

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Comunicação com os familiares do Doente Crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos**

Pedro Miguel da Silva Miranda

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

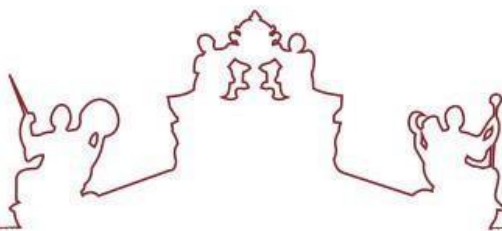
Évora 2023

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Comunicação com os familiares do Doente Crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos**

Pedro Miguel da Silva Miranda

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

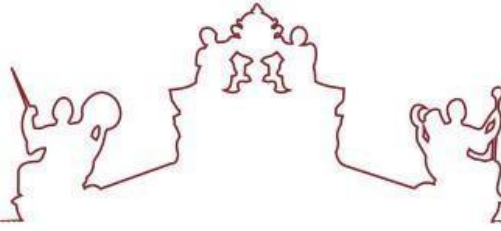
Évora 2023

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde) (Arguente)

Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja)

Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Orientador)

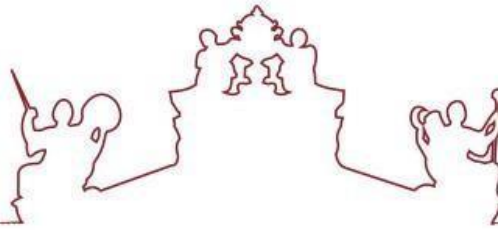
Évora 2023

---

---

---

---



## AGRADECIMENTOS

O percurso deste trilho só foi possível com a ajuda e o apoio de algumas pessoas, a quem devo um agradecimento especial.

Ao meu enfermeiro orientador, Enfermeiro Especialista Edgar Mendes, pela sua disponibilidade e apoio durante o estágio final e após este.

À minha professora orientadora, a Professora Doutora Maria do Céu Marques, por toda a ajuda, dedicação e compreensão para com um aluno com dificuldade em cumprir prazos.

Um obrigado muito especial, à Filipa, minha esposa, por todas as noites que me acompanhou, a paciência que demonstrou durante este percurso e um pedido de desculpas pelos planos adiados e pela falta de atenção não prestada durante esta jornada.

## RESUMO

### **Comunicação com os familiares do Doente Crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos**

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos apresenta-se como um evento inesperado que envolve repercussões não só a nível individual, como familiar. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro entenda a família da pessoa em situação crítica como alvo dos seus cuidados, procurando compreendê-la no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, com base numa comunicação eficaz.

O processo de comunicação apresenta-se assim, como um elemento essencial do cuidado de enfermagem à família, no ambiente intensivo, tanto na sua importância na relação terapêutica estabelecida, como pelo facto de constituir um favorável indicador da qualidade e humanização dos cuidados prestados.

Perante esta problemática procuramos compreender o processo de comunicação enfermeiro-família, em contexto de cuidados intensivos, de forma a contribuir para uma melhor intervenção nesse âmbito.

O objetivo geral do presente relatório é demonstrar a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, competências adquiridas ao longo do Mestrado em Enfermagem e dos seus estágios.

O projeto de intervenção desenvolvido, permitiu dotar os enfermeiros de capacidades e estratégias para comunicar com a família do doente, através de um instrumento criado e adaptado ao serviço.

**Palavras-chave:** Comunicação, Família, Doente Crítico, Médico-Cirúrgico

## **ABSTRACT**

### **Communication with the Family of the critically ill patient admitted to the Intensive Care Unit**

The admission in an Intensive Care Unit is an unexpected event which affects not only the patient but also is family. Therefore, is essential to have the patient's family as a subject of the nursing care, understanding it as a whole and identifying their need's, throughout the establishment of a therapeutic relationship, based on an effective communication.

Thereby, the process of communication represents a main element of the nursing care towards the family in an intensive care environment, not only for its relevance during the therapeutic relationship but also being a favorable indicative of the quality and humanization of the care.

Considering this subject, we aim at understanding the nurse-family communication process inserted in critical care, in order to contribute for an improved nursing intervention in that field.

The general objective of this report is to demonstrate the acquisition of skills of Master and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation, skills learned throughout the Master's Degree in Nursing and it's internship.

The intervention project developed, allowed nurses to be equipped with the skills and strategies to communicate with the family's patient, through an instrument created and adapted to the service.

**Keyword:** Communication, Family, Intensive Care Unit, medico-surgical

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

AO – Assistente Operacional

EMCPSC – Enfermagem Médico-cirúrgica- a Pessoa em Situação Crítica

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UE – Universidade de Évora

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO FINAL	13
	2.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO	14
	2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	14
	2.3 ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAIS	15
	2.4 RECURSOS HUMANOS	16
	2.5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DE FUNCIONAMENTO	18
3.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	19
	3.1 PROPOSIÇÕES E CONCEITOS DA TEORIA	19
	3.2 A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	23
4	INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	27
	4.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO	28
	4.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	29
	4.3 DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS	31



4.4 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	32
4.5 AVALIAÇÃO	34
4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA FORMAÇÃO	38
5 ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	40
5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	41
5.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	42
5.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	44
5.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	46
5.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	48
5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	50
5.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	52
5.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	56

5.2.3	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	58
5.3	ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE MESTRE	
	EM ENFERMAGEM	61
5.4	CONCLUSÃO	65
6	BIBLIOGRAFIA	68
7	APÊNDICES	73
7.1	Apêndice I - Cronograma do Projeto de intervenção em serviço	73
7.2	Apêndice II – Projeto de Estágio	74
7.3	Apêndice III – Pedido de parecer do Conselho de Administração	78
7.4	Apêndice IV – Formação em Serviço, ‘Norma de acolhimento de familiares/visitas na Unidade de Cuidados Intensivos’	80
7.5	Apêndice V – Questionário de avaliação da formação em serviço	94
7.6	Apêndice VI – Apresentação do Panfleto de Acolhimento de Familiares e Visitas	96
7.7	Apêndice VII – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço	97
7.8	Apêndice VIII – Revisão integrativa da literatura ‘comunicação com os familiares do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos’	106

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 10449/2018, publicado no Diário da República – 2ª série, n.º 148 de 2 de agosto e pela Declaração de Retificação n.º 652/2018, publicada no Diário da República, n.º175 de 11 de setembro, lecionado na Escola de Enfermagem São João de Deus, Évora.

Para se obter o grau de Mestre, o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, capítulo III, artigo 15.º, pressupõe um conjunto de competências a serem atingidas, entre elas “conhecimento e capacidade de compreensão” e “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos”, sendo estas validadas mediante “a aprovação das unidades curriculares que integram o Plano de Estudo do Curso de Mestrado e elaboração de um relatório final de estágio de natureza profissional, sua discussão pública e aprovação.” (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES], 2017: 15). O plano de estudos contempla a realização de estágios que vão ao encontro do que é referido no Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de agosto, artigo 21.º, alínea 1), em que se refere a importância de uma especialização a nível profissional. O estágio foi desenvolvido no âmbito da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Este decorreu numa Unidade Local de Saúde do Alentejo e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A orientação do estágio, bem como do relatório, é realizada pela Professora Doutora Maria do Céu Marques, da Escola de Enfermagem São João de Deus, Évora. O relatório pode designar-se como “um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição” (AESES, 2017: 2).

Face ao exposto definiu-se como objetivo geral:

- Descrever todo o percurso desenvolvido ao longo do Estágio Final.

E como objetivos específicos:

- Descrever onde foi realizado e Estágio final.

- Apresentar o Projeto de Intervenção Major.
- Analisar as competências desenvolvidas durante o percurso.

Durante o relatório de estágio iremos realizar a caracterização local do estágio final, abordar os domínios que envolvem o processo de comunicação em enfermagem através da Teoria da Auto-Transcendencia de Pamela Reed, definir várias estratégias comunicacionais numa relação terapêutica e também definir os conceitos de família e doente crítico e integrá-los com o conceito de comunicação.

De seguida apresentámos a Intervenção Profissional Major, através da Metodologia de Projeto. Para realizar a Intervenção Profissional Major é necessário estabelecer um Diagnóstico de Enfermagem, neste caso, Comunicação com a Família do Doente Crítico.

Sendo definidos os problemas de forma quantitativa ou qualitativa e definindo-se prioridades, chegamos ao Diagnóstico de Situação e podemos definir objetivos. A partir daqui surge o Planeamento e a Execução e por fim a Avaliação da Intervenção Profissional Major.

Realizou-se também uma Ação de Formação em Serviço e serão apresentados os respetivos resultados.

Finalmente realizámos uma análise e reflexão das competências desenvolvidas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sejam as competências gerais, como as específicas. De seguida analisamos e refletimos sobre as competências de Mestre em Enfermagem.

E, por fim, surge a conclusão, onde fazemos um resumo de todo o trabalho desenvolvido.

Este relatório de estágio foi elaborado segundo as normas da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, baseando-se na bibliografia e citações da *American Psychological Association* (APA) – 7th edition, e é redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.

## 2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO FINAL

O Estágio Final previsto no plano de estudos do Curso de Mestrado foi realizado numa Unidade Local de Saúde do Alentejo.

A sua Missão baseia-se na promoção do potencial da população, fomentando a saúde e a capacidade de resposta à doença ou incapacidade, “garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULS, 2020: 1) e pretende ter a capacidade de representar uma instituição de excelência no que concerne ao atendimento da população, na união que se gera com a comunidade, na criação de parcerias, na investigação contínua e na dimensão do impacto das atividades por si desenvolvidas. Entre os Valores pelos quais a entidade se rege, encontra-se o respeito pela dignidade e pelos direitos dos utentes, a excelência técnica e a acessibilidade/equidade dos cuidados, entre outros (ULS, 2020).

O Mestrado em Associação de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica pressupõe a realização de dois Estágios, um Estágio num Serviço de Urgência e um Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Na minha situação pessoal, consegui obter creditação ao Estágio do Serviço de Urgência uma vez que já desenvolvi funções num Serviço de Urgência da Região Sul durante 4 anos, tendo aí acompanhado e prestado cuidados a doentes críticos com múltiplas patologias, incluindo doentes com necessidade de Hemodinâmica e/ou Cirurgia urgente, contribuindo de forma significativa para os meus conhecimentos neste tipo de doente.

Durante o estágio final foram propostos vários objetivos que contribuíram para adquirir tanto as competências comuns como específicas inerentes à área de especialização escolhida, bem como as competências de mestre, desenvolvendo para isso um plano de elaboração, implementação e avaliação do Projeto de Estágio Final.

O Estágio Final, teve uma duração total de 336 horas, com início a 13 de setembro de 2021 e termo a 21 de janeiro de 2022, tendo sido realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

## 2.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO

O Estágio Final previsto no plano de estudos do Curso de Mestrado será realizado numa Unidade Local de Saúde do Alentejo.

## 2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Procurando uma maior compreensão no desenvolvimento do Estágio Final e do Projeto de Intervenção Major, decorridos na UCI, decidiu-se realizar uma caracterização concisa e objetiva do contexto clínico, descrevendo o seu enquadramento, a estrutura e os seus recursos.

Uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma área onde são prestados cuidados a doentes com estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco de vida, e necessitam por isso, de vigilância contínua e intensiva. Trata-se de um serviço polivalente que recebe doentes das várias especialidades, consistindo habitualmente numa unidade fechada, com critérios de admissão e alta bem definidos, assim como regulamento próprio e profissionais de saúde especializados, situada numa área bem definida dentro de um hospital (Marshall, J. C. et al, 2017). Estes serviços são dotados de elevada tecnologia, onde normalmente existem frequentes avisos sonoros e inúmeros cabos, fios, monitores e aparelhos eletrónicos que, adicionados à gravidade do estado de saúde do doente internado, podem resultar num ambiente tenso que provoca um aumento dos níveis de ansiedade em familiares (Konwar, G. et al, 2016). Este facto, é sobretudo relevante, uma vez que muitos dos doentes internados na UCI não estão física e/ou mentalmente capazes e os familiares podem ser a única fonte de informação disponível sobre o historial clínico do doente crítico, além de serem os responsáveis pela tomada de decisões e consentimentos, como representantes legais, em conjunto com os profissionais de saúde (Kehali H. et al, 2020). Por estes motivos e, considerando uma visão holística do doente, a integração dos familiares na UCI é essencial para a prestação de cuidados, de forma a melhorar o resultado das intervenções, quer para o doente, quer para os familiares (Büyükcoban S. et al, 2021).

### 2.3 ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAIS

A UCI situa-se no primeiro piso e além de integrar a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (que tem uma capacidade de 4 camas e um quarto de isolamento – camas de nível III), possui também a Unidade de Cuidados Intermédios (com 5 camas, sendo uma destinada a utentes com necessidade de realizar técnicas dialíticas – camas de nível II). Localizada junto às instalações do Serviço de Observação, do Serviço de Urgência, a UCI possui acesso direto ao exterior.

“As camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva.” (Paiva *et al.*, 2016: 8).

Tem como principal função receber todos os doentes que necessitem de terapia intensiva para a manutenção das suas funções vitais, provenientes de todos os serviços de internamento (médico e cirúrgico) da Unidade Local de Saúde do Alentejo (ULS), exceto utentes em idade pediátrica.

A nível das salas de internamento, todas as camas têm uma unidade funcional independente, unidade de monitorização com telemetria, rampa de ar, oxigénio e vácuo, e ventilador (mediante a necessidade do utente, existe ou não na sua unidade).

A UCI possui um gasómetro, duas máquinas de técnicas dialíticas, dez ventiladores (sendo que um está ocupado com uma utente crónica do serviço), três ventiladores de transporte, dois monitores de monitorização hemodinâmica avançada, dois Pyxis - sistemas eletrónicos de armazenamento de medicamentos que disponibilizam material por identificação biométrica; situa-se um em cada sala -, dois ventiladores não invasivos (dois V60) e quatro aparelhos de Óculos Nasais de Alto Fluxo, um ecógrafo, um eletrocardiógrafo, seringas e bombas infusoras e um monitor de transporte.

## 2.4 RECURSOS HUMANOS

A equipa multidisciplinar é composta por 27 enfermeiros (incluindo o enfermeiro-chefe), 11 assistentes operacionais e 1 administrativo, a equipa médica possui 1 médico com funções de diretor e dispõe de mais elementos (contratados ou do quadro do hospital), consoante as necessidades. Relativamente aos elementos médicos que colaboram, estes pertencem às especialidades de Anestesiologia, Medicina Intensiva, Pneumologia, Nefrologia, Cardiologia e Medicina Interna.

Quando o enfermeiro-chefe não está presente, existe um elemento da equipa que é responsável de turno. Os postos de trabalho são distribuídos por turno (pelo responsável). Por norma, o rácio de enfermeiros/turno é de 6 de Manhã (1 na gestão + 5 na prestação de cuidados) durante a semana (sendo que ao fim de semana o rácio diminui para 5 de manhã), 4 na Tarde e 4 na Noite. Existem 2 elementos que têm horário fixo (incluindo o enfermeiro-chefe) e a restante equipa trabalha segundo o horário *roulement*.

É de salientar que a maioria dos elementos já se encontra a trabalhar em contexto de cuidados intensivos há mais de 10 anos, sendo que na sua grande generalidade já tinham exercido funções em outros serviços.

Assim sendo, o serviço é constituído por 16 enfermeiras e 10 enfermeiros, sendo 2 especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, 7 em Enfermagem Médico-cirúrgica e 2 em Enfermagem de Reabilitação.

Segundo a Direção Geral de Saúde, está preconizado que as UCI de nível III devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Por definição UCI de nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável.



Nesta UCI, o Rácio Enfermeiro/ Utente é de 1 para 1, logo podemos concluir que possui uma dotação segura.

## 2.5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DE FUNCIONAMENTO

Importa referir que a UCI utiliza o sistema *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) para avaliação da gravidade do doente crítico, quantificando a carga de trabalho de enfermagem na unidade de cuidados intensivos. O sistema TISS-28 foi desenvolvido inicialmente em 1974 e atualizado em 1983, sendo reduzido o número de itens para avaliação de 78 para 28. Estes 28 itens avaliam a ventilação, funções renais, funções cardiovasculares, funções neurológicas e funções metabólicas, atividade básica e outros fatores. A pontuação indica a quantidade de tempo de enfermagem despendido na prestação direta de cuidados ao doente, o que, por sua vez, releva a gravidade da doença (Seker, Hergunsel, Bostanci & Zeydan, 2018; Padilha *et al.*, 2005). Esta avaliação é realizada de forma diária, no turno da noite.

A UCI utiliza também outras escalas para avaliar os doentes críticos, nomeadamente a Escala de Coma de Glasgow e a Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS).

Em relação ao período de visitas para os doentes internados na UCI, decorre entre as 14:00h - 15:00h, sendo atualmente permitido um máximo de três visitas por doente, entrando apenas uma de cada vez na unidade. No panorama atual, são previamente agendadas de forma a não haver contato entre visitas dos diversos doentes internados, além disso, apenas é permitida uma pessoa de referência por doente. Os visitantes antes poderem entrar na unidade devem vestir bata, usar máscara e realizar uma correta desinfeção das mãos. A família pode obter informações dos doentes através de contato telefónico, todos dos dias entre as 10h e as 21h, sendo estas fornecidas por enfermeiro ou por médico, de acordo com as suas competências. A UCI não possui de momento um guia de acolhimento às visitas.

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo iremos proceder à contextualização da temática em estudo, abordando os domínios que envolvem o processo de comunicação em enfermagem, bem como a sua importância no âmbito da prestação de cuidados na UCI.

#### 3.1 PROPOSIÇÕES E CONCEITOS DA TEORIA

Procurou-se uma teoria de enfermagem para sustentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o estágio, desta forma, decidiu-se optar pela Teoria da Transcendência de Pamela Reed que teve origem a partir de um interesse em compreender os processos de desenvolvimento na idade adulta como componente da saúde mental e do bem-estar. (Reed, 2014).

“A Teoria da Auto-Transcendência de Enfermagem foi criada a partir de uma perspectiva desenvolvimentista dos processos humano-ambientais de saúde. A palavra desenvolvimento é usada na teoria para enfatizar processos de mudança inerentes que são contínuos, inovadores e relacionados ao contexto” (Reed, 2014: 109).

A teoria de Pamela Reed assenta no conhecimento de teorias que não estejam ligadas à Enfermagem, acabando por serem reformuladas com um modelo conceptual da disciplina, originando uma teoria de médio-alcance (Alligood, 2014). O conhecimento gerado pela pesquisa e pela prática é então organizado em teorias para as mais variadas aplicações, nomeadamente nas pessoas que precisam de cuidados de enfermagem. A Teoria da Auto-Transcendência pode gerar novas descobertas sobre os variados processos pelos quais as pessoas podem alcançar o bem-estar, particularmente quando os indivíduos e as famílias estão a enfrentar perdas ou doenças que limitam a vida (Reed, 2014).

A Teoria da Auto-Transcendência foi influenciada por três eventos pertencentes à história da Ciência, à história da Enfermagem e à própria experiência profissional da autora (Reed, 2014).

- O primeiro evento surge na década de 70 ligado ao movimento sobre a expectativa de vida, na Psicologia do Desenvolvimento, onde ficou provado que a mudança no desenvolvimento ao longo da vida foi menos influenciada pela idade cronológica ou pela passagem do tempo e mais pelos eventos da vida, e pelas experiências de vida (Reed, 2014);
- O segundo evento surgiu do trabalho desenvolvido por Martha E. Rogers que sublinhou que o desequilíbrio entre a pessoa e o ambiente é um importante fator desencadeador para o desenvolvimento, caracterizando o desenvolvimento humano como inovador e imprevisível. O desenvolvimento humano possui um processo de movimento que, embora imprevisível, acaba por ter um padrão e um propósito (Alligood, 2014; Reed, 2014);
- O terceiro evento integra a experiência clínica da autora e todas as suas pesquisas realizadas na aplicação de teorias de desenvolvimento em cuidados psiquiátricos e mentais com crianças e adolescentes e idosos clinicamente deprimidos, relatando menos recursos de desenvolvimento para suportar uma sensação de bem-estar face à diminuição das habilidades físicas e cognitivas do que um grupo de idosos que sejam mentalmente saudáveis. Reed conclui, que o desenvolvimento em idosos e adultos mais velhos trata-se de um processo não-linear de ganho e consequente perda.

“A auto-transcendência é proposta para facilitar a integração de elementos complexos e conflituosos da vida, envelhecimento e morte. Os eventos de saúde confrontam particularmente as pessoas com maior complexidade em termos de novas pessoas nas suas vidas, novas informações e novos sentimentos e preocupações.” (Reed, 2014: 110).

A Teoria da Auto-Transcendência baseia-se em duas proposições principais: a primeira refere que o ser humano não se separa do ambiente em que está envolvido (são integrantes entre si), segundo Roger. A segunda relata que a auto-transcendência vai ser uma das causas de desenvolvimento humano. Como seria expectável, a participação da pessoa na sua própria auto-transcendência é essencial para o bem-estar (tornando-se o enfermeiro um meio facilitador de todo este processo) (Alligood, 2014; Reed, 2014).

Desta teoria surgiram três conceitos-chave: auto-transcendência, bem-estar e vulnerabilidade.

**Auto-transcendência:** É um processo de desenvolvimento intrínseco em que são definidos os limites que temos apenas com o nosso (eu). Este processo de desenvolvimento é algo gradual e que resulta de uma maior consciencialização do mundo que nos rodeia e da nossa interação com ele. Uma pessoa possui assim, uma grande capacidade de expansão dos seus limites, nos mais variados domínios: intrapessoal, interpessoal, temporal (a teoria refere que para conseguirmos aprimorar os vários aspetos da nossa vida, deve-se ao facto de conseguirmos olhar para o passado e para o futuro com um olhar crítico e com uma visão significativa relativamente ao presente) e transpessoal. (Alligood, 2014; Reed, 2014).

**Bem-estar:** O bem-estar considera-se como a sensação de plenitude, sensação de ser completo e saudável, consoante os critérios pessoais de saúde e de integridade. Isto é subjetivo, uma vez que cada pessoa tem a sua definição de bem-estar. É possível alcançar o bem-estar através de experiências de auto-transcendência, pois estas são positivas e desenvolvem a pessoa (Alligood, 2014; Reed, 2014).

**Vulnerabilidade:** Designa-se como a consciência da pessoa sobre a sua própria mortalidade pessoal ou a experiência de eventos de vida difíceis. Este conceito surge de eventos marcantes como o sofrimento de uma doença crónica, uma incapacidade e a parentalidade, por exemplo. Reed afirmou que a auto-transcendência surge de forma natural nas experiências que as pessoas têm em saúde, confrontando-as com os problemas da mortalidade (Alligood, 2014; Reed, 2014).

O modelo da Teoria da Auto-transcendência é complexo, pois surgem três conjuntos de relacionamentos existentes entre os conceitos da teoria:

Primeiro, existe uma relação entre a experiência que gera vulnerabilidade e a auto-transcendência. Níveis crescentes de vulnerabilidade, provocados por eventos de saúde, influenciam níveis crescentes de auto-transcendência. É importante referir que nem sempre isto ocorre, uma vez que a relação entre vulnerabilidade e auto-transcendência pode ser não-linear. Podem existir níveis muito altos de vulnerabilidade e pode não haver uma correspondência de níveis aumentados de auto-transcendência, a não ser que haja a influência de outros fatores nesse relacionamento (Reed, 2014).

O segundo relacionamento que existe é entre a auto-transcendência e o bem-estar. Essa relação é sempre direta e positiva, na medida em que a auto-transcendência se vai relacionar

positivamente com a sensação de bem-estar. Esta relação representa a passagem de uma situação atual para o avançar numa direção a uma vida diferente, em vez de um retrocesso a uma perspetiva e comportamento passados (Reed, 2014).

Finalmente o terceiro, neste relacionamento a auto-transcendência funciona como um mediador do bem-estar. A auto-transcendência pode ser um processo subjacente que explica como o bem-estar é possível em situações difíceis ou potencialmente letais que as pessoas enfrentam (Reed, 2014) e vários estudos posteriores conferem suporte a esta hipótese.

A escolha da teoria prende-se pela significância que ela trouxe ao percurso traçado e ao projeto que se desenvolveu. A teoria da auto-transcendência assenta os seus propostos no crescimento não físico, levando ao bem-estar humano, sendo isso que se procura alcançar na prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Para se poder ajudar alguém a crescer e a ultrapassar os seus limites, trazendo-lhe novos desafios e novas sensações positivas, tem de se encarar a prestação de cuidados e o futuro da Enfermagem com olhos de quem também precisa de se auto-transcender. Se não se for capaz de olhar em frente e pensar além do que é estabelecido, do que é considerado normal, não se é capaz de dar uma resposta diferenciada e especializada à pessoa a quem se está a prestar cuidados. A sua auto-transcendência passa pelo profissional e pela capacidade do mesmo em conseguir capacitar o outro.

Quanto ao projeto de intervenção que foi desenvolvido, este foi delineado com base nos pressupostos que Pamela Reed fornece ao elaborar a teoria da Auto-Transcendência. Conseguir comunicar através de métodos alternativos é a via que o doente tem para se conseguir adaptar à sua nova realidade, focando-se em conseguir alcançar alguma melhoria e bem-estar face à situação em que se encontra. Adaptar-se à nova realidade fará com que cresça interiormente, transcendendo-se relativamente à pessoa que era anteriormente e àquilo que neste momento consegue ser (sensação de plenitude, face à situação atual).

### 3.2 A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Na prática de enfermagem numa UCI, a comunicação entre os enfermeiros (como os profissionais de saúde mais próximos da família e do doente) e os familiares é o pilar para uma integração bem-sucedida. Apesar de existirem diversas dificuldades para que essa comunicação seja eficaz (pouca literacia em saúde por parte dos familiares, pouco tempo disponível por parte dos profissionais de saúde, pouco treino em estratégias de comunicação eficaz, falta de um modelo de comunicação estabelecido), cada vez mais se tem procurado estratégias para a melhorar (Turnbull A. et al, 2017).

Vários estudos realizados, referem várias estratégias comunicacionais numa relação terapêutica:

- O **acolhimento**, em que o enfermeiro dispensa atenção na relação terapêutica escutando, valorizando as queixas e necessidades do doente crítico/família. Este é o primeiro contato com o doente crítico/família, logo o enfermeiro deve estar disponível e atento às mensagens que lhe estão a ser transmitidas. (Phaneuf. 2005).

- A **verdadeira escuta**, ou o saber escutar reflete-se em três situações: o comportamento físico, isto é, a postura; a observação (olhar o outro) e a escuta propriamente dita (audição). Se o enfermeiro estiver atento às mensagens verbais e não verbais, isto permite-lhe identificar as necessidades expressas verbalmente e não verbalmente, por parte do doente crítico/família. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- O **silêncio**, sendo capaz de fazer pausas na comunicação verbal com a família, ao transmitir uma mensagem, o enfermeiro permite que a família prossiga e exponha o seu pensamento. Desta forma transmite à família a sua aceitação. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- A **empatia** é a capacidade de sentir o que a outra pessoa sente caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela, ou seja, procurar experimentar de forma objetiva e racional o que sente o outro a fim de tentar compreender sentimentos e emoções. Contudo, devemos

assegurar uma distância que permita estabelecer uma relação terapêutica. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- A **congruência**, quer dizer que o enfermeiro deve ser verdadeiro, ser ele próprio, demonstrando presença física e humana para entender o doente de forma holística. A congruência na comunicação contribui para um melhor entendimento, aprimorando e otimizando a comunicação. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- O **respeito**, deve-se respeitar o sistema de crenças e valores do doente/família, transmitindo assim o fato de ser um indivíduo único no mundo, merecendo todo o respeito. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- A **autenticidade**, o enfermeiro não deve ter comportamentos defensivos, mas sim ser verdadeiro, ser ele próprio. Isto pressupõe sinceridade e espontaneidade por parte do profissional de saúde. (Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. 2007).

- O **toque**, o enfermeiro deve utilizar o toque e as suas várias formas para estabelecer sentimentos de confiança, segurança e partilha. Desta forma, o toque tem várias especificidades nomeadamente, o momento em que deve acontecer, devendo ser espontâneo e de conhecimento, proporcionando proximidade e afeto. Este toque afetivo deve comunicar carinho, bem-estar, facilitando a aceitação da doença e a recuperação da saúde. (Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. 2007).

- O **calor humano**, o estabelecimento de uma relação de ajuda depende de vários fatores, como a empatia, a genuinidade, o respeito e outros elementos facilitadores da comunicação. Estes elementos facilitadores da comunicação são a postura, um sorriso, um contato visual direto, o toque ou até pode ser demonstrado verbalmente. Contudo, o que une as pessoas funcionando como catalisador das relações humanas é o calor humano, uma vez que as faz sentirem-se bem-vindas, alegres e descontraídas. (Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. Abr/ Jun de 2010).

Uma comunicação eficaz com o doente/família e o iniciar de uma relação de ajuda, ajuda a gestão do sentimento de gravidade da sua vivência de doença/crise. Ao assegurar um ambiente encorajador e estimulante, o enfermeiro desenvolve e utiliza a relação de ajuda. (Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. Abr/ Jun de 2010).



Através da comunicação verbal e não verbal, estabelece-se um relacionamento interpessoal levando a uma prestação de cuidados mais humanizados, contribuindo para diminuir o medo e a ansiedade da família do desconhecido. (Versiani *et al*, 2012).

A interação que a família estabelece com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliar os doentes críticos face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento. (Holm, A. & Dreyer, P., 2018, março).

Desta forma devemos também definir certos conceitos como: família e doente crítico e integrá-los com o conceito de comunicação.

A família é constituída por dois ou mais indivíduos, associados sob condições especiais, que podem ou não ter ligação sanguínea ou legal, mas que interage como uma unidade, que se considera familiar. Este conjunto de elementos pode ainda ser descrito como uma comunhão interpessoal de amor, referindo-se esta, à interação com compromisso significativo entre elementos, encontrando-se na base dessa associação sentimentos de amor.

Esta definição enquadra-se numa perspetiva global interativa de que todas as experiências interferem e alteram o 'funcionamento' da família, havendo sempre uma procura por formas de reestruturação e reorganização para que a unidade familiar se mantenha sob os seus valores, sejam eles novos e/ou antigos. Assim, a família é uma unidade com capacidade adaptativa para manter e perpetuar o seu constante movimento de viver bem. (Wernet M et al, 2003)

É considerado um doente crítico, aquele que apresenta falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, necessitando de meios especializados e avançados de vigilância, monitorização e tratamento. Este tipo de cuidados são altamente qualificados e são prestados continuamente ao doente que apresenta uma ou mais funções vitais em risco imediato com o objetivo de preservar as funções básicas de vida, precaver e evitar complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a recuperação da qualidade de vida do doente. (OE, 2018)

O processo de comunicação tem várias definições com diferentes perspetivas. Numa perspetiva global pode ser considerado como o processo de transmitir informações entre pessoas, embora apenas se possa considerar efetiva quando ocorre compreensão. (Lima FC. Et al, 2021)

Nos cuidados de saúde, este processo tem particular importância, sendo a comunicação entre os enfermeiros (como os profissionais de saúde mais próximos da família e do doente) e os familiares o pilar para uma integração bem-sucedida na UCI, fundamental para a prestação de cuidados, de forma a melhorar o resultado das intervenções, quer para o doente, quer para os familiares (Büyükçoban S. et al, 2021).

#### 4. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

Este relatório tem por base a Metodologia de Trabalho de Projeto, para além do enquadramento teórico realizado, que define um método que tem como principal objetivo a obtenção de soluções para problemáticas, adquirindo com essa resolução capacidades e competências específicas para a realização de projetos com uma aplicabilidade real.

“A Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.” (Ferrito *et al.*, 2010: 2).

A Metodologia de Projeto é uma união entre a teoria e a prática, uma vez que tem por base o conhecimento teórico para depois o aplicar na prática. Aplica-se em várias áreas, podendo ser abordado de forma mais específica quando aplicada aos cuidados de Enfermagem. O processo de enfermagem é um exemplo deste instrumento metodológico que permite identificar problemas, percorrendo etapas até à resolução e/ou minimização dos mesmos (Ferrito *et al.*, 2010).

Com vista à aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre: A Pessoa em Situação Crítica, foi desenvolvido e implementado um projeto de intervenção intitulado “Comunicação com a família do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos”.

A escolha deste projeto de intervenção deveu-se a dois motivos, o primeiro, por ser uma área que é pouco estudada pelos profissionais de Enfermagem e o segundo, pela identificação de várias lacunas encontradas no cuidado à família do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos, nomeadamente no que diz respeito à comunicação com a família do doente crítico.

#### 4.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO

Cada vez mais, temos assistido a uma tendência das normas e recomendações internacionais no sentido de promoverem o cuidado humanizado do doente, com a integração dos familiares como parte da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Já existem alguns estudos sobre os benefícios da comunicação eficaz com a família do doente crítico, no entanto, poucos estudos têm como objetivo verificar esses benefícios especificamente, sendo a maioria dirigido a procurar novas estratégias que melhorem a comunicação com os familiares do doente crítico. Secundariamente a uma melhoria dessa comunicação após as intervenções aplicadas, verifica-se então a melhoria dos sentimentos dos familiares, do prognóstico dos doentes críticos e da satisfação com os cuidados prestados.

Existem diversas intervenções de diferentes metodologias, que foram testadas numa tentativa de tornar a comunicação entre ambas as partes mais eficaz, no entanto, ainda não existe um consenso sobre qual deve ser aplicada na prática clínica diária.

## 4.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Na etapa do diagnóstico da situação, os problemas são definidos de forma quantitativa e/ou qualitativa, definindo-se prioridades, pesquisando as causas possíveis dos mesmos e selecionando-se depois os intervenientes e recursos necessários para a sua resolução (Ferrito *et al.*, 2010).

Com o passar dos dias na UCI foi possível retirar algumas elações, seja através da observação direta da prestação de cuidados ou entrevistas não estruturadas com os enfermeiros do serviço e com o enfermeiro-orientador, concluindo-se que não havia uma uniformização na abordagem à comunicação com a família do doente crítico e que a equipa não possuía estratégias e instrumentos que pudessem facilitar tal processo.

Após identificação da problemática, é importante ponderarmos os pontos fortes e fracos da situação, bem como as oportunidades que se apresentam ao tema deste projeto. Para auxiliar no diagnóstico completo da problemática, foi realizada uma análise SWOT aplicada à realidade da UCI, sendo esta análise uma forma de definir: *Strengths* (Forças), *Weakness* (Fraquezas), *Threats* (Ameaças) e *Opportunities* (Oportunidades).

Segundo Ruivo *et al.* (2010), é um dos métodos mais empregados para a definição de diagnósticos de situação.

<u>Análise Swot</u>	
<p><u>Strenghts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia da equipa da UCI para com os doentes e familiares</li> <li>• União da equipa de profissionais da UCI</li> </ul>	<p><u>Weakness</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação não uniforme</li> <li>• Disparidade de tempo de serviço entre os elementos da equipa da UCI</li> <li>• Falta de estratégias e instrumentos facilitadores de comunicação</li> </ul>
<p><u>Opportunities</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da comunicação</li> <li>• Possibilidade de desenvolvimento de Norma de Serviço</li> <li>• Desenvolvimento de novos métodos de comunicação</li> </ul>	<p><u>Threats</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iliteracia dos familiares do doente crítico</li> <li>• Não aceitação de novas estratégias de comunicação por parte da equipa e dos familiares dos doentes</li> </ul>

Com este processo metodológico, conseguimos perceber como o diagnóstico de enfermagem realizado é de extrema importância no contexto da UCI e pode vir a contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes e familiares.

### 4.3 DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

Após a referida análise detalhada e diagnóstico da problemática, propusemos objetivos para este projeto de intervenção final que vão auxiliar a condução da intervenção major, de forma a obter um resultado favorável a todo o processo de prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico/família.

O objetivo geral do projeto de intervenção major é:

- Melhorar a comunicação com a família do doente crítico internado na UCI

Como objetivos específicos deste projeto, definimos ainda:

- Definir procedimentos no acolhimento de familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos.
- Uniformizar procedimentos na comunicação com a família do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos.
- Realizar uma sessão de formação para introdução e explicação da norma de acolhimento de visitas na UCI
- Realizar a avaliação da sessão de formação e a sua utilidade para os profissionais da UCI
- Adaptar as intervenções realizadas ao programa “BSimple”

#### 4.4 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

No âmbito deste projeto de intervenção, e após ter sido realizado o diagnóstico de enfermagem, como descrito anteriormente, procurou-se encontrar uma base científica que evidenciasse a importância da problemática identificada.

Para isso, procurou-se realizar uma revisão sistemática da literatura direcionada a verificar a existência de evidência científica sobre o impacto e os benefícios de uma comunicação eficaz com os familiares do doente internado na UCI, como parte do processo de prestação de cuidados adequados ao doente, para obter as noções necessárias para o seu desenvolvimento.

Foi ainda aplicado o referencial teórico da Teoria de Médio Alcance da Pamela Reed – Teoria da Auto-transcendência para sustentação teórica das intervenções de enfermagem selecionadas, tal como descrito no enquadramento teórico deste relatório.

Escolheu-se definir procedimentos no acolhimento de familiares dos doentes críticos internados na Unidade de Cuidados Intensivos e uniformizar procedimentos na comunicação com a família do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos.

Em relação ao acolhimento de familiares na UCI, foi desenvolvido uma norma de serviço que definia todos os procedimentos a adotar pelos profissionais de saúde aquando das visitas dos familiares dos doentes críticos internados na UCI. Foi ainda desenhado um panfleto informativo, que descrevia todas as normas e cuidados que os familiares deveriam conhecer no momento da visita na UCI.

Para a aplicabilidade correta destas duas estratégias, foi solicitada a autorização informal ao chefe de enfermagem do serviço, assim como à Comissão de Ética do Conselho Administrativo do Hospital, cujo parecer foi favorável (Anexo III).

Considerou-se então pertinente a realização de uma sessão de formação para os profissionais de enfermagem na UCI, onde foi apresentada a norma a ser aplicada, bem como o panfleto a ser entregue aos familiares do doente crítico. Esta formação contribuiu para o aumento do conhecimento e melhoria da forma de comportamento dos enfermeiros, que desta forma



podem melhorar a prestação dos cuidados especializados ao doente crítico e respetiva família durante o internamento na UCI.

Nesta sessão foi ainda definido a padronização de dois diagnósticos de enfermagem, através do sistema Bsimple (uma plataforma informatizada de registos clínicos), nomeadamente: Família e Comunicação Comprometida.

Em relação ao diagnóstico de Família, as intervenções de enfermagem foram:

- Promover o envolvimento da família
- Preparar a família para a alta
- Apoiar a família
- Gerir visitas
- Informar a família

Sobre o diagnóstico de Comunicação Comprometida, a intervenção de enfermagem definida foi:

- Identificar obstáculos à comunicação

Após a formação dos profissionais de enfermagem sobre as estratégias a serem realizadas, foram aplicados questionários anónimos (formulados de forma a garantir a proteção de dados dos profissionais) para avaliar a efetividade da sessão de formação e a sua pertinência na atividade diária para melhoria contínua da prestação de cuidados ao doente crítico. Estes questionários permitiram ainda compreender a eficácia e adequação das intervenções selecionadas em relação aos objetivos propostos.

Para um melhor planeamento e aplicação das estratégias descritas anteriormente, foi relevante a realização de um cronograma que permitiu orientar e programar as diferentes fases da metodologia do projeto, permitindo o desenvolvimento e implementação adequada, em relação à realidade da UCI e temporalidade. Todas as fases e atividades mantiveram-se fiéis ao cronograma inicial, não havendo necessidade de alterações.

## 4.5 AVALIAÇÃO

Uma vez identificada a problemática, enquadrada teoricamente, definidos os objetivos, realizado o planeamento de uma intervenção e aplicadas as estratégias, procede-se à avaliação da intervenção, analisando os objetivos propostos e comparando com os objetivos alcançados.

Objetivos Específicos:

- Definir procedimentos no acolhimento de familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos.

Após ter sido identificado, através da revisão bibliográfica efetuada, que existem benefícios da comunicação eficaz com a família do doente e existem diversas intervenções de diferentes metodologias que foram testadas numa tentativa de melhorar a comunicação entre ambas partes, não existindo no entanto, um consenso sobre qual deve ser aplicada na prática clínica diária, estipulou-se em reunião informal com o enfermeiro chefe e com o enfermeiro orientador, a intervenção que mais se aplicava à realidade da UCI em questão. Para isto foi realizada uma norma de serviço que visava definir a forma de atuação no acolhimento dos familiares dos doentes internados na UCI.

Após validação da norma pelo enfermeiro chefe, a mesma foi apresentada e explicada aos restantes profissionais de enfermagem do serviço, que também validaram a sua aplicação, sendo então definida como procedimento a realizar no momento da visita dos familiares do doente crítico à UCI.

Foi ainda realizado um panfleto explicativo sobre as normas do serviço e onde se expunham as informações necessárias para facilitar a transmissão de informação e o processo de comunicação com o familiar do doente crítico. Este panfleto foi impresso em múltiplas cópias e disponibilizado à família na entrada da UCI.

Uma vez que estes procedimentos foram aplicados com sucesso e validados por toda a equipa da UCI, considera-se que o objetivo proposto foi alcançado.

- Uniformizar procedimentos na comunicação com a família do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos.

Na referida norma de serviço aplicada no acolhimento dos familiares do doente internado na UCI, foram definidas todas as estratégias a aplicar e sequência de ações a seguir após a chegada do familiar à UCI. Esta foi aplicada de forma uniforme, sendo adotada por todas os profissionais da UCI, o que resultou num procedimento uniforme, independente do enfermeiro concreto que se encontrasse a prestar os cuidados ao doente no momento da visita. O panfleto veio colmatar a intervenção na necessidade do serviço dando à família ferramentas, nomeadamente informação, sobre a atuação durante a permanência no serviço da UCI, permitindo uma melhoria da transmissão de informação e conseqüentemente uma melhoria na comunicação entre família e profissionais.

Atuar nas duas partes com recurso a diferentes meios (verbal, escrito, não verbal), no processo comunicativo, não dependente do profissional em serviço, permitiu que este procedimento fosse uniforme e transversal na UCI. Assim, considera-se, portanto, que o objetivo proposto foi atingido.

- Realizar uma sessão de formação para introdução e explicação da norma de acolhimento de visitas na UCI

Antes da aplicação dos procedimentos previamente referidos, e para ir de encontro ao objetivo de procurar uma atuação mais uniforme da parte de todos os profissionais, planeou-se uma sessão de formação em serviço. Esta sessão visou explicar a norma e estratégias a adotar, promovendo uma mudança na prática clínica, ampliação do conhecimento técnico e melhoria das atitudes em relação aos profissionais, resultando numa evolução positiva na qualidade da prestação de cuidados na UCI.

Esta sessão foi realizada presencialmente, após marcação prévia de data acordada com o enfermeiro chefe e divulgação entre a restante equipa. Foi apresentada a norma com recurso a suporte em papel, sendo a mesma distribuída pelos profissionais de enfermagem. Durante a apresentação, foi exposta a sequência de ações e eventos a seguir na aplicação da mesma e foi reservado um período da sessão para discussão da norma entre a equipa, que apresentou sugestões de melhoria de forma que a aplicabilidade da mesma no serviço fosse adotada por todos sem dificuldades nem dúvidas. Estas sugestões foram posteriormente incorporadas na

norma de acolhimento que foi disponibilizada na plataforma própria da instituição, para consulta de todos os profissionais.

Por este motivo, considerou-se a sessão de formação como um sucesso que veio ainda contribuir para a discussão clínica sobre o tema em questão, assumindo-se por isso, o objetivo proposto como alcançado.

- Realizar a avaliação da sessão de formação e a sua utilidade para os profissionais da UCI

Após a realização da sessão de formação em serviço, onde a norma de acolhimento aos familiares do doente crítico na UCI foi formalmente apresentada e discutida, foi aplicado um questionário para avaliação da sessão de formação e da sua utilidade na prestação de cuidados ao doente crítico internado na UCI.

Este questionário foi previamente desenvolvido e sistematizado, de forma a ser possível a recolha de dados que permitissem analisar o resultado, percebido pelos profissionais do serviço, da aplicação dos referidos procedimentos na prestação de cuidados diária.

Estes dados foram posteriormente analisados e contribuíram para as conclusões deste relatório, expostas mais adiante.

Os questionários realizados foram preenchidos, de forma anónima, no final da discussão clínica, por todos os profissionais que assistiram à sessão de formação.

Desta forma, a avaliação foi realizada de forma independente e imparcial, considerando-se assim o objetivo alcançado.

- Adaptar as intervenções realizadas ao *'BSimple'*

O programa de registos clínicos informatizados *'BSimple'* permite que toda a informação vital do doente crítico da UCI, bem como os dispositivos e sistemas médicos utilizados, sejam registados de forma uniforme, apresentando-se como uma ferramenta de apoio à decisão clínica. Neste contexto, é de crucial importância que estes procedimentos que compõem a intervenção de enfermagem realizada, sejam registados de igual modo.

Na UCI onde se realizou o estágio, a utilização deste programa iniciou-se em janeiro de 2022, permitindo de esta forma, que desde o início da sua aplicação, fosse registado o processo de

comunicação, visando a identificação de problemas precocemente e a melhoria contínua da aplicação da norma de acolhimento à família.

Esta situação foi facilitada pela temporalidade da aplicação das duas situações em simultâneo, norma e registo informatizado, contribuindo para uma maior adesão a este registo. Devido a isto, assume-se o objetivo como cumprido.

#### 4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA FORMAÇÃO

Para responder às questões propostas nos objetivos, e após a aplicação das intervenções já descritas, utilizámos uma abordagem qualitativa e descritiva.

Deste modo, procurámos compreender como a comunicação é referenciada pelos participantes e o significado e impacto que esta tem na prestação de cuidados ao doente crítico e seus familiares.

Pretendeu-se ainda, com as intervenções, melhorar a eficácia dessa comunicação de forma a proporcionar uma nova perspetiva sobre o tema, que permita aos enfermeiros transmitir e compreender melhor as mensagens e indicações dos familiares do doente internado na UCI. Procedemos então à descrição dos dados, procurando relacionar os conceitos para posteriormente obtermos as conclusões retiradas deste projeto.

Os participantes desta intervenção, consistem em enfermeiros que trabalham na UCI referida, utilizando como critério de inclusão apenas os que intervêm na prestação direta de cuidados ao doente.

A nossa amostra consistiu em 8 enfermeiros, cujas características demográficas como género, idade e categoria profissional. Verificamos então que 7 dos 8 participantes são do sexo feminino, 4 com idade entre os 30 e 40 anos, 1 com idade entre os 40 e 50 anos e 3 com idade entre os 50 e 60 anos. Constata-se assim que o grupo de participantes apresenta uma idade intermédia, não sendo uma população muito jovem nem com idades superiores a 60 anos.

Em relação à formação, todos os participantes são Enfermeiros, sendo que 3 deles possuem mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os dados recolhidos e tratados, pudemos constatar que as intervenções aplicadas, em especial a Sessão de Formação sobre o tema, com explicação da Norma de Acolhimento aos Familiares e Panfleto de Acolhimento aos Familiares introduzidos no serviço, despertou interesse em 5 dos 8 enfermeiros participantes, sendo que a maioria (7 de 8) compreenderam o conteúdo transmitido e consideraram que se adequava às suas funções no serviço da UCI.

Estes participantes foram os que responderam como “Muito Satisfeito” nestas questões, embora os restantes, tenham respondido “Satisfeito”. Não houve nenhuma seleção da resposta de “Pouco Satisfeito” ou “Não Satisfeito” nos questionários aplicados.

Em relação à duração da formação sobre o tema, 6 dos 8 participantes consideraram-se “Muito Satisfeitos” enquanto os restantes 2, responderam “Satisfeitos”.

Ainda observámos que 5 dos 8 participantes consideraram-se “Muito Satisfeito” da forma como a informação foi transmitida e sobre a forma como a formação correspondeu às suas expectativas. Os restantes 3 mostraram-se “Satisfeitos”. Uma vez mais não existiram resposta assinaladas como “Pouco Satisfeito” ou “Não Satisfeitos”.

Por último, e talvez a pergunta mais significativa dos questionários aplicados, sobre a “Pertinência” da Ação de Formação para o desempenho das suas funções”, 6 de 8 participantes responderam “Muito Satisfeito” e os restantes 2 responderam “Satisfeito”.

Sumarizando, nenhum dos participantes deste projeto se mostrou “Pouco Satisfeito” ou “Não Satisfeito” em nenhum dos pontos questionados, havendo sempre uma maioria nas respostas de “Muito Satisfeito”, seja sobre o conteúdo, exposição, interesse do tema ou adequação e pertinência do tema às funções desempenhadas na prestação de cuidados na UCI.

## 5. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Neste capítulo, será realizada uma reflexão no que diz respeito à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, bem como das aprendizagens efetuadas ao longo de todo o contexto teórico-prático.

Esta aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC foi um dos objetivos principais das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. O título de enfermeiro especialista, a atribuir pela Ordem dos Enfermeiros, irá reconhecer competência técnica, científica e humana para poder prestar cuidados especializados na área escolhida, área esta reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros.



## 5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2019: 4744).

As competências do enfermeiro especialista nascem através de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, há uma especialização e aperfeiçoamento daquilo que eram os seus domínios anteriores. Nas várias especialidades, encontramos domínios comuns, ou seja, existe um conjunto de competências que são comuns a todas as áreas – a atuação do enfermeiro é aplicável nos mais variados ambientes de cuidados, incluindo contextos primários, secundários e terciários (OE, 2019).

São quatro os domínios das competências comuns, designadamente:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Destes quatro domínios, os mesmos subdividem-se em competências, seguidamente em unidades de competência, cujos critérios de avaliação “compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.” (OE, 2019: 4745).

### 5.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1. – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019: 4746) e A2. – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019: 4746): para se conseguir alcançar da melhor forma o que cada competência preconiza, foi necessário mobilizar e pôr em prática conhecimentos que foram transmitidos anteriormente, aquando da realização das unidades curriculares do tronco comum do Mestrado em Enfermagem, nomeadamente a unidade curricular (UC) de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Sem as bases que foram transmitidas e lembradas, só a prática de situações anteriores não seria provavelmente a melhor forma de se conseguir atingir as competências necessárias. A ética e a deontologia andam de mãos dadas na profissão e é preciso basear a prestação de cuidados nas mesmas. Na abordagem aos doentes e famílias, foram sempre tidos em conta os aspetos ético-legais, normas e valores, protegendo quaisquer intromissões nas vidas pessoais e familiares, detetando e prevenindo eventuais situações de risco para a segurança e dignidade dos mesmos. Foi escrupulosamente analisado todo o processo e possíveis efeitos das tomadas de decisões quanto aos cuidados prestados ao doente crítico e à sua família.

Vários são os momentos em que a Deontologia profissional e a Ética são colocadas à prova e aí o enfermeiro deve elevar os seus valores e normas morais, sendo que deve tratar e cuidar a pessoa com a maior dignidade possível. Assim, sendo, foi necessário ler e examinar o Código Deontológico do Enfermeiro (Assembleia da República [AR], 2015), focando-nos nos artigos n.º 99 (princípios gerais da profissão), n.º 100 (dos deveres deontológicos em geral), n.º 102 (dos valores humanos), n.º 103 (dos direitos à vida e à qualidade de vida), n.º 104 (do direito ao cuidado), n.º 106 (do dever de sigilo), n.º 107 (do respeito pela intimidade) e n.º 108 (do respeito pela pessoa em situação de fim de vida). A escolha destes artigos não é aleatória, pois retratam aquilo que para mim é a base dos cuidados com humanidade, compaixão, respeito e acima de tudo empatia. Frequentemente somos confrontados com momentos cruciais, de vida ou de morte, e temos em mão decisões que podem ser bastante difíceis e cabe ao enfermeiro conseguir decidir concomitantemente com a equipa multidisciplinar de forma transparente e objetiva aquilo que será o melhor e o desejo da pessoa que cuida. Estas decisões tornam-se mais objetivas e claras quando temos em mente os princípios éticos e deontológicos da enfermagem.

Em contexto de estágio, forma várias as situações que me colocaram em stress quanto a estes aspetos. Uma das situações que me marcou, tratou-se de um doente em situação crítica que deu entrada na UCI, com mau prognóstico e que não foi possível comunicar com o mesmo, nem saber as suas reais necessidades e/ou vontades. Todo o esforço implementado, as intervenções de enfermagem e os cuidados prestados seriam a vontade do doente? Mas a família também precisava de ser cuidada. Foi das situações que mais ensinamentos me trouxe e hoje consigo perceber que o meu trabalho não termina no momento em que os meus cuidados ao doente crítico deixam de ser necessários, pois ainda há um longo caminho a percorrer em torno destas trágicas situações. A privacidade e a dor da família foram respeitadas? Os seus desejos foram ouvidos e foram tidos em conta os seus valores? Mais do que um acidente trágico, aquele homem teve uma morte o mais digna possível, e aqueles que lhe eram próximos puderam ser ouvidos, e acima de tudo, puderam-se despedir. Posteriormente a este episódio, passei por várias situações semelhantes na UCI, mas foi algo mais controlado. Era uma situação que se previa, o ambiente em si foi mais controlado, e a forma como soube gerir o momento foi mais eficaz. As variáveis eram diferentes e já tinha tido uma aprendizagem anterior que naquele momento fez toda a diferença. A privacidade do utente e da família foram amplamente respeitadas e a dignidade humana preservada.

Em relação ao sigilo profissional, e sendo um tema bastante sensível devido à proteção de dados, foi um dos focos principais da prática diária. Posso afirmar que toda a prestação de cuidados teve por base o sigilo e a confidencialidade que a profissão exige. Sendo a UCI um serviço com um ambiente controlado, onde há a possibilidade de resguardar o mais possível a pessoa através de unidades independentes e cortinas, cabe ao enfermeiro salvaguardar o sigilo e a confidencialidade através destes meios físicos.

A reflexão acerca deste domínio permitiu-me ter uma maior consciencialização acerca dos meus deveres éticos e dos princípios deontológicos com os quais devo reger a minha profissão. Sendo assim, e considerando toda a responsabilidade pessoal e profissional com que me guio, posso concluir que as competências acima descritas foram atingidas.

### 5.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Em relação ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, as competências são as seguintes: B1. – “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (OE, 2019: 4747), B2. – “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019: 4747) e B3. “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019: 4747).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros e procurando a “excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação” (2017), pelo que “faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar” (2017). Estes pressupostos são os Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica e para conseguir alcançar tais premissas, foi necessário adequar e traçar ações que fossem de encontro às mesmas.

Durante o estágio, procurei desenvolver conhecimentos teóricos através da realização de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas, de forma a conseguir colaborar na melhoria contínua dos cuidados prestados. Uma prática que tem por base o conhecimento científico permite que se crie um ambiente isento de erros, propício ao bem-estar da família e doente crítico, com disponibilidade e confiança e uma melhor gestão do risco. Na UCI foi possível consultar e assimilar protocolos, normas e instruções de trabalho existentes; procurei conhecer e identificar projetos e programas de melhoria contínua da qualidade da UCI, através de recolha de informação junto do enfermeiro responsável pela formação em serviço e do enfermeiro orientador; foram prestados cuidados de enfermagem especializados que eliminassem ou atenuassem o desconforto físico, psicossocial, cultural e espiritual sentido pela família e pelo doente crítico.

No estágio, apercebi-me de uma grande capacidade de organização por parte da equipa multidisciplinar, por exemplo, existem caixas pré-concebidas (os chamados *kits*) com material para determinados procedimentos: são excelentes em relação ao planeamento e gestão da

prestação de cuidados, evitando tempo que se perde e falta de material que pode ser crucial num ambiente de urgência ou emergência.

As discussões de ideias junto dos orientadores, permitiu pensar e planear novas formas de intervir durante a prestação de cuidados. O *brainstorming* que se gera permite colocar à prova a capacidade de organização, resposta e boa prática de cuidados, através do pensar e do motivar para melhorar aquilo que é a prática atual. Pela experiência que tive, ao realizar a formação em serviço no local de estágio, posso afirmar que a equipa de enfermagem se encontrava parcialmente recetiva a novas ideias, sendo que embora os motivasse ouvir e aprender novas guidelines, mostravam pouca disponibilidade para aderir às ações fora do seu tempo de trabalho.

Por fim, o desenvolvimento, organização e implementação do projeto de intervenção, permitiu a mobilização de conhecimentos teórico-práticos, obtendo conhecimentos avançados sobre as áreas a que me propus trabalhar, contribuindo assim para aquilo que será a melhoria do serviço onde desenvolvi o estágio.

Considerando o que foi acima descrito, considero ter atingido as competências referidas neste domínio.

### 5.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

C1. – “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019: 4748) e C2. – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019: 4748): para a obtenção de tais competências, procurou-se identificar os fatores-chave necessários para uma liderança assertiva; promoveu-se um ambiente de união no seio da equipa multidisciplinar, otimizando assim a prestação de cuidados; sempre que possível, houve uma preocupação na gestão dos recursos humanos (e conseqüente supervisão e orientação nas tarefas delegadas), materiais e físicos da melhor forma, tendo em conta a limitação do serviço, e a capacidade do mesmo; procurei refletir naquilo que é o clima organizacional e o impacto que a liderança pode provocar na dinâmica e motivação dos profissionais; e por fim, as situações e os momentos de aprendizagem foram usados para desenvolver estratégias de comunicação, adequadas às ocasiões, que promoveram a recolha e a exploração de informações pertinentes.

Várias foram as situações em que pude observar o desempenhar de funções de gestão e liderança, não tendo eu praticado de certa forma tal papel, contudo acompanhei o enfermeiro-chefe durante um turno, para assimilar as competências de gestão e liderança. Como observador, vários foram os momentos que pude refletir sobre aquilo que seriam as melhores práticas e os exemplos a seguir. Mais particularmente na UCI, acabou por se tornar mais fácil a observação desta competência. Neste serviço, o enfermeiro-chefe e que desempenha um papel de gestão e chefia, tem a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que na minha ótica me parece o mais adequado, tendo em conta as especificidades do mesmo.

Durante a semana o enfermeiro-chefe assiste à passagem de turno e retira as suas próprias notas para referências futuras. É ele que efetua a distribuição do rácio enfermeiro-doente para o turno da manhã, da tarde e da noite. Esta distribuição pelo rácio é feita com base na avaliação do sistema TISS-28.

A gestão dos stocks e da reposição de material é feita diariamente pelo enfermeiro-chefe e este tem o cuidado de deixar todo o serviço o mais orientado e guarnecido possível para os dias/turnos em que se encontra ausente. Quando não está presente e é necessário algo, essas

funções estão novamente delegadas nos elementos com mais anos de profissão ou que seja enfermeiro-especialista.

De uma forma geral, os conflitos que surgiam no serviço, as decisões que eram necessárias tomar e as trocas de ideias que por vezes se geravam, foram sempre resolvidas da forma mais correta, assertiva e clara. O enfermeiro-chefe organiza e coordena a equipa da melhor forma possível, adaptando o seu papel e estilo de liderança consoante a maturidade e a motivação dos profissionais em questão.

Através da observação direta do desempenho desta competência na UCI, e desempenhando a função de chefia no meu serviço, sendo avaliado e considerado pelos meus pares, considero ter atingido a mesma.

#### 5.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio supramencionado, encontramos as seguintes competências: D1. – “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019: 4749) e D2. – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019: 4749).

As atividades desenvolvidas basearam-se na identificação e reflexão das dificuldades sentidas em estágio; planeamento de estratégias para a superação das dificuldades encontradas, junto dos orientadores; realização de pesquisa bibliográfica pertinente, tendo por base a mais recente evidência científica; elaboração de uma revisão integrativa da literatura com base num tema de interesse para o serviço.

O facto de ter passado por um serviço de urgência há 5 anos e agora por uma unidade de cuidados intensivos, fez com que fosse necessário desenvolver características o mais adaptadas possível a esse tipo de ambiente. Foi possível crescer como pessoa (emocional e racionalmente) e como profissional (técnica e comunicacionalmente), conseguindo lidar e adaptar-me o mais possível aquele que é o carácter crítico e duro que este tipo de serviços pode ter.

A transmissão de más notícias era algo que me causava algum medo, principalmente pelo facto de ter experienciado até à data a transmissão de notícias tão poderosas e duras. Creio que foi importante observar os pares e os restantes elementos da equipa multidisciplinar nesta tarefa, pois sem a ajuda deles e o seu exemplo, não seria tão fácil esta aprendizagem.

Beneficiei da relação empática assertividade na prestação de cuidados e na relação com o outro de todas as experiências ao longo dos momentos de estágio.

Algumas das competências conseguiram ser alcançadas através da fundamentação da prática na teoria fundamentada, ou seja, na prática baseada na evidência.

Saliento a importância que foram as unidades curriculares como Enfermagem Médico-Cirúrgica (1 a 5) e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada para o desenvolvimento e aplicação de conhecimentos e capacidades em contexto de estágio.



O desenvolvimento do projeto de intervenção permitiu-me também consolidar aquilo que é a metodologia de projeto, mais concretamente, a metodologia de projeto baseada nos cuidados de saúde.

Concluo que após o que foi referido acima, considero ter atingido a competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

## 5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018: 19359), o regulamento por si elaborado e publicado em Diário da República define o caráter de “competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção”.

O âmbito da especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como foco principal a pessoa que está numa situação crítica, e por pessoa em situação crítica entenda-se que é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018: 19362).

No âmbito das competências específicas associadas à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), encontram-se três:

- “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19360);
- “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018: 19361);
- “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018: 19362).

Dentro destas três competências, pode-se encontrar de igual forma às competências comuns, unidades de competência e respetivos critérios de avaliação.

Este subcapítulo baseia-se numa reflexão sobre aquele que foi o percurso em contexto de estágio. Foram várias as atividades que me propus a desenvolver para atingir cada competência

específica, pelo que passo a descrever cada uma, relacionando-as com a competência em concreto.

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

Esta competência subdivide-se em seis unidades de competência e seus critérios de avaliação, nomeadamente:

- “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2018: 19363);
- “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2018: 19363);
- “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018: 19363);
- “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2018: 19363);
- “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19363);
- “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19363).

Durante o estágio, pude contactar por diversas vezes com doentes que apresentavam uma situação crítica e/ou com falência de pelo menos um órgão. Tendo em conta a especificidade das situações, e tal como a OE (2018) especifica, há a necessidade de uma prestação de cuidados altamente diferenciada e qualificada, de maneira a conseguir-se dar continuidade à vida da pessoa, respondendo às suas necessidades e permitir manter aquelas que são as suas funções básicas para a vida, levando ao máximo a premissa de evitar complicações e limitações posteriormente, sempre com vista à total recuperação.

Perante isto, as intervenções de enfermagem foram planeadas, executadas e avaliadas em função da pessoa em situação crítica, com a melhor qualidade possível, em tempo útil e de forma autónoma; garantiu-se o conhecimento dos protocolos terapêuticos implementados, de forma a conseguir-se dar resposta de forma mais célere e segura; otimização da resposta em situação de emergência e/ou maior instabilidade hemodinâmica; desenvolvimento de

competências no âmbito do bem-estar físico, cultural, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica, bem como na dignificação da morte e nos processos de luto.

Este tipo de competências são bastante complexas e requerem muito trabalho, foco e disciplina para se conseguirem alcançar, além de que requer um enorme esforço físico e mental para se conseguir conjugar tudo o que é a teoria e a prática. Na verdade, sem prática as coisas tornavam-se muito mais difíceis de alcançar. O curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e o curso Advanced Trauma Life Support (ATLS) foram ambos uma grande base para aquela que pode vir a ser a necessidade de intervenção junto da pessoa em situação crítica. Atualmente, não faz sentido profissionais de saúde que trabalham em serviços com emergências/urgências/doentes críticos não terem pelo menos a formação em suporte avançado de vida pois esta permite o treino de situações críticas em que a capacidade de resposta, destreza e orientação são fulcrais. A própria posição de *Team Leader* que um dos elementos envolvidos tem de adotar perante estas situações, pode igualmente ser trabalhada e otimizada, permitindo assim uma melhor resposta e com melhor prognóstico para a vítima. Sem dúvida, preparou-me para aqueles que podem ser alguns dos piores cenários, através de formações certificadas.

Durante o estágio, pude contactar com múltiplas pessoas que possuíam as mais diversas patologias, iniciando no foro cardíaco/respiratório, até à patologia renal. Conforme as patologias e falências associadas, assim era a especificidade dos procedimentos: na UCIDEM, tive a oportunidade de poder realizar colheitas de sangue para gasimetria, através de linhas arteriais, prestando todos os cuidados inerentes à manipulação e manutenção das mesmas; pude intervir em várias situações de *life saving*, permitindo-me assim a consolidação de conhecimentos teóricos com base na evidência recente e algoritmos que havia antes aprendido e consolidado; acabei por consolidar a leitura de traçados eletrocardiográficos, otimizando assim a interpretação em situações de instabilidade hemodinâmica, incluindo situações periparagem (permitindo assim a sua prevenção); no contacto com doentes ventilados, tive necessidade de recorrer aos manuais e a artigos científicos para compreender melhor a manipulação e leitura dos ventiladores, permitindo-me conseguir interpretar as ondas geradas e reconhecer quando a pessoa tem estímulo respiratórios, quando os parâmetros se encontram desajustados e a necessidade de acerto dos mesmos, assim como identificar quando existe necessidade de aspiração de secreções por exemplo.

Mais do que trabalho e prática da minha parte, a observação da prestação de cuidados por parte dos meus orientadores foi crucial. Por vezes, devido à especificidade dos procedimentos e das abordagens, sentia a necessidade de fazer uma observação direta mais intensa dos mesmos, de forma a conseguir compreender na totalidade o que se pretendia e a melhor forma de o executar. Através do inverso, também foi possível colmatar algumas lacunas e pequenos pormenores que para mim acabavam por passar despercebidos, mas para os orientadores fazia sentido serem executados. Através desta troca de experiências e de observações, consegui ‘afinar’ a minha prática o melhor possível, pois para mim faz sentido uma atuação rápida e eficaz mas depois de estabilizado o doente, há toda uma panóplia de acontecimentos e cuidados a prestar que já podem ser feitos de forma mais tranquila e aprimorada e não pode ser descurada.

Tal como mencionado anteriormente, foi possível assistir e participar na transmissão de más notícias à família, retirando estratégias necessárias para lidar e liderar no futuro momentos semelhantes. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), cabe ao enfermeiro especialista a gestão emocional decorrente da situação crítica vivida pelo doente e sua família, aquando do impacto inicial de uma notícia deste foro.

Como enfermeiro especialista, terei de conseguir executar uma “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2017: 12), e uma vez que sou responsável pela terapêutica que administro, é impreterível consolidar conhecimentos nesta área. No local de estágio deparei-me com uma panóplia de fármacos que habitualmente não uso no meu local de trabalho, por essa mesma razão, tive de me concentrar em estudar as mais diversas formulações, modo de atuação, efeitos secundários e possíveis interações, pois de outra forma não estaria apto a prepará-los e administrá-los, não sabendo como atuar em caso de complicações após a administração. Dentro destas variedades, podia-se encontrar anestésicos e curarizantes, aminas, opióides, simpáticomiméticos, antibióticos, entre outros.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que o enfermeiro EEMCPSC faça “a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica” (2017: 11) e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (2017: 11) e foi com base nestas duas premissas que foi realizada a revisão integrativa da literatura e a formação em serviço, ambas com o título ‘Comunicação com a família do doente crítico

internado na unidade de cuidados intensivos', que integram o projeto de intervenção em serviço. Graças ao desenvolvimento destas atividades, e de toda a base teórica que esteve por detrás das mesmas, foi possível melhorar de forma exponencial e eficaz a forma como comunico com a família do doente crítico, pois foram adotadas estratégias e o uso de materiais que facilitam a relação enfermeiro-família. Através da melhoria da comunicação com a família, torna-se mais fácil ir de encontro àquelas que são as suas perspetivas e os seus desejos, criando uma ligação entre a parte técnica dos cuidados e o bem-estar da pessoa.

Em suma, o projeto de intervenção permitiu, na sua totalidade, atingir a competência específica 1., através de uma série de atividades e intervenções de carácter específico e especializado.

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

Pressupõe-se que o enfermeiro especialista atue perante situações de emergência, exceção e catástrofe, começando com a conceção e até ao planeamento e gestão da resposta eficaz e eficiente, prontamente e de forma ordenada e disciplinada, preservando todos e quaisquer vestígios aquando da presença de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Esta competência subdivide-se em cinco unidades de competência e seus critérios de avaliação:

- “Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018: 19363);
- “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe” (OE, 2018: 19363);
- “Planeia resposta à situação de catástrofe” (OE, 2018: 19364);
- “Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018: 19364);
- “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018: 19364).

Tendo em conta o local de estágio e a dinâmica do mesmo, não é possível abordar esta competência na sua plenitude, mais precisamente na totalidade do seu sentido prático, no entanto, optei por inteirar-me do protocolo de atuações em situações de catástrofe do Hospital, nomeadamente no serviço da UCI. Conhecendo o protocolo geral e o protocolo de atuação dirigido ao serviço onde me encontrava a desempenhar funções, permitia-me poder atuar em caso de necessidade.

É de salientar que em situações como as supra indicadas, o enfermeiro especialista deve em toda e qualquer altura assegurar as condições de segurança, pois sem estas não é possível qualquer atuação por parte dos profissionais. No caso de existirem várias vítimas de trauma, a resposta deve ser adequada às mesmas, tendo sempre presente que a vítima é um todo e não apenas aquilo que percebemos num primeiro instante.



É necessário termos presentes as indicações que há e os protocolos existentes nos serviços acerca da necessidade de efetuar triagem de vítimas (a existência de um sistema de triagem que promova o atendimento com base nas prioridades clínicas e capacidade de recuperação funcional, é essencial), circuitos de evacuação e transporte e as recomendações e orientações mais recentes para a prestação de cuidados. Só desta forma se conseguirá dar uma resposta de forma coordenada e capaz.

Tendo em conta as limitações do meio envolvente, e considerando as atividades que desenvolvi de forma a atingir a competência em questão, afirmo que esta foi desenvolvida e atingida.

### 5.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. A IACS, não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção.” (OE, 2017: 10).

Considerando, nos vários contextos de atuação, o risco de infeção, o tecnicismo e a tecnologia envolvida nos cuidados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista precisa de ter uma resposta eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2017).

Grande parte dos procedimentos usados para manter as funções vitais são invasivos, tendo como exemplos, a colocação de cateteres venosos centrais, cateteres para realização de técnicas dialíticas, cateteres vesicais, linhas arteriais, aspiração de secreções através de tubos orotraqueais ou traqueostomias, exames complementares de diagnóstico, entre outros.

Em relação a esta competência, seguem-se duas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação:

- “Concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19364);

- “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19364).

Aquando da realização de técnicas invasivas ou a manipulação de sistemas e panóplias dos doentes, houve um cuidado constante, seguindo os princípios da assepsia e controlo de infeção estipulados, tendo tido a oportunidade de colaborar com o pessoal médico em vários procedimentos deste foro.

Foram vários os momentos em que tive acesso e pude ler e analisar a informação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), disponibilizado na *Intranet*, da ULSNA. Nesta foram agrupadas as evidências científicas mais recentes com recomendações e *guidelines* acerca do assunto.

Durante a realização do estágio da UCI, tive a oportunidade de ter contato com doentes que necessitavam de isolamento devido à presença de microrganismos multirresistentes, o que levou a um maior conhecimento e consolidação de conceitos e abordagens anteriormente já lecionados.

Para atingir a competência 3., foram identificadas e verificadas as normas, protocolos e planos de prevenção e controlo de infeção presentes nos serviços; foi promovido um ambiente propício à prevenção e controlo da mesma; e as intervenções de enfermagem foram executadas com base nas premissas mais recentes e que maximizassem a maior prevenção possível das IACS, quando possível.

Durante o estágio, umas das intervenções que mais executei foi a aspiração asséptica de secreções em doentes ventilados. Apesar de ser uma técnica muito estudada e desenvolvida ao longo dos anos, ainda se associa à pneumonia associada à ventilação (PAV), cujos valores em 2017 referiam uma densidade de incidência de PAV por 1000 dias de entubação de 6,6 (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2018).

A consulta do documento Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e a pesquisa e leitura do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS

permitiu-me consolidar conhecimentos e fundamentar aquilo que é a minha prestação de cuidados diária.

Por fim, e sendo uma das medidas mais amplamente conhecidas e usadas, cumpri de forma escrupulosa aquela que é a base da prevenção e controlo de infeções, ou seja, a lavagem das mãos e os seus cinco momentos. Estas são um veículo importante na transmissão de microrganismos e cabe aos profissionais de saúde evitar essa cadeia de propagação.

Perante o acima descrito, considero que a competência foi totalmente atingida.

### 5.3 ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Todo o percurso desenvolvido ao longo dos últimos dois anos permitiu adquirir competências tanto comuns como específicas na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, mas foi um caminho partilhado para alcançar igualmente competências de Mestre em Enfermagem.

Assim sendo, o atual Mestrado em Enfermagem guia-se de forma a seja possível que o mestrando alcance as sete competências que estão preconizadas de forma a obter o grau de Mestre, as quais são:

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

Durante o estágio, trabalhei o mais possível para conseguir realizar uma prestação de cuidados de forma diferenciada: fundamentada num assento teórico-prático, observei, planeei diagnósticos e intervenções de enfermagem, de forma autónoma e tendo em conta aquilo que é preconizado, avaliando os resultados obtidos e fazendo assim a gestão dos cuidados. Procurei a autonomia sempre que possível e isso verificou-se no internamento da Unidade de Cuidados Intensivos.

Um dos momentos de aprendizagem que mais me fez crescer, prendeu-se com a atuação numa emergência, um paciente Covid em pronação extubou-se, em que participei de forma ativa em conjunto com os pares, integrando-me naquele que era um trabalho de equipa com uma abordagem *life saving*, seguindo mentalmente os protocolos que havia aprendido e conseguindo interpretar cada passo seguinte necessário. A equipa funcionou como se de uma orquestra se tratasse: cada um com a sua função e antecipando o que seria necessário no instante a seguir.

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

Através da realização de revisões integrativas da literatura, formações em serviço e a criação de uma instrução de trabalho, foi possível elaborar, contribuir e partilhar a evidência científica mais recente. Na participação destas atividades, os pares tiveram a oportunidade de aumentar os seus conhecimentos e atualizar noções que já tinham anteriormente. Quanto a mim, fez-me crescer como Enfermeiro e capacitou-me para um futuro em que poderei contribuir mais e da melhor forma para a comunidade científica.

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

Como mencionado anteriormente, deparei-me com algumas situações onde era necessário tomar decisões de forma mais consciente possível e que preservasse a segurança do doente acima de tudo, para isso acontecer, foi essencial um crescimento gradual, embora contínuo, em relação à minha capacidade para conseguir gerir a prestação de cuidados e a minha resposta a situações complexas e do foro crítico. A minha prévia experiência profissional até à data, não me tinha permitido lidar com este tipo de situações, levando a que iniciasse um percurso em que precisei de beber todo o conhecimento e todas as oportunidades que me eram dadas de forma a conseguir melhorar e evoluir o mais possível neste aspeto.

A comunicação entre mim e o enfermeiro orientador foi imprescindível, pois ele era a pessoa ideal para identificar as minhas falhas e ajudarem-me a crescer e direcionar-me para o melhor caminho. Foi com ele que discuti opiniões e experiências, conseguindo assim colmatar as lacunas e aperfeiçoar a minha prática diária, considerando a responsabilidade ética e deontológica, profissional e social.

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

O meu percurso até iniciar o Mestrado em Enfermagem foi sempre baseado na procura de mais conhecimento: através de formações certificadas, pesquisas bibliográficas, elaboração de artigos científicos e formações de nível diferenciado. Ao conseguir iniciar este projeto, não descurei essa procura por desenvolvimento e mais conhecimento. A par com o percurso do Mestrado, foquei-me na continuidade de procura por mais formação, realização de pesquisas

por conhecimentos teóricos baseados na mais recente evidência, fomentando assim uma prática de cuidados diferenciada e de maior qualidade.

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

Todas as atividades realizadas durante a componente teórica, como as atividades desenvolvidas em estágio, permitiram-me trabalhar de forma proactiva com os pares, contribuindo para a união do trabalho em equipa e melhorando os relacionamentos interpessoais com os mesmos.

A proatividade só consegue ser alcançada, após a construção de uma base sólida de conceitos e conhecimentos teóricos de forma a suportar as minhas tomadas de decisões no contexto da prestação de cuidados.

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

Uma das atividades que desenvolvi e vai de encontro à competência especificada, tratou-se da elaboração da formação em serviço ‘Comunicar com os familiares do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos’ e a adaptação de um instrumento facilitador da comunicação enfermeiro-família. Para chegar ao produto final, necessitei de identificar os problemas do serviço (através de análise diagnóstica, nomeadamente questionários e entrevistas abertas), planejar e intervir na formação dos pares. Procedi à realização de uma avaliação, tendo em conta a investigação traçada e as políticas de saúde.

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

Conforme supracitado no capítulo anterior, foram desenvolvidas e aprofundadas atividades que permitiram alcançar de forma total as competências assim exigidas no âmbito da especialização em EMC-PSC.

Perante o disposto durante deste capítulo, considero que atingi de forma justa as competências de Mestre em Enfermagem.



## 5.4 CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu materializar, através de profunda análise e reflexão, todas as intervenções que foram realizadas durante o período de estágio, refletindo assim todo o percurso realizado na UCI.

O Estágio Final realizou-se na UCI, onde foi possível desenvolver o projeto de intervenção em serviço intitulado 'Comunicação com a Família do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos'.

Este relatório de estágio teve início na apreciação e caracterização breve dos contextos clínicos, estrutura física, recursos materiais e recursos humanos.

Os momentos de estágio são o momento ideal, com as circunstâncias perfeitas reunidas, para adquirir, mobilizar e aplicar competências na prática clínica. Competências estas que irão desenvolver um conjunto de saberes inerentes à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, proporcionando-me uma visão mais criteriosa relativamente à prestação de cuidados baseada na evidência. Além da aquisição de competências, este percurso permitiu crescer a nível pessoal e profissional, ultrapassando aquelas que eram as minhas capacidades e os limites que eu tinha pensava ter enquanto ser humano. A experiência em estágio foi positiva por diversas razões, sendo que houve dois fatores que contribuíram em pleno para que tal acontecesse: primeiro o facto de ter tido oportunidade de ter contato com a Pessoa em Situação Crítica; a segunda deve-se ao facto de ter tido um orientador que me transmitiu da melhor forma todo o conhecimento teórico-prático que possui, sendo ele um profissional que presta cuidados com extrema dedicação, conseguindo transmitir-me a mim a mesma dedicação e paixão pelo serviço.

O Estágio Final realizou-se na UCI, onde foi possível desenvolver o projeto de intervenção em serviço intitulado 'Comunicação com a Família do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos'.

Graças ao enfermeiro orientador, consegui identificar objetivamente as lacunas existentes no serviço e procurámos ir de encontro àquilo que poderia ser mais benéfico e trazer maior qualidade à prestação de cuidados diferenciados de qualidade.

Um dos pilares da enfermagem passa pela comunicação com o doente/família, sendo esta considerada uma das artes no cuidado holístico, fazendo assim parte essencial e integrante dos cuidados de saúde, por isto, optei por seguir pela vertente da comunicação entre o enfermeiro e a família do doente crítico.

Conseguir despertar o interesse nos pares, quanto ao projeto desenvolvido, gerando assim a possibilidade de ser uma intervenção que no futuro esteja melhorada e possa fazer parte dos critérios de qualidade da UCI. Mais do que uma melhoria na prestação de cuidados, preconiza-se um alcance do bem-estar e a auto-transcendência por parte da família do doente crítico, libertando-se daquilo que é a sua vulnerabilidade inerente ao momento, tal como Pamela Reed preconiza.

Uma das limitações identificadas no desenvolvimento do projeto, prendeu-se com a limitação temporal e os atrasos para a autorização do Conselho de Administração na sua realização, pelo que não foi possível fazer uma avaliação adequada após a sua implementação. Uma das formas de se contornar esta questão, teria sido acelerar o início dos trabalhos, ainda na etapa da identificação do problema, pedir o parecer do CA atempadamente e, conseqüentemente, a sua resposta.

Pode-se concluir que foram alcançados todos os objetivos propostos para este relatório, assim como os objetivos delineados no início desta etapa, pois as competências comuns e específicas inerentes à EEMC-PSC e ao Mestrado em Enfermagem foram igualmente adquiridas.

Posteriormente irá realizar-se a sua discussão em provas de defesa pública, constituindo-se como a última etapa deste percurso académico e profissional, que deixa marcas profundas e permanentes no desenvolvimento pessoal e profissional.

Finalizar esta etapa não significa fechar portas ao conhecimento, pois a profissão e a arte estão em constante mudança e é essencial a necessidade de atualização contínua da prática e do conhecimento.

A minha prestação de cuidados melhorou tendo em conta aquilo que é a minha realidade a nível de serviço. A minha capacidade de resposta, a atenção aos pequenos sinais, tendo uma

intervenção mais apta e segura irão permitir-me uma abordagem mais eficaz e competente junto de todos os doentes e familiares.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Alligood, M. (2014). *Nursing Theorist and their work* (8<sup>th</sup> edition). Missouri, United States of America: Elsevier.
2. Ali, S., Nambafu, J. & Daroowalla, F. (2019). Fostering productive conversations in a Kenyan tertiary intensive care unit: lessons learnt. *Pan African Medical Journal*. 2019;34:104. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.104.20526>
3. Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 181, 8059 - 8105.
4. Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES] (2017). Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem. In *Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus*. Disponível em [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)
5. Benner, P (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
6. Büyükçoban S., Mermi Bal Z., Oner O., Kilicaslan N., Gökmen N. & Çiçeklioglu M. 2021. Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: comparison of nurse and family perceptions. *PeerJ* 9:e11125. <http://doi.org/10.7717/peerj.11125>
7. Cabacete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A. & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 20, pp. 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
8. Curtis, J., Treece, P., Nielsen, E., Gold, J., Ciechanowski, P., Shannon, S., Khandelwal, N., Young, J. & Engelberg, R. (2015). Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 193, Iss 2, pp 154–162, Jan 15, 2016. <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>

9. Elliot, Z. & Elliot, S. (2018, março) An overview of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 28(32), 41-49. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10710>
10. Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M., Assenhas, A., Mirante, A., Silva, C., ... Pereira, H. (2010, Jan-Mar). Metodologia de projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 5, 1-37. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
11. Gill, M., Bagshaw, M., McKenzie, E., Oxland, P., Oswell, D. & Boulton, D. (2016) Patient and Family Member-Led Research in the Intensive Care Unit: A Novel Approach to Patient-Centered
12. Hollman, F., Wåhlin, I., Orwelius, L. & Ågren, S. (2017) Health-promoting conversations: A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.13969>
13. Holm, A. & Dreyer, P. (2018, março). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 2(23), 88-94. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
14. Jennifer N. Ervin (2019), Communication expectations of critically ill patients and their families. *J Emerg Crit Care Med*. 2019 September; 3. <https://doi.org/10.21037/jeccm.2019.09.02>.
15. Kehali H., Berhane Y. & Gize A. (2020). A phenomenological study on the lived experiences of families of ICU patients, Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE* 15(12): e0244073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244073>
16. Konwar, G., Begum, F. & Baruah, B. (2016). Anxiety level among family members attending patients admitted in intensive care unit. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, vol. 7, issue 1, p.60-64. <https://doi.org/10.5958/2394-2061.2016.00010.0>
17. Lima FC, Soares TB, Ueno TMRL, Garcez JCD, Martinez-Riera JM, Aguiar VFF. (2021) Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário.

São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(34):78-87.  
<https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>

18. Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de Enfermagem* (2ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta.
19. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Leiria, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
20. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 135, 19359 - 19370.
21. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 26, 4744 - 4750.
22. Ordem dos Enfermeiros. Parecer nº 15/2018
23. Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. (2005, junho). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2(39), 229-233. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
24. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

25. Reed, P. (2014). The Theory of Self-Transcendence. In Smith & Liehr, *Middle Range Theory for Nursing* (Third edition, pp. 109-139). New York, United States of America: Springer Publishing Company, LLC.
26. Research. *PLoS ONE* 11(8): e0160947. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160947>
27. Roche, D., Reichheld, M., Demosthenes, N., Johansson, C., Howell, D. & Cocchi, N. (2019) Measuring the quality of inpatient specialist consultation in the intensive care unit: Nursing and family experiences of communication. *PLoS ONE* 14(4): e0214918. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214918>
28. Seker, Y., Hergunsel, O., Bostanci, I. & Zeydan, A. (2018). Utility of the Therapeutic Intervention Scoring System-28 to Predict Mortality in Intensive Care Units. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, 1(2), 35-39. doi: <https://doi.org/10.14744/ejmo.2017.00719>
29. Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018, maio). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 23(2), 31-39. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Luis\\_Sousa20/publication/325699143\\_MODEL\\_OS\\_DE\\_FORMULACAO\\_DA\\_QUESTAO\\_DE\\_INVESTIGACAO\\_NA\\_PRATICA\\_BASEADA\\_NA\\_EVIDENCIA/links/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/325699143_MODEL_OS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/links/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf?origin=publication_detail)
30. Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017, novembro). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)
31. Souza RB, Silva MJ, Nori A. Pronto-Socorro (2007): uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes

32. Sutton, L. & Jarden, R. (2017, novembro). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 6(22), 339-347. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12266>
33. Turnbull A., Chessare M., Coffin, K. & Needham, M. (2017) A brief intervention for preparing ICU families to be proxies: A phase I study. *PLoS ONE* 12(10): e0185483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185483>
34. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - EPE [ULSNA] (2020). Missão, Atribuições e Legislação. In *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>
35. Wernet M, Ângelo M. (2003) Moving to the family: giving a new definition for the family and the care. *Rev. esc. enferm. USP* 37 (1). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000100003>
36. Versiani, C. D., et al. 2012. Revista digital. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. [Online] julho de 2012. [Citação: 3 de janeiro de 2014.] <http://www.efdeportes.com/>.
37. Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. (Abr/ Jun de 2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem.



## 7. APÊNDICES

## 7.1 Apêndice I – Cronograma do Projeto de intervenção em serviço

Ano letivo 2021-2022	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Escolha do tema mediante reunião com o enfermeiro-chefe e com o enfermeiro-Supervisor					
Planificação estrutural do Projeto					
Pedido de parecer à comissão de ética do Hospital					
Pedido de parecer à comissão de ética da Universidade de Évora					
Elaboração da proposta de Projeto					
Elaboração dos instrumentos de colheita de dados					
Entrega dos questionários sociodemográficos e diagnósticos					
Análise dos resultados dos Questionários					
Conceção do plano de Formação					
Realização de sessões teórico-Práticas					
Avaliação dos resultados do projeto mediante elaboração do Relatório					

## 7.2 Apêndice II – Projeto de Estágio

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



#### **Plano:**

**Local de estágio:** - Hospital da Região Norte do Alentejo. Unidade de Cuidados Intensivos,

**População Alvo:** - Os Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos que comunicam com a Família do Doente Crítico internado.

**Levantamento de necessidades:** - através de uma entrevista não estruturada com o enfermeiro em funções de chefia e com o enfermeiro responsável pela formação, foi apurado que não existia uma Norma de Acolhimento de Familiares do Serviço. Complementar esta reunião com um questionário aos familiares do Doente Crítico de modo a caracterizá-los socio demograficamente e a identificar dificuldades na comunicação e posteriormente adequar o Panfleto.

#### **Procedimentos a realizar:**

- Criação de Norma de Acolhimento de Familiares;
- Criação de Guia de Acolhimento de Familiares;
- Realização de uma Ação de Formação em Serviço para sensibilização sobre o tema desenvolvido;
- Avaliação da Ação de Formação realizada junto dos Enfermeiros;
- Questionário de satisfação dos familiares;

#### **Instrumentos de colheita de dados:**

- Caracterização sociodemográfica dos Enfermeiros.
- Questionário acerca dos conhecimentos dos Enfermeiros sobre a temática a aplicar antes e após a Sessão de Formação.
- Questionário de avaliação da Sessão de Formação acerca da Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas.

**Indicadores de Resultados:**

- Elaboração de uma Norma de Serviço, tendo por base uma Revisão Sistemática da Literatura.
- % de Enfermeiros que apresentam conhecimentos sobre a temática antes e após.
- Resultados sobre a Sessão de Formação de Enfermeiros.
- -% de Participação/Adesão dos Enfermeiros à Sessão de Formação.
- % de Familiares que após a leitura do Panfleto respondem ao questionário de satisfação.

**Questões Éticas:**

Os Familiares/ Visitas e Enfermeiros envolvidos serão informados da garantia de anonimato e de confidencialidade em relação aos dados colhidos, bem como âmbito e do objetivo do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia e que não irão ocorrer interferências na prestação de cuidados.

**Resumo:**

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, reconhecem a comunicação como uma aptidão de extrema importância.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que o enfermeiro EEMCPSC faça “a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica” (2017: 11) e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (2017: 11).

Considera-se pertinente a exploração desta temática uma vez que o ambiente que caracteriza a UCI pode significar uma ameaça à Família. Esta é “(...) uma extensão do paciente o cuidar dele também requer cuidar das pessoas queridas.” (Nascimento, 2012, p.621).

Assim, surge a realização do estudo “Comunicação com os familiares do doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos”.

Desta forma, torna-se essencial indicar os objetivos deste estudo:

Como objetivo geral definimos:

- Melhorar a comunicação com a Família do doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos.

Como objetivos específicos definimos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática (Revisão Sistemática da Literatura)
- Elaborar uma Norma de Acolhimento de Familiares da Unidade de Cuidados Intensivos;
- Realizar uma Ação de Formação sobre a Norma de Acolhimento de Familiares da Unidade de Cuidados Intensivos.

### **Bibliografia:**

- Bertinelli, L.A. & Erdmann, A.L. (2009) Interação em unidade de terapia intensiva e afamília: perspectivas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27 (1), 10-19.
- Dithole, K., Thupuyagala-Tshweneagae, G., Akpor, O. & Moleki, M. (2017, dezembro). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 74(16), 1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Camponogara, S., Santos, T., Rodrigues, I, Frota, L., Amaro, D. & Turra, M. (2013). Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *Journal of Research Fundamental Care On Line*, 5 (4), pp. 622-634. Retirado em 12.11.2021 de [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309/pdf\\_972](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309/pdf_972).
- Eriksson, T., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2011). The experiences of patients and their families of visiting in an intensive care unit. A hermeneutic interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Holm, A. & Dreyer, P. (2018, março). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(23), 88-94. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- Martins, J. J., Nascimento, E. R. P., Gerezias, C. K., Schneider, D. G., Schwesitzer, G., & Neto, H. M. (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1091-101.

7.3 Apêndice III – Pedido de parecer do Conselho de Administração

17/R

110 CA  
02.03.2022

**ULSNA**

**INFORMAÇÃO**  
N.º 13/2022, de 25 de fevereiro

De: Maria Luiza Lopes  
Para: Sr. Vogal Executivo do CA- Dr. Raul Cordeiro  
C/C:

Ata 09/2022  
Doc. 92

ASSUNTO: Protocolo de Investigação: "Comunicação eficaz com os familiares do doente crítico internado na UCI."

<p style="text-align: center;"><b>PARECER</b> ULSNA, EPE Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">_____ Presidente</p> <p style="text-align: center;">_____ Vice-Presidente</p> <p style="text-align: center;">_____ Membro</p> <p style="text-align: center;">_____ Membro</p> <p style="text-align: center;">_____ Membro</p> <p style="text-align: center;">_____ Membro</p>	<p style="text-align: center;"><b>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</b></p> <p style="text-align: center;">Ponto constante Comunicação e a presença a partir de reunião, autorizada e efetiva. Al. Com. de E. UCI GC a representante. 02/03/2022</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O Sr. Enl.º Pedro Miguel da Silva Miranda, solicitou autorização para realização do estudo: "Comunicação eficaz com os familiares do doente crítico internado na UCI."

Cumprir apreciar:

**I- Enquadramento e Pertinência do Estudo**  
A fundamentação e a pertinência do estudo encontram-se descrita detalhadamente no projeto, existindo um reconhecimento que a comunicação com os utentes, constitui extrema importância, sendo imprescindível conhecer como melhorá-la.

**II- Objetivos**  
Objetivo geral:  
- Melhorar a comunicação com a família do doente crítico internado na UCI.

Objetivos específicos:  
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática (revisão da literatura).  
- Elaborar norma de acolhimento de familiares da UCI.  
- Realizar uma ação de formação sobre a norma de acolhimento de familiares da UCI.

**III- População Alvo- Amostra**  
- Enfermeiros da UCI que comunicam com a família do doente crítico internado na UCI.

**IV- Colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude**

ULSNA-EPE  
SECRETARIA DO CA-ADMINISTRAÇÃO  
ENTRADA Nº 202209506  
25.02.22  
Sandra Oliveira  
(140)

JAE  
45

W00-07-ADM-02 Página 1 de 2



Os dados a colher são fornecidos pelos participantes através de questionários que lhes será apresentado, donde constam as variáveis descritas no protocolo e que não nos merecem reparos ético legais.

O fundamento de legitimidade e sua licitude encontra-se no consentimento informado das participantes ou de quem legalmente os represente.

#### V- Metodologia

Os dados serão recolhidos através do instrumento de avaliação descrito no protocolo do estudo e tratados através da aplicação SPSS.

#### VI- Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo, quantitativo, de natureza prospetiva e com desenho observacional e transversal.

#### VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pelo interesse e importância do mesmo.

A metodologia a utilizar na recolha de dados estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que na informação que se pretende recolher estão acuteladas as questões ético legais, sendo o fundamento de legitimidade e licitude consubstanciada no consentimento livre e informado que cada participante ou o seu representante legal prestará.

O requerente compromete-se ainda que a informação recolhida se destina apenas para a finalidade do estudo. Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do mesmo: *"Comunicação eficaz com as famílias do doente crítico internado na UC"*.

O investigador deverá ainda apresentar o trabalho na ULSNA, E.P.E. após sua conclusão, devendo agendar um dia para o efeito, a conciliar com o Conselho de Administração.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

Pela Comissão de Ética

Maria Luíza  
Lopes

Digitally signed by  
Maria Luíza Lopes  
DN: cn=Maria Luíza  
Lopes

Junta: Protocolo do estudo.

## 7.4 Apêndice IV – Formação em Serviço, ‘Norma de acolhimento de familiares/visitas na Unidade de Cuidados Intensivos’

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

### 1. OBJECTIVO

Definir procedimentos no acolhimento de familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos. Uniformizar procedimentos na comunicação com a família do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos.

### 2. DEFINIÇÕES

#### 2.1. Documentos de Referência:

- Alligood, M. (2014). *Nursing Theorist and their work* (8<sup>th</sup> edition). Missouri, United States of America: Elsevier
- Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 181, 8059 - 8105.
- Baggio, M. A., Callegaro, G. D., & Erdmann, A. L. (Set-Out de 2008). Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5): 552-557.
- Holm, A. & Dreyer, P. (2018, março). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 2(23), 88-94. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- Oliveira, T. R., & Simões, S. M. (Abril de 2013). A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma



	<p>UCI</p> <p>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</p>
--	--------------------------------------------------------------

interpretação em Travelbee. *Enfermeria Global*, nº 30, pp. 91-105. ISSN 1695-6141.

- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. (2007). Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2): 242-249.
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - EPE [ULSNA] (2021). Missão, Atribuições e Legislação. In *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>
- Versiani, C. D., Silva, K. M., Bretãs, T. C., Marques, F., Souto, S. G., Magalhães, D. O., et al. (Julho de 2012). Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. EFDeportes.com, Revista digital, Nº17, Disponível em <http://www.efdeportes.com/>
- Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. (Abr/ Jun de 2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(2): 358-365.

## 2.2. Conceitos:

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente. Torna-se clara, portanto, a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste sentido, a comunicação é um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional. É a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro – doente crítico/família, é através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos (Phaneuf. 2005).

	<p>UCI</p> <p>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</p>
--	--------------------------------------------------------------

Vários estudos realizados, referem várias estratégias comunicacionais numa relação terapêutica:

- O **acolhimento**, em que o enfermeiro dispensa atenção na relação terapêutica escutando, valorizando as queixas e necessidades do doente crítico/família. Este é o primeiro contato com o doente crítico/família, logo o enfermeiro deve estar disponível e atento às mensagens que lhe estão a ser transmitidas. (Phaneuf. 2005).

- A **verdadeira escuta**, ou o saber escutar reflete-se em três situações: o comportamento físico, isto é, a postura; a observação (olhar o outro) e a escuta propriamente dita (audição). Se o enfermeiro estiver atento às mensagens verbais e não verbais, isto permite-lhe identificar as necessidades expressas verbalmente e não verbalmente, por parte do doente crítico/família. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- O **silêncio**, sendo capaz de fazer pausas na comunicação verbal com a família, ao transmitir uma mensagem, o enfermeiro permite que a família prossiga e exponha o seu pensamento. Desta forma transmite à família a sua aceitação. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- A **empatia** é a capacidade de sentir o que a outra pessoa sente caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela, ou seja, procurar experimentar de forma objetiva e racional o que sente o outro a fim de tentar compreender sentimentos e emoções. Contudo, devemos assegurar uma distância que permita estabelecer uma relação terapêutica. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- A **congruência**, quer dizer que o enfermeiro deve ser verdadeiro, ser ele próprio, demonstrando presença física e humana para entender o doente de forma holística. A congruência na comunicação contribui para um melhor entendimento, aprimorando e otimizando a comunicação. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

	<p>UCI</p> <p>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</p>
--	--------------------------------------------------------------

- O **respeito**, deve-se respeitar o sistema de crenças e valores do doente/família, transmitindo assim o fato de ser um indivíduo único no mundo, merecendo todo o respeito. (Oliveira, T. R., & Simões, S. M. Abril de 2013).

- A **autenticidade**, o enfermeiro não deve ter comportamentos defensivos, mas sim ser verdadeiro, ser ele próprio. Isto pressupõe sinceridade e espontaneidade por parte do profissional de saúde. (Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. 2007).

- O **toque**, o enfermeiro deve utilizar o toque e as suas várias formas para estabelecer sentimentos de confiança, segurança e partilha. Desta forma, o toque tem várias especificidades nomeadamente, o momento em que deve acontecer, devendo ser espontâneo e de conhecimento, proporcionando proximidade e afeto. Este toque afetivo deve comunicar carinho, bem-estar, facilitando a aceitação da doença e a recuperação da saúde. (Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. 2007).

- O **calor humano**, o estabelecimento de uma relação de ajuda depende de vários fatores, como a empatia, a genuinidade, o respeito e outros elementos facilitadores da comunicação. Estes elementos facilitadores da comunicação são a postura, um sorriso, um contato visual direto, o toque ou até pode ser demonstrado verbalmente. Contudo, o que une as pessoas funcionando como catalisador das relações humanas é o calor humano, uma vez que as faz sentirem-se bem-vindas, alegres e descontraídas. (Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. Abr/ Jun de 2010).

Uma comunicação eficaz com o doente/família e o iniciar de uma relação de ajuda, ajuda a gestão do sentimento de gravidade da sua vivência de doença/crise. Ao assegurar um ambiente encorajador e estimulante, o enfermeiro desenvolve e utiliza a relação de ajuda. (Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. Abr/ Jun de 2010).

Através da comunicação verbal e não verbal, estabelece-se um relacionamento interpessoal levando a uma prestação de cuidados mais humanizados, contribuindo para diminuir o medo e a ansiedade da família do desconhecido. (Versiani *et al*, 2012).

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

A interação que a família estabelece com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliar os doentes críticos face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento. (Holm, A. & Dreyer, P., 2018, Março).

### **2.3. Siglas:**

AO - Assistente Operacional

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

### **3. DESCRIÇÃO**

#### **SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:**

#### **PROCEDIMENTOS GERAIS DE ENFERMAGEM**

Registar toda a informação de forma a garantir a qualidade e a continuidade de cuidados.

#### **Se for a primeira visita:**

Quando o familiar entra na sala de visitas da UCI, será recebido pelo AO, que questionará o mesmo se é a primeira visita ou subsequentes;

O AO informará o Enfermeiro Responsável pelo doente crítico da presença do familiar e acompanha-o até junto do Enfermeiro após indicação deste.

#### **O Enfermeiro deverá:**

Validar com o doente crítico, caso a sua situação o permita, se deseja receber a visita da pessoa;

Receber a visita na zona de trabalho aberta;

Dirigir-se à pessoa e apresentar-se pelo nome (caso não o tenha já feito em anteriores contactos, telefónico, por exemplo);

	<p>UCI</p> <p>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</p>
--	--------------------------------------------------------------

Antecipar sobre a situação atual do doente crítico, no que respeita aos cuidados de enfermagem e, posteriormente, acompanhar o visitante até ao doente crítico;

Quando o familiar entra na sala de visitas da UCI, será recebido pelo AO, que questionará o mesmo se é a primeira visita ou subsequentes

Antecipar a visita, informando sobre a situação em que o doente crítico se encontra, no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;

Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas, estabelecendo desde o início uma relação empática;

Fornecer Guia de Acolhimento ao familiar, tornando-se num Enfermeiro de Referência para aquela pessoa;

Acompanhar o familiar até junto do doente crítico;

Sempre que o familiar não consiga fornecer informações, negociar com o familiar a disponibilidade e o momento para a obtenção de informações no âmbito da avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos informáticos, como antecedentes de saúde, dados relevantes da dinâmica sociofamiliar, grau de dependência em atividades de vida diárias e nome pelo qual gosta de ser habitualmente tratado;

Recolher o contacto telefónico do familiar de referência, caso não se encontre no processo do doente crítico;

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

Registar toda a informação de forma a garantir a qualidade e a continuidade de cuidados.

**Se não for a primeira visita:**

O AO informará o Enfermeiro Responsável pelo doente crítico da presença do familiar e acompanha-o até junto do Enfermeiro após indicação deste.

O Enfermeiro deverá:

Receber o familiar/visita na zona de trabalho aberta;

Dirigir-se à pessoa e apresentar-se pelo nome (caso não o tenha já feito em anteriores visitas);

Antecipar sobre a situação atual do cliente, no que respeita aos cuidados de enfermagem e, posteriormente, acompanhar o visitante até ao cliente;

Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas, promovendo uma relação empática;

**Guia de acolhimento/Panfleto:**

O Guia de Acolhimento de Familiares deve encontrar-se na entrada da unidade;

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

Informação que deve conter:

Horário e número de visitas em permanência simultânea junto do cliente;

Nome do Médico Responsável:

Enfermeiro Responsável:

Contactos telefónicos:

Nome do Enfermeiro de Referência (registado no momento da entrega);

Indicações para as visitas:

- Lavagem das mãos à entrada na UCI,
- Desligar o Telemóvel ao entrar na UCI,
- Manter ambiente calmo;

**Indicações:**

Informar sobre o funcionamento do Serviço.

Fornecer Panfleto e explicar sucintamente os conteúdos, ao familiar do doente crítico.



	<p>UCI</p> <p>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</p>
--	--------------------------------------------------------------

Criar condições facilitadoras ao estabelecimento de uma relação de ajuda, que deverá ser concretizada ao longo do internamento.

Incentivar o familiar na parceria de cuidados ao cliente.

Recolher informação sobre o doente crítico e família, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões do doente crítico internado na UCI.

#### **Contraindicações**

Não aplicável.

#### **Possíveis Complicações**

Não aplicável.

#### **Duração**

A duração da visita são 60 minutos, cerca de 5 minutos para ler o Guia de Acolhimento e outros 5 minutos para preencher o questionário sociodemográfico e de compreensão/pertinência do Panfleto.

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

## **RECURSOS**

### RECURSOS MATERIAIS

- Guia de Acolhimento;
- Questionários
- Material de escrita (canetas).

### RECURSOS HUMANOS

O número de elementos da equipa de saúde necessários serão o Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico e os Assistentes Operacionais disponíveis. Assim sendo sugere-se:

- **1 Enfermeiro** – nomeadamente o Responsável pelo doente crítico que o familiar vem visitar;
- **1 Assistente Operacional** – para comunicar a chegada do familiar do doente crítico e acompanhá-lo até ao Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico.

### **PANFLETO DE ACOLHIMENTO A FAMILIARES/VISITAS EM ANEXO**

**(Anexo I)**

	<p>UCI</p> <p>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</p>
--	--------------------------------------------------------------

#### 4. RESPONSABILIDADES

<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>
Acolhimento do Familiar do Doente Crítico	Assistente Operacional/ Enfermeiro Responsável
Efetuar o Acolhimento do Familiar do Doente Crítico	Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico
Efetuar os Registos de Enfermagem	Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico

#### 5. REGISTOS

- Antecedentes de saúde.
- Dados relevantes da dinâmica sociofamiliar.
- Grau de dependência em atividades de vida diárias.
- Nome pelo qual gosta de ser habitualmente tratado.
- Contactos telefónicos.

	<b>UCI</b> <b>Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas</b>
--	-----------------------------------------------------------------

## 6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

<b>Edição</b>	<b>Ponto Alterado</b>	<b>Descrição</b>

## 7. APROVAÇÃO

<i>Edição 01</i> Data. 01.01.2022 Página a	Elaborado: Enfº Pedro Miranda Enfº Edgar Mendes	Revisto:	Autorizado: Direção de Enfermagem
--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	----------	-----------------------------------------

## ANEXO I – PANFLETO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES/VISITAS

### COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro e o médico darão explicações sobre a situação atual do seu familiar, no que respeita a cuidados de enfermagem, assim como o funcionamento da unidade e dos equipamentos existentes. O enfermeiro acompanhará o familiar até ao doente.


O enfermeiro estará disponível para fornecer qualquer explicação que o familiar do doente necessite.

As informações fornecidas pelos familiares podem ajudar a equipa a entender o doente.

Enfermeiro de Referência:  
\_\_\_\_\_

É inquestionável a importância da presença da família junto do doente na Unidade de Cuidados Intensivos.

A EQUIPA DA UCI AGRADECE A SUA COLABORAÇÃO



Contacto do Hospital: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_



### GUIA DE ACOLHIMENTO AO FAMILIAR

Unidade Local de Saúde do \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unidade Cuidados Intensivos  
\_\_\_\_\_

### UCI

Área onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico.

- Equipa médica e de enfermagem presente 24h.
- 10 Boxes individualizadas com um conjunto de equipamentos.

Médico Responsável: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

### VISITAS

Diariamente das 14h-15h.  
3 visitas por utente.  
Apenas 1 visitante de cada vez.  
Duração Visita 60 minutos.

### INDICAÇÕES PARA A FAMÍLIA

- 1) Lavar e Desinfectar as mãos antes e depois da visita.
- 2) Desligar o telemóvel.
- 3) Permanecer sempre dentro da box do doente.
- 4) Ficar em pé e não colocar objectos em cima da cama do doente.
- 5) Fazer o mínimo de ruído para não perturbar os outros doentes.


Não se esqueça de que existe uma diversidade de equipamentos que produzem uma variedade de sons, os chamados alarmes.

Podem surgir sons ou luzes.

**Atenção, não significa que algo de errado esteja a acontecer.**

### COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR INTERNADO

- A comunicação desempenha um papel importante no processo de doença e de recuperação.
- Quando doente é admitido na UCI, podem ser necessárias múltiplas intervenções que influenciam a sua capacidade de falar e por vezes de se mexer.
- Pode e deve falar com o doente, mesmo que ele não lhe responda e que lhe pareça que ele não o ouve.



7.5 Apêndice V – Questionário de avaliação da formação em serviço

**AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO DA NORMA DE ACOLHIMENTO**

A sua opinião sobre a Ação de Formação sobre a Norma de Acolhimento de Familiares/ Visitas é de extrema importância. Assim, solicita-se que responda às questões que se seguem colocando uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponda à sua opção.

**1. Sexo:**

- Masculino  Feminino

**2 Idade:**

- 20 – 30 anos  50 – 60 anos  
 30 – 40 anos  Mais 60 anos  
 40 – 50 anos

**3 Categoria Profissional:**

- Enfermeiro Generalista  Enfermeiro Especialista

**4 Relativamente ao conteúdo da ação de formação, expresse o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes itens:**

	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito
<b>Compreensão do conteúdo programático</b>				
<b>Interesse do conteúdo programático</b>				
<b>Adequação do conteúdo da ação à função desempenhada</b>				
<b>Duração da ação em relação ao seu conteúdo</b>				

**5 O Formador tinha conhecimentos adequados dos objetivos da formação e conseguiu transmiti-los com clareza:**

- Muito Satisfeito  Pouco Satisfeito  
 Satisfeito  Insatisfeito

**6 A Ação de Formação correspondeu às suas expectativas:**

- Muito Satisfeito
- Satisfeito
- Pouco Satisfeito
- Insatisfeito

**7 Pertinência da Ação de Formação para o desempenho das suas funções:**

- Muito Satisfeito
- Satisfeito
- Pouco Satisfeito
- Insatisfeito

## 7.6 Apêndice VI – Apresentação do Panfleto de Acolhimento de Familiares e Visitas

### COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro e o médico darão explicações sobre a situação atual do seu familiar, no que respeita a cuidados de enfermagem, assim como o funcionamento da unidade e dos equipamentos existentes. O enfermeiro acompanhará o familiar até ao doente.

O enfermeiro estará disponível para fornecer qualquer explicação que o familiar do doente necessite.


As informações fornecidas pelos familiares podem ajudar a equipa a entender o doente.

Enfermeiro de Referência:

---

É inquestionável a importância da presença da família junto do doente na Unidade de Cuidados Intensivos.

A EQUIPA DA UCI AGRADECE A SUA COLABORAÇÃO



Contacto do Hospital: [REDACTED]  
E-mail: [REDACTED]



### GUIA DE ACOLHIMENTO AO FAMILIAR

Unidade Local de Saúde do [REDACTED]

[REDACTED]

Unidade Cuidados Intensivos [REDACTED]

### UCI

Área onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico.

- Equipa médica e de enfermagem presente 24h.
- 10 Boxes individualizadas com um conjunto de equipamentos.

Médico Responsável: [REDACTED]  
Enfermeiro Responsável: [REDACTED]

### VISITAS

Diariamente das 14h-15h.  
3 visitas por utente.  
Apenas 1 visitante de cada vez.  
Duração Visita 60 minutos.

### INDICAÇÕES PARA A FAMÍLIA

- Lavar e Desinfectar as mãos antes e depois da visita.
- Desligar o telemóvel.
- Permanecer sempre dentro da box do doente.
- Ficar em pé e não colocar objectos em cima da cama do doente.
- Fazer o mínimo de ruído para não perturbar os outros doentes.


Não se esqueça de que existe uma diversidade de equipamentos que produzem uma variedade de sons, os chamados alarmes.

Podem surgir sons ou luzes.

Atenção, não significa que algo de errado esteja a acontecer.

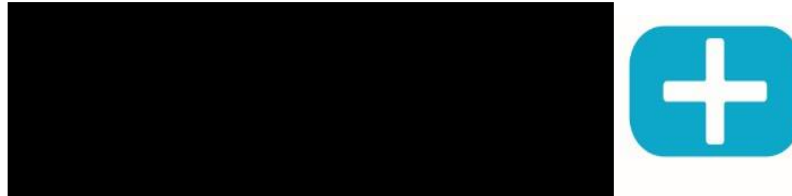
### COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR INTERNADO

- A comunicação desempenha um papel importante no processo de doença e de recuperação.
- Quando doente é admitido na UCI, podem ser necessárias múltiplas intervenções que influenciam a sua capacidade de falar e por vezes de se mexer.
- Pode e deve falar com o doente, mesmo que ele não lhe responda e que lhe pareça que ele não o ouve.





## 7.7 Apêndice VII – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço



### UCI

Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas

Elaboração: Enfº Pedro Miranda

Supervisão: Enfº Especialista: Edgar Mendes

### UCI

Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas

- Definir procedimentos no acolhimento de familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos [redacted]
- Uniformizar procedimentos na comunicação com a família do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos [redacted]

**UCI**  
Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas

- A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente.
- É a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro – doente crítico/família, é através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos ( Phaneuf. 2005).

**UCI**  
Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas

- **Estratégias comunicacionais numa relação terapêutica**

1. **Acolhimento**
2. **A verdadeira escuta**
3. **O silêncio**
4. **A empatia**
5. **A congruência**
6. **O respeito**
7. **A autenticidade**
8. **O toque**
9. **O calor humano**

## UCI

### Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas

- O estabelecimento de uma **relação de ajuda** com o cliente/família através de uma comunicação eficaz ajuda - o a gerir o sentimento de gravidade da sua vivência de doença/crise. O enfermeiro deve desenvolver e utilizar estas competências de relação de ajuda para assegurar um ambiente encorajador e estimulante.
- A interação que a família estabelece com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros pode auxiliar os doentes críticos face ao seu estado de saúde, capacitando -os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.

## UCI

### Norma de Acolhimento de Familiares/Visitas



- Acompanhar o familiar até junto do doente crítico;
- Sempre que o familiar não consiga fornecer informações, negociar com o familiar a disponibilidade e o momento para a obtenção de informações no âmbito da avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos informáticos, como antecedentes de saúde, dados relevantes da dinâmica sociofamiliar, grau de dependência em atividades de vida diárias e nome pelo qual gosta de ser habitualmente tratado;
- Recolher o contacto telefónico do familiar de referência, caso não se encontre no processo do doente crítico;
- Registar toda a informação de forma a garantir a qualidade e a continuidade de cuidados.

- **Se não for a primeira visita:**

- O Assistente Operacional informará o Enfermeiro Responsável pelo doente crítico da presença do familiar e acompanha-o até junto do Enfermeiro após indicação deste.
- **O Enfermeiro deverá**
  - Receber o Familiar/Visita na zona de trabalho aberta;
  - Dirigir-se à pessoa e apresentar-se pelo nome (caso não o tenha já feito em anteriores visitas);
  - Antecipar sobre a situação atual do cliente, no que respeita aos cuidados de enfermagem, e posteriormente acompanhar o visitante até ao cliente;
  - Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas, promovendo uma relação empática;

- **Indicações**

- Informar sobre o funcionamento do Serviço.
- Fornecer Panfleto de Acolhimento e explicar sucintamente os seus conteúdos.
- Criar condições facilitadoras ao estabelecimento de uma relação de ajuda, que deverá ser concretizada ao longo do internamento.
- Incentivar o Familiar na parceria de cuidados ao cliente.
- Recolher informação sobre o Doente Crítico e Família, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões do doente crítico internado na UCI.

- **Contra-Indicações:**

- Não aplicável.

- **Possíveis Complicações**

- Não aplicável.

- **Duração da Visita:**

- A duração da visita são 60 minutos, cerca de 5 minutos para ler o Guia de Acolhimento e outros 5 minutos para preencher o questionário sociodemográfico e de compreensão/pertinência do Panfleto.

- **RECURSOS:**

- RECURSOS MATERIAIS:

1. Guia de Acolhimento de familiares;
2. Questionários;
3. Material de escrita (canetas).

- RECURSOS HUMANOS

O número de elementos da equipa de saúde necessários serão o Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico e os Assistentes Operacionais disponíveis . Assim sendo sugere-se:

- 1 Enfermeiro – preferencialmente o Enfermeiro de Referência que o Familiar do doente crítico vem visitar ;
- 1 Assistente Operacional – para comunicar a chegada do Familiar do doente crítico e acompanhá-lo até ao Enfermeiro Responsável pelo doente crítico .

- **RESPONSABILIDADES:**

Ação	Responsável
Acolhimento do Familiar do Doente Crítico	Assistente Operacional/ Enfermeiro Responsável
Efetuar o Acolhimento do Familiar do Doente Crítico	Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico
Efetuar os Registos de Enfermagem	Enfermeiro Responsável pelo Doente Crítico

- **REGISTOS:**

- Antecedentes de saúde.
- Dados relevantes da dinâmica sociofamiliar.
- Grau de dependência em atividades de vida diárias.
- Nome pelo qual gosta de ser habitualmente tratado.
- Contactos telefónicos .

Questões

???



Obrigado pela atenção

## 7.8 Apêndice VIII – Revisão integrativa da literatura ‘comunicação com os familiares do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos’

### **BENEFÍCIOS DA COMUNICAÇÃO EFICAZ COM A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO INTERNADO NA UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Marques, Maria; Mendes, Edgar; Miranda, Pedro  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal

#### **ABSTRACT**

**Introdução:** Os familiares do doente internado na UCI apresentam sintomas de depressão e ansiedade devido à situação, crescendo o facto de muitas vezes atuarem como representantes dos doentes que não se encontram capazes de tomar decisões. A comunicação eficaz entre equipa clínica e familiares pode melhorar esta problemática.

**Objetivo:** Verificar a existência de evidência científica sobre os benefícios da comunicação eficaz entre familiares do doente crítico e equipa clínica da UCI.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica segundo critérios previamente estipulados, sendo os resultados analisados de forma qualitativa.

**Resultados:** A maior parte das vezes as expectativas de comunicação dos familiares com a equipa clínica não é cumprida. A aplicação de intervenções para a melhoria da comunicação demonstrou benefício nos cuidados prestados e no prognóstico do doente.

**Conclusão:** A comunicação eficaz com a equipa especializada da UCI apresenta benefícios, quer para o doente crítico internado quer para os respetivos familiares.