a aspiração de secreções e um menor gasto de consumíveis traduzindo-se em um menor custo
Afhami et al., (2020)	Quasi-experimental prospectively controlled study	2c	Comparar os efeitos do SAA e do SAF na incidência da PAI, na contaminação do ambiente e nos custos associados.	Há menor incidência da PAI utilizando o SAF e que a contaminação do ambiente circundante e os custos associados eram menores com a utilização deste sistema.

Letchford e Bench, (2018)	Systematic review of RCTs and other study designs	1b	Identificar o sistema de aspiração mais eficaz na prevenção da PAI.	O SAF não tem vantagem clara sobre sistema aberto na prevenção da PAI, mas pode ajudar na prevenção de PAI tardia. No entanto, ainda não há evidência suficiente que permita afirmar que o SAF deve ser usado preferencialmente ao SAA
Mulla et al., (2023)	Case – controlled study	3d	Comparar os efeitos dos SAA e do SAF na incidência da PAI.	A utilização do SAF não tem implicação na incidência da PAI, mas sim os em dias de ventilação mecânica.
Ramirez-Torres et al., (2023)	Systematic review of RCTs and other study designs	1b	Comparar os efeitos SAA e SAF na incidência da PAI.	A aspiração de secreções com SAA ou SAF não tem implicação significativa, em termos estatísticos, na incidência da PAI.
Sanaie et al., (2022)	Systematic review of RCTs	1 ^a	Comparar a utilização do SAA e do SAF na prevenção da PAI.	A utilização de um SAF diminui a incidência de PAI, contudo referem a necessidade de haver mais estudos nesta área.

Da análise dos artigos, verificamos que se mantém a dúvida sobre qual dos sistemas de aspiração utilizar na prevenção da PAI, contudo verificamos que os SAF apresentam um menor custo e menor alteração hemodinâmica.

O EE tem de prestar cuidados tendo por base a evidência científica mais recente, após a elaboração deste poster colocamos um SAF num doente com instabilidade

hemodinâmica, com uma FiO₂ (Fraction of inspired oxygen) de 100%, sempre que desconectado do ventilador com repercussão hemodinâmica. Devido à resistência da equipa na utilização do SAF fomos questionados por um profissional de saúde relativamente à decisão tomada. Facilmente explicamos e argumentamos tendo por base a evidência científica, conseguindo o consenso relativamente à opção que tomamos.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

Os desenvolvimentos tecnológicos associados com o desenvolvimento científico na área da saúde conduziram ao desenvolvimento diagnóstico e de tratamento, traduzindo-se no aumento da esperança média de vida. De forma que este aumento da longevidade seja acompanhado de qualidade de vida, o EEEMC planeia, implementa e avalia os seus cuidados especializados, em resposta às necessidades da pessoa e família, de forma a antecipar, a estabilizar, a manter e a recuperar de situações críticas que necessitam de monitorização, vigilância e terapêutica avançada (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O EEEMC especializado na área da Pessoa em Situação Crítica tem como alvo dos seus cuidados a pessoa em situação crítica que é definida 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 nº 429/2018, 2018, p. 19363).

A OE definiu como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica as seguintes; "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica", "Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação" e "Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas"(Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19359).

Assim o EEEMC caracteriza-se pelo pensamento crítico, pelas competências técnicas, pelo conhecimento científico, pela rápida identificação e antecipação de focos de instabilidade, pela gestão de protocolos complexos e pelas competências de comunicação.

Seguidamente abordaremos individualmente as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

- **Domínio cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica**

O EE, para dar resposta à complexidade das situações de saúde na PSC e sua família/pessoa significativa, mobiliza o conhecimento e as competências técnicas em tempo útil e de forma holística (Regulamento 429/2018, 2018).

Durante o ENP tivemos oportunidade de adquirir e desenvolver competências técnicas assim como mobilizar conhecimentos. Foram várias as experiências que contribuíram para esse fim: colocamos em prática o algoritmo de taquicardias, com cardioversão química e elétrica e o algoritmo de bradicardia sem critérios de gravidade; prestamos cuidados à pessoa com dreno pericárdico, com pacemaker externo provisório, com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) assim como com Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF), com Técnica de Substituição Renal desde a montagem do equipamento à manutenção da técnica e do cateter de diálise e a doentes neurocríticos com sensores de PIC (Pressão intracranéana) assim como com DVE (Dreno Ventricular Externo); colaboramos em pericardiocentese, na colocação de CVC e cateter arterial assegurando a sua manutenção, na colocação de tubos orotraqueais, na preparação e teste dos ventiladores e no transporte do doente crítico entre outros.

Foram vários os momentos de aprendizagem e reflexão, onde foi possível desenvolver o pensamento crítico e a rápida identificação e antecipação de focos de instabilidade. Na administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente nos vasopressores o EE tem um papel preponderante, na gestão da administração do fármaco assim como na monitorização do doente, evitando complicações e melhorando o outcome do doente.

O EEEMC “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento 429/2018, 2018, p.19363).

A International Association for the Study of Pain (2020), define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) no Plano Nacional de Avaliação da dor menciona que “A dor em doentes críticos é comum e a sua gestão

representa um desafio universal. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI" (SPCI, 2012, p.6).

A avaliação da dor é efetuada de forma eficaz no SMI, para doentes que não consigam verbalizar a sua dor, devido, por exemplo, à sedação. Esta é avaliada pela BPS (Behaviour Pain Scale) onde são avaliados 3 parâmetros: a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. Nos doentes conscientes a dor é avaliada pela escala numérica e pela escala de faces. O papel da EE é fundamental na avaliação da dor assim como na gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas. Todos os doentes do SMI tem medicação analgésica prescrita, em perfusão contínua, em horário fixo ou em SOS, contudo é necessária uma monitorização eficiente da dor de forma a perceber se a analgesia prescrita se encontra ajustada ao doente, se é necessário algum resgate ou sensibilizar a equipa médica para a necessidade de otimizar a analgesia. Segundo a OE, o enfermeiro "tem o dever ético e legal de advogar uma mudança no plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado" (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.13).

O EE, para além da avaliação das escalas deve ter em atenção outros sinais de dor e ter uma conduta antecipatória como por exemplo, na administração de analgesia antes de procedimentos que possam ser dolorosos.

Concomitante às medidas farmacológicas, o EE implementa medidas não farmacológicas, tais como o posicionamento antiálgico, a massagem, a diminuição do ruído e da luminosidade, integrar a família nos cuidados, entre outros. Durante o ENP procuramos fazer uma gestão eficaz da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nos doentes sedados procuramos questionar a família sobre quais as músicas favoritas, quais os programas de televisão favoritos, o que costuma ver e ouvir. Todas as unidades do SMI tem um computador, sendo possível a colocação de música ou programas televisivos. Procuramos integrar as famílias nos cuidados, caso estes demonstrem vontade, solicitamos a colaboração da família por exemplo na massagem do doente. Em doentes conscientes procuramos perceber junto do doente quais as medidas antiálgicas que ele necessitava tendo como objetivo uma dor zero na escala numérica da dor.

O internamento de um familiar numa unidade de cuidados intensivos, gera alterações emocionais, estruturais e psicossociais importantes, pela imprevisibilidade e a gravidade da mesma. A família apresenta uma necessidade de informação constante,

contudo na fase inicial de grande incerteza, a família apresenta uma dificuldade significativa em absorver a informação (Mendes, 2018).

A comunicação em saúde é fundamental na qualidade dos cuidados prestados e na segurança do doente e sua família. A comunicação deve ser considerada pela equipa de enfermagem como um momento do cuidar, devendo ter em consideração a escuta ativa e a valorização das necessidades da família assim como o respeito pelas diferenças culturais e religiosas (Russo et al., 2022).

Mendes (2020) considera que o imprevisto e a incerteza da doença na PSC interferem nos processos de comunicação, sendo por vezes responsáveis pelo seu sucesso ou insucesso. Refere que uma comunicação contínua e proficiente e com informação consistente, com o enfermeiro, é considerada pela família com um elemento facilitador na experiência vivenciada.

O processo de cuidar é da responsabilidade do enfermeiro que deve possuir competências na comunicação interpessoal de forma a integrá-la nos cuidados prestados ao doente e à família (Pereira et al., 2019).

A comunicação é fundamental no processo de cuidar e na relação terapêutica, assim o EE tem de ser capaz de gerir "...a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde" (Regulamento nº429/2018, 2018, p.19363).

Durante o decorrer do estágio procuramos desenvolver competências comunicacionais na sua vertente verbal e não-verbal. A comunicação com a PSC é bastante desafiadora muitas vezes pelas condicionantes verbais que o doente apresenta.

A complexidade do estado de saúde da PSC, afeta negativamente a família transformando o seu dia a dia, devido à sua imprevisibilidade, não permitindo sua adaptação à nova condição (Russo et al., 2022).

O EE, deve ter o conhecimento, as competências e a sensibilidade para ajudar a pessoa e a família neste processo de adaptação à sua nova condição de saúde-doença. Na Teoria das Transições, Afaf Meleis (2010), refere que as transições são multidimensionais, e que o meio é importante na intensidade e natureza das consequências experienciadas. A transição pode ser desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos e meios. Na transição saúde-doença não pode ser considerado apenas a pessoa, mas sim toda rede familiar. Na UCI a transição saúde-doença é caracterizada pela mudança repentina de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda.

Durante o internamento no SMI por vezes é necessário comunicar más notícias. A comunicação de más notícias "... constitui uma das tarefas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais com o doente/família/ profissional de saúde" (Pereira, 2005, p.91). A autora refere ainda a necessidade de os profissionais planearem o momento da comunicação da má notícia e gerirem os seus próprios medos.

Na preparação para a comunicação de más notícias é importante a utilização de sinceridade e empatia, a forma como é comunicada a informação, se for adequada, minimiza o sofrimento dos seus intervenientes (Vale et al., 2023).

Warrillow et al. (2016) referem no seu artigo que a informação incluindo as más notícias devem ser comunicadas num local apropriado fora da unidade, de forma a oferecer um local seguro e confortável à família.

Tendo isto em consideração, constatamos que no SMI as primeiras informações eram geralmente comunicadas na entrada da unidade, ficando sobre o olhar curioso das outras famílias ou em situações mais delicadas eram encaminhados para uma sala que tem vários propósitos e em nada preparada para receber uma família com dignidade. A família não possuía um local com privacidade e conforto, para assimilar as informações que tinha acabado de receber. Surgiu assim a necessidade de criar/remodelar a sala pré-existente numa sala de Acolhimento à família. Após autorização do Enfermeiro Gestor foram efetuados vários contactos de forma a tornar a sala uma realidade para a família. Foi contactado um arquiteto e após explicar o que se pretendia para as famílias, este efetuou um projeto de arquitetura da sala de acolhimento à família (Anexo I), tendo em consideração as técnicas de comunicação e ofereceu o projeto ao serviço.

Foram contactadas várias empresas locais, que se demonstraram disponíveis para ajudar na aquisição de mobiliário assim como no fornecimento do mesmo. Todas as empresas contactadas mostraram-se sensíveis com o tema e com a necessidade da mesma. Concomitantemente à necessidade de criação da sala de acolhimento à família, surgiu a necessidade de colocação de cacifos na sala de espera de forma que a família possa guardar os seus pertences quando vem visitar o seu familiar, mas também para a colocação de produtos de higiene e roupa para o doente quando o seu estado permitir a sua utilização. Após alguns contactos conseguimos o projeto dos cacifos que também foi generosamente oferecido, assim como as empresas se demonstraram disponíveis para nos ajudar na concretização deste projeto. Aguardamos parecer do Conselho de Administração para finalizarmos o processo.

Durante o ENP tivemos oportunidade de prestar cuidados a potenciais dadores de órgãos e colaborar nas provas de morte cerebral. O diagnóstico de morte cerebral é efetuado pela ausência irreversível de funções do tronco cerebral. É necessário o conhecimento da causa e a irreversibilidade da mesma, um estado de coma com ausência de resposta motora quando estimulado dolorosamente a área dos pares cranianos, ausência de respiração espontânea e a necessidade de estabilidade hemodinâmica, o doente não pode ter sedação (agentes depressores do sistema nervoso central), nem agentes bloqueadores neuromusculares, não podem estar em hipotermia nem ter alterações endócrinas-metabólicas. São necessários dois conjuntos de provas de morte cerebral com intervalos de tempo adequados à situação e à idade do doente. Os testes são efetuados por 2 médicos especialistas (Ministério da Saúde, 1994).

Devido às suas características o doente dador de órgãos necessita de uma vigilância hemodinâmica rigorosa por parte do EE, contudo é importante não esquecer a dignidade da pessoa humana e o processo de luto que a família está a passar, permitindo que a família exprima as suas emoções assim como o tempo necessário para que esta se possa despedir.

Nem sempre é possível reverter a causa que levou ao internamento no SMI, sendo importante modificar o foco da equipa do curar para o paliar. É essencial a discussão em equipa e com a família com o intuito de providenciar cuidados de conforto e dignidade à pessoa (Pinho, 2020).

Recordamos uma situação durante o ENP de um doente já numa fase terminal em medidas de conforto em que convidamos a filha para massajar a mãe connosco, no seu tempo permitindo a partilha de emoções. No final a filha agradeceu e referiu que sentia um alívio, pois sabia que a sua mãe seria bem cuidada nos últimos momentos de sua vida.

- **Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe**

A Ordem dos Enfermeiros, confere ao EE competência de dinamizar a resposta” ... em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento 429/2018, 2018, p.19363).

O EE, perante uma destas situações, deve conceber, planear e gerir a resposta de forma rápida e estruturada, sempre preservando os indícios de prática de crime (Regulamento 429/2018, 2018).

Catástrofe é definido como “o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Portugal, 2006, p.4696).

Durante o ENP não aconteceu nenhuma situação de emergência, exceção e catástrofe, contudo para estar preparada e dar resposta a estas situações é necessário conhecer o Plano de catástrofe da instituição.

No plano de catástrofe está definido a constituição de um Gabinete de Crise, onde o enfermeiro chefe de equipa do serviço de urgência no turno é responsável pela Coordenação de Recursos Humanos e um enfermeiro de segunda linha é responsável pela Coordenação da Logística. Anualmente é organizado um simulacro, com o intuito de testar o plano regularmente, verificando a capacidade de reação e a eficácia das equipas. O EE tem um papel preponderante em situações de catástrofe, assumindo papéis extrema relevância adequados aos conhecimentos e competências que possui.

- **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.**

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência aos antimicrobianos, são um problema em crescendo mundialmente, aumentando a morbilidade e a mortalidade, aumentando o tempo de internamento e os custos de saúde (DGS, 2018).

No regulamento 429/2018, o EE

“considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recursos a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (2018, p. 19364).

O doente crítico pela sua complexidade de cuidados e necessidade de tratamento e monitorização invasiva é mais suscetível à aquisição de IACS, o EE tem um papel importante na prevenção destas assim como na formação e sensibilização da equipa multidisciplinar.

O European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) em 2024, refere que as unidades de cuidados intensivos apresentam um número elevado de IACS, relacionadas com os dispositivos invasivos e ao uso de antibióticos que a gravidade da situação preconiza. No seu relatório epidemiológico de 2020, refere que 12,7% dos doentes internados mais que dois dias numa unidade de cuidados intensivos apresentaram pelo menos uma IACS sobre vigilância, sendo elas a Pneumonia, a Infecção da corrente sanguínea e a Infecção do trato urinário. No mesmo relatório, relata que Portugal tem uma taxa de PAI de 11,4%, relativamente à Infecção da Corrente sanguínea associada ao CVC a taxa portuguesa encontra-se nos 2,6% e por último a Infecção do trato urinário associado ao cateter vesical, Portugal apresenta uma taxa de infeção de 1,9%. O relatório é baseado nos dados referentes a 2020, obtidos no portal europeu de vigilância de doenças infecciosas a 4 de dezembro de 2023.

Nos dados supramencionados, verificámos que a PAI é a IACS com maior taxa de infeção nos cuidados intensivos. A DGS atualizou em 2022 a Norma 021/2015, o “Feixe de intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, mencionando que deve ser utilizada sedação ligeira e diariamente verificada a possibilidade de extubação, a cabeceira da cama deve ficar a 30°, deve ser efetuada a higiene oral no mínimo 3 vezes por dia (referindo que não recomendam o uso de clorhexidina na higiene oral) e deve ser monitorizada a pressão do cuff pelo menos 3 vezes por dia, mantendo a pressão do balão do tubo orotraqueal entre os 20-30mmhg.

No âmbito do projeto STOP-Infeção Hospitalar 2.0, um projeto do PPCIRA com a DGS em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e com o apoio técnico-científico do Institute for HealthCare Improvement, com o objetivo de diminuir em 50% as cinco IACS hospitalares num período de 3 anos (DGS, 2023), o Grupo da PPCIRA do SMI instruiu e certificou competências a toda a equipa de enfermagem relativamente à monitorização do cuff do tubo traqueal e à elevação da cabeceira a 30°, 2 etapas do feixe de intervenções para a prevenção da PAI, e encontra-se a fazer auditorias diárias a essas duas intervenções. Existe um quadro no SMI1 onde diariamente é colocado o resultado da auditoria, sendo colocado o cartão verde caso tenham sido cumpridos todos os passos ou um cartão vermelho caso não tenham sido cumpridos todos os passos. A equipa consegue assim verificar onde se observa uma maior não conformidade, perceber o motivo e ajustar comportamentos.

Relativamente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central, a DGS atualizou a Norma 022/2015 em agosto de 2022. Na manutenção do CVC referem que deve ser avaliada diariamente a possibilidade de remoção do CVC, realizada a higiene das mãos antes da manipulação do CVC,

descontaminado os pontos de acesso com um antisséptico (no qual deve ser usado material estéril e clorhexidina a 2%, com fricção durante 15 segundos antes de manusear ou conectar um dispositivo), efetuado o penso de CVC com técnica asséptica e formar os profissionais no seu manuseamento.

Em todos os cuidados prestados cumprimos com os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção. O EE, com o conhecimento e competências nesta área, deve ser um exemplo para os seus pares, cumprindo de forma criteriosa todos os procedimentos instituídos. Deve também ter um papel importante na disseminação da informação e na sensibilização de toda a equipa multidisciplinar.

Concluindo este capítulo onde procurámos descrever de forma o mais exaustiva possível e crítica as atividades desenvolvidas no contexto da prática clínica e as competências adquiridas, no capítulo seguinte vamos nos debruçar sobre o percurso investigativo efetuado.

**CAPÍTULO II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA
PESSOA INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

A investigação, "...é entendida como uma atividade básica da ciência, procurando questionar e analisar a realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade do ensino e a atualiza perante a realidade do mundo" (Vilelas, 2020, p.21). O mesmo autor refere que "... o conhecimento científico é uma aquisição intencional consciente e sistemática; é um processo que chegou ao máximo do seu desenvolvimento com a aplicação consciente de um método. O conhecimento científico resulta da investigação metódica e sistemática da realidade" (Vilelas, 2020, p.26).

Uma prática de excelência pressupõe que os cuidados de enfermagem sejam alicerçados na melhor e mais recente evidência científica, para isso a OE no Regulamento 140/2019 refere que o EE tem a responsabilidade de "...descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (2019, p.4744).

Para Fortin, a "...investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência (1999, p.18). Refere ainda que a investigação em enfermagem provém da investigação sistemática que pode incidir na pessoa, "...quer seja sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes, das suas famílias, da comunidade; quer seja ainda sobre o estudo dos contextos de cuidados" (1999, p.26).

Assim o desenvolvimento e a descoberta de saberes próprios da disciplina de Enfermagem têm por base o estudo sistemático de fenómenos patentes no domínio dos cuidados de enfermagem (Fortin, 1999).

Neste sentido a OE na Investigação em Enfermagem Tomada de Posição refere que a Investigação "...pode dar um elevado contributo à prática de clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processo de natureza dedutiva" (2006, p.1). No mesmo documento refere que é a através da investigação que identificamos saberes específicos da disciplina e evoluímos no sentido da prática baseada na evidência.

Devido às características da PSC, da gravidade da situação, da imprevisibilidade do desfecho da mesma e à tecnicidade das intervenções, os enfermeiros centram os seus cuidados no doente, descurando a família como foco de cuidados e como alvo das suas intervenções. Esta brecha aumentou durante e após a pandemia embora na nossa experiência profissional anterior a família fosse vista como parceira dos cuidados. Face

ao exposto surgiu a necessidade de trabalhar o tema da família, nomeadamente o acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva.

Neste capítulo abordaremos todo o processo de investigação realizado para dar resposta à problemática com o objetivo da construção de um procedimento de acolhimento à família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva.

Inicialmente é apresentado o enquadramento teórico da temática em estudo seguido do percurso metodológico onde será abordada a problemática, a questão de investigação, os objetivos do estudo, o desenho e tipo de estudo, os participantes, o procedimento de recolha e análise dos dados e as considerações éticas. Por fim serão apresentados os resultados, a sua análise e discussão, terminando com as principais conclusões da investigação e perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2, família é definida como "...unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes" (ICN, 2020, p.63).

Mendes (2015) refere que o conceito de família não pode ser dissociado do conceito de interação e que esta e os resultados desta, surge entre os membros internos e externos ao grupo.

Alarcão (2006) refere que ao longo da vida podemos ter mais que uma família, e que é nesta que se desenvolve as dimensões da interação desde os contatos corporais à comunicação e às relações interpessoais, formando o sentimento de pertença àquela família. Esta é ainda um grupo institucionalizado que é uma das bases da vida social.

A SCCM (2017) define que a família é definida pelo doente ou pelos seus substitutos nos casos em que estes não tenham capacidade para o fazer. Assim a família pode ter relação de parentesco ou não com o doente. São indivíduos que prestam apoio e com quem o doente mantém um relacionamento significativo.

A ideia de ver um ente querido doente é por si só incomodativa, quando a doença crítica se torna inesperadamente real a dor sentida é insuportável (Mendes, 2020).

"A situação de doença crítica emerge de modo súbito na vivência quotidiana da família e está associada a qualquer das fases do seu ciclo de vida. Revela-se de transição pela vulnerabilidade experienciada, que fragiliza no presente e pode condicionar o futuro, individual e coletivo" (Mendes, 2018, p.203).

O internamento de um familiar numa unidade de cuidados intensivos traz repercussões físicas e emocionais na família, a fragilidade vivenciada pela pessoa doente é igualmente vivenciada pela família, passaram repentinamente de uma situação de saúde para uma situação de doença com todas as implicações que acarreta (Mendes, 2018).

Cézar et al. (2023) referem que existem vários fatores que podem influenciar o sofrimento e stress dos familiares, sendo eles, a condição de saúde do seu ente querido, o medo da morte do seu familiar, mudanças na sua vida pessoal devido à doença do seu familiar, o ambiente das unidades de cuidados intensivos e ambiente da sala de espera do hospital.

A família da pessoa internada em cuidados intensivos encontra-se em risco de desenvolver ansiedade, depressão, stress, stress pós-traumático e um luto patológico. De forma a englobar este conjunto de complicações foi criado o termo SPICI-F (Davison, 2012).

O SPICI-F pode ser agravado por vários fatores relacionados com o doente, mas também com os profissionais de saúde. Os familiares com maior risco de desenvolver SPICI-F são as mulheres, ser a esposa e história de doença mental, sendo que os familiares de doentes jovens e com mau prognóstico necessitam de maior atenção por parte dos profissionais de saúde. Estes detêm um papel basilar na prevenção do SPICI-F através de uma comunicação apropriada e na deteção precoce dos fatores de risco para o seu desenvolvimento (Putowski et al., 2023).

A SCCM (2017) definiu o cuidado centralizado na família como a abordagem dos cuidados de saúde que respeita e responde às necessidades e valores individuais da família, referem que é necessário intervenções e abordagens estruturadas à família da pessoa internada nos cuidados intensivos de forma a minorar o impacto da crise provocada pela doença crítica assim como para os preparar para a tomada de decisões necessárias, reconhece ainda a importância da família na recuperação do doente. Assim formularam recomendações em 5 áreas, nomeadamente na presença da família nos cuidados intensivos, no apoio à família, na comunicação com a família, na existência de uma equipa de cuidados intensivos diferenciada e em questões operacionais e ambientais.

Lusquiños et al. (2018) na revisão integrativa da literatura que efetuaram verificaram que o cuidado centralizado na família nos cuidados intensivos é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, reconhecem a importância da inclusão da família como foco de cuidados assim como adjuvante no cuidado ao doente, sendo essencial a integração desta abordagem do cuidar por parte de toda a equipa multidisciplinar.

O que vai de encontro à revisão da literatura efetuada por Russo et al. (2022) que referem que para a prestação de cuidados de excelência é necessário uma humanização de cuidados nos cuidados intensivos, sendo fundamental a inclusão da família como foco de cuidados, elaborando um plano de cuidados tendo em consideração as reais necessidades da família promovendo decisões informadas assim como a gestão dos sentimentos neste processo de transição saúde-doença.

As unidades de cuidados intensivos, são ambientes muito tecnológicos com uma panóplia de equipamentos e monitorização podendo colocar a PSC e a sua família em

risco de desumanização, sendo o cuidado centralizado no paciente e família bastante desafiador. É essencial o foco na PSC e sua família, a comunicação e intervenções para melhorar a presença da família, o seu apoio e a sua participação (Secunda e Kruser, 2022).

Sá no seu estudo refere que “...o cuidado centralizado na família prevê que um profissional de saúde, num nível de perito, avalie, recomende intervenções e oriente o processo de gestão de saúde-doença, tendo por base a premissa de que a família engloba a equipa de prestação de cuidados daquela pessoa com necessidades específicas” (2023, p.6).

Mendes (2018) reforça que os enfermeiros devem ter como alvo do seu cuidado a família como um todo, mas ao mesmo tempo ter em atenção cada um dos seus membros e a forma como esta nova situação de doença os afeta.

“...a vivência de um processo de transição saúde-doença compromete cada um dos intervenientes, sabendo-se que a família conta com a competência dos enfermeiros no cuidado ao seu familiar, mas também para a considerar na vida da pessoa agora doente. Ainda que compreendam a centralidade dada por todos à pessoa doente, deixam transparecer que o sofrimento que experienciam merece também particular atenção por parte dos enfermeiros” (Mendes, 2018, p188).

Mendes (2019) no seu estudo verificou que a família vivencia a transição saúde-doença com muita intensidade, sendo a angústia constante e condicionando a vida deles. Constatou que a família desejava ser acolhida pela equipa multidisciplinar, principalmente pela equipa de enfermagem, sentiam a necessidade de serem vistas como fazendo parte da vida da pessoa doente e de ser reconhecida a fragilidade emocional que vivenciavam. Identificaram 3 temas que revelaram as estratégias familiares, o estar consciente, garantir o diálogo e garantir o conforto.

Cooper (2024) na revisão da literatura efetuada, destaca o impacto e o stress vivenciado pela família da pessoa internada nos cuidados intensivos, verificando 3 recomendações principais. Providenciar cuidados à família enquanto esta lida com o impacto do internamento do familiar nos cuidados intensivos, ter em atenção o modo como a informação é transmitida pela equipa multidisciplinar. A última recomendação está relacionada com o trauma e a sobrecarga que a família sente no ambiente desconhecido dos cuidados intensivos.

Para Sá (2023, p.6) o centro de cuidados de enfermagem são a pessoa e a família e demanda um relacionamento com características específicas entre os profissionais de

saúde e a família tendo por base “... o respeito e a dignidade; a partilha de informação; a participação na tomada de decisão e a colaboração com a instituição no cuidar”.

Mendes refere que “...o acolhimento, pela proximidade cientificamente construída, possibilite um diagnóstico precoce de estados de desassossego, resultado da vivência de cenários pouco clarificados, sabendo-se dos dados que o esclarecimento pela aquisição e apropriação de informação confortam a família e apaziguam” (2018, p.188).

A família da PSC sente necessidade de informação sobre os cuidados prestados aos seus familiares assim como apoio emocional adequado. Os enfermeiros devem otimizar a comunicação com os familiares e integrá-los nos cuidados, uma vez que a participação ativa destes minimiza os efeitos negativos que o internamento de um familiar na unidade de cuidados intensivos implica (Batista et al., 2019).

O cuidado centralizado na família pressupõe da equipa multidisciplinar uma abordagem em que o alvo dos cuidados não é apenas a PSC, mas também a sua família com todas as especificidades que cada membro possui. É importante, integrar a família nos cuidados, e estabelecer uma relação empática fomentando a comunicação. Com a pandemia da Covid-19, foram instituídas políticas de restrição de visitas, em que o relacionamento da família com a equipa multidisciplinar era muito pobre e o envolvimento da família no processo do cuidar era quase nulo.

Bartoli et al. (2020), no seu estudo verificaram que as restrições das visitas durante a pandemia provocaram na família medo relacionado com o desconhecido e a falta de informação, distanciamento relacionado com a falta de contacto físico com os familiares e com os profissionais de saúde, verificaram que os familiares ficaram com a vida em espera uma vez que passavam os dias ao lado do telefone à espera de notícias do seu familiar e verificaram a solidão da pessoa internada no SMI uma vez que estes não tinham ninguém da família para os confortar e estar perto deles.

Mailer et al. (2023) na revisão integrativa da literatura que efetuaram verificaram que as restrições das visitas durante a pandemia da Covid-19 tiveram consequências negativas nas famílias, emergindo 2 temas principais, o facto de não estarem presentes junto dos doentes e a falta de comunicação com os profissionais de saúde aumentando o risco de SPICI-F. O cuidado centralizado na família continua a ser a base dos cuidados de excelência sendo importante repensar as restrições de visitas numa próxima pandemia.

A formação na área da comunicação, assim como a existência de protocolos, normas e guidelines permitem que a intervenção da enfermagem junto da família seja mais eficaz, facilitando o cuidado centralizado nesta (Russo et al., 2022).

Mendes, constatou que no seu estudo emergiram três temas essenciais, “a importância do acolhimento para a família, em cada dia de internamento; o desejo de estarem fisicamente presentes e de a sua presença ser reconhecida e identificada; o significado de uma atenção particular e a particularidade da atenção que lhes era garantida pela equipa de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros” (2018, p.211).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação científica é a “...atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis” (Vilelas, 2020, p.41).

Este mesmo autor refere que para “...obter um conhecimento racional, sistemático e organizado ... é necessário seguir um método, um caminho concreto que nos aproxime dessa meta” (2020, p.55).

De acordo com Fortin (1999, p.40) as “...decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.”

2.1. A problemática, a questão de investigação e os objetivos do estudo

Para Vilelas a seleção de “...objetos e de temas de estudo não é, desde logo, produto da ocasião, obedece a causas pessoais e sociais, aos conhecimentos prévios e às inquietações que em cada época e lugar adquirem predomínio na comunidade científica” (2020, p.77).

Fortin (1999) refere que o ponto de partida de uma investigação é uma situação problemática, uma inquietação, uma irritação que exige uma explicação ou uma compreensão do fenómeno.

Para selecionar o tema é necessário escolher um assunto que vá ao encontro das preferências e aptidões do investigador, ao mesmo tempo deverá ter interesse científico e possível de ser formulado e delimitado em função da pesquisa, e exequível tendo em consideração os fatores externos e internos (Vilelas, 2020).

Após a pandemia da Covid-19 e as restrições das visitas já terem sido levantadas, observamos que os profissionais de saúde se sentiam incomodados com a presença da família assim como tinham aumentado as lacunas na comunicação com a família, a prevenção do SPICI e do SPICI-F era praticamente nula. Em entrevista informal com o Enfermeiro Gestor e alguns enfermeiros do serviço, foi possível verificar a necessidade de trabalhar este tema. Este ENP foi a alavanca para o seu início, começando pelos alicerces do SPICI-F, o acolhimento à família.

Posteriormente à definição do tema “(...) deve-se fazer um levantamento bibliográfico e analisar as obras já publicadas acerca do assunto escolhido” (Vilelas, 2020, p.79).

Assim, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no motor de busca *B-ON* e *Biblioteca Virtual de Saúde*, na *Scopus* e *CINAHL Complete*, utilizando os descritores: *Postintensive Care Syndrome*, *Family*, *Intensive Care Unit* e *Nurses*. Os estudos e publicações encontradas foram analisadas para o enquadramento teórico apresentado.

Fortin refere que a questão de investigação é “um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (1999, p.51). A mesma autora refere ainda que a questão deve ser atual e pertinente para a prática profissional contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos.

Assim surgiu a seguinte questão de investigação: *Qual a perceção dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) do SMI sobre o procedimento no acolhimento à família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva?*

Após definido o objeto de estudo, é necessário definir o objetivo da investigação, este determina o que se pretende alcançar com o trabalho efetuado. Os objetivos devem indicar qual a perspetiva selecionada para o estudo,” devem ser claros, limitados e precisos...” (Vilelas, 2020, p. 87).

Fortin (1999, p.100) refere que o objetivo da investigação “é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.”

Para dar resposta à questão de partida foram formulados os seguintes objetivos principais:

- Conhecer a perceção dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) do SMI sobre o acolhimento da família da pessoa internada no SMI;
- Construir uma proposta de procedimento de acolhimento à família da pessoa internada num SMI.

E como objetivos específicos:

- Identificar a informação oral e escrita a transmitir à família dos utentes internados no SMI;
- Descrever os elementos facilitadores e dificultadores para o acolhimento e interação com a família de utentes internados no SMI;
- Identificar sugestões de elementos favorecedores de um adequado acolhimento à família da pessoa internada no SMI;

- Identificar quais os princípios a atender no acolhimento à família da pessoa internada no SMI.

2.2. Desenho e tipo de estudo

O desenho de investigação “é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p.132).

Para Hernández Sampieri et al. (2006) a investigação qualitativa proporciona uma profundidade dos dados, uma riqueza interpretativa, uma contextualização do ambiente, detalhes e experiências únicas. Vilelas refere que “Os estudos qualitativos consideram que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito...” (2020, p.199).

“Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou estabelecer relações entre variáveis” (Vilelas, 2020, p.214). O mesmo autor refere ainda que estes “...procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidade ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise” (2020, p.215).

Segundo Fortin (1999), os estudos exploratórios-descritivos vão da exploração de um conceito à descrição de uma população ou fenómeno. Se há pouca evidência ou poucos estudos relativamente a um fenómeno, o investigador vai direcionar o estudo para a descrição do conceito, este tipo de estudo é importante para estudar características ou descrever experiências de uma população.

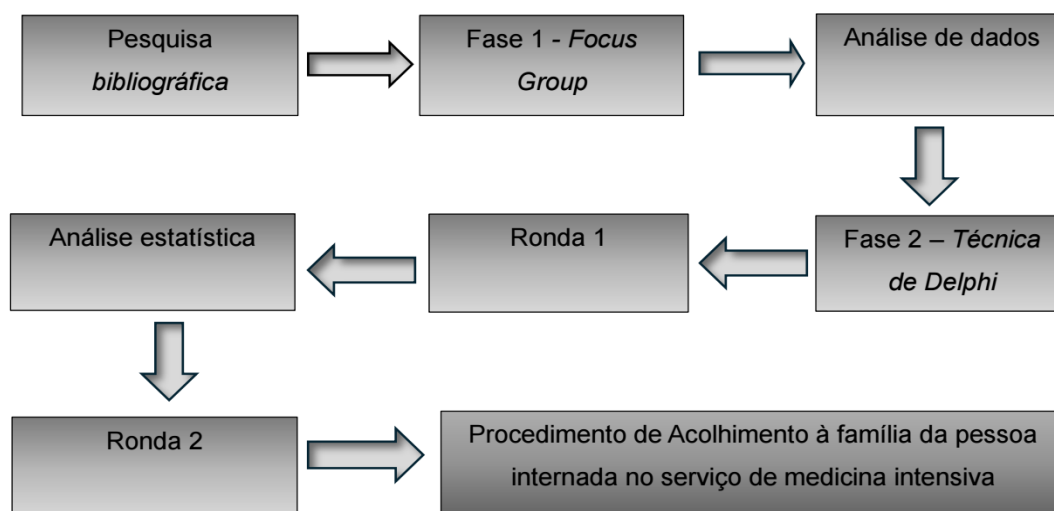
Para Vilelas, “Os estudos exploratórios visam proporcionar uma maior familiaridade com o problema, no sentido de torná-lo explícito ou de facilitar a formulação de hipóteses” (2020, p.213). Assim, para o mesmo autor a “pesquisa exploratória tem como principal finalidade a formação de conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos e de formular hipóteses para estudos posteriores” (2020, p.213).

Face ao descrito anteriormente, às características da problemática e aos objetivos definidos, optamos então por uma abordagem qualitativa de natureza descritiva e exploratória.

O estudo foi efetuado em duas fases seguindo os passos descritos na figura 1. Na primeira fase foi efetuado um *focus group* para dar resposta ao primeiro objetivo e na segunda fase foi utilizada a técnica de *Delphi* para permitir a concretização do segundo

objetivo, a construção da proposta de procedimento de acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva.

Figura 1. – Processo de construção do Procedimento de Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva.



2.3. Fase 1 – Focus Group

Para dar resposta aos objetivos definidos, foi efetuado numa primeira fase um *focus group* com médicos e enfermeiros do SMI onde se realizou este ENP.

Krueger & Casey (2015) referem que o *focus group* é utilizado para compreender como as pessoas se sentem ou pensam relativamente a um problema, ideia, produto, tem como propósito reunir opiniões, num ambiente relaxado onde é encorajada a partilha das perceções e pontos de vista dos participantes sem a pressão de chegar a um consenso.

2.3.1. Participantes e sua caracterização

Vilelas refere que o *focus group*, “é uma técnica de investigação na qual o investigador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo das suas investigações, tendo como objetivo colher, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema

específico” (2020, p.304). Refere ainda que o número de participantes deve ser entre 4 a 12 de forma a todos terem oportunidade de participar e ao mesmo tempo possibilitar uma diversidade de opiniões.

Hernández Sampieri et al. (2006) consideram que *focus group* consiste numa reunião de pessoas entre 3 a 10, na qual os participantes conversam sobre um ou mais temas num ambiente informal.

Krueger & Casey (2015) referem que o *focus group* deve apresentar 5 características, ser um grupo pequeno de pessoas em que o intervalo pode ir de 4 a 12, possuir certas características em comum, fornecer dados de qualidade, numa discussão focada com a finalidade de ajudar a perceber o tema abordado.

Considerando a opinião destes autores para seleccionar os participantes do *focus group* deste estudo, definimos os seguintes critérios de inclusão:

- Funções de Gestão no Serviço de Medicina Intensiva;
- 10 anos de experiência em Enfermagem/Medicina;
- 5 anos de experiência em Cuidados Intensivos;
- Funções de responsável de Turno;
- Serem detentores de uma especialidade.

Estes critérios são não cumulativos de forma a encontrar um grupo heterogéneo.

Considerando estes critérios foram seleccionados 12 profissionais (4 médicos e 8 enfermeiros) mas face a alguns constrangimentos inesperados que são apresentados no ponto seguinte, o *focus group* foi constituído por 9 elementos, 5 enfermeiros e 4 médicos, pertencentes à equipa de um SMI. Destes 30% eram do sexo masculino e 70% do sexo feminino, sendo que 44,4% dos participantes tinham idades compreendidas entre os 35 – 45 anos, 33,3% entre os 45 – 50 anos, 11,1% entre os 30 – 35 anos e 11,1% superior a 50 anos.

Relativamente à sua formação académica, 3 participantes apresentam licenciatura, 3 apresentam especialidade, 2 apresentam mestrado/doutoramento e 1 participante não respondeu a este item.

Em relação ao tempo de experiência profissional 44,4% dos participantes apresentam mais de 20 anos de experiência, 33,3% entre 10-15 anos, 11,1% entre 5 e 10 anos e 11,1% entre 15 -20 anos. No que concerne ao tempo de serviço neste SMI 80% exercem funções há mais de 5 anos e 20% há menos de 5 anos.

2.3.2. Procedimento de recolha de dados

“Um instrumento de colheita de dados é, em princípio, qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação” (Vilelas, 2020, p.331).

Para Fortin (1999) a escolha do instrumento de colheita de dados tem que ter em consideração a informação que se pretende colher de forma a dar resposta aos objetivos da investigação. Já Hernández Sampieri et al. (2006) referem que a colheita de dados nos estudos qualitativos tem como intuito a obtenção de dados de pessoas, contextos, situações entre outras em profundidade, nas suas próprias palavras. Nesta fase do estudo foi efetuada uma entrevista semi-estruturada através de um *focus group*.

Polit & Beck (2018) referem que no *focus group* são solicitadas as opiniões e experiências a grupos entre 5 a 10 pessoas. A discussão é orientada por um moderador através de um guião de entrevista.

Coutinho menciona que o *focus group*,

“trata-se de uma metodologia de recolha de dados que, em vez do clássico pergunta-resposta da entrevista individual, adota o formato de uma “discussão guiada” pelo investigador a um grupo de 7-10 pessoas... em torno de questões que são debatidas em sessões de 1h30m a 2 horas, apostando-se sobretudo nas “interações” que se geram no grupo durante a entrevista” (2014, p.114).

Para Krueger & Casey (2015), no *focus group*, a discussão é liderada por um entrevistador experiente ou um moderador, num ambiente relaxado onde os participantes se sintam confortáveis, respeitados e com liberdade para partilhar as suas opiniões e perceções sem serem julgados.

Vilelas (2020) considera que as entrevistas semiestruturadas são constituídas por um guião que combina questões abertas e fechadas de forma que o entrevistado tenha oportunidade de partilhar as suas experiências e vivências sobre o tema em estudo.

Krueger & Casey (2015), referem que o guião da entrevista começa com uma questão simples e fácil, a sequência das questões deve possibilitar que a conversa decorra naturalmente de uma questão para a outra e deve iniciar-se com questões mais gerais e progredir para questões mais específicas. Fortin (1999) refere que é obrigatório a elaboração de um plano para a entrevista semiestruturada, onde o objetivo do trabalho está espelhado assim como uma ordem lógica dos temas.

Tendo em consideração estes pressupostos foi elaborado um guião da entrevista (Apêndice III), com questões orientadoras de forma a incentivar a partilha de opiniões de todos os participantes e ao mesmo tempo direccionar os temas para o objeto de estudo.

De forma a dar início ao processo de recolha de dados, foi efetuado um convite informal pessoalmente aos participantes de forma a perceber a motivação para participar no estudo assim como a disponibilidade em termos de data e horário preferencial para a entrevista. Todos os convidados se mostraram motivados e disponíveis para reunir presencialmente. Foi então enviado um convite formal com a data, a hora e o local para realizar a reunião aos participantes.

Foram convidados 12 elementos do SMI, quatro médicos e oito enfermeiros que cumpriam os critérios pré-definidos, contudo na véspera do *focus group* três enfermeiros comunicaram que por motivos de saúde não poderiam participar presencialmente, mas que mantinham a disponibilidade para participar via zoom. Foi gerado um link para reunião por zoom, e enviado por e-mail o folheto informativo, consentimento informado e questionário para caracterização sociodemográfica e profissional (Apêndice IV) para que pudessem assinar.

No dia e hora agendada, iniciou-se o *focus group*, numa sala de reuniões do serviço selecionada para o efeito, uma vez que possui uma mesa oval, permitindo o contacto visual de todos os participantes. Foram disponibilizados o folheto informativo, consentimento informado e o questionário para a caracterização sociodemográfica e profissional para que os participantes pudessem ler e assinar enquanto se iniciava a reunião por zoom com os participantes em casa. Após início da reunião verificou-se que por problemas técnicos os participantes por via zoom não conseguiam ouvir com clareza o que era discutido na sala o que não permitia a sua participação. A reunião prosseguiu apenas com os 9 participantes presenciais e decorreu sem mais intercorrências.

A entrevista iniciou-se com uma breve apresentação do tema e a sua pertinência, seguida de uma pergunta “quebra-gelo” que serviu de gatilho para o início da discussão. Krueger & Casey (2015) consideram que a pergunta introdutória conduz naturalmente a discussão para as questões-chave. A reunião teve aproximadamente a duração de 2h45min, com bastante participação do grupo, gerando uma discussão intensa e produtiva e foi gravada em formato áudio com o consentimento prévio de todos os participantes.

2.3.3. Procedimento de análise dos dados

Polit & Beck (2018) consideram que a análise dos dados qualitativos é um processo moroso, difícil e devido à natureza dos dados, requer criatividade e habilidades indutivas. Usualmente o investigador cria um esquema de codificação baseado no escrutínio dos dados e codifica-os segundo as categorias do esquema.

Bardin (2010, p.33) sublinha que a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, é um instrumento com uma grande variabilidade de formas que é adaptado a um campo de aplicação muito vasto. Coutinho (2014, p. 236) refere que “A *análise de conteúdo* é, pois, um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior...”

Após a realização do *focus group*, foi efetuada a transcrição na íntegra de toda a reunião para posteriormente analisar os dados. Polit & Beck (2018), referem a necessidade de uma leitura cuidadosa dos dados de forma a desenvolver um esquema de codificação de qualidade.

Bardin (2010) considera que a codificação corresponde à transformação dos dados em bruto, através do recorte, agregação e enumeração, permitindo uma caracterização pertinente do conteúdo. As categorias são rubricas que reúnem um grupo de elementos com características comuns. Vilelas (2020) refere que as categorias devem ser exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes.

Assim, foram efetuadas várias leituras da transcrição efetuada, foi realizada a codificação e selecionadas as unidades de análise que foram colocadas nas categorias e subcategorias correspondentes de acordo com as características comuns que apresentavam, permitindo a construção de uma matriz de redução de dados (Apêndice V).

2.4. Fase 2 – Técnica de *Delphi*

De forma a dar resposta ao objetivo, *Construção de uma proposta de procedimento de acolhimento à família da pessoa internada num serviço de Medicina Intensiva*, foi construído um questionário assente nos resultados do *focus group* e na literatura existente sobre a temática, usando a técnica de *Delphi* para a obtenção de um consenso de opinião de peritos.

A técnica de *Delphi* é utilizada de forma a obter opiniões sobre o objeto em estudo, de um grupo de especialistas através do envio de questionários (Fortin 1999). Scarparo et al. (2012, p.4) definem a técnica de *Delphi* como “...método sistematizado de julgamento de informações, destinada ao alcance do consenso de opiniões sobre um determinado assunto, de conhecimento de um grupo de *experts*, por meio de validações articuladas em rodadas de questionários, favorecidos pelo anonimato.”

2.4.1. Definição e caracterização dos Peritos

A definição de perito não é consensual, sendo essencial que o painel seja homogêneo, imparcial e com interesse no tema (Marques e Freitas 2018). Os mesmos autores referem que a literatura também não é consensual relativamente ao número de peritos, defendendo que este não deve ser inferior a 10 peritos uma vez que pode comprometer os resultados. O que vai de encontro a Giannarou e Zervas (2014) que referem que o tamanho da amostra não é consensual e está relacionado com o objetivo do estudo, contudo com amostras maiores que 30 peritos o risco de desistência é maior.

Para a seleção do painel de peritos é essencial o nível de qualificação profissional dos participantes de forma a selecionar peritos na temática do estudo sendo necessário a definição de critérios de inclusão (Scarparo et al., 2012).

Os critérios definidos para o painel de peritos foram:

- 5 anos de experiência em cuidados intensivos;
- 10 anos de tempo de serviço;
- Ser Enfermeiro Especialista

A seleção dos peritos foi efetuada pelo método “bola de neve”, em que tivemos a colaboração de enfermeiros especialistas e peritos que nos indicaram outros enfermeiros peritos tendo em atenção os critérios supramencionados. Scarparo et al. (2012) referem que a seleção dos peritos é não aleatória ou intencional uma vez que a intenção do investigador é selecionar peritos na área de estudo, esta poderá ser feita através da amostragem tipo bola de neve, em que um perito vai indicando outro e assim sucessivamente.

O que vai de encontro a Coutinho (2014, p.105), que refere que a seleção da amostra em “bola de neve” é efetuada através da identificação de “... um membro da população alvo e se lhe pede que identifique outros membros dessa mesma população, e assim por diante...”.

Desta forma selecionamos 11 enfermeiros peritos para constituir o painel de peritos de sete hospitais públicos da zona Norte do país, contudo na ronda 1 obtivemos 10 respostas.

Desta forma o painel de peritos é constituído por 10 enfermeiros peritos de sete hospitais do Norte do país. 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino. Relativamente às idades 30% dos peritos apresentavam idade superior a 50 anos, 20% com idade compreendida entre os 30 – 35 anos, 20% entre os 40 – 45 anos, 20% entre os 45 – 50 anos e por fim 10% dos peritos com idade compreendida entre os 35 – 40 anos.

Relativamente à formação académica 100% dos peritos é detentor de uma especialidade sendo que 80% são mestres e 10% possui um doutoramento.

No que diz respeito ao tempo de serviço, 60% dos peritos apresentam mais de 20 anos de experiência, 30% entre 10 e 15 anos de experiência e 10% entre os 15 e 20 anos de experiência. No que concerne ao tempo de experiência em cuidados intensivos, 70% apresenta mais de 10 anos de experiência e 30% entre 5 e 10 anos de experiência.

2.4.2. Procedimento de recolha de dados

A técnica de *Delphi* é usada para obter consenso sobre um tema, a sua aplicação é baseada no anonimato do participante de forma que este possa expressar as suas opiniões livremente, havendo dois pontos essenciais relacionadas com a construção do questionário e a escolha do painel de peritos. Para a estrutura do questionário é muitas vezes escolhida a escala de *Likert* (Guiannarou & Zervas, 2014).

Para Scarparo et al. (2012) na construção do questionário podem ser utilizadas perguntas abertas, fechadas e perguntas com escalas de valores. Referem ser fundamental a caracterização dos participantes do painel devendo o questionário iniciar-se com estas questões.

Marques e Freitas (2018), referem que o primeiro questionário deve ser constituído por perguntas abertas de forma a aumentar a riqueza dos dados, contudo referem que este também pode ser semiestruturado ou fechado construídos a partir de outros instrumentos de recolha de dados, usando escalas como a escala de *Likert*. Sublinham ainda a necessidade de criar um espaço para que os participantes possam comentar, sugerir ou argumentar.

A escala de *Likert* consiste num conjunto de itens apresentados sobre a forma de afirmações ou juízos, sobre as quais os participantes classificam a sua opinião selecionando um ponto na escala de 1 a 5 (Hernández Sampieri et al., 2006).

Tendo em consideração estes pressupostos, o questionário (Apêndice VIII) foi dividido em duas partes. A primeira parte com questões para a caracterização sociodemográfica e profissional dos peritos, e a segunda parte com as afirmações resultantes do *focus group* para o procedimento de acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva. Encontra-se dividida em seis secções: acolhimento inicial, informação a fornecer à família, informação oral a ser transmitida à família, informação a ser transmitida no primeiro momento (antes da visita ao familiar), informação a ser transmitida no segundo momento (após a visita ao familiar) e informação escrita que deve constar no panfleto.

De forma a avaliar o nível de concordância dos peritos de cada afirmação foi associada a escala de *Likert* de cinco opções de resposta: 1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo e 5 – concordo totalmente. No final de cada secção foi disponibilizado um campo com sugestões onde o participante podia dar o seu contributo pessoal sobre as afirmações.

Para dar início ao processo de recolha de dados recorremos à plataforma *Google Forms* para a construção do questionário eletrónico. Foram contactados os peritos via e-mail e posteriormente enviado um link de acesso ao questionário e um código alfanumérico de forma a garantir o anonimato.

Scarparo et al. (2012) reforçam que os questionários podem ser enviados pelas plataformas eletrónicas existentes, sendo uma ferramenta facilitadora e com boa aceitação pelos participantes. Pampieri (2017), refere que o envio eletrónico dos questionários facilita as respostas individuais e na continuação dos participantes nas rondas.

Não existe consenso na literatura relativamente ao número de rondas, Marques e Freitas (2018) referem que a maioria dos estudos apontam para a realização entre 2 e 4 rondas, já Pampieri (2017) sublinha que não há consenso em relação ao número de rondas, sendo que alguns estudos apontam para as 3 rondas. Giannarou & Zervas (2014) referem que o número de rondas está relacionado com o tamanho da amostra, sendo que recomendam o mínimo de 2 rondas de forma a permitir o feedback e a revisão das respostas. Se o grupo for constituído por mais de 30 peritos recomendam no mínimo 3 rondas.

A primeira ronda decorreu entre 22 de março e 5 de abril, indo de encontro a Scarparo et al. (2012) que referem que o prazo de duas semanas é suficiente para o participante responder ao questionário. Dos 11 questionários enviados, obtivemos 10 respostas, o que equivale a 90% de retorno. Marques e Freitas (2018), sublinham que maioritariamente das vezes 50% dos participantes respondem à primeira ronda, havendo a possibilidade de desistências ao longo das rondas.

A segunda ronda decorreu de 2 de maio a 16 de maio, o questionário da segunda ronda foi construído após análise estatística do nível de concordância de cada afirmação do questionário aplicado na primeira ronda assim como da análise dos comentários e sugestões apresentadas pelos peritos. Foi enviado novo link de acesso ao questionário ronda dois e em anexo os resultados estatísticos da primeira ronda, foram enviados 10 questionários e obtidas 10 respostas.

2.4.3. Procedimento de análise dos dados

Giannarou & Zervas referem que apesar do objetivo da técnica de *Delphi* ser a obtenção do consenso dos peritos, não há um modelo comum para o fazer, recomendam que se alcance uma concordância superior a 70% e a necessidade de usar mais que uma medida estatística devendo ser associada a mediana (Md) e o interquartil (IIQ).

A análise estatística realizada num estudo *Delphi* depende da estrutura das questões utilizadas, sendo que as questões que utilizam escalas serão melhor analisadas recorrendo à utilização da mediana e de quartis (Scarparo et al., 2012). Os mesmos autores referem que o nível de consenso deverá ser definido pelo investigador sendo que na literatura este varia entre os 50% e os 80%.

O tratamento dos dados estatísticos foi efetuado através de um método estatístico descritivo, usando os critérios propostos por Capelas et al. (2018) para determinar o grau de consenso, que se baseiam no grau de concordância (referente à soma da percentagem das respostas 4 - Concordo e 5 – Concordo Totalmente) na Md e no IIQ (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios de determinação do grau de consenso

Grau de consenso	Concordância	Mediana	Intervalo interquartil
Muito elevado	≥ 80%	5	0

Elevado	$\geq 80\%$	≥ 4	1
Moderado	60-79%	≤ 4	1
Baixo	$< 60\%$	4	>1

Fonte: Capelas et al., (2018, p.14)

A Md é uma medida de localização central, após a ordenação dos elementos da amostra, a Md é o valor que a divide a meio, assim 50% dos valores da amostra são menores ou iguais à Md e 50% dos valores da amostra são maiores ou iguais à Md. Para avaliar o grau de dispersão calcula-se o IIQ que é a diferença entre o 3º quartil e o 1º quartil, sendo aqui que se situa 50 dos valores centrais. Quanto menor for o valor IIQ maior a concentração de opiniões (Vilelas, 2020).

Assim tendo em consideração os critérios definidos por Capelas et al. (2018) para a obtenção do grau de consenso foi definido que cada afirmação teria de alcançar o grau de consenso “Muito elevado” (ME) e “Elevado” (E), sendo apenas estas incluídas no procedimento. O tratamento estatístico foi realizado no software *Microsoft Excel*.

Após terminada a análise estatística do questionário da primeira ronda, foi construído o questionário para a segunda ronda, onde foram incluídas as questões que obtiveram um grau de consenso baixo e moderado e adicionadas ou reformuladas algumas afirmações após análise dos comentários dos enfermeiros peritos. O segundo questionário (Apêndice IX) foi enviado juntamente com a informação estatística de cada resposta obtida na primeira ronda.

2.4.4. Considerações éticas

A investigação com seres humanos apresenta questões éticas e morais, assim os investigadores devem usar estratégias que minimizem todo os tipos de danos, quer sejam físicos ou psicológicos (Fortin, 1999, Polit & Beck, 2018).

Foram determinados pelo código de ética, cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis à investigação com seres humanos, “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.116).

O consentimento livre e esclarecido é obtido através da concordância da pessoa de participar no estudo, após esta ter sido informada do estudo, dos objetivos deste e qual a informação que o investigador pretende obter (Fortin, 1999). Desta forma foi elaborado um Folheto informativo e Consentimento Informado (Apêndice IV) de forma a obter uma participação esclarecida e voluntária por parte dos participantes do estudo, assim como a autorização destes para a gravação em áudio do *focus group*.

Tendo em consideração que os participantes do estudo exercem atividade profissional numa instituição de saúde do Norte, foi efetuado um pedido de autorização para a realização deste estudo ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição, ao Diretor de Serviço (Apêndice VI), ao Enfermeiro Gestor do Serviço (Apêndice VII), à Comissão de Ética da Instituição e ao Departamento de Proteção de Dados da Instituição cuja autorização se encontra no Anexo I. De forma a garantir o anonimato foi efetuada uma codificação dos participantes de E1 a E9 de acordo com a ordem de participação no *focus group*.

No que diz respeito aos peritos, considerou-se fundamental o respeito pelo consentimento informado, livre e esclarecido. O questionário foi enviado pela plataforma *Google Forms*, onde ia anexado toda a informação referente ao estudo para o painel de peritos. Previamente ao início do questionário os peritos puderam ler e analisar a finalidade e objetivos do estudo. Assim como foram informados da confidencialidade e anonimato dos dados, de seguida para participar no estudo de forma voluntária e informada selecionaram a opção “Aceito participar” de forma a avançar no questionário.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste ponto são apresentados os dados obtidos através do *focus group* e da técnica de *Delphi*, ronda 1 e ronda 2.

Fortin refere que “apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas” (1999, p.330).

De forma a permitir uma melhor estruturação e visualização dos dados começamos por apresentar os dados do *focus group* e de seguida da técnica de *Delphi* com recurso a quadros ilustrativos dos dados.

3.1. Os resultados do *Focus group*

Após efetuada a análise de conteúdo da transcrição da discussão do *focus group*, surgiram um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que se encontram explanadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Perceção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva: Áreas temáticas, categorias e subcategorias

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Informação a proporcionar à família	Modo de transmissão	Uniforme
		Completa
		Atual
		Real
		Adequada
	Tipo de informação oral	Situação Clínica
		Previsão de Prognóstico
		Dinâmica da Unidade
		Questões Logísticas

	Tipo de informação escrita	Enfermeiro de Referência
		Responsável da Unidade
		Contato telefônico da Unidade
		Bens Pessoais
		Funcionamento da Unidade
Estruturação do Acolhimento Inicial	Criação de um espaço físico próprio	
	Envolvimento da equipa multidisciplinar	
	Organizar em dois momentos	
	Agendamento da visita	
	Criação do panfleto	
	Identificação do familiar de referência	
Elementos Facilitadores	Motivação da equipa	
	Agendamento do acolhimento	
	Formação da equipa multidisciplinar	
	Abordar na passagem de turno questões da família	
	Utilização ISBAR	
	Disponibilidade de tempo	
	Indisponibilidade de tempo	
	Imprevisibilidade	

Elementos Dificultadores	Inexistência de espaço próprio	
	Inexistência de panfleto	
	Dimensão da equipa	

No que diz respeito à **Informação a proporcionar à família** emergiram três categorias, o Modo de transmissão, o Tipo de informação oral e o Tipo de informação escrita.

No Modo de transmissão definimos cinco subcategorias: *Uniforme*, *Completa*, *Atual*, *Real*, *Adequada*.

Alguns dos participantes do *focus group* afirmam que a informação a proporcionar à família deve ser *uniforme*, como se pode ver nos seguintes excertos: “(...) *temos que ser metódicos no que fazemos (...) uma linha mais ou menos transversal*” (E2), “(...) *a informação que se transmite tem que ser uniforme.*” (E1), “(...) *a formalidade no procedimento de acolhimento ou da comunicação deve ser uniforme...*” (E5) e ainda que “(...) *também como equipa uniformizar esta informação.*” (E5). Indo de encontro ao participante E8 que refere “(...) *é importante haver aqui uma uniformidade na forma como é transmitida a informação (...).*”.

No que diz respeito à subcategoria *completa*, alguns participantes referiram que: “(...) *queremos informar de forma completa (...)*” (E3) e “(...) *tentar explicar detalhadamente o que se está a passar (...)*” (E2).

Alguns participantes referiram ainda que a informação deve ser *real* e *atual*: “(...) *queremos informar de forma (...) atualizada (...)*” (E3) e “(...) *o mais real possível, não é o pior, o mais real possível (...)*” (E2). Referem ainda a importância de a informação ser *adequada*, como evidencia o participante E2 “(...) *há gerir a literacia do familiar (...) falamos geralmente com termos leigos (...)*”, reforçando com “(...) *temos que adequar muito bem o discurso (...)*” e ainda “(...) *sobretudo com termos leigos (...)*”, o participante E8 afirma “(...) *há muitos termos técnicos que as pessoas... (...) recebem a informação toda e depois as pessoas não compreendem (...)*” e reforça afirmando que “(...) *pronto e as pessoas não compreendem, tem muita dificuldade, (...) se as pessoas têm mais literacia ou menos literacia (...)*”.

No que concerne ao Tipo de informação oral foram definidas quatro subcategorias: *Situação Clínica*, *Previsão de Prognóstico*, *Dinâmica da Unidade*, *Questões Logísticas*.

Os participantes consideraram que a *situação clínica* devia ser uma das informações a ser transmitidas oralmente, afirmando que: “*explicar toda a situação, o estado clínico do doente...*” (E8), “*(...) como é que ele está, que lesões tem (...)*” (E3), continua com “*(...) se é uma coisa que vai ser longa ou curta, é uma coisa que tem risco de vida (...)* responder à família aquilo que eles querem saber (...)” (E3) e ainda “*(...) diz-se o que é que o doente tem (...)*” (E3), “*(...) informação seja de suporte, tratamento, expetativas (...)*” (E5).

A *previsão do prognóstico* foi também considerada importante de ser transmitida oralmente, como expressam o participante E2 “*(...) prognosticar sempre para o lado real (...)*” e ainda “*(...) tentar aí sim, prognosticar (...)*” e o participante E3 refere que é importante informar “*(...) o que se espera que vá acontecer (...)*”.

Relativamente à *dinâmica da unidade*, os participantes referiram que é uma informação que deve ser transmitida oralmente à família afirmando: “*(...) perceber um bocadinho a dinâmica da unidade.*” (E8), o participante E7 refere que deve ser transmitido o “*funcionamento da unidade*”, o E2 considera importante “*(...) introduzir as rotinas todas (...)*”, já o E3 refere que se deve “*(...) explicar as regras da unidade (...)* esclarece-se os horários (...)” e o E5 corrobora os outros dizendo ser importante informar sobre “*e o funcionamento sim (...)*”.

Por último consideraram que as *questões logísticas* também deveriam ser transmitidas oralmente como se pode ver nos seguintes excertos: “*(...) as questões logísticas (...)*” (E2), “*(...) terminas com as partes logística (...)*” (E3) e “*(...) explica-se que vai entrar a seguir (...)*” (E3).

Relativamente ao Tipo de informação escrita definimos cinco subcategorias: *Enfermeiro de Referência, Responsável da Unidade, Contato telefónico da Unidade, Bens Pessoais e Funcionamento da Unidade*.

No que diz respeito à informação escrita alguns participantes consideraram importante que o *enfermeiro de referência* constasse no guia de acolhimento assim como o *responsável da unidade*, afirmando que: “*e espaço para o enfermeiro de referência (...)*” (E6), “*(...) quem é o enfermeiro de referência do seu familiar (...)*” (E8), “*(...) o simples fato de haver identificação do enfermeiro (...)*” (E3) e “*(...) quem é o responsável da unidade (...)*” (E3 e E8).

O *contato telefónico da unidade* foi igualmente considerado importante por parte de alguns participantes, como evidencia o participante E8 referindo que na informação escrita deve constar “*(...) e o contacto (...)*”, já o participante E3 refere “*o contacto telefónico deve poder existir, mas não deve ser incentivado.*”, contudo afirma que a

família deve ser informada “(...) da possibilidade de haver um contato e de que forma (...)”, o participante E5 é perentório afirmando que “acho que tem que ter o contato da unidade direto (...)”.

Relativamente aos *bens pessoais*, alguns participantes afirmam que é importante constar “(...) se é preciso roupa ou não (...)” (E4), “(...) o que pode trazer, o que não pode.” (E3), “(...) onde pode ter bens ou não, ou que bens pode ter. (...)” (E6) e por fim “(...) podemos referir roupa, objetos de higiene pessoal ou equipamentos falar com a equipa.” (E5).

Alguns participantes consideraram que o *funcionamento da unidade* devia ser incluído na informação escrita a transmitir à família, como podemos ver pelas seguintes referências: “a informação mais prática (...)” (E4), “horário (...)” (E4), “dizer que tudo que é administrativo é na secretaria” (E7), “(...) escrever que não é permitido tirar fotografias.”(E2) e “(...) escrever que não se permite a colheita audiovisual” (E6).

No que toca ao tema **Estruturação do Acolhimento Inicial**, emergiram seis categorias: a Criação de um espaço físico próprio, Envolvimento da equipa multidisciplinar, Organizar em dois momentos, Agendamento da visita, Criação do panfleto e Identificação do familiar de referência.

A maioria dos participantes do *focus group*, consideraram que é importante a Criação de um espaço físico próprio, para acolher a família, o participante E4 refere “(...) um espaço próprio e um tempo próprio para falarmos com a família...”, o E6 concorda referindo “(...) cá fora num espaço calmo para prepararmos a família...”, indo de encontro o E3 refere “(...) que dever ter um momento e local próprio...”, mantendo a mesma linha de pensamento o E5 afirma “(...) sem dúvida nenhuma precisamos de um espaço próprio (...)”, assim como o E8 “Já falamos, a criação de um espaço.” e o E7 “Otimizar espaço físico para o acolhimento, ou criação”.

Durante o *focus group* foi afirmado que é essencial o envolvimento da equipa multidisciplinar no acolhimento à família, como expressam o participante E6 “(...) mais adequado começarmos a ter esta abordagem multidisciplinar inicial ...” reforçando que “(...) num momento formal multidisciplinar passarmos a informação à família (...)” e ainda “(...) acolher a família todos juntos (...)”, o participante E3 expressando que deve ser “(...) dedicados e multidisciplinar...”, o E8 “(...) A tal receção realmente, multidisciplinar (...) o impacto foi melhor para a família (...) mas acho que sim é importante ser esta abordagem multidisciplinar (...)”, o participante E5 concorda “(...) concordo na totalidade com médico e enfermeira à cabeça no acolhimento e a fazer esse seguimento.”, indo ao encontro o participante E2 afirma “(...) no meio deste

processo de... diário de comunicação da evolução, acho que o enfermeiro deve estar envolvido para perceber o que foi feito.” e o participante E9 refere “momento de dar informação ser multidisciplinar”.

No que diz respeito a Organizar em dois momentos, alguns participantes consideraram que o acolhimento deve ser efetuado em dois momentos distintos, referindo “(...) esse segundo momento em sala formal, para mim é importante (...) surge muitas questões daquilo que viram (...)” (E5), reforça ainda que “(...) é permitir espaço formal para as pessoas perguntarem (...)” (E5) terminando com “(...) este segundo momento, há muita coisa que surge depois da visita, que tem muito impacto na família.” (E5), o participante E4 afirma “eu acho que esse segundo momento talvez se consiga fazer com a equipa de enfermagem (...)”, o participante E8 concorda “(...) eu concordo plenamente (segundo momento) eu também sinto isso, que realmente após a visita surgem questões práticas de funcionalidade (...)”, o mesmo acontece com o participante E3 “(...) permitir que haja um momento pós visita do doente (...) o segundo momento após a visita faz muito sentido para quem quiser (...)” e por fim com o E2 “o segundo momento”.

O agendamento da visita foi considerado importante por alguns participantes como se pode verificar nos seguintes excertos: “(...) e havendo uma programação da hora da visita...” (E8), “(...) havendo uma organização, uma marcação (...)” (E8), “(...) no que diz respeito à marcação e à visita propriamente dita, eu venho com essa prática (...)” (E5), “a marcação (visitas) vai nos ajudar” (E5), “(...) agendamento de família com a referência (...)” (E5), “o agendamento” (E7) que reforça “eu acho que o agendamento é uma coisa que deve ser implementado o quanto antes (...)” (E7) e “o agendamento dos momentos (...)” (E3).

Durante o *focus group* foi afirmado a necessidade de criação do panfleto, em que o participante E1 refere que “eu acho que se pode e deve voltar àquela coisa do formuláriozinho” e o E6 “guia, panfleto”

No que concerne à identificação do familiar de referência alguns participantes evidenciaram a necessidade de “(...) tentar perceber com a família primeiro quem são os elementos significativos (...)” (E8), “identificar os familiares de referência, a pessoa de referência (...)” (E8), “(...) saber quem é o familiar de referência (...)” (E3), “(...) perceber se o doente identificou o familiar de referência (...) e a consulta de RENTEV (...)” (E5), “identificar o interlocutor do doente” (E3), “(...) havendo um familiar de referência (...) que recebe a informação e gere essa informação (...)” (E5), e “(...) haver uma referência e ficar em processo clínico quem é a referência (...)” (E5).

Relativamente aos **Elementos Facilitadores**, emergiram seis categorias: Motivação da equipa, Agendamento do acolhimento, Formação da equipa multidisciplinar, Abordar na passagem de turno questões da família, Utilização ISBAR e por fim Disponibilidade de tempo.

A motivação da equipa foi considerada um elemento facilitador para alguns participantes como expressam o participante E5 “(...) *em primeiro lugar é ter vontade, porque até podemos ter tempo e ter pouca vontade.*” e o E6 “(...) *mas facilitador tens vontade da equipa como é óbvio, (...) há vontade de haver esta comunicação e acolhimento (...)*”.

Outro elemento facilitador considerado por alguns participantes foi o agendamento do acolhimento afirmando: “(...) *os agendamentos aí serão fundamentais (...) é algo que é imprevisível que se torna previsível.*” (E1) e “(...) *acho que vai ser facilitador também o agendamento (...)*” (E5).

A formação da equipa multidisciplinar também foi considerada um elemento facilitador, como evidencia o participante E5 “(...) *é preciso é todos termos formação nesta área (...)*”, e que “(...) *alguns aspetos facilitadores que são, a formação (...)*” e reforça “(...) *fazer formação conjunta com médicos e enfermeiros (...)*”, o participante E6 refere “(...) *ter essa formação na equipa geral para termos todos formação da mesma forma*” e ainda “*formação, (...) que é mesmo em termos de comunicação (...)*”.

Abordar na passagem de turno questões da família, foi considerada por alguns participantes um elemento facilitador, estes referiram que: “(...) *pelo menos na passagem de turno, muitas das vezes nós falamos aquela família está a negar (...)*” (E2), “(...) *aí sim as passagens de turno, quer fossem os médicos, quer fossem os enfermeiros, quer fossem os auxiliares, nós íamos abordar estas temáticas (família) (...)*” (E6), “*ser quase ponto obrigatório na passagem de turno também, médico e enfermeiro, abordar a questão da família (...)*” (E5) e “*vamos em breve começar a testar uma reunião de segurança (...) com pontos chave que devem ser abordados (...) e esse pode ser um ponto a incluir (família)*” (E3).

Outro elemento facilitador identificado foi a utilização ISBAR, o participante E5 afirma “(...) *muito uma avaliação diária, isto passa de dia para dia e fica registado, ou ficava registado em ISBAR (...)*” e ainda “(...) *e pegando um bocadinho no ISBAR que é aquilo que foi a informação transmitida hoje e que precisa de ser amanhã (...)*” e reforça “(...) *passagem de turno com ISBAR, com informação formal sobre a família (...)*”.

A disponibilidade de tempo foi considerada um elemento facilitador por alguns participantes que afirmam: “*disponibilidade*” (E1) e “*tempo barra disponibilidade*” (E7).

Em relação ao tema **Elementos Dificultadores**, surgiram cinco categorias, sendo elas a Indisponibilidade de tempo, Imprevisibilidade, Inexistência de espaço próprio, Inexistência de panfleto e Dimensão da equipa.

A indisponibilidade de tempo foi apontada por alguns participantes como um elemento dificultador, como se pode ver nos seguintes excertos: “(...) *não é perder tempo com a família, é gastar tempo (...) e para isso nós temos que ter esse tempo (...)*” (E8), “(...) *é que todos nós temos que gerir o tempo que nós temos e é difícil de conjugar as duas coisas ao mesmo tempo (...)*” (E2), “*indisponibilidade de tempo.*” (E1), “(...) *aqui o grande entrave é realmente a disponibilidade.*” (E1), “(...) *é a carga de trabalho que por vezes não é adaptada (...)*” (E6) e “*outro elemento é o desencontro dos tempos disponíveis para poderem falar entre médicos e enfermeiros.*” (E4).

Outro elemento dificultador identificado por alguns participantes foi a imprevisibilidade, os participantes referiram que “*o nosso trabalho nos intensivos é de uma imprevisibilidade enorme (...)*” (E1), “(...) *essa imprevisibilidade é uma realidade.*” (E3) e “(...) *mas depois tens a imprevisibilidade das entradas ou saídas (...)*” (E6).

A inexistência de espaço próprio é mais um elemento dificultador identificado pelo participante E5 afirmando “(...) *não são facilitadoras neste momento, que é não termos um espaço*” e “*o não haver um espaço formal para fazer esse acolhimento, acho que também não é facilitador (...)*” (E5).

Da mesma forma a inexistência de panfleto também foi considerado um elemento dificultador como expressa o participante E5 “(...) *o fato de não termos um instrumento, um panfleto com alguma informação também não é facilitador (...)*”.

Alguns participantes identificaram a dimensão da equipa como um elemento dificultador, afirmando “(...) *um dos problemas é uma equipa muito grande (...) há muita rotatividade, todas as semanas há caras novas (...)*” (E1) e “*eu também acho isso uma grande dificuldade, quanto maior a equipa.*” (E8).

Relativamente à temática Informação a proporcionar à família e a Estruturação do Acolhimento Inicial, será discutida juntamente com os resultados da ronda 1 e ronda 2, uma vez que questionário enviado aos peritos emergiu destas categorias e subcategorias.

3.2. Os resultados da técnica de *Delphi*

3.2.1. Resultados Ronda 1

Após terminada análise estatística de todas as afirmações presentes no questionário, foi determinado o grau de consenso baseado nos critérios sugeridos por Capelas et al. (2018).

No que diz respeito ao **Acolhimento Inicial** (Quadro 4) o painel de peritos concordou com todas as afirmações, sendo que quatro afirmações obtiveram o grau de consenso “Muito Elevado” e quatro afirmações obtiveram o grau de consenso de “Elevado”. Foi sugerido por um perito “Deve ser permitido a presença de mais que um familiar/elemento de referência” que foi incluída no questionário ronda 2.

Quadro 4 – Acolhimento Inicial: concordância e nível de consenso

Q	Acolhimento Inicial	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau de Consenso
1	Deve ser efetuado em espaço próprio fora da unidade	100	5	0	ME
2	Deve ser efetuado em conjunto pela equipa médica e de enfermagem	100	5	0	ME
3	Deve ser efetuado em dois momentos distintos	90	5	1	E
3.1	Primeiro momento antes da visita ao familiar	100	5	0.75	E
3.2	Segundo momento após a visita ao familiar	100	5	1	E
4	Deve ser identificado o elemento/familiar de referência	100	5	0	ME
5	Deve ser agendado a próxima visita com o familiar/elemento de referência	90	5	0.75	E
6	Deve ser entregue informação escrita (panfleto) à família	100	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

Relativamente à Informação a Fornecer à Família (Quadro 5), o painel de peritos concordou com todas as afirmações, três afirmações atingiram o grau de consenso de “Muito elevado” e duas afirmações obtiveram o grau de consenso de “Elevado”. Dos comentários e sugestões de peritos neste tema emergiu para o questionário ronda 2 que a informação a fornecer à família deve ser “Gradual”.

Quadro 5 – Informação a fornecer à família: concordância e nível de consenso

Q	Informação a fornecer à família deve ser	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Uniforme	80	5	0.75	E
2	Completa	90	5	1	E
3	Real	100	5	0	ME
4	Atual	100	5	0	ME
5	Utilizada linguagem adequada à literacia do familiar	100	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

No que concerne à Informação Oral a Ser Transmitida à Família (Quadro 6) sete afirmações obtiveram o grau de consenso de “Muito Elevado”, uma afirmação obteve o grau de consenso elevado. A [Q 2] “Previsão de Prognóstico” obteve um grau de consenso moderado, tendo sido incluída no questionário da ronda 2.

Quadro 6 – Informação oral a ser transmitida à família: concordância e nível de consenso

Q	Informação oral a ser transmitida à família	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Situação clínica do doente	90	5	0.75	E
2	Previsão de prognóstico	70	5	1.5	M
3	Dinâmica da unidade	100	5	0	ME

3.1	Rotinas da Unidade (cuidados de higiene, alimentação, posicionamentos ...)	100	5	0	ME
3.2	Horário das passagens de turno (médica e de enfermagem)	100	5	0	ME
3.3	Possibilidade de saída da unidade para exames ou intervenções específicas	90	5	0	ME
4	Questões logísticas	90	5	0	ME
4.1	Constituição da equipa	100	5	0	ME
4.2	Tipo de equipamentos que pode encontrar junto ao familiar	100	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

Em relação à Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar) (Quadro 7), a [Q2] “Previsão de prognóstico” obteve um grau de concordância “Baixo” e a [Q3] “Dinâmica da unidade” obteve um grau de consenso “Moderado”, tendo transitado ambas as questões para o questionário ronda 2, contudo a [Q3] foi reformulada tendo em consideração os comentários fornecidos pelos peritos. As restantes afirmações obtiveram o grau de consenso “Muito Elevado” e “Elevado”.

Quadro 7 – Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar): concordância e nível de consenso

Q	Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar)	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Situação clínica do doente	90	5	0.75	E
2	Previsão de prognóstico	50	3.5	2	B
3	Dinâmica da unidade	70	5	1.75	M
4	Identificação do familiar/ elemento de referência	100	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

Relativamente à Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar) (Quadro 8) o painel de peritos concordou com todas as afirmações, duas obtiveram o grau de consenso de “Elevado” e a restante obteve “Muito Elevado”. Após análise dos comentários e sugestões dos peritos, emergiram duas afirmações para o questionário ronda 2, “Possibilidade de assistência religiosa” e “Possibilidade de apoio psicológico”.

Quadro 8 – Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar): concordância e nível de consenso

Q	Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar)	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Questões logísticas	80	5	1	E
2	Agendamento da próxima visita	90	5	1	E
3	Esclarecimento de dúvidas	90	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

No que toca à Informação escrita que deve constar no Panfleto (Quadro 9) o painel de peritos concordou com dez afirmações que obtiveram o grau de consenso de “Muito Elevado”, uma das afirmações obteve o grau de consenso de “Elevado”. A [Q1] “Identificação do enfermeiro de referência do doente” obteve um grau de consenso “Baixo” e a [Q2] “Identificação do responsável da unidade” obteve um grau de consenso de “Moderado”, tendo estas duas afirmações transitado para o questionário ronda 2 assim como duas afirmações que emergiram dos comentários e sugestões dos peritos, “Possibilidade de assistência religiosa” e “Possibilidade de apoio psicológico”.

Quadro 9 – Informação escrita que deve constar no panfleto: concordância e nível de consenso

Q	Informação escrita que deve constar no panfleto	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Identificação do enfermeiro de referência do doente	40	3	1.75	B

2	Identificação do responsável da unidade	70	5	1.5	M
3	Número de telefone direto da unidade	100	5	0	ME
4	O que é permitido trazer para o seu familiar	100	5	0	ME
5	O que não é permitido trazer para o seu familiar	80	5	0	ME
6	Funcionamento da unidade	100	5	0	ME
6.1	Horário de visitas (ajustado à necessidade da família)	100	5	0	ME
6.2	Número de visitas (ajustado à necessidade da família e doente)	100	5	0	ME
6.3	Horário da secretária de unidade	100	5	0	ME
6.4	Normas da unidade	90	5	1	E
6.4.1	Proibição de colher dados audiovisuais através dos telemóveis	90	5	0	ME
6.4.2	Higienização das mãos antes e após a visita	90	5	0	ME
6.4.3	Minimização de ruído	90	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

3.2.2. Resultados Ronda 2

Para a Ronda 2 transitaram as questões que não obtiveram uma concordância superior a 79% assim como as afirmações que emergiram dos comentários e sugestões dos peritos. Os resultados da Ronda 2 são apresentados seguidamente.

No que diz respeito ao Acolhimento Inicial (Quadro 10), a afirmação que emergiu dos comentários e sugestões dos peritos obteve um grau de consenso “Moderado” tendo sido excluída do procedimento.

Quadro 10 – Acolhimento Inicial – Ronda 2: concordância e nível de consenso

Q	Acolhimento Inicial	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Deve ser permitido a entrada de mais que um familiar/elemento de referência	70%	4,5	1,75	M

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

Relativamente à Informação a fornecer à família (Quadro 11), a afirmação que surgiu através da análise dos comentários e sugestões dos peritos obteve um grau de consenso “Moderado”, tendo sido excluída do procedimento.

Quadro 11 – Informação a fornecer à família – Ronda 2: concordância e nível de consenso

Q	Informação a fornecer à família deve ser	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Gradual	70%	5	1,75	M

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

No que toca à Informação oral a ser transmitida à família (Quadro 12), a [Q 1] na primeira ronda tinha obtido um grau de consenso “Moderado”, contudo na segunda ronda os peritos concordaram e obteve um grau de consenso “Elevado”.

Quadro 12 – Informação oral a ser transmitida à família – Ronda 2: concordância e nível de consenso

Q	Informação oral a ser transmitida à família	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Previsão do prognóstico	80	4,5	1	E

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

No que concerne à Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar) (Quadro 13) a [Q1] “Previsão de prognóstico” voltou a ter um grau de consenso “Baixo” por parte dos peritos, sendo excluída do procedimento.

**Quadro 13 – Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar)
– Ronda 2: concordância e nível de consenso**

Q	Informação a ser transmitida no Primeiro Momento (antes da visita ao familiar)	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Previsão de prognóstico	50%	3	2,75	B

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

Relativamente à Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar) (Quadro 14) a [Q 1; 1,1; 1,2; 1,3], foram reformuladas e obtiveram o grau de consenso “Elevado” e “Muito Elevado”, a [Q 2; 3] que emergiram das sugestões e comentários dos peritos na ronda 1, obtiveram um grau de consenso “Muito Elevado”.

**Quadro 14 – Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar)
– Ronda 2: concordância e nível de consenso**

Q	Informação a ser transmitida no Segundo Momento (após a visita ao familiar)	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Dinâmica da unidade	90	5	0,75	E
1.1	Rotinas da Unidade (cuidados de higiene, alimentação, posicionamentos ...)	90	5	1	E
1.2	Horário das passagens de turno (médica e de enfermagem)	90	5	0,75	E
1.3	Possibilidade de saída da unidade para exames ou intervenções específicas	100	5	0	ME
2	Possibilidade de assistência religiosa	90	5	0	ME
3	Possibilidade de apoio psicológico	100	5	0	ME

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

No que diz respeito à Informação escrita que deve constar no Panfleto (Quadro 15), o painel de peritos manteve a opinião em relação à “Identificação do enfermeiro de

referência do doente”, obtendo um grau de consenso “Baixo”, sendo assim excluído do procedimento. Relativamente à [Q 2] “Identificação do responsável da unidade”, na ronda 1 obteve um grau de consenso “Moderado”, contudo na ronda 2 obteve um grau de consenso “Elevado”. As questões [Q 3; 4] que emergiram dos comentários e sugestões dos peritos, obtiveram um consenso de “Muito elevado” e “Elevado” respetivamente.

Quadro 15 – Informação escrita que deve constar no Panfleto – Ronda 2: concordância e nível de consenso

Q	Informação escrita que deve constar no Panfleto	Concordância (%)	Md	IIQ	Grau Consenso
1	Identificação do enfermeiro de referência do doente	40	3	2,5	B
2	Identificação do responsável da unidade	80	5	0,75	E
3	Informação sobre assistência religiosa	90	5	0	ME
4	Informação sobre apoio psicológico	80	5	0,75	E

Nota: Q – número da questão; Md – mediana; IIQ – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo.

Concluída a Ronda 2 obtivemos uma proposta de procedimento de Acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva (Apêndice I) onde foram incluídas todas as afirmações que obtiveram um grau de consenso “Elevado” e “Muito Elevado”.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para Fortin a interpretação dos resultados “é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico da parte do investigador” (1999, p.329).

Após a apresentação dos resultados no ponto anterior, segue a discussão dos mesmos neste capítulo, assente nas opiniões de autores que se debruçaram sobre esta temática e as nossas próprias reflexões. De forma a sistematizar e organizar a discussão, esta será exposta pelos temas abordados no procedimento construído. No final apresentamos a discussão dos Elementos facilitadores e dificultadores do acolhimento que emergiu do *focus group*.

- **Acolhimento Inicial**

O painel de peritos na ronda 1, validou todas as afirmações com concordâncias entre os 90 – 100% o que vai de encontro à opinião aos participantes no *focus group*. Foi notório ao longo da discussão a necessidade de o acolhimento inicial ser efetuado em espaço próprio fora da unidade.

Podemos verificar que quer a opinião expressa pelo painel de peritos quer pelos participantes do *focus group* vão de encontro à literatura. Warrillow et al. (2016) referem a necessidade de uma preparação prévia para comunicar com a família, sendo que comunicar com a família num local apropriado é mais eficaz do que junto do doente. Cezar et al. (2023) consideram que uma das características que facilita a comunicação com a família é a existência de um local apropriado para transmitirem a informação. Mendes (2015) constatou no seu estudo que para além da informação e modo de transmissão, o local onde foi transmitida a informação teve impacto na experiência vivenciada pela família, corroborando Cooper (2024) que refere a importância do ambiente físico, sublinhando que a família necessita de um espaço calmo e de refúgio fora da unidade.

Relativamente ao acolhimento inicial ser efetuado em conjunto pela equipa médica e de enfermagem, os peritos foram unânimes no seu consenso, apresentando uma concordância de 100% e um grau de consenso “Muito Elevado”. Para os participantes do *focus group* uma abordagem multidisciplinar é essencial no acolhimento, o que vai de encontro ao estudo efetuado por Kolocsai et al. (2018), onde sublinham que os familiares reconheciam nos médicos e enfermeiros fontes de informação valiosas e que as estratégias de comunicação interprofissionais eram importantes para estabelecer

uma aliança terapêutica. Warrilow et al. (2016) consideram que sempre que possível o médico mais sénior e o enfermeiro do doente deviam estar presentes na reunião com a família.

A separação do acolhimento inicial em dois momentos, permite à família uma melhor compreensão da informação que está a receber e dá espaço para que as dúvidas que vão surgindo ao longo da visita sejam esclarecidas. Durante o *focus group* emergiu esta necessidade indo de encontro à opinião do painel de peritos, obtendo um grau de concordância de 100%. Mendes (2015, p.110) no seu estudo percebeu que os familiares após a notícia inicial sentiam a necessidade de um conforto emocional refere “Ninguém os questionou como viveram o depois”, sublinha ainda a necessidade de dar tempo à família para assimilarem a informação. Mendes, refere 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” (2018, p. 186).

A identificação do elemento/ familiar de referência também apresentou a unanimidade dos peritos, obtendo um grau de consenso “Muito Elevado “, seguindo na mesma linha que os participantes do *focus group*. Mendes (2015) fala da necessidade de no acolhimento inicial serem registados os nomes dos familiares, de forma a associar o rosto e número de telefone a um nome, para que a pessoa se sinta acolhida e que o cuidado e a informação que lhe é transmitida vá de encontro às necessidades dela, assim como permitir que a continuidade da informação fornecida contemple o conhecimento previamente existente. Cypress et al. (2024) no seu estudo verificaram que os profissionais de saúde consideravam que a identificação do familiar de referência era um elemento facilitador para a comunicação com a família, corroborando a perspetiva da família que no mesmo estudo considerou que a identificação familiar de referência na admissão do doente facilitava a comunicação com a equipa multidisciplinar. O envolvimento da família desde a admissão permitia a construção de relações positivas e de confiança entre a equipa multidisciplinar e a família.

A afirmação, “Deve ser agendado a próxima visita com o familiar/elemento de referência” obteve por parte do painel peritos uma concordância de 90% obtendo um grau de consenso “Elevado”. O que vai de encontro à discussão no *focus group* onde vários participantes consideravam a marcação da visita vantajosa e facilitadora da comunicação com a família assim como na organização do trabalho em função das marcações efetuadas. Bohart et al. (2023), no seu estudo enfatizam a necessidade que a família demonstrou de haver um agendamento da comunicação da informação com a equipa multidisciplinar, reforçam contudo que a informação partilhada de forma

espontânea pela equipa também era considerada positiva pela família. Mendes (2015) no seu estudo refere que as famílias manifestaram que sentiam dificuldade no acesso à informação referindo que passavam “tardes inteiras” à espera de informação por parte da equipa. Consideramos que com a programação da visita estas intercorrências podem ser ultrapassadas, deixando sempre salvaguardado que a unidade de cuidados intensivos é bastante imprevisível.

A entrega de informação escrita (panfleto) também obteve unanimidade na opinião dos peritos, obtendo uma concordância de 100%. Na discussão do *focus group* os participantes consideram importante a entrega de informação escrita, considerando que a inexistência do folheto era um elemento dificultador do acolhimento. Lusquiños et al. (2019, p. 1691) na sua revisão integrativa da literatura verificaram que “A criação de folhetos informativos com descrições úteis revelou-se uma estratégia consensual e facilitadora, tanto para o enfermeiro como para os familiares...” o que vai de encontro ao estudo efetuado por Bohart et al. (2023), onde referem que o folheto com informação geral da unidade de cuidados intensivos é considerado um importante complemento à informação oral. Sá e Henriques (2020), referem que uma das estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros é a entrega de informação escrita aquando do acolhimento da família.

No que diz respeito ao **Acolhimento inicial** uma das sugestões dos peritos foi “*Deve ser permitida a presença de mais de uma pessoa familiar, de modo a permitir apoio mútuo (por vezes há bloqueio emocional na capacidade de ouvir e compreender a informação)*”, assim foi introduzida no questionário ronda 2 a afirmação “Deve ser permitido a entrada de mais que um familiar/elemento referência”, contudo esta teve uma concordância de 70%, obtendo um grau de consenso de “Moderado” e com IIQ de 1,75 demonstrando que houve bastantes variações de respostas, sendo excluída do procedimento. Nos comentários a esta afirmação um dos peritos refere que a entrada de mais que uma pessoa depende das situações, enquanto outro refere que devia ser permitida entrada a dois familiares.

Na nossa opinião esta afirmação seria uma mais-valia ao procedimento, uma vez que, como refere Mendes, receber uma notícia de uma situação de doença crítica é uma situação que gera bastante stress, ansiedade e desespero, “o impacto gerado por tal notícia, comprometia os mecanismos habituais de resposta, condicionando o seu bem-estar físico e mental” (2015, p.106). Consideramos ser importante a presença de mais que um familiar de forma a apoiarem-se mutuamente numa situação tão delicado como é o internamento de um familiar num serviço de medicina intensiva.

O acolhimento da família é fundamental para a construção da relação terapêutica com a família, um acolhimento eficaz é essencial para iniciar o processo de cuidar da família (Sá, 2023). A forma como as famílias foram acolhidas no primeiro dia de unidade teve um impacto muito significativo nestes (Mendes, 2015). Batista et al. (2019), constataram no seu estudo que se a família não se sentir acolhida sente-se insegura em relação aos cuidados prestados ao seu familiar.

Mendes (2018, p.188) considera “essencial garantir que o acolhimento seja uma intervenção quotidiana dos enfermeiros, alicerçada numa observação detalhada da linguagem verbal e não verbal de cada um dos membros da família.”

- **Informação a fornecer à família**

O painel de peritos validou todas as informações relativamente a este tema, obtendo concordância entre os 80 – 100% e grau de consenso entre o “Elevado” e o “Muito Elevado” corroborando a opinião dos participantes do *focus group*, quando referem que o modo como é transmitida a informação tem impacto nos familiares.

Mendes refere que o modo como eram transmitidas as primeiras notícias da mesma forma que precavia o impacto delas teve uma importância significativa para os membros da família (Mendes, 2018). Cezar et al. (2023) verificaram que familiares procuravam que as informações transmitidas pelos profissionais de saúde fossem objetivas, sinceras, detalhadas e uniformes, os familiares referiram que por vezes eram transmitidas informações discrepantes pelos profissionais reforçando que sentiam necessidade de que houvesse uniformidade na informação. Mendes (2015) no seu estudo refere que a família necessitava que a informação transmitida fosse clara, confiável, real, detalhada e concreta e que os familiares procuravam a verdade e a transparência, mas ao mesmo tempo necessitavam que os profissionais de saúde apresentassem uma preocupação e sensibilidade na forma como transmitiam as más notícias. Refere ainda que as famílias manifestavam a necessidade de que a informação fosse atual, numa continuidade da informação disponibilizada até então.

A utilização de uma linguagem adequada à literacia do familiar, outra característica da informação que surgiu durante a discussão no *focus group* foi também validada pelo painel de peritos que considerou importante que a linguagem seja adequada à literacia do familiar, com uma concordância de 100% e um grau de consenso “Muito Elevado”.

Esta característica da informação também se encontra contemplada na literatura, Mendes percebeu que a informação “clara e entendível, possibilita a organização

cognitiva da pessoa, a apreciação e o lidar com a incerteza e, no limite a adaptação” (2020, p. 8). Cezar et al. (2023), relatam que o uso de uma linguagem pouco acessível é um elemento dificultador da comunicação, as famílias relatavam que os profissionais usavam linguagem que eles não entendiam. É importante garantir que a família percebeu o que lhe foi dito, ter em consideração o meio em que a família se insere como o nível de literacia em saúde. Os familiares referiam que nem sempre a sua literacia em saúde permitia compreender com clareza o que significava aquela informação (Mendes, 2015). O que vai de encontro aos achados de Kolocsai et al. (2018), a utilização de uma linguagem técnica era uma componente dificultadora da aliança terapêutica, contudo verificaram que os familiares reconheciam nos enfermeiros a capacidade para explicar a informação de forma simples com termos adequados à literacia do familiar. Mendes (2018) considera que a informação quando comunicada atempadamente e de forma perceptível, tem um impacto significativo na família e possibilita uma melhor compreensão do que se está a passar.

Relativamente ao tema **Informação a fornecer à família**, uma das sugestões dos peritos é que esta devia ser gradual tendo sido incorporada no questionário ronda 2 para apreciação dos peritos. A afirmação obteve uma concordância de 70%, um grau de consenso “Moderado” com um IIQ de 1,75 o que se traduz numa grande disparidade de respostas. Como não atingiu um grau de consenso de “Elevado” ou “Muito Elevado” foi excluída do procedimento.

Podemos verificar anteriormente que a família sente necessidade de uma informação completa e atual, mas ao mesmo tempo tem necessidade de que os profissionais manifestem uma preocupação na forma como o fazem. Contrariamente à opinião dos peritos, Mendes (2015) verificou que tendo em conta as características da família por vezes a informação não era toda disponibilizada de forma a protegê-la. Algumas famílias relatam que houve momentos em que não conseguiam ouvir mais nada.

- **Informação oral a ser transmitida à família**

No que concerne à Informação oral a ser transmitida à família, os participantes do *focus group* consideraram importante informar a família da situação clínica do doente. O painel de enfermeiros peritos validou a opinião dos *focus group*, esta afirmação obteve uma concordância de 90% e um grau de consenso de “Elevado”.

Cezar et al. (2023) no seu estudo sublinham que as famílias sentiam necessidade de uma informação detalhada e diária no que concerne à doença do seu familiar, ao prognóstico e situação clínica. A preocupação inicial da família diz respeito à evolução

da situação e os cuidados prestados pela equipa, a família salienta que a sua necessidade de informação comporta o agora, mas também o que esperar no futuro próximo (Mendes, 2018). Bohart et al. (2023), constataram que a família expressava a necessidade de informação diária relativamente ao plano de tratamento para os seus familiares. Sá (2023) refere que os familiares da PSC buscam informação sobre o estado de saúde/doença do seu familiar e manifestam o desejo de o ver. Batista et al. (2019) verificaram que para os familiares era fundamental serem informados sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do seu familiar. Cabet et al., identificam que a família necessita de “informação atualizada, clara e honesta, relacionada com o estado clínico do cliente internado, prognóstico e estratégias de cuidado” (2019, p. 134).

Indo de encontro à literatura os participantes do *focus group* consideraram importante a transmissão do prognóstico à família, já o painel de peritos, na primeira ronda não validou esta afirmação, obtendo-se uma concordância de 70% atingindo um grau de consenso de “Moderado”, pelo que esta afirmação transitou para a segunda ronda. Na segunda ronda com uma concordância de 80% e um grau de consenso “Elevado”, o painel de peritos validou que a “Previsão do Prognóstico” devia ser incluída na informação oral a ser transmitida à família.

Informar sobre a dinâmica da unidade e questões logísticas também é considerado importante para os participantes do *focus group*, sendo validado pelo painel de peritos com um grau de consenso “Muito Elevado” em ambas as afirmações.

Na literatura podemos encontrar que fornecer informações e orientações acerca das regras e procedimentos do Hospital no acolhimento inicial à família reduz a insatisfação destes relativamente à comunicação com os profissionais de saúde (Carlson et al., 2015). De forma a reduzir a ansiedade e stress da família é necessário desmistificar o ambiente envolvente à unidade de cuidados intensivos através da explicação dos procedimentos, equipamentos e dinâmica da unidade (Cezar et al., 2023), Cooper (2024) também concorda que o ambiente da unidade de cuidados intensivos pode ser traumatizante tornando-se importante orientar a família na unidade e nas suas rotinas. Kalocsai et al. (2018) afirmam que para uma integração completa da família é necessário que esta conheça os papéis de cada um dos profissionais de saúde, as regras, as normas e os procedimentos assim como a estrutura da unidade.

- **Informação a ser transmitida no primeiro momento (antes da visita ao familiar)**

O painel de peritos validou que o acolhimento inicial deve ser dividido em dois momentos distintos indo de acordo à opinião dos participantes do *focus group*. No primeiro momento de acolhimento, que é efetuado antes da visita ao familiar, foi para consenso dos peritos que a informação a ser transmitida neste momento seria a situação clínica do doente e a identificação do familiar/elemento de referência, cuja pertinência já foi discutida previamente nesta discussão e obteve um consenso de “Elevado” e “Muito elevado” respetivamente junto dos peritos, no que diz respeito à previsão do prognóstico os peritos não validaram atingindo um grau de consenso “Baixo” com uma concordância de 50%, na segunda ronda os peritos mantiveram a mesma opinião mantendo a concordância de 50% sendo excluída do procedimento.

Apesar dos peritos terem concordado que informar os familiares da previsão do prognóstico é importante consideram que o primeiro momento não é o aconselhado como expressa um dos peritos *“(...) Contactar com o seu familiar doente pode esclarecer diversas dúvidas, dando, posteriormente, espaço para abordar outros temas, como aspetos futuros relacionados com o doente como o prognóstico”*.

Foi possível verificar previamente pelos diversos autores que a família necessita de informação clara, honesta, perceptível e atual sobre o estado do seu familiar, procurando também perceber qual o prognóstico associado, por outro lado também verificamos que a família tem dificuldade em assimilar as informações fornecidas devido ao impacto emocional, ao carácter imprevisível e à incerteza associada. Desta forma consideramos que cada família tem as suas especificidades sendo importante que os profissionais de saúde consigam ler aquela família e transmitir as informações que ela necessita naquele momento, deixamos assim à consideração dos profissionais de saúde o momento para informarem a família da previsão do prognóstico tendo em atenção o desejo da mesma.

No que diz respeito à dinâmica da unidade, cuja pertinência já foi previamente discutida, o painel de peritos considerou que o primeiro momento do acolhimento não seria adequado, obtendo uma concordância de 70%, IIQ de 1,75 e um grau de consenso “Moderado”, um dos peritos refere que *“no 1º momento a receptividade para a informação centra-se no doente.”* e outro refere *“(...) a dinâmica da do serviço poderá ser abordada num 2º contacto, após a visita ao doente. O nível de ansiedade dos familiares, num primeiro contacto, pode ser muito elevado, impedindo-os de assimilar demasiada informação.”*. Tendo em consideração os comentários e sugestões dos peritos esta afirmação foi reformulada na ronda 2, tendo sido alterada para o segundo momento de

acolhimento com um grau de concordância de 90%, o IIQ de 0,75 o que traduz uma concentração de opiniões e um grau de consenso “Elevado”.

- **Informação a ser transmitida no segundo momento (após a visita ao familiar)**

Relativamente ao segundo momento de acolhimento à família, que se efetua após a visita ao familiar, o painel de peritos validou todas as afirmações, no que diz respeito ao informar sobre as questões logísticas e agendamento da próxima visita, cuja importância já foi previamente discutida, obteve uma concordância de 80 e 90% respetivamente e um grau de consenso de “Elevado” em ambos. No que concerne ao esclarecimento de dúvida, a afirmação obteve uma concordância de 90% e um grau de consenso “Muito Elevado”.

Este resultado é validado pela literatura, Cezar et al. (2023), verificaram no seu estudo que os familiares reportavam que os profissionais de saúde não os questionavam se tinham dúvidas acerca do que lhes foi transmitido, considerando um elemento dificultador da comunicação o que vai encontro a Mendes (2015) que constatou que a família reportava que tinham pouca possibilidade para colocar questões, tinham dificuldade em interpretar muita da informação transmitida e dificuldade em expor isso, sendo considerado pelos familiares um fator de insatisfação. Warrillow et al. (2016), referem que a equipa multidisciplinar deve incentivar as famílias a esclarecerem as dúvidas. Os familiares apresentam por vezes receio e dificuldade em questionar os profissionais de saúde em relação às dúvidas que apresentam, é importante que os profissionais de saúde adotem uma atitude antecipatória questionando a família se apresentam dúvidas e mostrarem-se disponíveis para as esclarecer (Cabete et al., 2019).

Um dos peritos do painel, associado a este tema, a **Informação a ser transmitida no segundo momento**, sugeriu que este momento seria oportuno para *“informar sobre apoio psicológico ou religioso”*, assim foram formuladas duas afirmações para o questionário ronda 2 “Possibilidade de assistência religiosa” e “Possibilidade de apoio psicológico”, que obtiveram uma concordância de 90% e 100% respetivamente e com um grau de consenso “Muito Elevado” em ambas.

Corroborando a opinião dos peritos, Cabete et al. (2019) realçam que os enfermeiros devem ter como foco dos seus cuidados a família e ter consciência das necessidades destes, sublinham que nas intervenções de enfermagem estas devem estar contempladas e facultar apoio emocional e espiritual à família, assim como referenciar

para outros profissionais de saúde caso seja apropriado. Saeid et al. (2021) verificaram no seu estudo que durante a hospitalização de um familiar nos cuidados intensivos existe entre outras, uma ameaça ao bem-estar psicológico, com distúrbios emocionais, desesperança e alterações do sono e também podem apresentar mudanças na orientação espiritual, sendo necessário por parte dos enfermeiros uma maior atenção sobre estes fatores comunicando e informando a família. Cezar et al. (2023) verificaram que os familiares necessitavam de falar sobre as suas emoções, crenças e espiritualidade, mas que consideravam que não era um assunto médico. Davidson et al. (2017) referem deve ser oferecido aos familiares suporte espiritual, seja por um conselheiro espiritual ou por um capelão de acordo com as necessidades da família.

- **Informação escrita que deve constar no panfleto**

Como já referido anteriormente a capacidade de assimilação de informação por parte da família encontra-se comprometida, sendo importante a existência de informação escrita de forma a que a família possa consultar posteriormente em caso de dúvidas.

No *focus group* os participantes consideraram importante que no panfleto constasse a identificação do enfermeiro de referência do doente e a identificação do responsável da unidade, contudo na primeira ronda o painel de peritos não concordou com a pertinência destas afirmações no panfleto. A primeira afirmação obteve uma concordância de 40% e um grau de consenso “Baixo”, a segunda afirmação obteve uma concordância de 70% e um grau de consenso “Moderado” seguindo as duas afirmações para a ronda 2. Na identificação do enfermeiro de referência do doente o painel de peritos manteve a opinião mantendo uma concordância de 40%, o que levou à exclusão desta afirmação do procedimento. Um dos peritos refere que *“o enfermeiro de referência e o médico responsável da unidade varia a cada turno/dia, por isso considero que essa informação não deve constar no panfleto, mas sim transmitida oralmente (no primeiro momento da visita) e atualizada a cada dia.”* Relativamente à identificação do responsável da unidade o painel de peritos modificou a sua opinião, concedendo uma concordância de 80% e um grau de consenso “Elevado”.

As restantes afirmações obtiveram todas um grau de consenso “Muito Elevado”, o painel de peritos considerou importante que o panfleto fornecesse informações sobre o que é permitido trazer para o seu familiar e que não é permitido trazer, o funcionamento da unidade no que diz respeito ao horário das visitas e o número de visitas assim como o horário de funcionamento da secretária de unidade. O panfleto contempla também as

normas da unidade no que diz respeito à proibição de colher dados audiovisuais através dos telemóveis, a higienização das mãos e a minimização do ruído.

No que diz respeito ao horário das visitas e ao número de visitas, o painel de peritos validou que estas devem ser ajustadas à necessidade da família e do doente, obtendo uma concordância de 100%.

Davidson et al. (2017) sugerem horários de visitas flexíveis ou abertos de acordo com a necessidade da família promovendo o envolvimento desta. Batista et al. (2019) referem que as restrições de visitas geram stress e sofrimento às famílias. As famílias desejam estar fisicamente presentes juntos dos familiares, estarem presentes nos cuidados e nas decisões (Mendes 2018). Lusquiños et al. (2019) na sua revisão integrativa da literatura constataram que a visita flexível trazia benefícios para a família, especialmente para aquelas que tinham obrigações laborais. Cooper (2024) refere a possibilidade de estender o horário de visita é uma forma de providenciar suporte emocional à família. Cypress et al. (2024) também referem que um elemento facilitador para um cuidado centralizado na família é uma política de visitas flexível e não restritiva. Secunda e Kruser (2022) mencionam que a presença da família, com visitas sem restrições, diminui a ansiedade e diminui o internamento. Gomes et al. (2022), na sua revisão integrativa da literatura perceberam que o aumento do horário da visita é visto positivamente pela família reduzindo o stress e a ansiedade, contudo se não houver comunicação com a família esta é considerada infrutífera. Cabete et al. (2019) salientam a flexibilização dos horários de visita.

O número de contato direto da unidade, foi uma das informações que os participantes do *focus group* consideraram importante incluir no panfleto, e o painel de peritos também, obtendo um grau de consenso “Muito Elevado”. Na literatura podemos encontrar que uma das necessidades da família é o contato telefónico da unidade de forma a obter informações principalmente os familiares que estiveram a trabalhar durante o dia (Cezar et al., 2023). Mendes (2015) constatou que na fase inicial do internamento ou sempre que o estado do doente piorava a família sentia necessidade de ligar para o hospital na busca de mais informações.

No que diz respeito às normas da unidade nomeadamente na proibição de colher dados audiovisuais através dos telemóveis, os participantes do *focus group* enfatizaram essa necessidade, indo de encontro à opinião dos peritos que validaram a afirmação com um grau de consenso “Muito Elevado”. No Código Penal artigo 199.º é considerado crime tirar fotografias e a gravação sem o consentimento da pessoa.

No que concerne à higienização das mãos antes e após a visita, os peritos validaram a sua inclusão no panfleto com um grau de consenso “Muito Elevado”. No Regulamento 429/2018 a OE refere que o EE “Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos” (2018, p.19364). Segundo o ECDC (2024) a prevalência de doentes com pelo menos uma IACS na europa e estados unidos é de 7,1%. A higiene das mãos é uma das precauções básicas na prevenção das IACS.

Relativamente à questão da minimização do ruído, obteve dos peritos um grau de consenso “Muito Elevado”. O aumento do número de visitas e a flexibilidade do horário da visita pode ter como consequência o aumento do ruído, tendo a equipa de enfermagem um papel importante na gestão deste (Davidson & Zissok, 2017).

Foi sugerido por um dos peritos que no panfleto deveria conter a informação “*que o hospital dispões de serviços de apoio psicológico e religioso (conforme a crença)*” desta forma foi incluído no questionário ronda 2 a afirmação “Informação sobre assistência religiosa” e “Informação sobre apoio psicológico”, tendo sido validada pelo painel de peritos com um grau de consenso “Muito Elevado” e “Elevado” respetivamente, a pertinência destas afirmações já foi discutida anteriormente.

- **Elementos Facilitadores e Elementos Dificultadores.**

No focus group os participantes identificaram como Elementos Facilitadores: a motivação da equipa, o agendamento do acolhimento, a formação da equipa multidisciplinar, abordar na passagem de turno questões da família, utilização ISBAR, e a disponibilidade de tempo.

Cypress et al. (2024) referem que um elemento facilitador é a motivação, o reconhecimento da equipa dos benefícios da inclusão e envolvimento da família, referem ainda que formação e treino da equipa multidisciplinar no que diz respeito ao envolvimento da família é também um elemento facilitador. Mendes, considera que a informação relativa à família deve fazer parte dos registos de enfermagem de forma que se formule diagnósticos e planeie intervenções, podendo,

“monitorizar mudanças relativamente ao seu comportamento, nomeadamente: ausência total ou permanência constante na unidade; colocação da mesma questão aos diferentes elementos da equipa; resistência em abandonar o serviço; discurso

inapropriado/agressividade; recusa em participar na tomada de decisão ou nos cuidados, entre outros aspetos” (2015, p. 217).

No que diz respeito aos elementos dificultadores os participantes do *focus group* identificaram a indisponibilidade de tempo, a imprevisibilidade, a inexistência de espaço próprio, a inexistência de panfleto e a dimensão da equipa.

Sá et al. (2015) referem no seu estudo que os enfermeiros consideraram como dificultadores da interação com a família a falta de tempo, a ausência de uma sala apropriada para reunir com a família, a priorização dos cuidados à PSC, a reduzida formação na área entre outros.

Cypress et al. (2024) referem que os profissionais de saúde consideram que a carga de trabalho com o doente e as restrições de tempo são uma barreira para um maior envolvimento da família.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões do estudo assim como as suas limitações e possíveis contributos para um cuidado centralizado na família.

O internamento de um familiar numa unidade de cuidados intensivos é um acontecimento imprevisível que gera ansiedade, stress e incerteza nos familiares. Não podemos dissociar a família da PSC e esta tem que ser vista como um foco de cuidados dos enfermeiros. O modo como o acolhimento e a transmissão da informação à família é feito tem uma importância significativa na forma como estas vão vivenciar as transições saúde/doença.

Uma das principais necessidades e estratégias utilizadas pela família é a busca constante de informação, ficou claro que esta necessita de ser uniforme, real, atual, completa e compreensível, procuram saber qual a situação clínica do seu familiar assim como o prognóstico e o plano de tratamento.

É importante acolher a família num espaço próprio e adequado, pela equipa multidisciplinar, e num primeiro momento explicar a situação clínica do seu familiar e identificar quem é o familiar de referência. É fundamental que a equipa perceba as necessidades de informação daquela família de forma a ajustar a informação transmitida. Após a visita ao familiar é importante voltar a reunir com a família de forma a informá-la sobre a dinâmica da unidade, as questões logísticas, agendamento da próxima visita e o esclarecimento de dúvidas. É essencial que a equipa questione a família se tem dúvidas sobre tudo o que ouviu até então e também sobre o que viu junto do seu familiar. Importa informar a família da possibilidade de assistência religiosa e psicológica caso eles o necessitem.

Um dos elementos facilitadores para a comunicação é a entrega de informação escrita com a informação dos horários das visitas e o número de visitas, ajustadas à necessidade da família e do doente, indicações sobre o que pode e não pode trazer para o seu familiar assim como as normas de funcionamento da unidade, reforçar a possibilidade de assistência religiosa e ou espiritual e de apoios psicológico, e o número direto da unidade.

Através deste estudo foi possível construir uma proposta de acolhimento à família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva e um guia de acolhimento para a família e assim dar resposta ao principal objetivo deste estudo. Contudo este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, o número reduzido de participantes no

focus group devido a problemas técnicos e o facto de não ter sido possível incluir médicos no painel de peritos da técnica de *Delphi*.

Sugerimos a implementação do procedimento e do guia de acolhimento família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva após a validação institucional.

Consideramos ainda importante organizar uma formação à equipa, de forma a sensibilizar os profissionais para a necessidade de incluir a família como foco dos cuidados, diagnosticando as necessidades desta, planeando e implementando intervenções.

A partir deste estudo outras investigações podem ser realizadas nomeadamente a validação do procedimento após a sua implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório foi o culminar de um percurso formativo desde a componente teórica à prática do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este ENP permitiu a consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica, como permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEMC. A realização deste foi efetuada no próprio serviço, o que foi bastante desafiador, no que diz respeito ao pensamento crítico dos cuidados prestados, e na análise das necessidades do serviço. Acima de tudo este ENP permitiu um desenvolvimento de uma atitude crítico-reflexiva, na busca da mais recente evidência para cuidados de excelência e na consciencialização da importância do EEMC no cuidado à PSC e sua família. Permitiu também adotar uma postura de mudança e sensibilização dos pares de forma a contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados à PSC e sua família

O desenvolvimento da componente investigativa foi bastante positivo, pelo desenvolvimento das competências no âmbito do processo metodológico e da consciencialização da importância que a investigação apresenta para o desenvolvimento da profissão. Delineou-se um estudo de investigação de forma que o acolhimento da família da pessoa internada num serviço de medicina intensiva seja efetuado com a família como um dos focos dos cuidados de enfermagem.

Com a elaboração deste relatório foi possível fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso efetuado e considerar que os objetivos delineados no início deste caminho foram alcançados.

A realização deste ENP e relatório foi bastante desafiador, nomeadamente no que diz respeito ao equilíbrio dos vários papéis que desempenhamos na nossa vida nomeadamente o papel de enfermeira, mestranda, mãe, esposa, filha, neta e sobrinha. De salientar que todo este percurso permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional na busca da excelência de cuidados enquanto futura EEMC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006) *(des)Equilíbrios Familiares, Uma Visão sistémica*. (3ª ed.). Quarteto
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo* (5ªed.). Edições 70
- Bartoli, D., Trotta, F., Simeone, S., Pucciarelli, G., Orsi, G. B., Acampora, O., Muzio, M. D., Cappitella, C., Rocco, M. (2021). The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensive care unit: A phenomenological study, *Heart & Lung*, Volume 50, Issue 6, Pages 926-932. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.08.002>
- Batista, V. C., Monteschio, L. V. C., Godoy, F. J., Goés, H. L. F, Matsuda, L. M., Marcon, S. S.(2019) . Necessidades de Familiares de Pacientes Internados m Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Fund Care Online*.11(n. esp):540-546. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.540-546>
- Bohart, S., Lamprecht, A., Andreassen, A. S, Waldau, T., Moller, A. M., Thomsen, T. (2023). Perspectives and wishes for patient and family centered care as expressed by adult intensive survivors and family-members: A qualitative interview study. *Intens Crit Care* 75,10334. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103346>
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R. R., Silva, V. F. V. A. (2019) Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência Série IV-nº20 -JAN/FEV/MAR*. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Capelas, L. M., Simões, S. A. W. F., Teves, C. F. T. M., Durão, S. A. P., Coelho, P. F., da Silva, S. C. F. S., Silva, A. E., & Afonso, T. F. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal Priority Quality Indicators for Palliative Care Services in Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10, 11–24.
- Carlson, E. B., Spain, D. A., Ma, L. M., McDade-Montez, L., Macia, K. S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *J Crit Care*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.012>
- Cezar, A. G.; Castanhel, F. D.; Grosseman, S. (2023). Needs of family members of patient's intensive care and their perception of medical communication. *Crit Care Sci*.;35(1):73-83 DOI:10.5935/2965-2774.20230374-en
- Cypress, B., Gharzeddine, R., Fu, M. R., Ransom, M., Villarente, F., Pitman, C. (2024). Healthcare professionals perspectives of the facilitators and barriers to family engagement during patient-and-family-centered-care interdisciplinary rounds in

intensive care unit: A qualitative exploratory study. *Intensi Crit Care Nurse* 82(2024) 103636 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103636>

Conselho International de Enfermeiros (2020). *Classificação para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

Cooper, A. S. (2024) Experiences and needs of families with a relative admitted to an adult Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse* vol 44, No 2, 68-70 April. <https://doi.org/10.4037/ccn2024571>

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. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. (2ª ed.) Almedina.

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A.C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. www.cmmjournal.org . *Crit Care Med*; 45:103-128. DOI: 10.1097/CMM.0000000000002169

Davidson, J. E., Jones, C., Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. Feb;40(2):618-24. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9. PMID: 22080636

Davidson, J. E, Zisook, S. (2017). Implementing Family-Centered Care Through Facilitated Sensemaking. *AACN Advanced Critical Care*, Volume 28, Number 2, pp. 200-209

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em Enfermagem Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024a). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024b). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units Annual Epidemiological Report for 2020.

Stockholm. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-annual-epidemiological-report-2020.pdf>

Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Giannarou, L. & Zervas, E. (2014). Using Delphi technique to build consensus in practice. *Int, Journal of Business Science and Applied Management*, Volume 9, Issue 2

Gomes, I. V., Neto, J. R. G., Gonçalves, N. S., Souza, M. C., Martins, D. S., Leal, N. P. R. (2022). Evidencias acerca da visita familiar ampliada em Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Enferm Bras* 2022;21(6):787-799. DOI: 10.33233/eb.v21i6.5148

Hernández Sampieri, R., Hernández-Collado, C. & Lucio, P.B. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ª ed.). McGraw.Hill Interamericana editores.

Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S. P., Taylor, P., Downar, J., Conn, L.G. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research* 18:533. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *FOCUS GROUPS A practical Guide for Applied Research* (5th Edition). SAGE

Lei n.º 48/95 – Código Penal, I série – A, N.º 63 (15/03/1995), pp.1350. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf>

Lei n.º 27/2006 – Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1ª série, N.º 126 (2006-07-03), pp 4696. <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>

Lei n-º 71/2019 – Altera o regime da carreira especial de Enfermagem, bem como o regime da carreira de Enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República, 1.ª série, N.º 101 (27/01/2019), pp. 2626 – 2642. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Lusquiños, A., Mendes A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1685-1694. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400>

Mailer, J., Ward, K., & Aspinall, C. (2024). The impact of visiting restrictions in intensive care units for families during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 80, 1355–1369. <https://doi.org/10.1111/jan.15915>

Marques, J. B. V., & Freitas, D. de. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company

Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos, desalojar o desassossego que vive em si*. Lusodidacta

Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 203-212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780>

Mendes, A. P. (2018) Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Rec Bras Enferm* [Internet]. 71(1):170-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

Mendes A. P. (2019). Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 72(1):154-61. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>

Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-005>

Needham, D., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Maurene A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*. *Critical Care Medicine* 40(2): p 502-509, February. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318232da75

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

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de Posição Consentimento Informado*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição de título de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Palmieri, P. A. (2017). La técnica Delphi: Un método de consenso para la investigación en servicios de salud em Latino América. *Ágora Ver. Cient.* ;04(02): e7

Pereira, B., Freitas, L., Gonçalves, A., Santos, R. & Vilela, S. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 23(53), 230-238. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>

Pereira, M.A. (2005). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto – Contributos para a Formação em Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22906>

Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería* (9ª ed.). Wolters Kluwer

Portugal. Ministério da Saúde. (1994). Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. *Diário da República - I Série-B* nº 235 – 11-10-1994 p. 6160.

Portugal. Ministério da Saúde. (2015). Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Direção Geral da Saúde. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015

Portugal. Ministério da Saúde (2022a). Norma n.º 021/2015, de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Portugal. Ministério da Saúde (2022b). Norma clínica n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o cateter Vascular Central. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Portugal. Ministério da Saúde (2022c). Programa de Prevenção e controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-da-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Putowski, Z., Rachfalska, N., Majewska, K., Megger, K., & Krzych, Ł. (2023). Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 55(3), 168-178. <https://doi.org/10.5114/ait.2023.130831>

Raja, S., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., Vader, K. (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN* 161(9):p 1976-1982, September. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939

Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 123 (26/06/2015), pp. 17240 – 17243. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º 135 (16-07-2018), pp.19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019), pp.4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750>.

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 184 (25/09/2019), pp. 128-155. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento REG.086.02 Serviço de Medicina Intensiva. Regulamento Serviço de Medicina Intensiva, 2024

Rigon, C., Nora, D., Deodato, S., Maria, M., Vieira, S., Campos, E., & Zoboli, P. (2016). Elementos E Estratégias Para A Tomada De Decisão Ética Em Enfermagem Elements

And Strategies For Ethical Decision-Making In Nursing. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>

Russo, J. R. S., Bico, I. M. T., Vala, P. A. S. R. (2022). Influência da Comunicação na relação enfermeiro-família em contexto de unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento (RIASE online)*. Abril. 8(1) 96-116. [https://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](https://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)

Sá, F. G. (2023). *A família da pessoa em situação crítica desocultando o cuidado de enfermagem*. Sabooks editora.

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. *Pensar Enfermagem* Vol.19 Nº1 1ºSemestre

Sá, F. L. F. R, Henriques, H. M. S. (2020). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa.19.19131/rpesm.313

Saeid, A., Moradian, S. T., Ebadi, A., Salaree, M. M. (2021). The family intensive care unit syndrome: A qualitative content analysis. *Nura Crit Care*.2021;1-9 DOI:10.1111/nicc.12683

Secunda, K. E., Kruser, J. (2022). Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit, *Clinics in Chest Medicine*, Volume 43, Issue 3, 2022, Pages 539-550. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2022.05.008>

Scarpato, A. L. A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas na Enfermagem. *Rev Rene.*, 13(1), 242–251

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados – Plano Nacional de Avaliação da dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

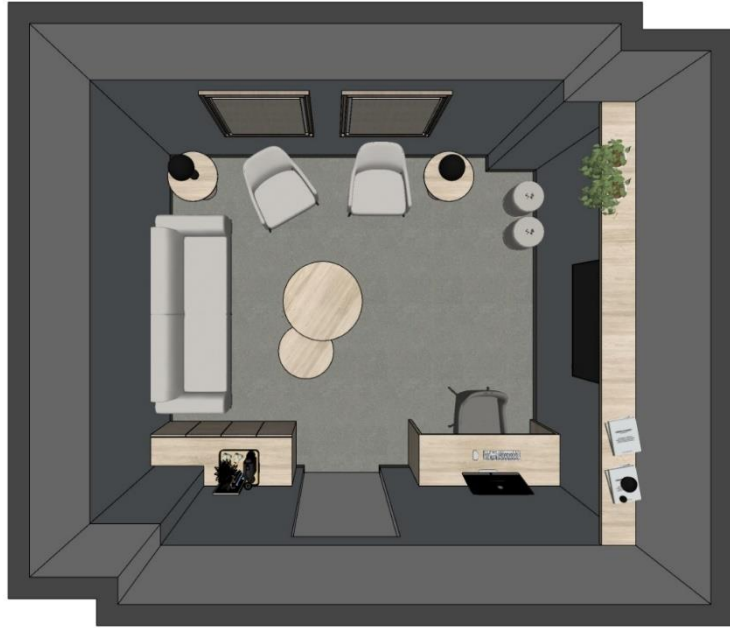
Vale, I. S., Mota, V. B. R., Leitão, I. E. S., Barros, B. F. M., Pasklan, A. N. P., & Lima, S. F. (2023). Comunicação de notícias difíceis: investigação dos conhecimentos de profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(23), 59-70. <https://doi.org/10.18359/rlbi.6379>

Vilelas, J. (2020). *Investigação o Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lda.

Warrillow, S., Farley, K. J., Jones, D. (2016). How to improve communication quality with patients and relatives in the ICU. *Minerva Anestesiologica*. July;82(7):797-803

ANEXO I – PROJETO SALA DE ACOLHIMENTO EFETUADO PELO ARQUITETO
MANUEL RIBEIRO









ANEXO II – PARECER DO DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO DE DADOS E
DA COMISSÃO DE ÉTICA



AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

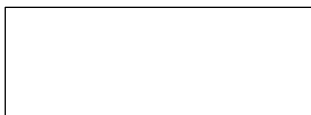
Secção H: a ser preenchido pelo Encarregado de Proteção de Dados

1. Síntese dos princípios fundamentais para garantir a conformidade com o RGPD:

ID	Controlos selecionados para demonstrar a conformidade com os princípios fundamentais	Avaliação
P1	Finalidade específica, explícita e legítima	Aceitável
P2	O critério de licitude para o tratamento de dados está adequado ao Estudo	Aceitável
P3	O tratamento de dados é adequado, relevante e limitado ao que é necessário em relação à finalidade (princípio da minimização)	Aceitável
P4	A informação fornecida ao participante é adequada (princípio da lealdade e transparência)	Aceitável
P5	Existem condições para o exercício do direito de acesso e à portabilidade dos dados	Aceitável
P6	Existem condições para o exercício do direito de retificação e eliminação de dados	Aceitável
P7	Existem condições para o exercício do direito à limitação do tratamento de dados e do direito de retirar o consentimento	Aceitável
P8	O tratamento de dados realizado por outras entidades rege-se por um Acordo escrito (artº 26 ou 28)	Não Aplicável
P9	As transferências de dados para países fora da União Europeia cumprem as obrigações previstas	Não Aplicável

2. Avaliação dos riscos relacionados com a medidas de técnicas e organizacionais implementadas no Estudo que podem pôr em risco os direitos e liberdades dos titulares de dados:

ID	Fontes de Risco	Ameaças	Impacto nos direitos e liberdades dos titulares	Probabilidade de Ocorrência	Resultado
R1	Procedimento de anonimização	Comprometimento do algoritmo de anonimização, por interconexão de dados com outros sistemas de informação	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R2	Ficheiro com a chave de pseudonimização	Acesso indevido à chave; Roubo ou mau uso da identidade	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R3	Investigadores no âmbito do Estudo	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4



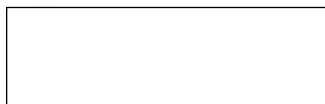
AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

R4	Colaboradores do hospital com acesso aos sistemas de informação clínicos	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R5	Segurança física dos locais de armazenamento dos dados	Não existência de controlo de acessos aos edifícios e salas de trabalho; armários de acesso restrito;	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R6	Segurança de redes de acesso, secretárias de trabalho	Perda de dados (e.g. ransomware, ataques a vulnerabilidades), sistema de destruição de papel	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R7	Transferência eletrónica de dados (email, ficheiros partilhados)	Acesso ilegal a dados de categoria especial ou inadequação das medidas de proteção desses dados	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R8	Backups das bases de dados	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de perda de disponibilidade e/ou integridade	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R9	Controlo de acessos (Logs)	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de acessos indevidos	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R10	Autenticação de acessos	Passwords fracas; Procedimentos autenticação de identidade dos titulares em interações à distância; controlo de acessos físicos	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R11	Tratamentos de dados fora da UE (Cloud, CRO, Promotores)	Medidas técnicas e organizativas insuficientes; Demonstração de Certificação insuficiente	2 - Impacto Limitado	1 - Improvável	2

3. Recomendações para a garantia da segurança de Informação e que comprovem a observância do RGPD

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES:

Após a análise da documentação submetida, nomeadamente:
20230216_UCIP281123 - AIPD Preenchida pelo Investigador;
20230216_UCIP281123 - Protocolo de Investigação;
20230216_UCIP281123 - Consentimento Informado;
20230216_UCIP281123 – Guião para Entrevistas.



AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

Trata-se de um estudo transversal sem intervenção, focado na obtenção de percepções de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), relativamente ao acolhimento da família de pessoa internada em cuidados intensivos.

O investigador responsável do estudo será a Enfª Ana Filipa Silva do SMI.

Será feita colheita direta das opiniões dos profissionais, sendo os registos feitos em formato áudio digital, com conservação em dispositivo de gravação pessoal, sendo feita a transcrição de forma pseudonimizada dos relatos de cada participante. As medidas técnicas para proteção dos dados (encriptação, pseudonimização e destruição das gravações até 1 mês após a realização) são consideradas adequadas.

Os dados pessoais recolhidos dos participantes serão a idade, género, formação académica, tempo de serviço e tempo de experiência no SMI. Estes dados serão registados num ficheiro com o código individual de cada participante e separado da chave de pseudonimização. O acesso deve ser protegido por password robusta e a conservação será no máximo por 2 anos.

Foi feito o esforço necessário à minimização dos dados a recolher, na orientação das perguntas previstas no Guião da Entrevista, a realizar presencialmente no SMI.

O fundamento de licitude e legitimidade para o tratamento dos dados será o consentimento informado dos participantes. O consentimento informado, está adequado e cumpre os princípios da transparência previstos no artº 13º do RGPD.

A equipa de investigadores fará o uso dos recursos institucionais (OneDrive) para a conservação e transmissão dos dados em formato digital, garantindo a permanente encriptação dos dados na origem.

O relatório final traduzirá os resultados alcançados no estudo, totalmente anonimizados, o qual será partilhado no âmbito académico.

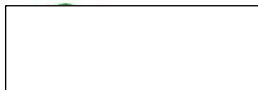
Atendidas as medidas técnicas previstas, o estudo considera-se em conformidade com o RGPD.

4. Revisão da documentação de suporte à Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

- ☒ Não é necessária revisão
- ☐ Necessita de revisão pelo investigador principal

5. Medidas de mitigação dos riscos identificados nos pontos 1 e 2 e que devem ir ao encontro das recomendações emitidas no ponto 3

ID do Risco	Medida para redução do risco	Novo Resultado do Risco



AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

6. Conclusão Final:

- ☒ Estudo em conformidade com o RGPD
- ☐ O Estudo não está em conformidade com o RGPD, atendendo a que as medidas identificadas não são suficientes para atenuar os riscos sobre a proteção dos dados.

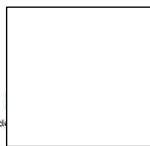
De acordo com o artº 36 do RGPD, o Responsável pelo Tratamento deve proceder à Consulta Prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 - e-mail: geral@cnpd.pt).

Assinatura do DPO:

Data: 2023.11.28 13:01:56+00'00'

Data: 28/11/2023

Código ref.º DPO: 20230216_UCIP281123



COMISSÃO DE ÉTICA

Data: 22.11.2023

Nossa Referência: 201_2023

Relator:

Parecer emitido em reunião ordinária de 22 de Novembro de 2023

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de Braga (CEHB) emite o seguinte parecer, relativamente ao estudo **“Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva”** cujo investigador principal é a Enf. Ana Filipa Gonçalves da Silva, Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva que realiza o estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob a orientação da Enf. Maria Aurora Gonçalves Pereira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. O orientador do projeto de investigação no Hospital de Braga é a Enf. Bruna Manuela Marques Rocha, Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva. O estudo decorrerá no serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Braga.

Os objetivos principais do estudo são conhecer a perceção dos enfermeiros e médicos do serviço de medicina intensiva (SMI) sobre o acolhimento da família da pessoa internada no SMI e construir uma proposta de procedimento de acolhimento à família da pessoa internada no SMI.

Os objetivos específicos são identificar a informação oral e escrita a transmitir à família dos utentes internados na UCI; Descrever os elementos facilitadores e dificultadores para o acolhimento e interação com a família de utentes internados na



COMISSÃO DE ÉTICA

UCI e identificar sugestões de elementos favorecedores de um adequado acolhimento da família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva.

O estudo é de cariz qualitativo, descritivo, exploratório, cujo desenho é orientado na técnica de Delphi. Os participantes do estudo são médicos e enfermeiros do SMI. Os critérios de inclusão são:

- funções de Gestão no Serviço de Medicina Intensiva,
- 10 anos de experiência em Enfermagem/ Medicina;
- 5 anos de experiência em Cuidados Intensivos;
- funções de Responsável de Turno
- Especialidade

A amostra é aleatória com critérios de inclusão não cumulativos de forma a encontrar um grupo heterogéneo. Para a recolha de dados será realizada uma entrevista em grupo (focus group).

Os investigadores declaram responsabilizar-se pelo conteúdo e veracidade do estudo; no decorrer deste será mantido o anonimato e a confidencialidade de todas as informações recolhidas. Serão respeitadas na íntegra as normas e recomendações nomeadas na declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, 2004 e Seul 2008), na convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, nas diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e no Guia das Boas Práticas Clínicas.

É apresentado um consentimento informado (CI) em conformidade e o guião de entrevista que é partilhado aos elementos da amostra antes da assinatura do CI.



COMISSÃO DE ÉTICA

Os investigadores declaram não ter qualquer tipo de conflito de interesses na realização deste estudo.

Não estão previstos quaisquer custos ou abuso de recursos hospitalares. O estudo não tem financiamento.

Por tal, tendo sido analisado o referido pedido e, considerando que mantêm-se o respeito pelos princípios éticos, a Comissão de Ética do HB nada tem a opor à sua realização.

O Presidente

APÊNDICE I – PROPOSTA DE PROCEDIMENTO DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA
DA PESSOA INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA



ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NO SERVIÇO DE MEDICINA

INTENSIVA

1. OBJETIVO

Definir o procedimento de acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os Enfermeiros e Médicos do SMI

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor do Serviço e ao Enfermeiro Gestor do Serviço de Medicina Intensiva a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS, PALAVRAS-CHAVE E PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

Critérios de Referência: [Referencial, Ano]:

Família: A família é definida pelo doente ou pelos seus substitutos nos casos em que estes não tenham capacidade para o fazer. Assim a família pode ter relação de parentesco ou não com o doente. São indivíduos que prestam apoio e com quem o doente mantém um relacionamento significativo. (SCCM, 2017)

Cuidado centralizado na família: Abordagem de cuidados de saúde que respeita e responde às necessidades e valores individuais da família (SCCM, 2017).

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

Palavras-Chave: Família; Acolhimento; Cuidados Intensivos

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O internamento de um familiar no SMI, é uma situação que gera alterações a nível emocional, psicossocial e estrutural importantes devido à imprevisibilidade da situação e à gravidade da mesma. A procura de informação constante por parte dos familiares é uma ferramenta para que estes consigam lidar com a



**ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NO SERVIÇO DE MEDICINA**

ULS | HB | CSP

INTENSIVA

realidade e as emoções. A forma como são comunicadas as primeiras informações, assim como a forma como a equipa multidisciplinar se prepara para atualizar a informação e esclarecer as dúvidas da família, tem um impacto significativo na mesma (Mendes,2018). De forma a minimizar o impacto negativo que este primeiro contato possa acarretar, é necessário uniformizar os principais passos. Contudo qualquer procedimento, deve ser ajustado à individualidade de cada doente e família.

Princípios a atender no acolhimento inicial

- 1 – A família é recebida à porta de entrada do SMI e encaminhada para a sala de acolhimento à família.
- 2 – O médico e o enfermeiro responsável pelo doente informam em conjunto a família. A informação transmitida deve ser:
 - ✓ Uniforme;
 - ✓ Completa;
 - ✓ Real;
 - ✓ Atual;
 - ✓ Com linguagem adequada à literacia do familiar.
- 3 – O acolhimento é efetuado em dois momentos distintos:
 - ✓ Primeiro momento antes da visita ao familiar;
 - ✓ Segundo momento após a visita ao familiar.
- 4 – É entregue o Guia de Acolhimento.

Informação oral a ser transmitida à família

- Situação clínica do doente;
- Previsão do prognóstico;
- Dinâmica da unidade;
- Questões logísticas.

Primeiro momento de acolhimento à família

- 1 – Informar a situação clínica do doente.
- 2 – Identificar o elemento/ familiar de referência.
- 3 – Acompanhar o familiar à unidade do doente.



ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NO SERVIÇO DE MEDICINA

ULS | HB | CSP

INTENSIVA

Segundo momento de acolhimento à família

1 – Após a visita, o enfermeiro responsável pelo doente acompanha o familiar novamente à sala de acolhimento.

2 – Informa a família sobre:

- Questões logísticas:
 - ✓ Constituição da equipa: médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde;
 - ✓ Equipamentos que encontrou junto do familiar: ventiladores, monitorização, bombas e seringas perfusoras, equipamentos de substituição renal, aquecedores corporais externos...
- Dinâmica da unidade:
 - ✓ Rotinas da Unidade:
 - Cuidados de higiene no período da manhã das 9h às 12h;
 - Alimentação;
 - Posicionamentos;
 - Reabilitação.
 - ✓ Horário das passagens de turno:
 - Enfermagem: Manhã > 8:30 – 9:00
 - Tarde > 14:30 – 15:00
 - Noite > 20:30 – 21:00
 - Médica: Manhã > 9:00 – 10:00
 - Tarde > 15:00 – 17:00
 - ✓ Possibilidade de saída da unidade para exames ou intervenções específicas;
- Possibilidade de assistência religiosa;
- Possibilidade de apoio psicológico.

3 – Agenda a próxima visita de acordo com a necessidade do familiar de referência.

4 – Esclarece todas as dúvidas que a família apresenta.

6. ANEXOS

- Guia de Acolhimento



ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NO SERVIÇO DE MEDICINA

ULS | HB | CSP

INTENSIVA

Referências Bibliográficas:

- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A.C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. www.cmmjournal.org. Crit Care Med; 45:103-128. DOI: 10.1097/CMM.0000000000002169
- Mendes, A. P. (2018) Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. Rec Bras Enferm [Internet]. 71(1):170-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

ELABORADO	VALIDADO	APROVADO
Enfermeira no Serviço de Medicina intensiva Ana Filipa Silva	[Função] [Nome]	[Função] [Nome]

APÊNDICE II – PROPOSTA DE GUIA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA
INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA



Assistência Religiosa e Espiritual

Caso considere que o seu familiar necessita de apoio religioso e ou espiritual fale com o Enfermeiro responsável pelo seu familiar.

Apoio psicológico

O internamento de um familiar no SMI é uma situação geradora de bastante stress e ansiedade. Caso necessite de apoio psicológico, fale como Enfermeiro responsável pelo seu familiar.

Contatos

Contatos diretos:

- SMI 1 – 253 027 401
- SMI 2 – 253 027 402

As informações pelo telefone serão apenas de carácter geral, sendo toda a informação disponibilizada presencialmente.

Não forneça este contacto a outras pessoas. **Evite telefonar entre as 22h e as 8h** para não interferir com o descanso do doente.

Enfermeiro Gestor

Miguel Vaz

Diretor do Serviço

Dr. Pedro Silveira



MORADA:

[Código]

Guia de Acolhimento

Serviço de Medicina Intensiva



Visitas

Pode visitar o seu familiar **de 2ª feira a Domingo entre as 12:30 e as 19:30**, contudo este horário pode ser adaptado caso não lhe seja possível visitar o seu familiar neste período. **Fale com o enfermeiro responsável pelo seu familiar para planear a próxima visita.**

O número de visitas e a permanência de tempo junto do seu familiar é ajustada à necessidade da família, do estado do doente e do funcionamento da unidade. Pode ser solicitado ausentar-se da unidade para exames ou intervenções específicas.

Informações Gerais

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) é constituída por duas alas, o **SMI 1** e o **SMI 2**.

Se o seu familiar se encontra internado no **SMI**:

- **Todo** o material para cuidados de higiene e conforto é fornecido pelo hospital;
- **Pode** trazer produtos de hygiene caso o seu familiar pretenda;
- **Pode** trazer algum objeto ou fotografia para colocar junto do seu familiar;
- **Pode** trazer dispositivos eletrónicos, livros e revistas.

- **Pode** trazer próteses dentárias e auditivas;
- **Não** traga roupa, flores, alimentos ou bebidas.

Se houver necessidade de trazer algo específico para o seu familiar será solicitado pelo Enfermeiro Responsável pelo doente.

Se tiver alguma dúvida questione o Enfermeiro Responsável pelo doente

Normas de Funcionamento

Quando chegar à entrada do Serviço **toque à campainha e aguarde** que venham ter consigo.

Higienize as suas mãos à entrada da unidade (lave com água e sabão caso ou desinfete com solução alcoólica que se encontra junto ao lavatório)

Higienize as suas mãos antes de chegar junto ao seu familiar (desinfete com solução alcoólica que se encontra junto da cama do seu familiar)

Se o seu familiar se encontrar com medidas de isolamento será necessário medidas adicionais de proteção como por exemplo o uso de bata e/ou máscara. O Enfermeiro Responsável pelo doente vai explicar os procedimentos necessários.

Durante o tempo de permanência junto ao seu familiar:

- **Coloque** o seu telemóvel em modo silêncio;
- **É proibido** tirar fotografias ao doente, aos profissionais e ao meio envolvente;
- **Não** pode fazer videochamadas, nem circular pela unidade, permaneça junto do seu familiar;
- **Mantenha** um ambiente calmo, tranquilo e silencioso.



Antes de sair junto do seu familiar descarte os equipamentos de proteção (em casos de isolamento) no saco do lixo branco que se encontra junto à cama e **Higienize as mãos** com solução alcoólica.

Se necessitar de declaração de presença ou outro tipo de documentos, solicite junto da secretária de unidade

Horário secretária de unidade:

- **2ª a 6ª feira das 8h30 às 16:30**

Se necessitar de certificado de incapacidade temporária para o trabalho, solicite-o junto da equipa médica

APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA PARA *FOCUS GROUP*

GUIÃO DE ENTREVISTA

I Parte - Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	- Identificação do investigador; - Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; - Garantir a confidencialidade e anonimato; - Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	- Idade ☐ Inferior a 30 anos ☐ Entre 30 e 35 anos ☐ Entre 35 e 45 anos ☐ Entre 45 e 50 anos ☐ Superior a 50 anos - Género ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro - Formação académica ☐ Licenciatura ☐ Especialidade ☐ Mestrado/Doutoramento - Tempo de serviço ☐ Inferior a 5 anos ☐ Entre 5 e 10 anos ☐ Entre 10 e 15 anos ☐ Entre 15 e 20 anos ☐ Superior a 20 anos - Tempo de serviço na Unidade ☐ Inferior a 5 anos ☐ Superior a 5 anos

III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões orientadoras
Identificar a informação oral e escrita a transmitir à família dos utentes internados na UCI	- Qual a sua opinião sobre o acolhimento à família na primeira visita? - Na sua perspetiva qual o circuito que deve ser utilizado para acolher a família? - Na sua opinião quem deve efetuar o acolhimento à família? - Na sua opinião quais os princípios a atender no acolhimento à família? - Qual a informação que deve ser transmitida oralmente na primeira abordagem à família? - Qual a informação que deve constar no guia de acolhimento para ser entregue à família?
Descrever os elementos facilitadores e dificultadores para o acolhimento e interação com a família de utentes internados na UCI	Quais os elementos facilitadores e dificultadores do acolhimento e interação com a família?
Identificar sugestões de elementos favorecedores de um adequado acolhimento da família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva	Que sugestões para melhorar o acolhimento à família?
IV Parte – Fecho da Entrevista	
• Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; • Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; • Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.	

FOLHETO INFORMATIVO

Declaração de Consentimento Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia” 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Nome do Estudo: “Acolhimento à família da pessoa internada num Serviço de Medicina Intensiva”

O meu nome é Ana Filipa Gonçalves da Silva, sou Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Braga e estou a realizar um Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira.

O estudo em questão tem como principais objetivos conhecer a perceção dos enfermeiros e médicos do serviço de medicina intensiva sobre o acolhimento à família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva e construir uma proposta de procedimento de acolhimento à família. Para a recolha de dados, numa primeira fase, vamos realizar uma entrevista em grupo (*focus group*), cujo guião se encontra em anexo e posteriormente um questionário, assente nos resultados obtidos com esta técnica de recolha de dados, para avaliar o consenso para os vários itens.

Nesse sentido, solicito autorização para a realização da entrevista e a gravação da mesma.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos participantes.

Ao abrigo da RGPD, os titulares dos dados estão abrangidos por um conjunto de direitos sobre o tratamento de dados pessoais, nomeadamente acesso, retificação, limitação, oposição ou apagamentos dos seus dados. Os direitos incidem sobre o questionário preenchido, as entrevistas ficam anonimizadas após transcrição das mesmas que irá decorrer no prazo de um mês. Assim a possibilidade de re-identificar os respondentes está condicionada, razão pela qual, de acordo com o art.º 11º, se considera isenta a responsabilidade de garantia do exercício de direitos dos titulares.

Deste estudo, poderá resultar uma publicação científica, no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima. Os dados recolhidos serão sujeitos a um processo de pseudoanonimização por forma a não tornar identificáveis os participantes enquanto estiver a decorrer o tratamento de dados, sendo no final do estudo a anonimização totalmente garantida.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados não devendo ultrapassar o prazo de 2 anos.

É garantido ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto com o investigador da equipa do hospital (conforme contacto abaixo indicado) ou mediante pedido escrito dirigido ao encarregado de proteção de dados ().

Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, que o tratamento dos dados efetuado até essa data esteja legitimado pelo consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital ou através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo (www.cnpd.pt).

Agradeço desde já, a sua disponibilidade e cooperação.

A investigadora responsável: Ana Filipa Gonçalves da Silva

Contactos: *E-mail*:

Tomei conhecimento: _____ Data: ____ / ____ / _____

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinada, (nome completo) _____

_____, tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no estudo Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva, a ser realizado por Ana Filipa Gonçalves da Silva.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Para esse efeito autorizo a realização desta entrevista.

☐ Sim, autorizo ☐ Não autorizo

Autorizo a gravação da entrevista.

☐ Sim, autorizo a gravação ☐ Não autorizo a gravação

Data: ____/____/20____

Assinatura do participante:

Caracterização do participante

- Idade
 - ☐ Inferior a 30 anos
 - ☐ Entre 30 e 35 anos
 - ☐ Entre 35 e 45 anos
 - ☐ Entre 45 e 50 anos
 - ☐ Superior a 50 anos
- Género
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Outro
- Formação académica
 - ☐ Licenciatura
 - ☐ Especialidade
 - ☐ Mestrado/Doutoramento
- Tempo de serviço
 - ☐ Inferior a 5 anos
 - ☐ Entre 5 e 10 anos
 - ☐ Entre 10 e 15 anos
 - ☐ Entre 15 e 20 anos
 - ☐ Superior a 20 anos
- Tempo de serviço na Unidade
 - ☐ Inferior a 5 anos
 - ☐ Superior a 5 anos

APÊNDICE V – MATRIZ DE REDUÇÃO DOS DADOS

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR À FAMÍLIA	MODO DE TRANSMISSÃO	UNIFORME	E2 “(...) temos que ser metódicos no que fazemos (...) uma linha mais ou menos transversal” E1 “(...) a informação que se transmite tem que ser uniforme.” E5 “(...) a formalidade no procedimento de acolhimento ou da comunicação deve ser uniforme...” E8 “(...) é importante haver aqui uma uniformidade na forma como é transmitida a informação (...)” E5 “(...) também como equipa uniformizar esta informação.”
		COMPLETA	E3 “(...) queremos informar de forma completa (...)” E2 “(...) tentar explicar detalhadamente o que se está a passar (...)”
		ATUAL	E3 “(...) queremos informar de forma (...) atualizada (...)”
		REAL	E2 “(...) o mais real possível, não é o pior, o mais real possível (...)”
		ADEQUADA	E2 “(...) há gerir a literacia do familiar (...) falamos geralmente com termos leigos (...)” E8 “(...) há muitos termos técnicos que as pessoas... (...) recebem a informação toda e depois as pessoas não compreendem (...)” E8 “(...) pronto e as pessoas não compreendem, tem muita dificuldade, (...) se as pessoas têm mais literacia ou menos literacia (...)” E2 “(...) temos que adequar muito bem o discurso (...)” E2 “(...) sobretudo com termos leigos (...)”
		SITUAÇÃO CLÍNICA	E8 “explicar toda a situação, o estado clínico do doente...” E3 “(...) como é que ele está, que lesões tem (...)” E3 “(...) se é uma coisa que vai ser longa ou curta, é uma coisa que tem risco de vida (...) responder à família aquilo que eles querem saber (...)” E3 “(...) diz-se o que é que o doente tem (...)” E5 “(...) informação seja de suporte, tratamento, expetativas (...)”

	TIPO DE INFORMAÇÃO ORAL		E5 “(...) muita da necessidade da família inicialmente é saber se vai morrer, como é que está, o que é que tem, qual é o tratamento (...)”
		PREVISÃO DO PROGNÓSTICO	E2 “(...) prognosticar sempre para o lado real (...)” E3 “(...) o que se espera que vá acontecer (...)” E2 “(...) tentar aí sim, prognosticar (...)”
		DINÂMICA DA UNIDADE	E8 “(...) perceber um bocadinho a dinâmica da unidade.” E7 “funcionamento da unidade” E2 “(...) introduzir as rotinas todas (...)” E3 “(...) explicar as regras da unidade (...) esclarece-se os horários (...)” E5 “e o funcionamento sim (...)”
		QUESTÕES LOGÍSTICAS	E2 “(...) as questões logísticas (...)” E3 “(...) terminas com as partes logística (...)” E3 “(...) explica-se que vai entrar a seguir (...)”
	TIPO DE INFORMAÇÃO ESCRITA	ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA	E6 “e espaço para o enfermeiro de referência (...)” E8 “(...) quem é o enfermeiro de referência do seu familiar (...)” E3 “(...) o simples fato de haver identificação do enfermeiro (...)”
		RESPONSÁVEL DA UNIDADE	E8 “(...) quem é o responsável da unidade.” E3 “(...) quem é o responsável da unidade (...)”
		CONTATO TELEFÓNICO DIRETO DA UNIDADE	E8 “(...) e o contacto (...)” E3 “o contacto telefónico deve poder existir, mas não deve ser incentivado.” E3 “(...) da possibilidade de haver um contato e de que forma (...)” E5 “acho que tem que ter o contato da unidade direto (...)”
		BENS PESSOAIS	E4 “(...) se é preciso roupa ou não (...)” E3 “(...) o que pode trazer, o que não pode.”

			E6 “(...) onde pode ter bens ou não, ou que bens pode ter. (...)” E5 “(...) podemos referir roupa, objetos de higiene pessoal ou equipamentos falar com a equipa.”
		FUNCIONAMENTO DA UNIDADE	E4 “a informação mais prática (...)” E4 “horário (...)” E7 “dizer que tudo que é administrativo é na secretaria” E2 “(...) escrever que não é permitido tirar fotografias.” E6 “(...) escrever que não se permite a colheita audiovisual”
ESTRUTURAÇÃO DO ACOLHIMENTO INICIAL	criação de um espaço físico próprio		E4 “(...) um espaço próprio e um tempo próprio para falarmos com a família...” E6 “(...) cá fora num espaço calmo para prepararmos a família...” E3 “(...) que dever ter um momento e local próprio...” E5 “(...) sem dúvida nenhuma precisamos de um espaço próprio (...)” E8 “Já falamos, a criação de um espaço.” E7 “Otimizar espaço físico para o acolhimento, ou criação” E3 “Espaço dedicado (...)”
	envolvimento da equipa multidisciplinar		E6 “(...) mais adequado começarmos a ter esta abordagem multidisciplinar inicial ...” E3 “(...) dedicados e multidisciplinar...” E8 “(...) A tal receção realmente, multidisciplinar (...) o impacto foi melhor para a família (...) mas acho que sim é importante ser esta abordagem multidisciplinar (...)” E5 “(...) concordo na totalidade com médico e enfermeira à cabeça no acolhimento e a fazer esse seguimento.” E2 “(...) no meio deste processo de... diário de comunicação da evolução, acho que o enfermeiro deve estar envolvido para perceber o que foi feito.” E6 “(...) num momento formal multidisciplinar passarmos a informação à família (...)” E6 “(...) acolher a família todos juntos (...)”

			E9 “momento de dar informação ser multidisciplinar” E6 “momento multidisciplinar formais”
	ORGANIZAR EM DOIS MOMENTOS		E5 “(...) esse segundo momento em sala formal, para mim é importante (...) surge muitas questões daquilo que viram (...)” E4” eu acho que esse segundo momento talvez se consiga fazer com a equipa de enfermagem (...)” E5 “(...) é permitir espaço formal para as pessoas perguntarem (...)” E5 “(...) este segundo momento, há muita coisa que surge depois da visita, que tem muito impacto na família.” E8 “(..) eu concordo plenamente (segundo momento) eu também sinto isso, que realmente após a visita surgem questões práticas de funcionalidade (...)” E3 “(...) permitir que haja um momento pós visita do doente (...) o segundo momento após a visita faz muito sentido para quem quiser (...)” E2 “o segundo momento”
	AGENDAMENTO DA VISITA		E8 “(...) e havendo uma programação da hora da visita...” E5 “(...) no que diz respeito à marcação e à visita propriamente dita, eu venho com essa prática (...)” E5 “a marcação (visitas) vai nos ajudar” E8 “(...) havendo uma organização, uma marcação (...)” E7 “o agendamento” E3 “o agendamento dos momentos (...)” E5 “(...) agendamento de família com a referência (...)” E7 “eu acho que o agendamento é uma coisa que deve ser implementado o quanto antes (...)”

	CRIAÇÃO DO PANFLETO		E1 “eu acho que se pode e deve voltar àquela coisa do formulariozinho” E6 “guia, panfleto”
	IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR DE REFERÊNCIA		E8 “(...) tentar perceber com a família primeiro quem são os elementos significativos (...)” E8 “identificar os familiares de referência, a pessoa de referência (...)” E3 “(...) saber quem é o familiar de referência (...)” E5 “(...) perceber se o doente identificou o familiar de referência (...) e a consulta de RENTEV (...)” E3 “identificar o interlocutor do doente” E5 “(...) havendo um familiar de referência (...) que recebe a informação e gere essa informação (...)” E5 “(...) haver uma referência e ficar em processo clínico quem é a referência (...)”
ELEMENTOS FACILITADORES	MOTIVAÇÃO DA EQUIPA		E5 “(...) em primeiro lugar é ter vontade, porque até podemos ter tempo e ter pouca vontade.” E6 “(...) mas facilitador tens vontade da equipa como é óbvio, (...) há vontade de haver esta comunicação e acolhimento (...)”
	AGENDAMENTO DO ACOLHIMENTO		E1 “(...) os agendamentos aí serão fundamentais (...) é algo que é imprevisível que se torna previsível.” E5 “(...) acho que vai ser facilitador também o agendamento (...)”
	FORMAÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR		E5 “(...) é preciso é todos termos formação nesta área (...)” E5 “(...) alguns aspetos facilitadores que são, a formação (...)” E5 “(...) fazer formação conjunta com médicos e enfermeiros (...)” E6 “(...) ter essa formação na equipa geral para termos todos formação da mesma forma” E6 “formação, (...) que é mesmo em termos de comunicação (...)”
			E2 “(...) pelo menos na passagem de turno, muitas das vezes nós falamos aquela família está a negar (...)”

	ABORDAR NA PASSAGEM DE TURNO QUESTÕES DA FAMÍLIA		E6 “(...) aí sim as passagens de turno, quer fossem os médicos, quer fossem os enfermeiros, quer fossem os auxiliares, nós íamos abordar estas temáticas (família) (...)” E5 “ser quase ponto obrigatório na passagem de turno também, médico e enfermeiro, abordar a questão da família (...)” E3 “vamos em breve começar a testar uma reunião de segurança (...) com pontos chave que devem ser abordados (...) e esse pode ser um ponto a incluir (família)”
	UTILIZAÇÃO ISBAR		E5 “(...) muito uma avaliação diária, isto passa de dia para dia e fica registado, ou ficava registado em ISBAR (...)” E5 “(...) e pegando um bocadinho no ISBAR que é aquilo que foi a informação transmitida hoje e que precisa de ser amanhã (...)” E5 “(...) passagem de turno com ISBAR, com informação formal sobre a família (...)”
	DISPONIBILIDADE DE TEMPO		E1 “disponibilidade” E7 “tempo barra disponibilidade”
ELEMENTOS DIFICULTADORES	INDISPONIBILIDADE DE TEMPO		E8 “(...) não é perder tempo com a família, é gastar tempo (...) e para isso nós temos que ter esse tempo (...)” E2 “(...) é que todos nós temos que gerir o tempo que nós temos e é difícil de conjugar as duas coisas ao mesmo tempo (...)” E1 “indisponibilidade de tempo.” E1 “(...) aqui o grande entrave é realmente a disponibilidade.” E6 “(...) é a carga de trabalho que por vezes não é adaptada (...)” E4 “outro elemento é o desencontro dos tempos disponíveis para poderem falar entre médicos e enfermeiros.”
	IMPREVISIBILIDADE		E1 “o nosso trabalho nos intensivos é de uma imprevisibilidade enorme (...)”

			E3 "(...) essa imprevisibilidade é uma realidade." E6 "(...) mas depois tens a imprevisibilidade das entradas ou saídas (...)"
	INEXISTÊNCIA DE ESPAÇO PRÓPRIO		E5 "(...) não são facilitadoras neste momento, que é não termos um espaço" E5 "o não haver um espaço formal para fazer esse acolhimento, acho que também não é facilitador (...)"
	INEXISTÊNCIA DE PANFLETO		E5 "(...) o fato de não termos um instrumento, um panfleto com alguma informação também não é facilitador (...)"
	DIMENSÃO DA EQUIPA		E1 "(...) um dos problemas é uma equipa muito grande (...) há muita rotatividade, todas as semanas há caras novas (...)" E8 "eu também acho isso uma grande dificuldade, quanto maior a equipa."

APÊNDICE VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DE SERVIÇO



Hospital

Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO

Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de

Eu, Ana Filipa Gonçalves da Silva, na qualidade de Investigador Principal, solicito a vossa autorização para realizar um estudo de investigação intitulado de "Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva", no Serviço de Medicina Intensiva,

Mais declaro, sob compromisso de honra, total garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a recolha dos dados decorrerá sem nenhum prejuízo para o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 30 de novembro de 2023

O Investigador

Ana Filipa Gonçalves da Silva

Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção sendo que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 30 de novembro de 2023

O Diretor do Serviço

SERVIÇO DE
MEDICINA INTENSIVA
Diretor

Dr. Pedro Silveira

APÊNDICE VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENFERMEIRO GESTOR



Hospital

Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Enfermeiro(a) Gestor do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de

Eu, Ana Filipa Gonçalves da Silva, na qualidade de Investigador Principal, solicito a vossa autorização para realizar um estudo de investigação intitulado de "Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva", no Serviço de Medicina Intensiva,

Mais declaro, sob compromisso de honra, total garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a recolha dos dados decorrerá sem nenhum prejuízo para o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 7 de novembro de 2023

O Investigador

Ana Filipa Gonçalves da Silva

Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção sendo que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 7 de novembro de 2023

Enfermeiro(a) Chefe do Serviço

(Apenas nos estudos de enfermagem)

APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO RONDA 1

Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

O meu nome é Ana Filipa Gonçalves da Silva, encontro-me a desenvolver um estudo intitulado "Acolhimento à família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva", no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira.

Este estudo tem como um dos objetivos a construção de uma proposta de procedimento de acolhimento à família da pessoa internada no serviço de Medicina Intensiva. Para dar resposta a este objetivo foi construído um questionário assente no focus group realizado junto de profissionais de saúde e na evidência científica existente até ao momento.

Será utilizada a técnica de Delphi, cujo finalidade é a obtenção de um consenso de opinião de peritos sobre o acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

O convite para participar neste estudo surge pelo reconhecimento como perito na área do doente crítico. A sua participação é voluntária, anónima e confidencial.

Ao abrigo da RGPD, os titulares dos dados estão abrangidos por um conjunto de direitos sobre o tratamento de dados pessoais, nomeadamente acesso, retificação, limitação, oposição ou apagamentos dos seus dados.

Deste estudo, poderá resultar uma publicação científica, no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima. Os dados recolhidos serão sujeitos a um processo de pseudoanonimização por forma a não tornar identificáveis os participantes enquanto estiver a decorrer o tratamento de dados, sendo no final do estudo a anonimização totalmente garantida.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados não devendo ultrapassar o prazo de 2 anos.

É garantido ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto com o investigador (conforme contacto abaixo indicado).

Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, que o tratamento dos dados efetuado até essa data esteja legitimado pelo consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo

através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo (www.cnpd.pt).

Agradeço desde já, a sua disponibilidade e cooperação.

A investigadora responsável: Ana Filipa Gonçalves da Silva

Contactos: E-mail: ana.filipa.silva85@gmail.com

Telemóvel:

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Declaração de Consentimento Informado *

Declaro que tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no estudo "Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva", a ser realizado por Ana Filipa Gonçalves da Silva.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de colocar as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Se concordar em participar neste estudo, por favor selecione a opção "Aceito participar" no final da página.

- ☐ Aceito participar
- ☐ Não aceito participar

Por favor introduza o código alfanumérico que lhe foi atribuído no email enviado *

Sua resposta

Próxima

Limpar formulário



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Dados Sociodemográficos

Idade *

- ☐ Inferior a 30 anos
- ☐ Entre 30 e 35 anos
- ☐ Entre 35 e 40 anos
- ☐ Entre os 40 e 45 anos
- ☐ Entre os 45 e 50 anos
- ☐ Superior a 50 anos

Sexo *

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Formação académica *

Selecionar tudo o que for aplicável

- ☐ Especialidade
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Tempo de serviço *

- ☐ Entre 5 e 10 anos
- ☐ Entre 10 e 15 anos
- ☐ Entre 15 e 20 anos
- ☐ Superior a 20 anos

Tempo de experiência em cuidados intensivos *

- ☐ Entre 5 e 10 anos
- ☐ Superior a 10 anos

[Voltar](#)[Próxima](#)[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

Questionário (Ronda 1)

Por favor, preencha o seguinte questionário atribuindo o seu nível de concordância de acordo com a seguinte pontuação:

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Não concordo nem discordo
- 4 – Concordo
- 5 – Concordo totalmente

Ao longo de todo o questionário será disponibilizado um campo de SUGESTÕES, onde de forma OPCIONAL poderá dar o seu contributo pessoal sobre as afirmações.
O tempo médio de preenchimento do questionário será de 5 minutos

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

ACOLHIMENTO INICIAL

1. Deve ser efetuado em espaço próprio fora da unidade *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

2. Deve ser efetuado em conjunto pela equipa médica e de enfermagem *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

3. Deve ser efetuado em dois momentos distintos *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente



3.1 Primeiro momento antes da visita ao familiar *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3.2 Segundo momento após a visita ao familiar *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

4. Deve ser identificado o elemento/familiar de referência *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

5. Deve ser agendada a próxima visita com o elemento/ familiar de referência *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6. Deve ser entregue informação escrita (panfleto) à família *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

[Voltar](#)[Próxima](#)[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO A FORNECER À FAMÍLIA deve ser

1. Uniforme *

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

2. Completa *

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

3. Real *

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente



4. Atual *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

5. Utilizada linguagem adequada à literacia do familiar *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

Voltar

Próxima

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO ORAL A SER TRANSMITIDA À FAMÍLIA

1. Situação clínica do doente *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Concordo totalmente

2. Previsão de prognóstico *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3. Dinâmica da unidade *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente



3.1 Rotinas da Unidade (cuidados de higiene, alimentação, posicionamentos..) *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3.2 Horário das passagens de turno (médicas e de enfermagem) *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3.3 Possibilidade de saída da unidade para exames ou intervenções específicas. *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

4. Questões logísticas *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

4.1 Constituição da equipa *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

4.2 Tipo de equipamentos que pode encontrar junto ao familiar *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

Sugestões

[Voltar](#)[Próxima](#)[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO A SER TRANSMITIDA NO PRIMEIRO MOMENTO (antes da visita ao familiar)

1. Situação clínica do doente *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

2. Previsão de prognóstico *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☒	☐	☐	Concordo totalmente

3. Dinâmica da unidade *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente



4. Identificação do familiar/elemento de referência *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

Voltar

Próxima

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO A SER TRANSMITIDA NO SEGUNDO MOMENTO (após a visita ao familiar)

1. Questões logísticas *

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Agendamento da próxima visita *

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Esclarecimento de dúvidas *

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Sugestões

[Voltar](#)[Próxima](#)[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO ESCRITA QUE DEVE CONSTAR NO PANFLETO

1. Identificação do enfermeiro de referência do doente *

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

2. Identificação do responsável da unidade *

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3. Número de telefone direto da unidade *

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente



4. O que é permitido trazer para o seu familiar *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

5. O que não é permitido trazer para o seu familiar *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6. Funcionamento da unidade *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.1 Horário de visitas (ajustado à necessidade da família) *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.2 Número de visitas (ajustado à necessidade da família e doente) *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente



6.3 Horário da secretária de unidade *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.4 Normas da unidade *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.4.1 Proibição de colher dados audiovisuais através de telemóvel *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.4.2 Higienização das mãos antes e após a visita *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.4.3 Minimização de ruído *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

Voltar

Próxima

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

O questionário terminou.

Muito obrigada pela sua colaboração

[Voltar](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

O meu nome é Ana Filipa Gonçalves da Silva, encontro-me a desenvolver um estudo intitulado "Acolhimento à família da pessoa internada no serviço de medicina intensiva", no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira.

Após os resultados do Questionário Ronda 1 e de forma a dar continuidade ao estudo, solicito a sua participação no Questionário Ronda 2 da Técnica de Delphi.

Para esta segunda ronda transitaram as questões que não obtiveram um grau de concordância superior a 79% e sugestões de melhoria. O grau de concordância é igual ao somatório das percentagens das respostas 4 – "Concordo" e 5 - "Concordo totalmente"

Os resultados da ronda 1 encontram-se em anexo a este questionário

O convite para participar neste estudo surge pelo reconhecimento como perito na área do doente crítico. A sua participação é voluntária, anónima e confidencial.

Ao abrigo da RGPD, os titulares dos dados estão abrangidos por um conjunto de direitos sobre o tratamento de dados pessoais, nomeadamente acesso, retificação, limitação, oposição ou apagamentos dos seus dados.

Deste estudo, poderá resultar uma publicação científica, no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima. Os dados recolhidos serão sujeitos a um processo de pseudoanonimização por forma a não tornar identificáveis os participantes enquanto estiver a decorrer o tratamento de dados, sendo no final do estudo a anonimização totalmente garantida.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados não devendo ultrapassar o prazo de 2 anos.

É garantido ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto com o investigador (conforme contacto abaixo indicado).

Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, que o tratamento dos dados efetuado até essa data esteja legitimado pelo consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo (www.cnpd.pt).

Agradeço desde já, a sua disponibilidade e cooperação.

A investigadora responsável: Ana Filipa Gonçalves da Silva

Contactos: E-mail: ana.filipa.silva85@gmail.com

Telemóvel :

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Por favor introduza o código alfanumérico que lhe foi atribuído no email enviado *

Sua resposta

Próxima

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

Questionário (Ronda 2)

Por favor, preencha o seguinte questionário atribuindo o seu nível de concordância de acordo com a seguinte pontuação:

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Não concordo nem discordo
- 4 – Concordo
- 5 – Concordo totalmente

Ao longo de todo o questionário será disponibilizado um campo de SUGESTÕES, onde de forma OPCIONAL poderá dar o seu contributo pessoal sobre as afirmações.
O tempo médio de preenchimento do questionário será de 2 minutos

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

ACOLHIMENTO INICIAL

1. Deve ser permitido a presença de mais que um familiar/elemento de referência *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO A FORNECER À FAMÍLIA deve ser

1. Gradual *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO ORAL A SER TRANSMITIDA À FAMÍLIA

1. Previsão de prognóstico *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO A SER TRANSMITIDA NO SEGUNDO MOMENTO (após a visita ao familiar)

1. Dinâmica da unidade *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

1.1 Rotinas da unidade (cuidados de higiene, alimentação, posicionamentos ...) *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

1.2 Horário das passagens de turno (médica e de enfermagem) *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente



1.3 Possibilidade de saída da unidade para exames ou intervenções específicas *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

2. Possibilidade de assistência religiosa *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3. Possibilidade de apoio psicológico *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões

Sua resposta

Voltar

Próxima

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

INFORMAÇÃO ESCRITA QUE DEVE CONSTAR NO PANFLETO

1. Identificação do enfermeiro de referência do doente *

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

2. Identificação do responsável da unidade *

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

3. Informação sobre assistência religiosa *

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente



4. Informação sobre apoio psicológico *

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

Sugestões

[Voltar](#)[Próxima](#)[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Acolhimento à família da pessoa internada no Serviço de Medicina Intensiva

ana.filipa.silva85@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

O questionário terminou

Muito obrigada pela sua colaboração

[Voltar](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

