



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

HUMANIZAÇÃO, QUALIDADE E EXCELÊNCIA NOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Tânia Sofia Correia Pestana

Lisboa, 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HUMANIZAÇÃO, QUALIDADE E EXCELÊNCIA NOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
HUMANIZATION, QUALITY AND EXCELLENCE IN CARE OF NURSING
TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Tânia Sofia Correia Pestana

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2017

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota...”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À Margarida e ao João, meus filhos...por preencherem todos os meus dias de amor, de carinho, de alegria, de orgulho, de sorrisos... de luz... enfim, vocês sim, são a minha inspiração, o Sol da minha vida!

Ao meu grande amor Joca, pelo apoio, pela força, pela paciência, pela segurança, pelo compromisso assumido... pela presença constante na minha vida, mesmo nos momentos de silêncio... mais uma vez provámos que juntos, conseguimos!

À minha família, especialmente aos meus pais e irmã... a quem devo a minha existência e a minha essência... pela mão na cabeça nos momentos mais difíceis ... por nunca me deixarem desistir e me apoiarem incondicionalmente!

Agradeço à Professora Doutora Isabel Rabiais, a disponibilidade, a orientação, a motivação, o equilíbrio e sobretudo a Empatia demonstrada... pelo excelente ser humano que mostrou ser!

A todos os professores, que com a sua sabedoria enriqueceram a minha mente e a minha alma!

Aos colegas orientadores dos estágios, Céu, Helena, Sara e Valente, obrigada pelo tempo disponibilizado, pela partilha de saberes, de experiências e de sentimentos! Obrigada por me fazerem acreditar na nossa profissão!

À minha querida colega e amiga Maria João, que tem a sabedoria nas palavras e no coração!

Aos meus colegas de curso, por me fazerem sentir que todos somos capazes!

Por fim, a todos os doentes e familiares a quem me dedico há mais de dezoito anos e que me fazem acreditar todos os dias e continuar nesta luta, nem sempre justa, mas incessante, pela dignificação da vida humana e da minha profissão! Obrigada a todos!

RESUMO

O agir dos enfermeiros envolve exercer a profissão, desenvolvendo esforços para se manter atualizado, de forma a possuir as competências científicas, técnicas, relacionais e éticas para prestar cuidados equitativos ou proporcionar as condições para que estes cuidados sejam possíveis.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O objetivo principal deste relatório é descrever e analisar de forma reflexiva, o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo dos estágios Módulo I –Serviço de Urgência e Módulo III – Bloco Operatório, apresentando o seu percurso e tendo por referência as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, os objetivos delineados e o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A temática central e transversal aos estágios foi o Acolhimento. As atividades desenvolvidas e as intervenções implementadas visaram contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente e à família.

No estágio no Serviço de Urgência desenvolveu principalmente competências no domínio das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente.

Em contexto de estágio de Bloco Operatório, as principais competências desenvolvidas enquadram-se no Domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados, com o desenvolvimento do formulário de Regresso a Casa e sua operacionalização.

É emergente que os enfermeiros comecem a transpor os resultados da investigação para a prática clínica. Para que os cuidados de enfermagem deixem de ser atos isolados de beneficência e boa vontade e passem a estar assentes em pilares sólidos de conhecimentos científicos, consistentes, para uma prática de cuidados humanizante, de qualidade e excelência.

Palavras-chave: competências; enfermeiro especialista; acolhimento; humanização, qualidade e excelência nos cuidados

ABSTRACT

The actions of nurses involve practicing the profession, making efforts to keep up to date, in order to have the scientific, technical, relational and ethical skills to provide fair care or provide the conditions for such care to be possible.

The specialist nurse is a nurse with a thorough knowledge in a specific field of nursing, which demonstrates high levels of clinical judgment and decision making, which translate into a set of specialized competences related to a field of intervention (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

The main objective of this report is to describe and analyze, in a reflexive way, the process of development and acquisition of common and specific competences in the scope of Medical-Surgical Nursing, during the stages of Module I - Emergency Service and Module III - Operative Room, presenting with reference to the activities carried out in the care of the critically ill person and family, the objectives outlined and the Common and Specific Skills Regulation of the Specialist Nursing Specialist in Critical Situation.

The central and transverse theme was the Reception. The activities developed and the interventions implemented aim to contribute to the improvement of the quality of care provided to the person and the family.

In the internship in the Emergency Service, she mainly developed competences in the field of Specific Skills of Nursing Specialist in Nursing in Critical Situation, in providing care to the person in emergent situation.

In the context of the Operative Room stage, the main skills developed fall within the Common Competencies of the Specialist Nurse, within the scope of Continuous Improvement of Quality of Care, with the development of the Return to Home form and its operationalization.

It is emerging that nurses begin to transpose research results into clinical practice. So that nursing care ceases to be isolated acts of beneficence and goodwill and is based on sound pillars of consistent scientific knowledge for a practice of humanizing care, quality and excellence.

Keywords: competencies; nurse specialist; reception; humanization, quality and excellence in care

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala Operatória Portugueses

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

ASA – American Society of Anesthesiologist

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Cirurgia de Ambulatório

CCFNI – Critical Care Family Needs Inventory

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEPSC – Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EGC – Eletrocardiograma

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

FNQ - Family Needs Questionaire

GID – Grupo de Investigação e Desenvolvimento

h – hora

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

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

m – minutos

m² – metros quadrados

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Nº - Número

NMI – Needs Met Inventory

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PADS – Post-anesthesia Discharge Scoring Syst

SA – Sala Aberta

SAM – Sistema de Apoio à Medicina

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIcor – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ÍNDICE GERAL

	p.
0. INTRODUÇÃO	11
1. NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	15
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	36
2.1. MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO	40
2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	51
2.3. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS (creditado)	64
3. CONCLUSÃO	72
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ANEXOS

ANEXO I – Critical Care Family Needs Inventory de Molter e Leske (1991)

ANEXO II – Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos
(aplicado no SUG)

ANEXO III – Autorização para utilizar INFUCI e inventário (Sara Campos)

ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética e Autorização do Conselho de Administração
para a realização do estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Consulta Perioperatória (formato base de secretária)

APÊNDICE II – Formulário/Nota de Alta Enfermagem (UCA)

APÊNDICE III – Norma de Procedimento “Preparar o Regresso a Casa após Cirurgia
Ambulatória”

APÊNDICE IV – *Checklist* verificação Preparar o Regresso a Casa

APÊNDICE V – Guião de preenchimento da Nota de Alta

APÊNDICE VI – Sessão de formação “Preparar o Regresso a Casa após Cirurgia
Ambulatória”

- APÊNDICE VII – Norma de Acolhimento da Família no SUG
- APÊNDICE VIII – Guião de Acolhimento da Família no SUG (formato tapete de rato)
- APÊNDICE IX – Guia de Acolhimento da Família e Acompanhante no SUG
- APÊNDICE X – Póster “Ao chegar ao SUG...”
- APÊNDICE XI – *Checklist* cumprimento da Norma de Acolhimento da Família no SUG
- APÊNDICE XII – Sessão de formação “Acolher a Família no SUG”
(divulgação dos resultados do estudo por *e-mail*)
- APÊNDICE XIII – Protocolo do estudo Necessidades da Família no SUG
(de acordo com as normas do GID)
- APÊNDICE XIV – Declaração de Consentimento
- APÊNDICE XV – Informação ao participante do estudo
- APÊNDICE XVI – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Síntese dos artigos seleccionados 26

TABELA 2 – Resultados obtidos 27

QUADRO 1 – Fórmula booleana 24

0. INTRODUÇÃO

A enfermagem registou no decurso dos últimos anos, uma evolução significativa, quer a nível da formação inicial e dignificação da profissão, quer no que respeita à complexidade crescente dos cuidados de enfermagem, que resulta da complexidade dos processos de saúde/doença.

O exercício profissional dos enfermeiros mudou de uma filosofia de cuidados centrados no modelo biomédico, focado no diagnóstico e no tratamento da doença, para uma filosofia de cuidados mais autónoma, centrada na pessoa, no seu todo e nas suas necessidades de saúde.

O valor do papel do enfermeiro nos dias de hoje é incontestável, não só no âmbito da comunidade científica de saúde, como também, na comunidade em geral e no que concerne à qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Toda esta evolução é transversal à sociedade, onde encontramos pessoas cada vez mais informadas e conhecedoras do seu papel perante os cuidados de saúde e os seus direitos, o que traz uma responsabilidade acrescida aos enfermeiros.

É no agir profissional que os enfermeiros encontram a resposta adequada a todas as questões de saúde. Agir nesse, fundamentado no Código Deontológico, envolve exercer a profissão, desenvolvendo esforços para se manter atualizado, de forma a possuir as competências científicas, técnicas, relacionais e éticas para prestar cuidados equitativos ou proporcionar as condições para que estes cuidados sejam possíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Vieira (2009, p.102) diz que os enfermeiros devem ser competentes e estar atualizados para agirem sempre de acordo com a *legis artis*.

Os cuidados de enfermagem especializados vêm complementar os cuidados gerais, uma vez que decorrem do aprofundamento dos domínios das competências dos cuidados gerais.

O enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No percurso de formação dos enfermeiros, os estágios são espaços privilegiados de conhecimento, de experiências, de partilhas, de mudanças de atitudes, de desenvolvimento de competências. Implicam um processo de construção do saber profissional, saber situacionalmente contextualizado e pessoalmente construído (Alarcão & Rua, 2005, p.377).

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: Relatório de Estágio, do Curso de Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

Como diz Cerqueira *et al.* (2014), um relatório de estágio tem por objetivo dar a conhecer e registar todas as experiências e aprendizagens, decorrentes das atividades e experiências vivenciadas em certos contextos da prática clínica.

Quando ingressou no Curso de Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, era sua intenção atingir um nível de competência mais elevado na sua área de atuação, que lhe permitisse prestar cuidados especializados e de qualidade aos utentes com quem assumiu o compromisso de ser enfermeira, reavivando a sua autoestima profissional e pessoal, que desde há muito estava estagnada, pela inércia do dia-a-dia.

Assim, o objetivo principal deste relatório é descrever e analisar de forma reflexiva, o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo dos estágios Módulo I – Serviço de Urgência e Módulo III – Bloco Operatório, apresentando o seu percurso e tendo por referência as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, os objetivos delineados e o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Em consonância com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a unidade curricular: Estágio, encontra-se dividida em três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional.

O estágio relativo ao Módulo II – Cuidados Intensivos, foi creditado, devido à experiência profissional na área de cuidados intensivos, mais especificamente em Cuidados Intensivos Coronários, onde presta cuidados desde 2001.

O estágio Módulo III, de caráter opcional, foi realizado na Unidade de Cirurgia Ambulatória, dum hospital com estatuto de Entidade Pública Empresarial, da margem Sul do Tejo e decorreu entre 26 de abril e 17 de junho.

A escolha recaiu sobre o Bloco Operatório, especificamente a Unidade de Cirurgia Ambulatória, por vários aspectos, pessoais e profissionais, que se prendem sobretudo com o fato, de desenvolver uma parte da sua atividade profissional diária no Laboratório de *Pacing* e Eletrofisiologia, que não tendo exatamente as mesmas características de um bloco operatório, é uma sala operatória, onde se desenvolvem intervenções com elevado risco cirúrgico.

Na prossecução do estágio foram determinados alguns objetivos a alcançar, nomeadamente, desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa/família, e prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família, de acordo com as competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, na preparação do regresso a casa após cirurgia de ambulatório, desde o acolhimento.

O estágio Módulo I – Serviço de Urgência, de carácter obrigatório, decorreu de 1 de setembro a 8 de novembro de 2016, no Serviço de Urgência, dum hospital com estatuto de Entidade Pública Empresarial, na margem Sul do Tejo.

Na definição dos objetivos do estágio no Serviço de Urgência, teve particular atenção ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, pela inerente instabilidade de saúde dos utentes que recorrem a estes serviços. Numa decisão conjunta com o enfermeiro orientador, optou por prestar cuidados mais assíduos na Sala de Observações, Sala Aberta e Sala de Reanimação, pela razão atrás mencionada.

Durante o estágio tinha pretensão de desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto de urgência e emergência, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito do acolhimento.

O Acolhimento foi o tema central e transversal aos dois estágios, na perspectiva da humanização, qualidade e da excelência dos cuidados de enfermagem. Sendo uma temática sobre a qual manifestava já interesse em desenvolver competências pessoais e profissionais, durante os estágios, conseguiu conciliar esse mesmo interesse com as necessidades observadas nos contextos, o que se tornou bastante gratificante e suscitou ainda mais interesse para continuar a aprofundar no futuro.

Segundo Hesbeen (2001), o acolher, o saber escutar, a disponibilidade e a criatividade na prestação de cuidados, associada aos conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se como componentes essenciais a um cuidar de qualidade e de excelência.

Neste sentido, o que se pretende é que o enfermeiro caminhe no sentido da excelência, associando a reflexão à prática profissional, reconhecendo a eventual necessidade de mudança na tomada de decisão, ultrapassando o patamar do possível, elevando-se (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decurso dos estágios e ao longo da redação do presente relatório, sustentou a sua prática de cuidados e concetualizou as suas reflexões, no modelo teórico de enfermagem de Afaf Meleis, Teoria das Transições e Cuidado Transicional (Meleis, 2010; Zagonel, 1999), para enquadrar o conceito de transição aplicado à enfermagem e à pessoa em situação crítica. Na compreensão da aquisição de competências relativas aos estágios, recorreu ao modelo de Benner (2001), baseado no Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à enfermagem.

Durante a revisão integrativa da literatura, sendo um dos métodos de pesquisa utilizados para a incorporação da evidência na prática clínica, que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, recorreu à metodologia definida em seis etapas sugerida por Mendes, Silveira & Galvão (2008).

Para a definição do conceito de família, também fez menção ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, como referencial teórico e operativo, utilizado para responder às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias e adaptado pela Ordem dos Enfermeiros (Figueiredo M. H., 2012).

De realçar que ao longo deste relatório, dependendo do contexto, são utilizados os termos pessoa, cliente, paciente e doente, para se referir ao alvo dos cuidados de enfermagem, sem que isso colida com os princípios aqui defendidos, assim como pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em termos estruturais, o relatório encontra-se organizado em três capítulos, em que o primeiro diz respeito à **Revisão Integrativa da Literatura** sobre as necessidades da família da pessoa em situação crítica, seguindo-se **Descrição e Análise do Processo de Desenvolvimento de Competências**, referentes aos três módulos de estágio, com a apresentação distinta de cada um deles e por último, algumas considerações finais na **Conclusão** seguida das **Referências Bibliográficas(APA)**.

1. NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

O internamento de uma pessoa em situação crítica, resulta geralmente da instauração repentina e inesperada de uma doença grave, para a qual a maioria dos doentes e familiares não estão preparados (Campos, 2014).

Estas experiências são geralmente acompanhadas por elevados níveis de *stress*, emergindo na família sentimentos de medo, ansiedade, angústia ou depressão (Molter & Captain, 1979).

O ambiente fechado e circunscrito das unidades que prestam cuidados aos doentes críticos, não facilita as relações afetivas e emocionais entre a família e o doente, que se encontram numa situação de dependência perante os profissionais de saúde para satisfazerem as suas necessidades (Martin, Sousa & Batista, 2014).

A proximidade inerente à relação de ajuda e confiança que se estabelece entre o enfermeiro, a pessoa e sua família, durante a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, faz dos enfermeiros os profissionais de saúde melhor posicionados, para identificarem e assistirem as principais necessidades da família perante uma situação crítica de saúde de um dos seus membros (Stayt, 2007).

Segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008), uma revisão integrativa de literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão e contribuem para a melhoria da prática clínica, permitindo a síntese do “estado de arte” de determinado assunto.

O objetivo definido para esta revisão integrativa da literatura encontra fundamento no paradigma dos cuidados de enfermagem centrados na família, pretendendo-se identificar as principais necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perspetiva de ambos os intervenientes, os enfermeiros e a família.

No enquadramento concetual que se desenvolve em seguida, serão explicitados os conceitos centrais da temática em estudo, prosseguindo o percurso metodológico, após o qual serão apresentados os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e algumas considerações finais.

ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

O quadro de referência de um estudo, seja teórico ou concretual, é a estrutura lógica de ideias ou conceitos encadeados entre si. Esse quadro de referência é denominado por quadro concretual, quando a explicação dos conceitos se baseia mais na literatura e na investigação do que sobre uma teoria específica (Fortin, 2009).

De acordo com o objetivo e a questão de investigação norteadores da presente revisão integrativa, emergem alguns conceitos que necessitam ser explorados para melhorar a sua compreensão ao longo do estudo.

O termo “**necessidades**” é um termo amplamente utilizado, em diferentes situações e contextos.

Fala-se de necessidades sociais, económicas, psicológicas, educativas, necessidades dos trabalhadores ou reformados, necessidades das crianças, dos adolescentes, dos adultos, dos idosos...

No dicionário de língua portuguesa, a palavra necessidade é definida como:

“nome feminino; caráter do que se precisa mesmo; caráter do que é indispensável ou imprescindível; falta; carência; privação; pobreza; miséria; precisão; aperto; obrigação; imposição; o que é forçoso; inevitabilidade” (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha], 2003-2017).

O termo associa-se a falta de qualquer coisa, algo que é útil e que pode ser utilizado para satisfazer qualquer coisa, que remete para a noção de utilidade (Honoré, 2002, p.152).

Na disciplina de Enfermagem, as necessidades das pessoas, foram desde sempre alvo de preocupação, sendo que muitas teorias foram influenciadas por elas.

A Escola das Necessidades (a primeira escola de pensamento de enfermagem), cujo expoente máximo foi Virgínia Henderson, nos anos 50 do século XX, é disso exemplo. O significado que é dado a “necessidades” é de *deficit* humano, falta de algo que deve ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros (Rosa & Basto, 2009).

Jean Watson, na linha de pensamento da Escola do Cuidar, defende que a enfermeira ao cuidar, reconhece as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais dela própria e do doente (Tomey & Alligood, 2004), denotando-se uma relação de interdependência e reciprocidade entre o Cuidar e as necessidades das pessoas.

Nunes (2011, p.42) afirma que “Cuidar pode ser visto como um sentimento, uma atitude, uma relação estabelecida (entre quem é cuidador e quem é cuidado), uma necessidade humana, uma conduta

ética”, deixando transparecer a ideia que cuidar é ele próprio uma necessidade, das pessoas e dos enfermeiros.

Rosa & Basto (2009) assumem a interdependência, quando dizem que os enfermeiros encontram no conceito de necessidades uma âncora, uma segurança sobre a qual eles direcionam a prestação de cuidados no dia-a-dia.

No reconhecimento das necessidades fundamentais da pessoa, o enfermeiro tem acesso a necessidades mais profundas, de luto, de perda, de crise, de *stress* com todos os seus aspetos físicos, psíquicos e afetivos, reconhecendo a pessoa como um todo, único e indissociável das partes (Collière, 1999).

É então, que o foco dos cuidados de enfermagem, deixa de ser a pessoa e passa a ser a pessoa e a família.

A **Família** representa o pilar fundamental das sociedades humanas, sendo a primeira base na qual a maioria dos seres humanos constrói a sua personalidade (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012).

O conceito de Família vem definido na alínea e), do Capítulo I, Base II da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, onde se pode ler: “«Família» a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente” (Assembleia da República, 2012).

O ponto 3, do artigo 23º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, declara que toda a pessoa tem direito “à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948).

Vieira (2009, p.82) reconhece o conceito de família como “o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas.” E pessoas significativas como “as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”.

Na CIPE® versão 2, o conceito de família é descrito como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo uma unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN - Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Mantendo a perspetiva sistémica, Whaley & Wong (1989, p.21) definem família como “um sistema aberto e, como tal, contém todos os elementos de um sistema – estrutura, propósito ou função e

organização interna. A família possui limites definidos e consiste em elementos (agrupamento natural de pessoas) que interagem mutuamente entre si e com seu ambiente. Como em qualquer sistema, qualquer coisa que afete um dos componentes (pessoa) afeta todos os outros”.

Em qualquer dos conceitos de família apresentados está sempre subjacente o conceito de sistema e de interação e a não obrigatoriedade de existirem laços sanguíneos entre os seus membros.

Na perspetiva de Figueiredo & Martins (2010), as famílias são espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, dotadas de energia e capacidade auto-organizativa.

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência da preocupação em integrar a família como foco dos cuidados desde Florence Nightingale (Figueiredo M. H., 2012).

A abordagem sistémica da família levou a que os enfermeiros alterassem o seu foco de atenção do indivíduo para a unidade familiar, doente e família, sendo a interação entre os elementos da família o alvo da sua intervenção.

Para Martins *et al.*(2008), a família não pode ser vista como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, mas sim, assumir a responsabilidade pela saúde do seu familiar doente, devendo ser ouvida nas suas necessidades e ser cuidada.

Os cuidados de enfermagem à família centram-se então na relação interpessoal entre enfermeiro e família, que implica o estabelecimento de um processo interativo, significativo e terapêutico, que favorece a tomada de decisão e o cuidado ao doente (Figueiredo M. H., 2012).

Mas, considerar a família como parceira nos cuidados, ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que o cuidado ainda está muito voltado para atender as necessidades do indivíduo em particular e não da unidade familiar (Figueiredo & Martins, 2010).

Foi nesta perspetiva que a Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2011, adotou o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como referencial teórico e operativo, para dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias e no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Frente à possibilidade ou à efetiva hospitalização de um ente querido, a família fica mais vulnerável, constituindo-se ela própria o alvo dos cuidados de enfermagem, com necessidades muito particulares.

A **hospitalização** é frequentemente considerada uma situação de crise para o paciente e sua família (Molter & Captain, 1979), que requer a atenção dos enfermeiros.

Crise pode ser entendida por uma condição pautada por desconforto e desequilíbrio que se caracteriza por angústia, sensação de perda, perigo, humilhação, em que a pessoa sente que os eventos são incontroláveis e existe uma incerteza relativamente ao futuro (Campos, 2014, p.22).

No mesmo sentido, Figueiredo M. H. (2012) considera que a hospitalização por doença de um dos membros da família, constitui-se uma crise ou transição acidental, onde estão inerentes alterações na dinâmica familiar em resposta às perturbações, no sentido de manter a sua estabilidade interna.

O conceito de transição de Meleis, está implícito na compreensão desta problemática e tem-se revelado muito importante para a enfermagem e para os cuidados de enfermagem (Rebelo, 2012).

Chick & Meleis (1986) citados por Zagonel (1999, p.26), referem que “a transição é iniciada, em alguns casos, por eventos que vão além do controle individual e noutros ela pode ser procurada deliberadamente”.

As transições estão ligadas a processos de desenvolvimento, situações de vida ou acontecimentos de saúde/doença e organizacionais. Indicam uma mudança, seja no estado de saúde, nos relacionamentos inerentes a um dado papel, nas expectativas ou nas capacidades, provocando uma mudança a nível das necessidades totais, enquanto sistema humano (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Schumacher, 1994 *in* Rebelo, 2012, p.193).

O cliente de enfermagem, o ser humano com necessidades, está em constante interação com o ambiente e tem capacidades para se adaptar a ele. Contudo devido à doença, a situações de risco ou de vulnerabilidade, entra em risco de ficar em desequilíbrio, que é manifestado por necessidades não satisfeitas, dificuldade ou incapacidade para tomar conta de si ou por respostas não adaptadas à situação que experiencia. Quando estes desequilíbrios ocorrem ou têm maior probabilidade de se desenvolver, surge então uma transição (Meleis, 1991 *in* Rebelo, 2012, p.193).

As transições integram o domínio da enfermagem, quando se relacionam com a saúde ou com a doença, ou quando as respostas às transições se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde (Meleis & Schumacher, 1994 *in* Rebelo, 2012, p.194), sendo competência dos enfermeiros, assumirem-se como elementos facilitadores nas transições do cliente e sua família, tornando-os conscientes da necessidade de desenvolverem mecanismos de adaptação (Meleis, 2010).

Os eventos como a doença, a recuperação, a hospitalização, a alta hospitalar, a maturidade, a gravidez e a gravidez na adolescência, nascimento, puberdade, casamento, imigração, migração, reforma, perda e morte, são situações de transição (Chick & Meleis, 1986; Murphy, 1990 *in* Zagonel, 1999).

Campos (2014) e Sá, Botelho & Henriques (2015), afirmam que o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada de proximidade com o doente e sua família, para avaliarem e intervirem nas necessidades da família, desempenhando um papel de suporte, enquanto a família luta para manter ou recuperar o seu equilíbrio e encontrar estratégias de *coping* para lidar com as transições.

Phaneuf (2005) faz também alusão à importância do papel do enfermeiro perante uma situação de crise, referindo que, na fase aguda em que o nível de ansiedade é muito elevado, são necessárias estratégias específicas de comunicação, sendo imprescindível, manifestar acolhimento de qualidade, tranquilidade e exprimir empatia.

Barros *et al.* (2013) concretizam a ideia ao afirmarem que a comunicação subsidia o cuidado efectivo e eficaz ao doente hospitalizado e à família, sendo nela que os profissionais devem investir.

O bem-estar e o consolo que uma manifestação adequada de empatia oferece à família, podem fazer com que esta saia da solidão que sente face ao problema e concentre a sua energia numa solução, com o apoio incondicional do enfermeiro (Lazure, 1994).

Numa situação de doença crítica, o episódio pode ser particularmente difícil para a família, pois geralmente, é algo inesperado e imprevisível, em que existe incerteza quanto ao prognóstico e uma forte possibilidade do doente falecer (Campos, 2014).

No preâmbulo do Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro de 2011, Diário da República 2ª série – Nº35, é considerada **pessoa em situação crítica**, “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se pela prestação de cuidados a doentes em estado crítico (Martin, Sousa & Batista, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2003).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, que exigem um elevado grau de competência dos enfermeiros, para responderem às necessidades afetadas e manterem as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro EEPSC, deve saber mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa e da família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A complexidade tecnológica característica das unidades que prestam cuidados aos doentes críticos, pode conduzir a uma desumanização de todo o ambiente e das pessoas. O papel da família que tem

um familiar internado numa unidade de cuidados intensivos, encontra-se alterado, devido à dependência dos profissionais de saúde para satisfazerem as suas necessidades (Martin, Sousa & Batista, 2014).

A deteção precoce e a assistência nas necessidades dos familiares é uma responsabilidade dos enfermeiros (Leske, 1991).

As **necessidades da família da pessoa em situação crítica** são muitas vezes relegadas para segundo plano, já que em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam e desvalorizar as da família (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

A família do doente crítico apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional (Sá, Botelho & Henriques, 2015, p.33).

O enfermeiro não deve presumir que conhece as necessidades da família da pessoa em situação crítica, pois estas não são universais e diferem de pessoa para pessoa, em diferentes contextos (Rosa & Basto, 2009).

As necessidades experimentadas pela família da pessoa em situação crítica são alvo da preocupação dos enfermeiros desde o final dos anos 70, quando surgiu o primeiro estudo desenvolvido por enfermeiros nessa área.

Molter & Captain em 1979, desenvolveram um estudo exploratório, descritivo, com familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos, com o intuito de identificarem as necessidades da família do doente crítico e se essas necessidades estavam a ser convenientemente satisfeitas pelos enfermeiros (Molter & Captain, 1979).

O Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) teve origem no trabalho desenvolvido por Molter & Captain. A conceitualização do construto das necessidades da família resultou de uma revisão da literatura e da experiência clínica de um conjunto de enfermeiros (677 participantes), num estudo conduzido por Leske em 1991, com o objetivo de avaliar a finalidade e a validade do CCFNI (Leske, 1991).

O CCFNI de Molter & Leske, é constituído por 45 afirmações, distribuídas aleatoriamente, que expressam necessidades específicas da família, às quais esta atribui diferentes graus de importância, utilizando uma Escala de Likert de quatro categorias, que varia de (1) sem importância, (2) pouco importante, (3) importante e (4) muito importante. No final existe uma questão aberta cuja finalidade é identificar necessidades não previstas (Anexo I).

A validade de construto foi apreciada através da análise fatorial dos componentes principais, que revelou uma estrutura de cinco dimensões: apoio ou suporte, conforto, informação, proximidade e segurança, que explicam 40,2% da variância total (Leske, 1991).

A dimensão **apoio ou suporte**, que implica proporcionar assistência ou ajuda, é constituída por 15 itens, que expressam uma variedade de recursos, sistemas e estruturas de suporte necessários à família após a doença crítica do seu familiar (Leske, 1991). A dimensão **conforto** contém 6 itens, que refletem necessidades pessoais de conforto, ou seja, implica proporcionar alívio do sofrimento e angústia (Leske, 1991). A dimensão **informação** é composta por 8 itens, que estão diretamente relacionados com a necessidade de informação realista relativa ao doente (Leske, 1991). A dimensão **proximidade** é constituída por 9 itens, que traduzem a necessidade de contato pessoal e permanência junto do doente, física e emocionalmente (Leske, 1991). Finalmente, a dimensão **segurança** que contém 7 itens que dizem respeito a honestidade, segurança e esperança, implicando a capacidade da equipa de inspirar confiança, segurança e esclarecimento de dúvidas (Leske, 1991).

Além do CCFNI, existem outros instrumentos para avaliar as necessidades da família da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos e noutros contextos da prática clínica: o Needs Met Inventory (NMI), a versão reduzida do CCFNI, o Family Needs Questionnaire (FNQ), são os mais utilizados (Campos, 2014).

Em Portugal o CCFNI foi traduzido, adaptado e validado por Sara Campos em 2014, obtendo-se uma versão portuguesa denominada por Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI).

À semelhança do CCFNI, dos resultados da análise fatorial do INFUCI extraíram-se cinco fatores: Recursos e Sistemas de Apoio (materiais e não materiais); Apoio Emocional; Visitar; Participação e Procura de Informação.

Contudo a autora sugere que seja feita nova reavaliação das propriedades psicométricas do instrumento, com uma amostra mais alargada e em várias Unidades de Cuidados Intensivos (Campos, 2014).

O MDAIF, já mencionado anteriormente, permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e permite aos enfermeiros planearem intervenções para identificarem as necessidades da família em relação aos cuidados e responder, com rigor, a essas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

PERCURSO METODOLÓGICO

O termo revisão de literatura, é um termo genérico que geralmente se utiliza para definir qualquer tentativa de sintetizar resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tema (Ramalho, 2005).

Revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados para a incorporação da evidência na prática clínica (Mendes, Silveira & Galvão, 2008), que fornece informações mais amplas sobre um determinado assunto, permitindo a inclusão simultânea de estudos quase-experimentais e experimentais, dados de literatura teórica e empírica, de modo a proporcionar uma compreensão mais completa do fenómeno de interesse, do problema relativo ao cuidado na saúde, sendo relevante para a Enfermagem, como profissão e como ciência (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014).

O percurso metodológico deste estudo, tem como referencial os autores Mendes, Silveira & Galvão (2008) e as etapas sugeridas pelos mesmos na prossecução de uma revisão integrativa da literatura.

Nesse sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação, norteadora da presente revisão integrativa da literatura: ***“Quais são as necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perspetiva dos enfermeiros e da família?”***

Decorrente da questão de investigação formulada, foram retiradas as palavras-chave consideradas mais adequadas para a pesquisa e os descritores MeSH (em inglês) correspondentes: **“Necessidades / Needs”**; **“Família / Family / Extended family / Family members / Filiation / Relatives”**; **“Pessoa em situação crítica / Critical patients / Critically ill patients / Critical care patients”** e **“Enfermagem / Nursing / NURS”**.

Como estratégia de pesquisa recorreu-se ao operador booleano “OR” para combinar cada um dos descritores dos termos entre si, e deste modo, encontrar pelo menos um dos termos na pesquisa. Posteriormente, utilizou-se o operador booleano “AND” para associar todos os termos de pesquisa, resultando a seguinte fórmula booleana:

(needs) **AND** (family OR extended family OR family members OR filiation OR relatives) **AND** (critical patients OR critically ill patients OR critical care patients) **AND** (nursing OR NURS)

Quadro 1 – Fórmula booleana

A pesquisa eletrónica realizou-se no dia 10 de setembro de 2016, utilizando-se a plataforma de pesquisa **EBSCOhost-Research Databases**, à qual estão indexadas, entre outras, bases de dados científicas na área das Ciências da Saúde e de Enfermagem. De entre as acessíveis, foram selecionadas as seguintes bases de dados bibliográficas: **CINAHL Plus with Full Text**, **MEDLINE with Full Text**, **MedicLatina** e **Academic Search Complete**.

Com o intuito de recolher a evidência científica mais recente, consideraram-se ainda alguns limitadores de pesquisa, tais como, a data de publicação, selecionando-se apenas os artigos publicados nos últimos dez anos (entre 2005 e 2015) e disponíveis em texto completo.

Optou-se também por restringir a pesquisa a nível geográfico e por idioma, considerando apenas os artigos com publicações oriundas da Europa, em língua portuguesa (Portugal e Brasil), inglesa e espanhola, devido à proximidade geográfica e cultural. Sob risco de limitar demasiado a investigação e reduzir a abrangência do estudo, a restrição geográfica não incluiu as publicações oriundas dos Estados Unidos da América, por ser o país de origem dos primeiros estudos desenvolvidos por enfermeiros na área das necessidades da família do doente crítico (Molter & Captain, 1979).

Dos estudos encontrados, procedeu-se à leitura inicial do título e posteriormente do resumo, afim de avaliar a sua relevância e pertinência para a investigação.

Os critérios de seleção foram aplicados quanto à população alvo, área de intervenção e resultados, respetivamente:

Crítérios de inclusão: Familiares de pessoa hospitalizada em situação crítica, adulto ou idoso e enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica / Âmbito da enfermagem / Necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perspetiva da família e dos enfermeiros.

Crítérios de exclusão: Pessoa hospitalizada em situação crítica, Familiares de pessoa hospitalizada em situação crítica, em serviço de neonatologia ou pediatria, Familiares de pessoa em situação paliativa, fim de vida ou com doença oncológica, Familiares de pessoa com doença psiquiátrica / Outros grupos profissionais / Sentimentos e experiências da família e dos enfermeiros da pessoa hospitalizada em situação crítica.

Depois de aplicados os critérios de seleção, as limitações e restrições impostas, obteve-se um total de nove publicações, que constituíram a amostra do estudo.

Dos artigos que constituem a amostra, procedeu-se à leitura integral, não se tendo excluído nenhum deles.

RESULTADOS OBTIDOS

Para uma melhor compreensão das informações contidas nos artigos selecionados, procedeu-se à sua apresentação, pelo título, autor(es), ano de publicação, metodologia, amostra e o objetivo, conforme se pode observar na Tabela 1.

Estudo	Título	Autor(es)	Revista	Ano	Metodologia	Amostra	Objetivo
E1	<i>“Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions”</i>	Karen E Maxwell; Diane Stuenkel; Coleen Saylor	Heart & Lung	2007	Estudo descritivo exploratório com questionário de 30 itens de Norris e Grove, adaptado da versão CCFNI (Molter&Leske), 30 itens da versão de Warren’s Needs Met Inventory e 2 questões abertas	30 enfermeiras de cuidados intensivos 20 familiares de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos	Explorar as diferenças entre a percepção dos familiares e a percepção das enfermeiras acerca das necessidades da família e em que medida essas necessidades são atendidas
E2	<i>“Intensive care nurses’ knowledge of critical care family needs”</i>	Patricia Buckley; Tom Andrews	Intensive and Critical Care Nursing	2011	Estudo descritivo, correlacional, quantitativo Questionário estruturado, dividido em 3 secções, construído com base na literatura e no CCFNI	Por conveniência 55 enfermeiras de cuidados intensivos, do University Teaching Hospital, Irlanda	Explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades da família e descrever as suas práticas atuais no atendimento dessas necessidades
E3	<i>“Most important needs of family members of critical patients in light of the CCFNI”</i>	Cristóbal Felipe Padilla Fortunatti	Investigación Y Educación en Enfermería	2014	Revisão de literatura utilizando o instrumento CCFNI (Molter&Leske)	15 artigos bases de dados científicas	Identificar as necessidades mais importantes para os familiares do paciente crítico adulto nas dimensões do CCFNI
E4	<i>“Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos”</i>	F. Llamas-Sánchez; J.Flores-Córdon; M. Acosta-Mosquera; J. González-Vázquez; M.Albar-Marín; C. Macías-Rodríguez	Enfermería Intensiva	2009	Estudo observacional transversal	268 familiares Amostra aleatória sistemática Questionário com 34 itens elaborado com base na bibliografia	Identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos e sua satisfação os cuidados recebidos
E5	<i>“Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos”</i>	Marina R Maruiti; Luiza E Galdeano	Acta Paulista de Enfermagem	2007	Estudo descritivo, exploratório quantitativo Utilizada uma adaptação do CCFNI	39 familiares de pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos, São Paulo, Brasil	Identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos
E6	<i>“Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos”</i>	I. Hidalgo Fabrellas; Y.Vélez Pérez; E.Pueyo Ribas	Enfermería Intensiva	2007	Estudo descritivo e transversal Questionário de Molter&Leske (CCFNI), adaptado e validado para Espanha	132 familiares dos pacientes internados na UCI do Hospital de Girona, Espanha	Descrever as necessidades mais importantes para os familiares e avaliar o grau de importância das necessidades definidas como mais habituais
E7	<i>“Needs of adult family members of intensive care unit patients”</i>	Kelley Obringer; Cheryl Hilgenberg; Kathy Booker	Journal of Clinical Nursing	2012	Questionário Critical Care Needs Inventory (CCFNI de Molter&Leske)	Por conveniência 50 familiares de doentes de uma unidade de cuidados intensivos, Illinois, USA	Examinar as percepções atuais dos familiares adultos de uma unidade de cuidados intensivos e determinar a efetiva implementação de guidelines
E8	<i>“Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura”</i>	M.I Pardavila Belio; C.G Vivar	Enfermería Intensiva	2011	Revisão da literatura	30 artigos bases de dados científicas e 3 revistas especializadas em cuidados intensivos	Analisar e apresentar as necessidades da família do paciente crítico
E9	<i>“Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: Cohort study”</i>	Maria Chatzaki; Maria Klimathianaki; Maria Anastasaki; Georgios Chatzakis; Eleni Apostolakou; Dimitrios Georgopoulos	Journal of Clinical Nursing	2012	Estudo Prospetivo de coorte Questionário CCFNI adaptado e validado para a Grécia	230 familiares de doentes admitidos numa UCI na Ilha de Creta, Grécia	Definir as necessidades dos familiares dos pacientes da UCI na população específica suburbana/rural da Ilha de Creta

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados

Dos resultados obtidos, destacam-se as necessidades mais identificadas e as intervenções de enfermagem (termos CIPE® versão 2), decorrentes das estratégias sugeridas nos artigos para melhorar a satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica (Tabela 2).

As necessidades da família identificadas, estão agrupadas de acordo com a categorização sugerida por Molter e Leske (Leske, 1991).

NECESSIDADES DA FAMÍLIA		ESTUDOS	INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Perspetiva dos enfermeiros		E1, E2	
Perspetiva da família		E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9	
Categorização segundo Molter & Leske (1991)	Apoio	E6, E9	- Referenciar para outros profissionais (assistente social, psicólogo, sacerdote) E9
	Conforto	E4	- Providenciar a realização de alterações estruturais e arquitetônicas das salas de espera (conforto, mobiliário, iluminação, privacidade) E4, E5, E6, E8
	Informação	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9	- Avaliar a estrutura interna e externa da família (genograma e ecomapa) E7, E8 - Demonstrar disponibilidade para informar a família (mesmo fora do período estabelecido e por telefone) E1, E4, E5 - Explicar à família de forma clara todos os aspetos que rodeiam o paciente (físicos, psicológicos, ambientais) E2, E4, E5, E8 - Promover e assegurar uma comunicação eficaz, sistemática e interdisciplinar com a família (elemento de referência, intérpretes) E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9
	Proximidade	E1, E4, E7, E8, E9	- Envolver a família nos cuidados de saúde (alimentação, higiene, reuniões interdisciplinares) E1, E2, E4, E5 - Implementar um regime de visitas aberto ou flexível E1, E2, E4, E5, E7, E8 - Implementar protocolos de acolhimento da família (entrevistas, folhetos informativos, quiosque virtual) E2, E4, E6, E8
	Segurança	E1, E3, E5, E6, E7, E8, E9	- Identificar as necessidades da família (CCNFI, investigação) E1, E3, E7, E9 - Assistir nas necessidades da família (incorporar os resultados na prática, <i>guidelines</i>) E4, E5, E7, E9 - Estabelecer uma relação empática e de confiança com a família (de qualidade, culturalmente adequada) E1, E5, E6, E7, E8 - Manter formação profissional adequada E2

Tabela 2 – Resultados obtidos

DISCUSSÃO

Dos resultados obtidos e análise dos artigos selecionados através da metodologia sugerida por Mendes, Silveira & Galvão (2008), emergiram as principais necessidades da família da pessoa em situação crítica, na perspectiva dos familiares e dos enfermeiros.

Todos os artigos reportam-se à família dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos, em situação crítica, com necessidades específicas.

A apresentação das necessidades da família, em sete dos nove artigos, utiliza a categorização das necessidades sugerida por Molter & Leske (Leske, 1991): Apoio, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança. Os restantes artigos apresentam as necessidades agrupadas em quatro dimensões sobreponíveis com as anteriores: Cognitivas, Emocionais, Sociais e Práticas (Verhaeghe *et al.*, 2005 *in* Belio & Vivar, 2012) e uma adaptação do CCFNI, também com quatro dimensões: Conhecimento/informação, Conforto, Segurança Emocional e Acesso (Maruiti & Galdeano, 2007).

As necessidades referentes às dimensões **Apoio** e **Conforto**, foram as necessidades identificadas com menor grau de importância para os familiares e enfermeiros, na maioria dos artigos analisados.

Contrariando em parte a tendência, os autores Fabrellas, Pérez & Ribas (2007) no seu estudo, identificaram as necessidades de apoio, como muito importantes para a família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sobretudo para os cônjuges e para os familiares que vivem mais longe do hospital. As necessidades de conforto continuaram a ser identificadas como menos importantes.

Maruiti & Galdeano, em 2005, efetuaram um estudo num hospital particular, em São Paulo, Brasil, e puderam observar que para cerca de 56,4% dos familiares dos pacientes internados na UCI, *ter condições de conforto na sala de espera*, enquanto aguardam por notícias do seu familiar, era importante (Maruiti & Galdeano, 2007). É de reiterar a particularidade do estudo ter decorrido num hospital particular, onde existe preocupação com o ambiente e com o conforto dos visitantes (Maruiti & Galdeano, 2007).

A análise dos artigos mostra-se coerente com a literatura, no que se refere à importância atribuída às necessidades de conforto e de apoio, numa situação de crise familiar, desencadeada pela hospitalização de um familiar em situação crítica, uma vez que nestas situações de *stress* e angústia, a família sobrepõe a necessidade de bem-estar do doente às suas necessidades (Fabrellas, Pérez & Ribas, 2007; Belio & Vivar, 2012).

As necessidades de **Proximidade**, foram avaliadas não como prioritárias, mas como importantes na maioria dos artigos.

No estudo dirigido por Llamas-Sánchez *et al.* (2009), uma das principais necessidades manifestadas pela família, foi a de *passar mais tempo com o paciente*, que se enquadra na dimensão da proximidade.

Também no estudo de Fabrellas, Pérez & Ribas (2007), a necessidade de proximidade era referida como mais importante sobretudo para os pais (grau de parentesco) e no estudo de Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007), a necessidade mais identificada pela família no questionário NMI, foi a de ver o paciente com frequência, que se enquadra também nesta dimensão.

Ao contrário, no estudo realizado por Fortunatti (2014), as necessidades da dimensão proximidade, quase não são refenciadas, nem no leque das dez necessidades mais importantes, nem no leque das dez necessidades menos importantes.

A **Segurança** como necessidade da família do doente crítico, foi identificada como a necessidade mais importante, em seis do total dos nove artigos analisados.

Chatzaki *et al.* (2012), com base na literatura e nos resultados da sua pesquisa, referem-se à necessidade de segurança como “universal”.

No artigo de Buckley & Andrews (2011), as necessidades da família na dimensão da segurança não estão em destaque, desta vez na perspetiva dos profissionais de enfermagem. Tal variação ao padrão, como já foi mencionado, pode dever-se ao facto deste estudo refletir o conhecimento dos enfermeiros relativamente às necessidades da família, que embora seja considerado muito bom, pode não coincidir com as necessidades identificadas diretamente pela mesma, como é suportado no estudo realizado por Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007), que mostra existirem divergências entre a perceção dos enfermeiros e a perceção dos familiares acerca das necessidades.

No estudo de Llamas-Sánchez *et al.* (2009), a família do doente crítico, não faz alusão à necessidade de segurança. O objetivo do estudo em questão, era identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos e avaliar a satisfação com os cuidados recebidos. Denotar que, a satisfação dos familiares foi avaliada no geral, como bastante elevada, tendo-se destacado a atenção recebida e o cuidado no trato dos enfermeiros para com a família. Estas são atitudes que promovem a segurança e o bem-estar, reduzindo o *stress* e a ansiedade decorrentes duma situação de hospitalização de um ente querido.

Refletindo sobre estas associações, parece coerente dizer que a efetiva satisfação das necessidades pode diminuir o grau de importância atribuído às mesmas, uma vez que estas estão a ser perfeitamente atendidas. O contrário, também parece ser verdadeiro, pois duas das principais necessidades dos familiares deste estudo, *passar mais tempo com o paciente e ter um regime de visitas mais flexível*, como é referido nas conclusões, se enquadram no grupo das necessidades de proximidade, em que a satisfação da família é reduzida (Llamas-Sánchez *et al.*, 2009).

Outros autores reforçam a ideia anterior, quando demonstraram que as necessidades mais importantes identificadas pela família ao longo do internamento na UCI, quando estão satisfeitas, dão lugar a outras que anteriormente não eram identificadas como tal (Segura, Albert & Poveda, 2015).

As necessidades de **Informação** foram identificadas como mais importantes, em quatro dos nove artigos em análise, mas todos eles fazem referência a esta necessidade como uma das mais importantes.

O estudo de Fabrellas, Pérez, & Ribas (2007), contraria a maioria dos estudos efetuados nesta área, no qual a informação é uma necessidade importante apenas para os familiares mais idosos (faixa etária).

No estudo desenvolvido por Belio & Vivar (2012), também a família reconhece a necessidade de informação como prioritária.

Maruiti & Galdeano (2007), também reconhecem a necessidade de conhecimento/informação como muito importante para a família, aludindo que a falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e nos seus familiares.

A informação adequada, honesta e uniforme é de vital importância para evitar e diminuir os fatores *stressantes* tanto para o paciente como para a família (Martins *et al.*, 2008, p.1094).

O conhecimento da estrutura familiar interna e externa, por parte dos profissionais de saúde, é muito importante sendo sugerido que se comecem a utilizar instrumentos como o ecomapa e o genograma, que permitem melhorar a informação acerca da família e planejar intervenções adaptadas, para melhor responder às necessidades da família (Belio & Vivar, 2012).

Na mesma linha de pensamento, como já foi anteriormente evidenciado, a OE sugere a adoção pelos enfermeiros, do MDAIF como referencial teórico e operativo, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ambos os artigos que revelam a percepção dos enfermeiros acerca das necessidades da família (Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007); Buckley & Andrews, 2011), afirmam a necessidade de informação como a mais importante.

O conhecimento dos enfermeiros acerca das necessidades da família é avaliado como muito bom, mas estes profissionais admitem que nem sempre o conhecimento teórico é transportado para a prática. Esse conhecimento provém essencialmente da experiência profissional, uma vez que a grande maioria dos enfermeiros refere não ter formação profissional específica nessa área (Buckley & Andrews, 2011).

Os enfermeiros sentem necessidade de melhorar o conhecimento acerca das necessidades da família para melhor responderem às mesmas (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Buckley & Andrews, 2011).

A literatura reforça a importância da informação para os enfermeiros, no estudo de Martin, Sousa & Batista (2014), sobre a percepção dos enfermeiros acerca das necessidades da família do doente internado numa UCI de um Hospital da área de Lisboa, em que a necessidade identificada pelos enfermeiros como mais importante, foi a de *oferecer informação verídica e uniformizada* sobre o estado do doente e funcionamento da unidade.

Também o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no Artigo 105º, remete para o dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro deve informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso e a maneira de os obter (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Além da informação, as necessidades de proximidade e segurança também são percecionadas pelos enfermeiros como muito importantes, coincidindo com a percepção da família (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007).

Comparando os artigos analisados, as necessidades de segurança são referenciadas mais vezes como mais importantes pela família e os enfermeiros dão mais ênfase à informação (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Buckley & Andrews, 2011).

Denotar que a maioria dos estudos reportam-se à identificação das necessidades da família da pessoa em situação crítica, na perspetiva da família e apenas dois, na perspetiva dos enfermeiros, o que pode ser revelador da ausência de estudos deste carácter e da importância de se desenvolverem mais pesquisas tendo os enfermeiros como população alvo.

Já em 1979, Molter & Captain, consideraram as necessidade de segurança e informação como as mais importantes necessidades da família do doente internado numa unidade de cuidados intensivos.

A análise os artigos constituintes da amostra deste estudo, continua a apontar para as necessidades de segurança e de informação, como as necessidades mais importantes para a família do doente crítico. A literatura existente sobre o tema comprova esta tendência (Segura, Albert & Poveda, 2015).

À semelhança desta revisão, também a revisão de literatura efetuada por Fortunatti (2014), com estudos de diversas áreas geográficas, para nomear as dez mais importantes necessidades da família, revelou que independentemente da zona geográfica, as necessidades de segurança e informação são as mais identificadas.

Curiosamente, outros estudos afirmam que a hierarquização de necessidades particulares pode ser afetada por outras variáveis, nomeadamente, duração do internamento, evolução da doença e variáveis sociodemográficas (López & Ramos, 2014; Martin, Sousa & Batista, 2014).

Exemplo do que foi acima mencionado, o estudo desenvolvido na população rural da Ilha de Creta (Grécia) por Chatzaki *et al.* (2012), que mostrou que as necessidades de apoio, contrariando o expectável, eram mais importantes para os familiares com nível de escolaridade e socioeconómico, mais baixos, o que evidencia a influência de determinadas variáveis independentes sobre as necessidades da família. Os autores referem ainda que o CCFNI validado para a população grega, pode ainda assim não estar adequado para esta população rural, razão que pode ter dificultado a compreensão de determinados itens e levado ao enviesamento da pesquisa.

As unidades que prestam cuidados ao doente crítico, têm habitualmente um ambiente altamente tecnológico e quase sempre agressivo e hostil, tendencialmente desumanizante e de acesso restrito à família e amigos (Maruiti & Galdeano, 2007).

A humanização dos cuidados nestas unidades, vai além de permitir a visita do familiar, incluir o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de identificar as reais necessidades dos familiares e atendê-las o mais cedo possível (Maruiti & Galdeano, 2007).

As intervenções de enfermagem devem ser baseadas nas necessidades identificadas e não na presunção dessas necessidades, transpondo a evidência científica para a prática clínica e melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

O grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem é um indicador de qualidade, que muito tem sido valorizado pelos profissionais e pelas instituições de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Num estudo desenvolvido numa UCI de neurocirurgia no Irão, está explícita a ideia que a implementação de intervenções baseadas nas necessidades, aumentam o grau de satisfação da família em relação aos cuidados de enfermagem e deste modo contribuem para a qualidade dos cuidados (Yousefi *et al.*, 2012).

Espelhando essa preocupação, também os artigos analisados fazem referência a algumas estratégias que devem ser refletidas e aplicadas, para melhor assistirem as principais necessidades da família, diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Obringer, Hilgenberg & Booker, 2012).

As estratégias que emergem dos artigos, reportam-se maioritariamente a alterações na política de visitas e horários, no acesso aos profissionais e ao doente, na inclusão da família nos cuidados e na melhoria dos sistemas de comunicação. As estratégias apresentadas nos artigos em análise vão ao encontro das estratégias mais referidas na literatura (Miracle, 2006 ; Martin, Sousa & Batista, 2014).

Obringer, Hilgenberg & Booker (2012) referem que os estudos realizados sobre as necessidades da família, estimulam a implementação de novas políticas, de práticas baseadas na evidência, que favorecem não só os enfermeiros, como profissionais de saúde em geral e a família e o próprio doente, em particular.

Belio & Vivar (2012) acrescentam, que não é fácil mobilizar os resultados da investigação para a prática clínica, por diversas razões relacionadas sobretudo com questões organizacionais e culturais. Para que isto não se verifique, é necessário que os profissionais, estejam informados, motivados e comecem a incorporar as evidências mais recentes na sua prática diária.

A identificação e satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica, não deve ser encarada como só mais uma intervenção, tem que implicar uma mudança de atitude e de filosofia (Llamas-Sánchez *et al.*, 2009).

O CCFNI e algumas adaptações do mesmo, foi o instrumento mais utilizado para identificar as necessidades da família da pessoa em situação crítica.

Fortunatti (2014) afirma que o CCFNI é um instrumento válido para a avaliação das necessidades da família, mas deve ser complementado com outras metodologias qualitativas.

Obringer, Hilgenberg & Booker (2012) reforçam que são precisos mais estudos para estabelecer evidências baseadas na abordagem das necessidades, para efetivar o apoio à família e melhorar os cuidados de saúde aos pacientes críticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades da família da pessoa em situação crítica, começaram a ser uma preocupação dos enfermeiros desde o final dos anos 70, quando surgiu o primeiro estudo desenvolvido por enfermeiros nessa área (Molter & Captain, 1979).

Sendo um grupo profissional privilegiado perante a família e o doente, muitos são os estudos que se têm desenvolvido a nível de diversos países e culturas e que têm sido um valioso argumento, para firmar a premência de incorporar os resultados da investigação na prática.

Existe consenso quando se fala de necessidades da família da pessoa em situação crítica, assumindo-se como “universal” a listagem enumerada em 1979 por Molter e validada por Leske em 1991.

Os resultados da presente revisão da literatura apontam para as necessidades de segurança, informação e proximidade, como as dimensões de necessidades mais importantes para a família da pessoa em situação crítica.

Contudo, estas necessidades podem sofrer diversas influências, não se podendo apresentar como definitivas, sendo a sua avaliação e identificação indispensável, caso a caso, seja qual for a metodologia utilizada.

As necessidades da família do doente crítico não devem ser presumidas pelos enfermeiros, devem ser avaliadas individualmente, até porque a perceção dos enfermeiros relativamente às necessidades difere da perceção da família.

Os enfermeiros e os responsáveis pelas instituições de saúde, devem reunir esforços para responder efetivamente às necessidades de cada família, de forma individualizada e sistemática, mantendo uma postura ética e responsável perante a vulnerabilidade inerente à situação.

A identificação e satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica, não deve ser encarada como só mais uma intervenção, tem que implicar uma mudança de atitude e de filosofia, que cabe a todos os enfermeiros refletir.

As principais estratégias para melhorar a satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica, reportam-se a alterações na política de visitas e horários, no acesso aos profissionais e ao doente, na inclusão da família nos cuidados e na melhoria dos sistemas de comunicação.

A implementação de intervenções de enfermagem com base na avaliação das necessidades da família, contribui para uma crescente humanização e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo é dedicado à descrição e análise crítica das competências desenvolvidas no decorrer dos estágios realizados. O percurso apresentado coincide com aquele que foi percorrido e com o seu desenvolvimento pessoal e profissional, no sentido do crescimento e da aquisição de novas competências.

Assim sendo, vai começar por fazer a descrição e análise dos estágios nos contextos onde o nível das suas competências iniciais era mais reduzido (Bloco Operatório e Serviço de Urgência), passando em seguida, para o contexto onde as suas competências iniciais lhe permitiram obter creditação, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIcor), ao abrigo da alínea c), do Artigo 45º, do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

De acordo com o Guia de Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, para desenvolver as competências inerentes à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de uma forma geral, o formando deve demonstrar que sabe aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, dentro da área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Além disso, deve ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções ou juízos ou os condicionem. Deve ainda, ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Universidade Católica Portuguesa – Madureira *et al.*, 2016).

A concretização dos objetivos gerais, atrás referidos e dos objetivos específicos inerentes, orientaram globalmente o desenvolvimento das competências no decurso dos estágios.

Na descrição e análise do processo pessoal de desenvolvimento de competências vai aludir especialmente ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aprovados pela OE e publicados em Diário da República.

A OE é a associação pública profissional representativa dos que, exercem a profissão de enfermeiro (ponto 1, do Artigo 1º, Capítulo I do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Lei nº156/2015 de 16 de setembro).

A alínea i), ponto 3, do Artigo 3º, Capítulo I do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), refere que são atribuições da OE, a atribuição do título profissional de enfermeiro e de enfermeiro especialista, e no ponto 3, do Artigo 8º, diz que o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela OE.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista está inscrito que o enfermeiro especialista tem um conjunto de competências clínicas especializadas decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Também são definidas as **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. E as **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista** como sendo “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Alarcão & Rua (2005) definem competência como, a capacidade de agir em situação, que implica uma resposta articulada entre os limites do saber e os limites do não-saber, que é condição necessária para uma aprendizagem continuada.

Phaneuf (2005), salienta que a competência não é adquirida para sempre, é preciso mantê-la atualizada. Os cuidados de enfermagem evoluem e é preciso que o enfermeiro se adapte constantemente a novas exigências organizacionais, a novas aplicações técnicas e a novas especificidades.

O profissional revela-se num processo contínuo de construção e reconstrução (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.18), através do qual a aquisição da competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer (Phaneuf, 2005).

A teoria de Patricia Benner (2001), baseado no Modelo de Dreyfus de Aquisição de competências aplicado à enfermagem, identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Os diferentes níveis são o reflexo de mudança. No primeiro nível ocorre a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização; o segundo nível diz respeito à forma como o estudante encara a situação, deixa de ver a situação de uma forma fragmentada e passa a encará-la no seu todo, objetivando apenas o importante; o terceiro nível é a passagem do simples observador desligado a executante envolvido, encontrando-se já totalmente empenhado na situação concreta; no quarto nível, a enfermeira proficiente apercebe-se das situações na sua globalidade e não em termos isolados e guia as suas ações por máximas; no quinto nível a enfermeira perita tem uma enorme experiência e compreende de maneira intuitiva cada situação, apreendendo diretamente o problema, sem se perder em largas explicações e diagnósticos (Benner, 2001).

A aquisição de competências baseada na experiência é mais segura e mais rápida se estiver assente sobre bases pedagógicas sólidas. A competência desenvolve-se depois de se terem vivenciado experiências importantes, que permitem aos indivíduos utilizarem a intuição na tomada de decisão (Benner, 2001).

Alarcão & Rua (2005, p.376) também explicam que a competência profissional do enfermeiro envolve em si mesmo, três sub-competências fundamentais: cognitiva, técnica e comunicacional. Cada uma delas pode ser desdobrada em micro-competências. A competência cognitiva implica entre outros componentes, a identificação das necessidades do cliente, a análise e interpretação da informação recolhida, a planificação das atividades de acordo com as prioridades, a justificação das intervenções e a avaliação. A competência técnica pressupõe efectuar corretamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas, possuir destreza manual e utilizar o material adequado. A competência comunicacional alui a saber ouvir, comunicar de forma adequada às características do cliente/família, efectuar ensinamentos oportunos, registar de forma sistematizada a informação, transmitir informações corretas e pertinentes e estabelecer uma relação de ajuda.

A competência em enfermagem implica a mobilização de saberes. É um processo ativo que envolve atores, saberes e contexto, resulta da interação interpessoal e intrapessoal entre os vários intervenientes do processo de cuidar, da relação que se cria, do contexto inerente e dos saberes que se partilham.

Com base no CDE, a competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais a observar na relação profissional. Logo, é dever do enfermeiro assentar o seu percurso profissional e a sua

prestação de cuidados numa conduta ética, promovendo a sua autoformação contínua e construindo o seu quadro de competências (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Um dos princípios orientadores da actividade dos enfermeiros, é a excelência do exercício profissional, que consta na alínea c), ponto 3, no Artigo 99º do EOE.

Os enfermeiros buscam a excelência na assistência à saúde desde que Florence Nightingale começou a estudar os resultados dos processos de cuidado ao paciente (Larrabee, 2011).

A procura da excelência em todo o ato profissional, denuncia a preocupação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, impõe ao enfermeiro uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo, à procura contínua ao desenvolvimento de saberes e competências (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Quando falamos de competência profissional associamos logo a qualidade, “Um profissional competente é aquele que proporciona qualidade aos clientes” (Alarcão & Rua, 2005, p.375).

A qualidade é muitas vezes associada à excelência.

No enquadramento concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros , 2001, p.8), estão descritos os metaparadigmas do exercício profissional dos enfermeiros: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Na procura da excelência, foram definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional: o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde; previne complicações para a saúde dos clientes; maximiza o bem-estar e complementa ou suplementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros , 2001, p.13).

O desenvolvimento de uma cultura de qualidade na saúde, a partir do pressuposto da excelência do cuidar, deve ser assumido, atendendo a que a qualidade não se deve reger por moldes rígidos, mas como a melhor resposta possível com os meios e recursos de que se dispõe (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

2.1. MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO

O estágio relativo ao Módulo III, de caráter opcional, foi realizado na Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), dum hospital com estatuto de Entidade Pública Empresarial, da margem Sul do Tejo e decorreu entre 26 de abril e 17 de junho de 2016.

Na prossecução do estágio foram determinados alguns objetivos a alcançar, nomeadamente, **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente/família e prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente/família, de acordo com as competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, na preparação do regresso a casa após cirurgia de ambulatório, desde o acolhimento.**

Os objetivos e as atividades inerentes foram desenvolvidos segundo o planeamento definido em cronograma, de acordo com o tempo de estágio.

O Ministério da Saúde, no Artigo 2º, Portaria Nº 111/2014 de 23 de maio, define cirurgia de ambulatório como “a intervenção cirúrgica programada, realizada em bloco operatório sob anestesia geral, loco-regional, local e/ou sedação que pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia, sem necessidade de pernoita” (Ministério da Saúde, 2014).

Na última década tem-se assistido a um grande desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CA), quer em Portugal, quer a nível internacional, que tem como premissas essenciais, a segurança e a qualidade.

A UCA abriu em 2009, sendo uma unidade do tipo satélite/integrada, porque se serve de estruturas já existentes do Bloco Operatório Central, com quem partilha o espaço físico e os recursos humanos.

A sua estrutura, organização e funcionamento estão de acordo com os requisitos exigidos pela lei vigente, pela Portaria n.º 291/2012 de 24 de setembro e retificada pela declaração nº 68/2012 (Ministério da Saúde, 2012). Em termos de espaço físico é composta por: uma sala operatória das seis salas do Bloco Operatório (BO), uma sala de recobro imediato com três camas, uma sala de recobro tardio com seis cadeirões, um vestiário com dez cacifos, zona de secretariado e um gabinete de consulta, para acolhimento e alta da utente e acompanhante.

As salas de recobro imediato e tardio, estão devidamente equipadas com equipamento para monitorização cardíaca, avaliação de tensão arterial, oximetria e ainda rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, assim como várias tomadas elétricas e fontes de luz. Na sala de recobro imediato existe um *stock* de terapêutica organizada de acordo com as normas de segurança do medicamento (Direção-Geral da Saúde, 2015). Na sala de recobro tardio a gestão da terapêutica é assumida pela

enfermeira coordenadora da UCA e pela farmácia, que fornece a medicação de acordo com níveis de reposição e com os protocolos existentes.

O período de funcionamento da sala operatória da UCA, situa-se entre as 08h30m e as 16h. A fase de recuperação anestésica é realizada na sala de recobro imediato, até às 16h, sendo a atividade assistencial da responsabilidade do médico anestesiológico. A recuperação cirúrgica é efetuada na sala de recobro tardio, que funciona até às 20h, sob responsabilidade do médico assistente hospitalar responsável pelas cirurgias do dia, com apoio de mais um médico da área cirúrgica.

A dotação de enfermagem da sala operatória, são três enfermeiros: instrumentista, circulante e anestesista. A sala de recobro tardio é assegurada, habitualmente, por dois enfermeiros, um que é responsável pelo acolhimento do utente e acompanhante e pela preparação da alta para o domicílio, e outro enfermeiro que fica responsável pela vigilância e prestação de cuidados na fase pós operatória tardia. As atividades de enfermagem do recobro imediato, estão adstritas a um enfermeiro que pertence à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA).

A seleção dos utentes para realização de cirurgia de ambulatório, obedece a Critérios de Admissibilidade, clínicos, cirúrgicos e sociais (Duarte & Martins, 2014). Os utentes são selecionados nas consultas das diversas especialidades (Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Estomatologia), onde é realizado um inquérito e assinado o consentimento em folha própria, após o que ocorre o preenchimento da proposta operatória do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), como ambulatório.

A administrativa da UCA, “agrupa” os utentes por especialidade, remetendo-os atempadamente para a Consulta Pré-anestésica de Ambulatório, da qual faz parte uma equipa multidisciplinar, incluindo o médico anestesiológico e o enfermeiro. Nessa consulta, dependendo do critério do cirurgião e do anestesiológico, os doentes são previamente selecionados para internamento sem pernoita ou com pernoita, que exige permanência no hospital de cerca de 24 horas.

No dia antes da cirurgia, é realizada por um enfermeiro da UCA, uma consulta telefónica (consulta de atendimento telefónico pré operatória), para avaliar a situação de saúde da pessoa, informar, identificar e responder às expectativas e necessidades do utente e da família, promovendo o conforto, a segurança e a continuidade dos cuidados.

No dia da intervenção cirúrgica, o utente e acompanhante são acolhidos na unidade, pela equipa multidisciplinar, de acordo com o regulamento da unidade, iniciando-se todos os procedimentos necessários à realização da cirurgia, até à alta.

A alta é da responsabilidade do anestesiológico e do cirurgião. O enfermeiro do recobro tardio deve validar junto do utente e do acompanhante, as condições para a alta, que só acontece após o cumprimento de todos os critérios de alta (baseados no score PADS – Post-anesthesia Discharge Scoring System), sendo o utente incentivado a regressar a casa. Os utentes que não cumprem os critérios de alta, serão encaminhados para a enfermaria do Serviço de Especialidades Cirúrgicas.

No momento do regresso a casa, sempre que necessário, a UCA dispensa aos utentes a medicação de pós-operatório, de acordo com o que está previsto no Decreto-Lei nº 13/2009, de 12 de Janeiro (Ministério da Saúde, 2009) e segundo protocolos instituídos pela anestesiologia.

Nas 24h seguintes à cirurgia e sempre que necessário, é efetuada uma consulta telefónica (consulta de atendimento pós-operatório), na qual o enfermeiro da UCA, mais uma vez avalia a situação de saúde da pessoa após a cirurgia (relativamente à dor, sintomatologia, ferida operatória e outros aspetos), promovendo a continuidade dos cuidados.

Os registos de enfermagem são efetuados em suporte de papel, em folhas próprias, onde são inseridos os dados do doente nos períodos pré-operatório (verificação da preparação física, critérios de admissão, sinais vitais), perioperatório (posicionamento cirúrgico, tipo de anestesia, classificação segundo a American Society of Anesthesiology - ASA), pós-operatório e alta (escala de PADS), numa continuidade de cuidados, do acolhimento até à alta. A *checklist* Cirurgia Segura é preenchida rigorosamente, a nível informático, dentro da sala operatória, em todos os tempos cirúrgicos.

A qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes, é uma exigência cada vez maior, à qual a unidade responde claramente.

Devido ao tempo limitado de estágio, no decurso do mesmo e partindo duma decisão conjunta com a enfermeira orientadora, dedicou maior atenção à consulta pré-operatória, acolhimento, recobro tardio, alta e consulta pós-operatória, desenvolvendo competências efetivas nestas áreas.

Prestou cuidados de enfermagem especializados e globais ao utente/família, observando-o como um todo mas com a sua individualidade, adquirindo progressivamente mais autonomia e segurança, integrando a equipa de enfermagem.

Contudo, sempre que oportuno, para manter o seguimento do utente desde o acolhimento até à alta, sob supervisão, assumiu funções de enfermeiro de anestesia e enfermeiro circulante dentro da sala operatória, sem no entanto, ter adquirido efetivamente competências nessas funções.

O desenvolvimento do seu projeto de estágio, *“Preparar o regresso a casa, após cirurgia ambulatória, desde o acolhimento – no rumo da melhoria dos cuidados de enfermagem”*, espelha a sua intenção

em desenvolver competências nesta área em particular, do acolhimento e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que a necessidade da unidade, complementou o seu interesse pessoal inicial.

No local de estágio em questão e tendo em linha de conta, mais uma vez o tempo limitado do mesmo, o desenvolvimento e a aquisição de competências, enquadra-se sobretudo no campo das competências comuns do enfermeiro especialista.

O conceito de utente de cirurgia ambulatória que está descrito nos critérios de admissão para CA, pressupõe que este se encontra em situação estável de saúde e que não se prevêem complicações após a cirurgia (Duarte & Martins, 2014), o que invalida à partida a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e conseqüentemente, o desenvolvimento de competências nessa área mais específica.

O **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, apresenta quatro domínios de competências (Ordem dos Enfermeiros, 2010): responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, alui a que o enfermeiro desenvolva uma prática profissional e ética na sua área de intervenção, demonstrando um exercício seguro, em que utiliza as habilidades de decisão ética e deontológica, assentes num conhecimento e avaliação sistemática das melhores práticas e respeitando os direitos humanos. No mesmo domínio, o enfermeiro deve demonstrar que sabe analisar e interpretar situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

No desenvolvimento destas competências, considera que a presença da família no contexto de CA é indispensável e inevitável, até pelo fato de ela própria ser a principal parceira nos cuidados após a cirurgia, no regresso a casa, tão breve como se pretende.

Os conhecimentos e experiência profissional que tem desenvolvido ao longo do seu percurso profissional, facilitaram a efetivação destas competências, na abordagem ao utente e família, sobretudo no acolhimento na UCA, na recolha de informação junto do mesmo e na avaliação, para definição de diagnósticos de enfermagem, mantendo sempre uma postura ética, baseada nos valores universais da dignidade e liberdade humana e na defesa dos direitos do utente e família, em todo o percurso cirúrgico.

A comunicação é um dos pilares da relação que se estabelece entre enfermeiro, utente e família, comunicação essa que tem início, ainda antes da admissão no hospital, na consulta telefónica pré-operatória, que se pretende que seja clara e eficaz.

Nas suas várias formas, a comunicação tem um papel humanizante, sendo que, para tal, a equipa precisa estar disposta e envolvida para estabelecer essa relação e entender que é primordial reconhecer o cliente como sujeito ativo do cuidado (Broca & Ferreira, 2012).

O Guião de Consulta de Enfermagem Perioperatória (Apêndice I) concebido em formato alargado, como protetor de secretária, com base nos conteúdos abordados nos telefonemas pré e pós-operatórios, sugeridos pela Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), teve particular interesse para a realização dessas consultas, promovendo uma comunicação mais eficaz, a utilização de uma linguagem uniformizada, reduzindo o risco de erro que advém de uma conversa telefónica, desde o acolhimento e após a alta e promovendo uma prática de cuidados mais segura e responsável (Ordem dos Enfermeiros - Parecer CJ 102/2009 , 2009).

Assente na empatia e no respeito e fundamentada nos princípios éticos norteadores da sua atuação, procurou sempre estabelecer uma relação terapêutica com o utente e família, manter uma comunicação efetiva, sistemática, utilizando uma linguagem clara, adaptada e adequada às características e necessidades do utente e família a quem prestou cuidados na UCA, desde o acolhimento até ao regresso a casa.

De realçar que a diversidade de utentes, a nível cultural, social, cognitivo, impõe uma maior adaptabilidade e disponibilidade, competência transcultural, por parte do enfermeiro, como defende Madeleine Leininger, que tenta dar a resposta mais adequada e culturalmente correta, perante a infinidade de questões e necessidades com que se depara (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005). O desenvolvimento de competências transculturais, encontra também aqui fundamento, assim como o respeito incondicional pelos direitos humanos.

As necessidades de informação e de encaminhamento após CA são imensas, sendo que a efetivação dos registos de enfermagem relativos à alta, a formalização de ensinamentos, entrega de guias orientadores e o comprometimento para com o utente e a família, aumenta os níveis de segurança dos cuidados. Ignorar esta realidade pode pôr em causa a prestação de cuidados, a continuidade dos mesmos e a dignidade e liberdade do utente e família, dada a sua vulnerabilidade.

A introdução do formulário de alta de enfermagem e dos registos na preparação do regresso a casa após cirurgia (Apêndice II), além de se revestir de carácter legal (Ministério da Saúde, 2013), veio contribuir para uma prática profissional ética, no dever para com a comunidade em geral e para com

o utente e família em particular, na defesa do direito ao cuidado, à informação e autodeterminação, assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem, após a alta hospitalar.

A elaboração do formulário de alta não só deu resposta às necessidades do utente/família, como também respondeu às necessidades da equipa de enfermagem da UCA. A sua implementação passou por uma tomada de decisão conjunta, face a uma limitação que foi observada na unidade e que foi minimizada tendo como base conhecimentos sólidos dos direitos do utente e família e das melhores práticas.

Acresce ainda, o fato de também ter sido auscultada a opinião de enfermeiros dos cuidados de saúde primários, com quem regra geral, é feita a articulação da UCA após a alta dos utentes. No formulário obtido foram contempladas as necessidades manifestadas pelo grupo em relação à informação na alta após cirurgia, o que mostra preocupação em melhorar a comunicação entre os pares, na procura da excelência do exercício profissional, de acordo com o CDE que rege a profissão.

Com o intuito de preservar a confidencialidade e a segurança da informação contida nos registos referentes à alta, foi preparada uma versão electrónica do formulário de alta e acautelado o arquivamento de uma cópia, em formato digital, enquanto ainda se efetuar o seu registo em papel.

Também no desempenho das várias funções dentro da sala operatória, teve sempre uma postura responsável, reconhecendo as suas limitações e atuando em conformidade, não comprometendo a segurança do utente e dos restantes profissionais, sendo esta também uma demonstração de competência, segundo Alarcão & Rua (2005), que definem competência como, a capacidade de agir em situação, que implica uma resposta articulada entre os limites do saber e os limites do não-saber.

O desenvolvimento de competências no **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, remete para que o enfermeiro especialista, desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, conceba ou colabore em programas de melhoria contínua da qualidade, mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

A preparação do regresso a casa, desde o acolhimento, tema central do seu projeto de estágio, tem o seu principal fundamento na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, vindo complementar ou acrescentar algo que já se fazia, mas de forma desorganizada e pouco eficiente.

O acolhimento não se restringe ao acesso ao hospital, mas principalmente na sua continuidade. O enfermeiro cumprindo o seu papel de educador, orienta o cliente desde a sua admissão no hospital até ao momento da sua alta (Berté & Piccoli, 2005).

A alta é um conjunto de processos burocráticos e administrativos, que compete ao médico assinar e que anuncia à organização que pode contar com uma cama “vaga”. Aos enfermeiros cabe assegurar a conclusão desse trabalho e garantir que a pessoa e família saem nas melhores condições, com capacidade e possibilidade de lidar com a situação de saúde, de cuidar de si mesmo, de modo a poder continuar a viver com bem-estar (Rebelo, 2012, p.206).

Segundo Virgínia Henderson, o planeamento de altas é uma dimensão do cuidado a não descurar e concretiza uma função de enfermagem das mais nobres – a de educação para a saúde (Rebelo, 2012, p.208).

A preparação do regresso a casa distingue-se da noção de alta, pelo fato de existir a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança do utente e família no seu contexto e modo de vida, procurando mobilizar os recursos e para tomarem conta da situação em casa (Rebelo, 2012).

Para Meleis & Schumacher citados por Rebelo (2012), a alta hospitalar constitui-se uma transição a uma situação de saúde/doença, que abala substancialmente a vida da pessoa.

A alta hospitalar é um processo e não um evento isolado, por mais curta que seja a estadia do utente no hospital. Deve envolver o desenvolvimento e a implementação de um plano que facilite a transferência da pessoa e dos cuidados para o local apropriado. A sistematização dos procedimentos relacionados com o planeamento da alta pode contribuir para a qualidade e transição dos doentes (Garção, 2013).

A existência de registos de enfermagem relativos à alta e de guias de cuidados após cirurgia, adaptados e individualizados para cada tipo de cirurgia, denota que a preparação do regresso a casa já era alvo da atenção dos enfermeiros da UCA, sem contudo cumprirem todas as exigências que o acontecimento impõe.

A Norma de Procedimento de Regresso a Casa (Apêndice III), surgiu para a operacionalização do projeto e com o intuito de direcionar todos os enfermeiros para os procedimentos relativos à alta e ao regresso a casa, após CA. Foi concebida de acordo com as orientações e os requisitos exigidos pelo Gabinete de Qualidade do hospital, de modo a poder configurar do Manual de Normas e Procedimentos da instituição, o que lhe permitiu desenvolver competências nesta área.

A *Checklist* de Verificação da norma (Apêndice IV), foi criada para monitorização, avaliação e identificação de indicadores dos cuidados relativos à alta.

O procedimento anestésico cirúrgico acarreta desequilíbrios de ordem estrutural e emocional para o utente e família. A identificação dos diagnósticos de enfermagem no período que antecede a alta,

permite aos enfermeiros planear e implementar ações que minimizem ou previnam os riscos e problemas após a cirurgia, que beneficiam tanto os enfermeiros como o utente e a família (Berté & Piccoli, 2005).

O desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem relacionados à assistência traz benefícios em termos de segurança, planeamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, melhora a comunicação e a qualidade dos registos, dá visibilidade às ações de enfermagem, desenvolve os registos eletrónicos e aumenta o conhecimento (Furuya *et al.*, 2011, p.168).

No âmbito da obtenção de indicadores de qualidade e produtividade de enfermagem, a OE refere que devem existir sistemas de informação e documentação em enfermagem, que utilizem uma linguagem classificada em enfermagem, CIPE® (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Na construção do formulário de regresso a casa após CA, preocupou-se em utilizar a linguagem padronizada CIPE®, para a definição dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, reforçando a importância dos sistemas de apoio à prática clínica, também neste âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A utilização da linguagem CIPE®, segundo a OE, dá um “contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Sendo uma terminologia padronizada, a CIPE® consegue gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de enfermagem” (ICN - Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.24).

O preenchimento do formulário de alta implica a utilização do Guião de preenchimento inerente (Apêndice V), que mais uma vez foi concebido de acordo com as orientações para definição de enunciados de diagnóstico, intervenções e resultados segundo a CIPE®, de modo a facilitar o seu preenchimento por enfermeiros, pouco familiarizados com a linguagem CIPE® e a promover a sistematização e uniformização dos registos de enfermagem, também eles essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estudos realizados mostraram que a implementação dos sistemas de classificação de enfermagem, beneficiam a assistência ao cliente e melhoram a qualidade dos cuidados, das informações e da organização dos serviços (Furuya *et al.*, 2011).

As pesquisas bibliográficas foram realizadas, de modo a recolher da literatura mais recente, a melhor evidência científica, sobre importância da utilização da linguagem CIPE® e da elaboração de diagnósticos de enfermagem, dos sistemas de informação em enfermagem e da sistematização dos

registos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na preparação do regresso a casa após CA.

Tendo por referência a importância de manter uma prática de cuidados baseada na evidência científica, junto dos enfermeiros da UCA, foram realizadas sessões de formação, utilizando o método expositivo e a apresentação de diapositivos (Apêndice VI), em grupos restritos e ambiente informal, para sensibilizar os profissionais sobre a temática em questão. No final das sessões, a avaliação realizada, foi positiva, confirmando-se a pertinência dos temas abordados para a equipa, com destaque para a abordagem dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem recorrendo à linguagem CIPE®, que constitui a principal dificuldade apontada pelos enfermeiros da UCA.

De acordo com a OE (2001), a satisfação do cliente, foi definida como uma das categorias dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pelo que, entre outros cuidados, o enfermeiro deve estabelecer parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados, onde se inclui o planeamento da alta.

No **Domínio da Gestão dos Cuidados**, o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação da mesma, na equipa multiprofissional.

É através dos registos de enfermagem que o enfermeiro assegura a sua autonomia, sendo que a informação neles contida é um elemento crucial para a tomada de decisão clínica e um requisito para a gestão dos cuidados (Silva, 2011).

A elaboração do formulário de regresso a casa, foi objetivado para assegurar a continuidade dos cuidados, a transmissão de informação segura e a articulação entre os vários profissionais, não só os enfermeiros. Além disto, a utilização da *checklist* de verificação de alta, tem o intuito de otimizar e monitorizar o procedimento em questão, retirar indicadores e gerir os cuidados.

Ainda no sentido da gestão dos cuidados, foi previsto, ainda que com alguns constrangimentos, o agendamento telefónico dos cuidados de enfermagem após a alta, com o centro de saúde da área de residência do utente/família, visando também uma melhor acessibilidade aos serviços de saúde e uma resposta mais eficaz, em tempo útil, aos cuidados de enfermagem.

Silva (2011) citando Donabedien (1974) refere que a acessibilidade não se restringe à utilização ou não dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados, às necessidades dos utentes.

No **Domínio das Aprendizagens Profissionais** desenvolveu o seu autoconhecimento e assertividade, adquirindo as competências implícitas, quando refletiu diariamente sobre a sua prática

de cuidados, aceitando a crítica e melhorando o seu desempenho. Baseou as suas intervenções no conhecimento adquirido através das pesquisas bibliográficas desenvolvidas, no seu conhecimento empírico e com base em padrões de conhecimento válidos, reconhecendo as suas limitações pessoais e profissionais, de modo a não interferir na dinâmica da equipa multidisciplinar.

Em contexto de CA, o desenvolvimento das **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, fica mais restrito.

A área de **prevenção e controlo de infeção**, é uma área particularmente importante em contexto de BO e de CA, pelo risco inerente de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e sobretudo de infeção do local cirúrgico.

Durante toda a permanência na área restrita do BO, teve noção da importância dos cuidados específicos relativos ao controlo do ambiente e controlo de infeção, que diariamente cumpriu e aprofundou.

No desempenho das funções de enfermeira de anestesia e de circulação, cumpriu as normas de assepsia, da lavagem correta das mãos, do manuseamento e verificação do material esterilizado, da preparação da mesa operatória e manipulação de campos cirúrgicos, da verificação das condições ambientais dentro da sala operatória, entre outras atribuições neste contexto (AESOP, 2013).

A esse respeito, a Associação dos Enfermeiros de Sala Operatória Portuguesa (AESOP) defende que, embora não seja da competência dos enfermeiros verificar e avaliar as condições ambientais do BO, é da sua responsabilidade intervir para que as normas sejam cumpridas e o ambiente cirúrgico seja o mais seguro possível (AESOP, 2013).

A implementação da norma de procedimento de regresso a casa após CA, contribuiu para alargar o seu leque de competências nesta área, uma vez que, desde então se começou a avaliar o risco de infeção após cirurgia no momento da alta e se intervém sobre a prevenção de complicações da ferida cirúrgica, de acordo com o risco levantado.

O domínio das competências específicas relativas ao **Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, também assume pouca relevância em contexto de estágio em CA, onde o utente/família não se encontra, à partida, a vivenciar processos complexos de doença.

Sabe-se que qualquer tipo de alteração do estado de saúde da pessoa, seja qual for a sua origem, desencadeia no utente e família sentimentos de medo e ansiedade, que se podem tornar complexos e agravar a sua situação de saúde. Neste campo, na prestação de cuidados na UCA, assumiu um

papel preponderante, quando mobilizou os conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades do utente e família, assistindo nas perturbações emocionais, gerindo a comunicação interpessoal e estabelecendo uma relação terapêutica com o mesmo.

Segundo os **Padrões dos Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica**, na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), previne complicações para a saúde e maximiza o Bem-estar e o Auto Cuidado, identificando precocemente os problemas potenciais da pessoa, prescrevendo, implementando e avaliando as intervenções, face aos focos de instabilidade/problemas identificados, para evitar ou minimizá-los, referenciando para outros enfermeiros especialistas, quando for pertinente, responsabilizando-se pelas decisões que toma e gerindo adequadamente os protocolos terapêuticos complexos.

A **prevenção de complicações** e a maximização do **Bem-Estar e Auto Cuidado**, começa também logo na consulta pré operatória e prolonga-se no acolhimento do utente e família na unidade, mantendo-se por todo o tempo de internamento. As intervenções, diagnósticos e resultados de enfermagem ativos no momento da alta, foram definidos mediante a identificação dos focos de atenção e a avaliação dos problemas reais e potenciais (riscos). Implementou as intervenções com rigor técnico e científico, geriu de forma diferenciada e eficaz a dor e os protocolos farmacológicos e não farmacológicos, para alívio da dor, assim como, os protocolos terapêuticos mais complexos, adaptando-os à situação particular do utente/família. Responsabilizou-se pelas suas decisões e delegou os cuidados no utente e família mediante avaliação do tipo e nível de cuidados necessários após a alta. Referenciou o utente/família para outros enfermeiros, sempre que aplicável, entregando nota de alta de enfermagem e realizando um contato telefónico para marcação de cuidados/tratamentos de enfermagem. Após o regresso a casa, supervisionou as intervenções delegadas no utente/família, através da consulta do pós-operatório, realizada cerca de 24h após a alta.

No âmbito da **readaptação funcional** do cliente, cumpre ao enfermeiro EEMC, o planeamento da alta, a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados, o ensino, a divulgação dos recursos de saúde na comunidade, a instrução e treino do cliente e família.

A preparação do regresso a casa, foi reforçada com a implementação da norma de procedimento de enfermagem e do formulário de alta de enfermagem, sendo que, assumiu a preparação do regresso a casa, desde a consulta pré-operatória, prolongando-se até ao momento da alta e nas 24 horas após a alta, com a realização da consulta telefónica de pós-operatório.

Na **organização dos cuidados especializados**, cabe ao enfermeiro, entre outras responsabilidades, assegurar/garantir a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados.

Neste domínio, a possibilidade de preenchimento eletrónico do formulário de alta com base na linguagem padronizada CIPE®, veio colmatar a falta de um sistema de registos de enfermagem mais organizado e sistemático, o que promoveu também a aquisição de competências nesta área.

2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio módulo I – Serviço de Urgência decorreu de 1 de setembro a 8 de novembro de 2016, no Serviço de Urgência (SU), dum hospital com estatuto de Entidade Pública Empresarial, na margem Sul do Tejo.

Na definição dos objetivos para o estágio em contexto de SU, teve particular atenção ao desenvolvimento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, pela inerente instabilidade de saúde dos utentes que recorrem a estes serviços.

Foram delineados alguns objetivos de âmbito geral, específico e de acordo com as linhas orientadoras que constam do Guia de Estágio (Universidade Católica Portuguesa – Madureira *et al.*, 2016), nomeadamente, **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto de urgência e emergência, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito do acolhimento.**

Os objetivos e as atividades inerentes foram desenvolvidos segundo o planeamento definido em cronograma, de acordo com o tempo de estágio.

O SU está incluído num Centro Hospitalar, cuja área de influência abrange uma vasta população (cerca de 250 000 habitantes) dos vários concelhos adjacentes, oferecendo cuidados de saúde em várias especialidades médicas.

O SU enquadra-se na definição do (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014), de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, dispendo para além das valências básicas definidas para este tipo de serviços (Medicina interna, Cirurgia, Ortopedia), de Via Verde Coronária e Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo apoio da Neurologia e

Cardiologia nas 24 horas. As especialidades de Gastroenterologia, Oftalmologia, Infecçiology, Nefrologia, Pneumologia, Imunoalergologia e Psiquiatria dão apoio ao SU durante o período diurno.

A prestação de cuidados fora dos períodos referidos e para as restantes especialidades é coberta por outro hospital de referência da margem Sul do Tejo e da zona metropolitana de Lisboa.

O SU tem uma área de implantação de cerca de 700 m², ocupando o Piso 0 do hospital.

Este serviço definiu como missão/visão estratégica:

“o atendimento dos doentes urgentes e emergentes, prestando-lhes os cuidados adequados à sua situação clínica, articulando-se com as demais estruturas institucionais, estatais e não estatais, que atuam no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS) direta ou indiretamente, desde a área pré-hospitalar à hospitalar (...) tendo em vista a melhoria e bem-estar dos doentes através de cuidados de qualidade, eficientes, da humanização das equipas de profissionais que os acolhem (...) novas formas de organização do serviço de modo a esbater barreiras entre os profissionais de saúde, o seu trabalho e os doentes com as respectivas famílias (...) renovar a confiança dos utentes no hospital, com melhoria dos canais de informação à família” (Plano de Ação - Serviço Urgência Geral/SO, 2013).

O SU colabora com outras entidades, como sejam as autoridades de Saúde Pública, judiciais e policiais complementando as funções das mesmas nos âmbitos da saúde pública e medicina forense.

O lema do SU é “Comunicar é melhorar”, na perspetiva de desenvolver uma melhor articulação com os outros serviços do hospital e promover uma melhor comunicação entre os utentes e o serviço.

Na entrada do SU, encontra-se a Sala de Espera, onde podem permanecer os acompanhantes e familiares dos utentes admitidos na urgência. É uma sala ampla, dotada de condições físicas e estruturais que possibilitam a permanência de pessoas por algumas horas, com alguma comodidade. Na sala de espera existem televisões e ecrãs com informações úteis (tempo previsível de espera depois da triagem) e intercomunicador, através do qual se efetua a chamada dos doentes para os gabinetes de triagem e de consulta. Junto à sala de espera encontra-se o Balcão da Segurança interna e do Agente de Segurança Pública e o Gabinete de Apoio ao Utente, onde podem ser fornecidas aos familiares e acompanhantes, informações diversas.

Ainda no mesmo espaço, existem dois Balcões de Atendimento Administrativo, onde os utentes fazem a sua inscrição, através do programa informático SONHO®, transitando posteriormente para o *software* clínico ALERT®.

O SU está dividido em duas áreas distintas, ainda que dentro do mesmo espaço físico: a Área de Atendimento Ambulatório e a Área de Internamento.

Área de Atendimento Ambulatório:

Nesta área, existem duas Salas de Triagem, onde pelo sistema de Triagem de Manchester, se inicia o acolhimento do doente na urgência.

A Triagem de Manchester permite identificar uma prioridade clínica e posteriormente alocar o doente na área de atendimento mais adequada e tem como objetivo definir o nível de prioridade, identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Na mesma área, existem cinco Gabinetes Médicos (Balcões), para observação dos utentes após a triagem e uma Sala de Tratamentos, que dá apoio aos mesmos, na terapêutica e outras intervenções.

A Sala de Reanimação (SR) está concebida para receber diretamente do exterior e do interior (de todas as áreas do SU e do hospital em geral), os utentes com necessidade de cuidados emergentes.

Ainda na área de ambulatório, existe uma sala, denominada de Sala Aberta (SA), predominantemente vocacionada para receber os utentes com patologia do foro respiratório, mas que recebe todos os utentes da área de ambulatório cujo estado de saúde implique vigilância médica e de enfermagem permanente.

Para além das salas já mencionadas, existe também uma Sala de Pequena Cirurgia, utilizada para observação dos utentes encaminhados para a especialidade, para realização de tratamentos e pequenas intervenções cirúrgicas.

Existe ainda um Gabinete de Medicina Interna e Neurologia, um Gabinete de Psiquiatria e um Gabinete de Ortopedia, para os quais são encaminhados os utentes que necessitam de observação pelos médicos dessas especialidades.

Encontram-se também o Laboratório de Análise Clínicas e uma Sala de Eletrocardiograma (ECG), para a realização dos exames complementares de diagnóstico respetivos.

Área de Internamento:

É uma área onde por definição os doentes não deveriam permanecer mais de 24h.

Nesta área existem duas salas, designadas por Sala de Observações (SO) 1 e 2, com lotação para cinco camas, cada uma delas, destinando-se ao internamento dos utentes que necessitam de ficar em vigilância permanente para estabilização da sua situação clínica. Estes utentes são mantidos em observação e recebem cuidados diferenciados em situações agudas mais instáveis, durante as primeiras 24h de permanência no SU, podendo aí permanecer até se reunirem condições para a alta

para o exterior ou até à obtenção de vaga num serviço de internamento. São salas concebidas para corresponder ao nível de competência de uma unidade de cuidados intermédios de nível II, sendo que todas as unidades estão dotadas de monitores (para monitorização invasiva e não invasiva), rampas de oxigénio, aspiração e ar comprimido e de equipamento técnico para ventilação e outras técnicas invasivas.

A zona circular que antecede as salas anteriores, é designada por SO3 e tem capacidade para nove camas, com possibilidade de monitorização não invasiva e de oxigenoterapia em algumas unidades.

Quando o serviço assim o exige, pelo elevado número de utentes internados, existem pessoas alocados ao Corredor, local de passagem, que não se destina à prestação de cuidados, mas que é utilizado para o efeito, tendo lotação máxima para treze camas, sendo que no total, a lotação habitual do SU na área de internamento é superior a trinta utentes.

Segundo as estatísticas do Serviço de Acompanhamento da Produção do Centro Hospitalar, no ano de 2015, o SU teve um movimento de cerca de 90 000 episódios de urgência de adultos, uma média diária de 234 doentes, sendo as principais patologias relacionadas com o foro respiratório (pneumonias), cardiovascular (AVC e Enfarte Agudo do Miocárdio - EAM), infeções generalizadas e dos rins e patologias do foro psiquiátrico.

A equipa multidisciplinar que integra o SU é vasta e engloba entre outros, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente espiritual.

A equipa de enfermagem, constitui-se atualmente por 68 enfermeiros (não incluindo a enfermeira Chefe), que estão distribuídos por equipas de 10 a 12 elementos. Dentro das equipas, os elementos rodam pelas áreas de Ambulatório (incluindo triagem) e Internamento, de acordo com a distribuição feita pelo enfermeiro com funções de chefe de equipa, antecipadamente.

Os registos de enfermagem, médicos e todos os registos referentes ao utente desde a entrada no SU até à sua saída para o exterior ou para outro serviço de internamento, são realizados no *software* informático ALERT®, que é transversal a todos os profissionais, especialidades e serviços complementares de diagnóstico e tratamento de apoio ao SU.

Nos serviços de internamento é utilizado o sistema de registos informático SClinico®, a partir do qual se tem acesso aos dados registados no ALERT® através do Sistema de Apoio à Medicina (SAM).

Durante o estágio, por decisão conjunta com o enfermeiro orientador, permaneceu mais regularmente nas áreas de Ambulatório e Internamento, direcionando mais a sua atuação para o doente crítico, internado no SO, SA e SR e também para o acolhimento do cliente e da família nessas áreas.

Os focos de atenção de enfermagem no SU são muitos e diversos, sendo que é difícil determinar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes neste contexto de urgência e emergência.

Como já referiu, todos os dados do processo de enfermagem, são registados no *software* informático ALERT®, com o qual não tinha contato prévio, mas conseguiu ao longo do estágio adquirir destreza e mobilizar conhecimentos que lhe permitiram utilizar com segurança o programa, conseguindo dominar os aspetos essenciais e realizar registos completos e pertinentes, relativos aos utentes a quem prestou cuidados, nas diferentes áreas do SU.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados que requerem um alto nível de qualificação por parte dos seus profissionais, para que de forma contínua prestem cuidados especializados, na manutenção das funções vitais em risco imediato, ou respondendo às necessidades mais afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo as complicações e limitando as incapacidades, com vista à sua total recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A enfermagem de urgência por definição, é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções e implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e normalmente agudos (MacPhail, 2001).

A realização do estágio no SU, contrariamente ao anterior, permitiu desenvolver e adquirir maior número de competências no domínio das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEPSC), nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família em situação crítica.

Segundo o Regulamento nº124/2011 da OE, as **Competências Específicas do Enfermeiro EEPSC** (Ordem dos Enfermeiros, 2010), são as seguintes:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No domínio do **Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e sua família, o enfermeiro especialista deve saber mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística.

No decurso do estágio, na prestação de cuidados de enfermagem nas várias áreas do SU, nomeadamente no SO e SR, aquando da entrada de doentes em situação de instabilidade clínica, identificou com facilidade esses focos e respondeu de forma rápida e eficaz, de modo a estabilizar o quadro clínico e antecipar complicações posteriores.

Sempre que considerou adequado e oportuno, sem querer comprometer a dinâmica da equipa na SR, participou e executou técnicas complexas, incluindo manobras de suporte avançado de vida, demonstrando gradualmente mais segurança e destreza na sua realização.

Na prestação diária de cuidados, geriu sem dificuldade a administração de protocolos terapêuticos complexos, estando atenta e antecipando sinais de complicações, implementando sempre que necessário intervenções para minimizar ou debelar o desconforto ou alterações associadas, tendo sempre em consideração a observação da pessoa no seu todo, numa perspetiva holística, valorizando as suas queixas e opinião, ainda que subjetivas.

Teve sempre presente a importância da avaliação e controlo da dor, como quinto sinal vital e como agente perturbador do bem-estar físico, psicológico e emocional da pessoa em situação crítica de saúde, identificando com facilidade os sinais fisiológicos e emocionais derivados da sua presença, atuando em conformidade e tendo por base conhecimentos sólidos sobre a gestão de medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor, nomeadamente técnicas de relaxamento e abstração, massagens, posicionamentos.

Sá, Botelho & Henriques (2015), afirmam que o cuidado à família consiste em fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica, baseada na confiança e na capacidade do enfermeiro não esconder as suas emoções, mostrando às famílias a genuinidade das suas intenções.

Concordando com a ideia anterior, ao longo do estágio, reconheceu que a vivência de uma situação crítica de doença é revestida de grande ansiedade para a pessoa e para a família, tendo assistido a pessoa e família nas suas necessidades, a gerir as emoções, mostrando respeito e escutando, permitindo a exposição de sentimentos e medos e estabelecendo uma relação recíproca, de proximidade, baseada na esperança e na honestidade.

Mesmo no contexto de urgência, observa a presença da família como uma mais-valia e como agente facilitador do processo de cuidados e não como uma presença indesejável, corroborando com a opinião de Sá, Botelho & Henriques, (2015).

Por si só, todo o ambiente que envolve um SU, é propício ao desenvolvimento de relações potencialmente conflituosas, por toda a tensão emocional que está presente não só nos profissionais, que são confrontados permanentemente com situações de *stress*, como também nos utentes e família, que recorrem ao serviço (Guedes, Henriques, & Lima, 2013). Nesse sentido, manteve sempre uma postura assertiva e conciliadora que levou a respostas assertivas e conciliadoras.

A comunicação configura-se como um elemento essencial no cuidado, uma peça-chave entre os profissionais, os gestores e os clientes. Dentro da equipa de enfermagem pode ser utilizada para que a assistência de enfermagem seja eficaz, pois que se cria uma parceria entre os elementos da equipa de forma a alcançar o cuidado de enfermagem (Broca & Ferreira, 2012).

Uma boa comunicação e articulação entre a equipa de saúde, pode retirar minutos ao sofrimento e dar minutos à vida. Uma má comunicação e articulação entre a equipa de saúde e a família, pode pôr em causa a liberdade e a dignidade humana, valores universais que devem nortear todas as intervenções dos enfermeiros.

Face a situações de alta complexidade de saúde, demonstrou conhecimentos sólidos e aprofundados sobre técnicas de comunicação, mesmo em situações de emergência, sabendo utilizar estratégias que facilitam a exposição de sentimentos, diminuem as barreiras, físicas, emocionais ou institucionais e que promovem o respeito pela dignidade e autodeterminação da pessoa e família.

Reconheceu efectivamente a importância da interacção que se estabelece na relação entre enfermeiro, pessoa e família, nas circunstâncias de uma doença crítica, assumindo que é na partilha de sentimentos e conhecimentos resultante dessa interacção, que encontra fundamento ético e orientação para a prestação de cuidados.

O reconhecimento da família como foco dos cuidados dos enfermeiros e não só o doente crítico, remete para a prestação de cuidados holísticos, especializados e competentes.

Nas competências específicas do enfermeiro EEPSC, também está implícita a **dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação**, para a qual o enfermeiro intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima e gere as equipas, de forma sistemática, dando uma resposta pronta, eficaz e eficiente, ante a existência de multi-vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica.

Neste âmbito, deparou-se algumas vezes com situações de entradas simultâneas de doentes emergentes para a sala de reanimação, o que exigiu uma avaliação rápida das situações e uma gestão eficaz das prioridades e dos recursos, de modo a atender todas as pessoas com justiça e equidade.

A sobrelotação do SU é uma realidade dramática cada vez mais presente, à qual os enfermeiros tentam dar resposta eficaz na sua prática diária. Contudo, o seu papel ultrapassa a resolução prática destas situações, assumindo um papel preponderante na organização e liderança das equipas e de soluções para minimizar as consequências deste drama para os utentes e famílias, o que devia ser mais valorizado pelas instituições.

No âmbito da intervenção na **prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, o enfermeiro EEPSC, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção, atendendo à complexidade das situações e à necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Segundo a OE, estudos revelam que um terço das IACS pode ser evitado através da implementação de práticas seguras de higiene das mãos, utilização de equipamento de protecção individual ou a higienização ambiental (Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2013).

Neste sentido, oferecendo o SU, uma multiplicidade de fatores e condições que favorecem a contaminação das pessoas e do ambiente, as infeções cruzadas, devido à proximidade entre os utentes e à vulnerabilidade inerente à sua condição de saúde, considerou imprescindível ao longo do estágio, adotar sempre e em todas as situações de cuidados, medidas preventivas e de controlo de infeção, baseadas em conhecimentos científicos que intencionalmente, partilhou com outros enfermeiros, suscitando a reflexão acerca do assunto. Não considerou pertinente desenvolver nenhum trabalho em concreto nesta área no SU, por existirem enfermeiros especialistas a dinamizar atividades relativas à prevenção e controlo de infeção, não acrescentando nada relevante para a equipa.

Fez questão de cumprir as normas institucionais e os procedimentos relativos à prevenção e controlo das IACS (Direção-Geral da Saúde, 2012), na prestação de cuidados de enfermagem a doentes com défices imunitários, com infeções por microorganismos multirresistentes e em isolamento e na realização de técnicas invasivas (punção periférica, algaliação).

Durante o estágio, propôs-se também contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa e família, no âmbito do acolhimento, através da prossecução do seu projeto, que supõe o desenvolvimento de **Competências Comuns de Enfermeiro Especialista**, sobretudo no **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados**.

O projeto partiu de um interesse pessoal sobre a problemática do acolhimento e das necessidades da família da pessoa em situação crítica, que confluiu com o interesse manifestado pela chefia do SU, num momento em que se debatia a permanência ou não de um dos períodos de visita no SO, fator primordial no âmbito do acolhimento da família.

O acolhimento da pessoa e família num SU, adquire contornos diferentes de qualquer outro serviço de saúde. Sem querer minimizar ou retirar a sua importância, em contexto de urgência e emergência, existem um sem número de prioridades que devem ser asseguradas, com a máxima rapidez e segurança pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros.

Segundo Guedes, Henriques & Lima (2013), acolher, ultrapassa a perspetiva de acesso ao serviço de saúde, é um processo contínuo que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais. Num serviço de urgência, as ações dos enfermeiros precisam de ser eficientes e eficazes, mas também precisam valorizar o outro, como ser humano, com a sua subjectividade, para garantir um atendimento de qualidade e humanizado.

No mesmo sentido Martins *et al.* (2008, p.1099), reafirmam que o acolhimento é uma relação humanizadora, de trocas, de respeito às diferenças, sendo imprescindível para a formação do vínculo e deve ser realizado pelos profissionais da saúde para com os utentes.

A imprevisibilidade inerente à urgência, aliada a algumas limitações em termos estruturais e humanos, à sobrecarga de trabalho e alguma desmotivação profissional, parecem levar ao comprometimento de alguns cuidados de enfermagem, em particular dos cuidados “menos visíveis”, entre eles o acolhimento da família e todo o processo que o envolve.

Para Galinha de Sá (s.d), permitir a presença da família junto da pessoa em situação crítica é um desafio para um serviço de urgência, devido à grande afluência e complexidade de cuidados prestados neste contexto.

O acompanhante nesse cenário *stressante* e conflituoso, necessita de apoio e solidariedade da equipa de profissionais para mais facilmente poder enfrentar essa adversidade (Barros *et al.*, 2013).

As atividades relacionadas com a melhoria da qualidade concentram-se no serviço prestado ao utente, dando ênfase às melhores formas de corresponder às suas necessidades (Steinmann, 2001, p.76).

A identificação das necessidades da família do doente crítico é essencial para uma prática de cuidados mais especializados, mais justa e mais eficiente, que contribua para melhorar a prestação de cuidados ao doente e família, a satisfação do cliente e a confiança nos cuidados de enfermagem.

A criação de normas e de guias orientadores, que uniformizam, sistematizam, organizam e orientam as práticas de cuidados, são uma mais-valia para os enfermeiros cujo tempo urge, tendo em conta as imensas solicitações às quais têm de responder em tempo útil, de uma forma eficiente e humana.

O desenvolvimento da Norma de Acolhimento da Família no SU (Apêndice VII), do Guião de Acolhimento da Família no SU (Apêndice VIII), do Guia de Acolhimento da Família e Acompanhante no SU (Apêndice IX) e do Póster do circuito do doente (Apêndice X), decorreram da identificação das necessidades da família e foram construídos com base nos resultados desse estudo, para poderem responder melhor às necessidades identificadas pela família da pessoa internada no SO e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Ainda na perspetiva da melhoria da qualidade dos cuidados, a *Checklist* de cumprimento da Norma de Acolhimento da Família no SU (Apêndice XI), foi concebida para se poderem avaliar os procedimentos relativos ao acolhimento da família no SU, constante na norma, e a partir daí avaliar ou alterar comportamentos e retirar indicadores importantes para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

No **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais**, na tentativa de **basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** e dar resposta à problemática que esteve na base do seu projeto, partiu para a aplicação de um questionário aos familiares dos doentes internados em SO e SA, com o objetivo de identificar quais eram as principais necessidades da família dos doentes internados.

Segundo Collière (1999, p.203) a investigação em enfermagem pode ser a tradução de um desejo de questionar e de elucidar os fenómenos, a fim de aprender a compreendê-los melhor e a saber utilizá-los a nível da prática de cuidados.

O questionário utilizado teve como base o CCFNI de Molter e Leske (1991), tendo recorrido ao que foi adaptado, traduzido e validado para a língua portuguesa por Sara Campos, em 2014, anteriormente mencionado e designado por INFUCI (Anexo II).

O inventário foi aplicado entre 2 e 7 de novembro de 2016, tendo sido entregues um total de 44 questionários, sendo que apenas 1 não foi devolvido. Da recolha e tratamento dos dados emergiram as principais necessidades da família da pessoa internada em situação crítica no SO e SA, que se enquadram nos domínios da Segurança, da Informação e da Proximidade, segundo a categorização proposta por Leske (1991).

A identificação das necessidades permitiu prosseguir com o restante projeto, planejar e executar instrumentos úteis, para introduzir na prática clínica, baseados nos resultados da investigação, sendo esta uma das grandes evoluções da enfermagem, como disciplina e como ciência.

A aplicação do INFUCI foi complementada com a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre o mesmo tema (Apêndice XVI), que serviu de enquadramento concetual para o estudo e cujos resultados se sobrepõem aos do estudo efetuado com os familiares do SU, o que lhe confere maior credibilidade.

Os resultados do estudo realizado no SU e da revisão da literatura, assim como a norma de procedimento e a *checklist* de cumprimento da norma, o guia de acolhimento, o guião de acolhimento da família (formato de tapete de rato) e o póster do circuito do doente, formam apresentados aos enfermeiros, enviados por correio eletrónico, em formato de diapositivos (Apêndice XII), com o intuito de sensibilizar a equipa para esta temática e partilhar conhecimentos científicos que impõem uma mudança de visão e de atitude face aos familiares e à pessoa em situação crítica. O *feedback* recebido por parte da equipa foi aceitável, notando-se ainda alguma relutância na visão da família como parceira nos cuidados.

De realçar, que os resultados do estudo realizado foram também entregues à enfermeira Chefe do SU e ao Director de Serviço, órgãos máximos na tomada de decisões.

É imperioso que as urgências criem instrumentos e sistemas de medição e realizem investigação, no sentido de demonstrar a rentabilidade dos cuidados de enfermagem de qualidade relativamente aos resultados positivos no doente (Steinmann, 2001).

Nesse sentido, considera que avaliação das necessidades da família da pessoa em situação crítica foi relevante para os cuidados e para a família, no domínio dos cuidados especializados, da qualidade e da excelência do cuidar.

No **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, de salientar que na realização do estudo desenvolvido no SU, foram contempladas todas as implicações éticas inerentes.

O projeto do estudo (Apêndice XIII) foi elaborado segundo as normas do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento (GID) do hospital, para apreciação pela Comissão de Ética e posterior autorização, uma vez que o estudo seria realizado sobre uma população vulnerável. Antes da aplicação do questionário, foi pedida autorização à autora do INFUCI (Anexo III) para a sua aplicação em contexto de urgência. Depois da apreciação do projeto pela Comissão de Ética, foi emitida a autorização pelo Conselho de Administração do hospital, para a realização do estudo (Anexo IV).

Os familiares que participaram no estudo, fizeram-no de forma voluntária, tendo sido recolhido o seu consentimento após a explicação sobre a confidencialidade dos dados, os objetivos do estudo e a sua implicação no domínio da melhoria dos cuidados de saúde.

Os questionários foram entregues pela investigadora principal, depois de se apresentar formalmente aos familiares, no final do período de visitas, quando eram encaminhados individualmente para uma sala disponibilizada pela direcção do serviço, onde lhes foi facultado o INFUCI, o consentimento (Apêndice IXV), as informações gerais acerca do estudo (Apêndice XV) e uma caneta. Todos os questionários, com exceção de um, foram devolvidos devidamente preenchidos.

A seguir à recolha seguiu-se o tratamento de dados, realizado com o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e a análise dos mesmos. A divulgação dos resultados foi feita sucintamente na apresentação dos diapositivos à equipa de enfermagem do SU, via *e-mail*, como já for referido. Atualmente está a redigir um artigo para publicar na revista científica do hospital e dessa forma comunicar os resultados também à comunidade hospitalar.

No âmbito dos **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados à Pessoa em Situação Crítica** (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e na procura permanente da excelência no exercício profissional, no domínio da **satisfação do cliente**, soube gerir a comunicação interpessoal e a informação prestada à pessoa e família face à complexidade do processo que estava a vivenciar, preparando o ambiente da unidade antes da visita e respondendo com clareza e honestidade às questões colocadas, relacionadas com todo o ambiente físico que rodeia o doente, os cuidados, as funções vitais, as necessidades básicas e outras, importantes para a pessoa e família, promovendo a interação com a equipa.

No domínio da **promoção da saúde** e da **prevenção de complicações**, na procura da excelência no exercício profissional, na interação que estabeleceu com a pessoa em situação crítica e a família, procurou estimular o potencial de saúde de ambos, fornecendo as informações claras, estimulando a participação da pessoa e da família nos cuidados, promovendo a educação da pessoa e da família, no sentido da autonomia e autodeterminação, com vista à recuperação, centrando a tomada de

decisão clínica nesta interação, mas responsabilizando-se sempre pelas decisões tomadas, pelos atos praticados e pelos atos delegados. A alta complexidade dos cuidados inerentes aos processos de doença crítica, impôs uma responsabilidade acrescida, não descurando o rigor técnico e científico na execução correta das intervenções e na gestão de protocolos terapêuticos complexos, perante as situações de cuidados com que se deparava diariamente.

Na área do **Bem-estar e o Auto cuidado**, na procura permanente da excelência no exercício profissional, sendo que a maioria da população internada abrangia uma faixa etária muito elevada e apresentava elevado grau de dependência, alguns deles em situação paliativa, geriu eficazmente a avaliação e a gestão da dor, gerindo os protocolos farmacológicos instituídos tendo sempre em conta a individualidade da pessoa e a dignidade dos cuidados prestados, sentindo necessidade de recorrer algumas vezes a terapêuticas não farmacológicas, promotoras de conforto, bem-estar e alívio adjuvantes. Tendo consciência do impacto destas situações sobre a família dos doentes críticos, alargou o foco da sua atenção também à família, com quem conseguiu estabelecer uma relação de entreaajuda, terapêutica, facilitadora da exposição de sentimentos, medos, utilizando estratégias facilitadoras do *coping* familiar, apoiando e reforçando as capacidades familiares.

Na questão da **readaptação funcional**, em que o enfermeiro especialista em conjunto com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, a sua contribuição observou-se quando no planeamento da alta do cliente, incorporou as necessidades da pessoa e da família, realizando ensinamentos, instruindo e treinando a pessoa e a família no sentido da adaptação funcional e da autonomia, informando sobre os recursos existentes na comunidade e encaminhando para outros profissionais, cumprindo o seu dever deontológico de informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso e a maneira de os obter (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na **organização dos cuidados Especializados** e na procura permanente da excelência no exercício profissional, reformulou o guia de acolhimento à família do doente no SU, que se encontrava desactualizado, tendo por base o levantamento das necessidades reais da família dos doentes internados no SU, efetuado através da aplicação do INFUCI, o que lhe confere maior consistência e validade. Concretizando o exposto, mais uma vez reforça que o estudo realizado no contexto de estágio para identificar as necessidades da família do doente internado no SU em situação crítica, encontra apoio científico no trabalho de investigação realizado, utilizando a metodologia de revisão de literatura, que confirma os resultados obtidos e de onde se podem retirar orientações concretas e estabelecer prioridades de atuação.

2.3. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS (CREDITADO)

Por definição as unidades de cuidados intensivos são locais que assumem a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva classifica as unidades de cuidados intensivos em três níveis (nível I, II e III), podendo existir no mesmo hospital unidades com diferentes níveis (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 a doença cardíaca isquémica, o AVC, a doença pulmonar obstrutiva crónica e as infeções do trato respiratório inferior foram as quatro doenças que mais vítimas fizeram.

O Serviço de Cardiologia, do hospital da margem Sul do Tejo, funciona como centro de referência da especialidade, apresentando diversas áreas de intervenção, entre as quais, Hemodinâmica, *Pacing* e Eletrofisiologia, Ecocardiografia Avançada, Arritmologia, Insuficiência Cardíaca, Hipocoagulação, Cardiologia Pediátrica.

Inclui cinco unidades distintas, Internamento de Cardiologia, Unidade de Internamentos Rápidos, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIcor), Laboratório de Ecocardiografia e Técnicas de Cardiologia, Laboratório de *Pacing* e Eletrofisiologia e Laboratório de Hemodinâmica.

A UCIcor é uma unidade qualificada, que assume a responsabilidade integral pelos doentes (adultos e idosos), com disfunção cardíaca e com ou sem disfunção de outros órgãos/ sistemas, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, conforme consta no seu Regulamento interno. A sua estrutura, organização e funcionamento obedecendo às normas emitidas pela Sociedade Europeia de Cardiologia e pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

A unidade em questão está situada junto ao Internamento de Cardiologia, correspondendo a uma sala única com uma área de 106 m², com seis unidades de internamento em espaço aberto. Cada uma está devidamente equipada com equipamento para monitorização cardíaca não invasiva e invasiva, avaliação de tensão arterial, avaliação de oximetria, pressão arterial central, pressão venosa central, débito cardíaco e ainda rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, assim como várias tomadas eléctricas e fontes de luz. Dispõe de dois ventiladores para ventilação invasiva e um ventilador para ventilação não invasiva, assim como do restante material de suporte.

A UCIcor assegura cuidados diferenciados a doentes em situação clínica instável, que necessitam de acesso pronto e fácil a todas as técnicas auxiliares de diagnóstico e terapêutica do foro cardiológico.

A equipa multidisciplinar da UCIcor é constituída por enfermeiros, médicos (cardiologistas ou em internato da especialidade de cardiologia), assistentes operacionais, técnicos de cardiopneumologia, técnicos administrativos e assistentes de limpeza.

A equipa médica fixa da unidade é constituída por dois médicos, incluindo o responsável da UClcor, que asseguram a actividade assistencial entre as 8h e as 16h dos dias úteis. A Urgência Interna à UClcor, das 16h às 8h dos dias úteis e durante o fim-de-semana, é assegurada por um médico cardiologista em permanência física, mediante escala aprovada pelo Director de Serviço.

Um técnico de cardiopneumologia dá apoio à UClcor no período das 8h às 16h, durante a semana. Ao fim-de-semana o técnico que dá apoio à urgência geral também dá apoio à UClcor, se necessário.

O Serviço Administrativo dá apoio à UClcor, das 8h às 16h nos dias úteis.

As assistentes operacionais são comuns a todo o Serviço de Cardiologia, estando sempre uma assistente escalada para a UClcor, em cada turno.

O horário das visitas é das 14h às 15h e das 19h às 20h, tendo cada doente direito a receber duas visitas, não devendo, no total, ultrapassar os 10m por doente (5-10m/visita), regra que é ajustada consoante avaliação da equipa de enfermagem da unidade e tendo em conta a estabilidade do quadro clínico do doente.

O período de informações gerais, via telefone, é entre as 10h30m e as 11h30m e as 19h30m e as 20h, e é da responsabilidade da equipa de enfermagem. Um dos médicos da equipa fixa está disponível para fornecer informações aos familiares durante o primeiro período de visita.

A equipa de enfermagem da UClcor é fixa, sendo constituída maioritariamente por enfermeiros de cuidados gerais e alguns enfermeiros especialistas. A enfermeira Responsável da UClcor, especialista em Reabilitação, nomeada pela enfermeira Chefe do serviço, assume a gestão integral da unidade, no horário das 8h às 16h30m, com o apoio de um elemento em horário fixo, que além da UClcor, também assume funções nas áreas de ambulatório do serviço, nomeadamente, no Laboratório de *Pacing* e Eletrofisiologia. A restante equipa é constituída por 11 elementos que asseguram os turnos, em horário de *roulement*, das 8h às 16h30m, das 16h às 23h30m e das 23h às 08h30m.

A gestão do material de consumo clínico e armazém geral, é feita pela enfermeira Responsável e pelo armazém do hospital, através do sistema de reposição de níveis. A reposição de medicação é feita pela farmácia, semanalmente, após pedido informático feito pela enfermeira Responsável da unidade ou pelo segundo elemento de horário fixo.

O rácio enfermeiro/doente na unidade é um enfermeiro para dois doentes, em todos os turnos. É utilizado o método individual de trabalho, sendo que, no início de cada turno, a enfermeira Responsável ou o enfermeiro Chefe de equipa realiza a distribuição de enfermeiro por doente, de

acordo com o grau de dependência no autocuidado e a complexidade dos cuidados de que necessita. Em cada turno, existe um enfermeiro Chefe de equipa que coordena a equipa de enfermagem, bem como a equipa de assistentes operacionais.

O sistema de registos de enfermagem utilizado é o SClinico®, sendo que todo o processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados estão padronizados segundo a versão atual da CIPE®.

Os principais diagnósticos médicos observados na UClcor são: EAM com supra e sem supradesnivelamento do segmento ST, Síndromes Coronárias Agudas, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Choque cardiogénico, Bloqueio Auriculo-Ventricular e outras disritmias.

Os principais diagnósticos de enfermagem remetem para alterações a nível da função circulatória e respiratória, como, dor isquémica, ansiedade, medo, função circulatória comprometida, função respiratória comprometida, edema, eliminação urinária comprometida, risco de perda sanguínea, dependência no autocuidado.

Segundo o regulamento interno da UClcor, a prestação de cuidados de enfermagem tem por base a excelência dos mesmos, pelo que a competência, a qualidade e o rácio adequado de enfermeiros são fundamentais para garantir este princípio. Os enfermeiros a prestar cuidados na UClcor, devem ter experiência na prestação de cuidados de enfermagem em ambiente de cuidados intensivos e devem ter competências inequívocas nas seguintes áreas:

- Prestação de cuidados a doentes com patologia cardiovascular aguda;
- Reconhecimento das principais complicações de síndromes coronárias agudas e saber prestar os primeiros cuidados;
- Prestação de cuidados a doentes submetidos a intervenção coronária percutânea;
- Capacidade de leitura e interpretação dos principais traçados cardíacos;
- Identificação de perturbações graves do ritmo e iniciar medidas de suporte básico de vida, bem como autonomia na execução da desfibrilhação e na colocação de *pacemaker* externo;
- Manuseio dos principais fármacos utilizados em Cardiologia e em Cuidados Intensivos;
- Autonomia técnica para auxiliar equipa médica nos procedimentos de uso mais frequente (cardioversão eléctrica, cateter venoso central, linha arterial, cateterismo da artéria pulmonar, monitorização hemodinâmica invasiva, *pacings* transvenoso, pericardiocentese, toracocentese, paracentese, drenagem torácica, entubação endotraqueal e sistema de contrapulsção intraaórtico);

- Prestação de cuidados de rotina a doentes críticos com falência multi-órgãos;
- Prestação de cuidados a doentes sob ventilação mecânica (invasiva e não invasiva);
- Prestação de cuidados a doentes com falência renal sob técnicas dialíticas/ hemofiltração.

Em serviços com pessoas em situação crítica, os cuidados de enfermagem costumam estar associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

O enfermeiro ao atuar numa UCI, deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade e capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento à pessoa em situação crítica, sem esquecer que, mesmo em situação de emergência o cuidado é o elo de interação, relação entre o profissional, a pessoa e família (Barros *et al.*, 2013).

Encontrando-se a exercer funções no Serviço de Cardiologia desde 1998, iniciou o exercício profissional nesse mesmo serviço onde se mantém até à data atual. A permanência de mais de dezoito anos no serviço e em específico na área da UCICor, relega-lhe algumas competências.

Mas, como dizem alguns autores, as competências não são estanques. O desenvolvimento de competências é todo um processo de renovação e abertura, que só a prática diária e a experiência, não conseguem dar resposta.

É preciso aprender a reaprender e saber usar essa aprendizagem de forma contínua, aprendendo e reaprendendo novamente, com esforço, muita formação e mobilização dos conhecimentos.

Desde o ano de 2001 que se encontra a prestar cuidados de enfermagem na UCICor, sendo que, segundo o modelo teórico de Benner (2001), se pode enquadrar o nível de enfermeira “perita”. Mas, tal como refere a mesma autora, só a experiência profissional não confere um nível avançado de competências, que precisa de uma avaliação diferente.

A prestação de cuidados de enfermagem na UCICor remete para ambos os domínios de competências, o das **Competências Comuns** e o das **Competências Específicas do Enfermeiro EEPSC**.

No **Domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, reconhece que desenvolve uma **Prática profissional e ética** nas mais variadas situações de cuidados, demonstrando um exercício seguro e ético, reconhecendo a pessoa e a família como um todo, indissociável e com direitos, dignidade e autodeterminação, incluindo a pessoa na tomada de decisão, regendo-se pelos valores universais e princípios orientadores da sua atuação. Guia as suas decisões pelo CDE,

desempenhando um papel de intermediário entre a pessoa e família, outros profissionais e a instituição de saúde. Na prestação de cuidados diários, tendo em consideração a vulnerabilidade da pessoa de quem cuida, assim como da família, assume a defesa dos seus direitos, promovendo o respeito à confidencialidade e à privacidade, à liberdade de escolha, à informação, valorizando as suas crenças e costumes, considerando a pessoa no seu contexto social, cultural, espiritual. Presta cuidados seguros e tem uma conduta antecipatória, no sentido de prevenir complicações e promover a recuperação com o mínimo de lesões.

No domínio da **Melhoria contínua da qualidade**, tem uma atitude pró-ativa e colabora com regularidade na conceção e concretização de projetos institucionais, participando na elaboração de normas de orientação clínica e procedimentos setoriais, protocolos, guias orientadores, dentro da sua área de atuação, promovendo e incentivando a sua implementação no serviço. Sendo detentora de conhecimentos sólidos, baseados na evidência científica, promove a sua incorporação na prática diária, através da demonstração objetiva dos conhecimentos ou incentivando a investigação, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Concebe ainda instrumentos para supervisionar os processos de melhoria e uniformizar os cuidados de enfermagem, como *checklists*. Tem na pessoa e família o seu foco de atuação e gere o ambiente de cuidados em torno desse foco, envolvendo a pessoa e família na prestação de cuidados e na tomada de decisão, demonstrando destreza e segurança, que induz à confiança. Estabelece uma relação de interação interpessoal, cuja envolvimento é inevitável, baseada na empatia, escuta ativa, respeito e congruência, pilares da relação de ajuda e da comunicação efetiva entre enfermeiro, pessoa e família. Tem conhecimentos sobre gestão de risco clínico, sobre as práticas de risco, prevenção de acidentes de trabalho, erros e eventos adversos, sobre riscos para o doente, nomeadamente, risco de queda, de úlceras por pressão, de infeções e outros, conhecendo e aplicando na prática as precauções básicas para prevenção desses riscos. Preocupa-se em relatar os incidentes, tomando as medidas ajustadas no momento e reportando as situações para as entidades competentes.

No domínio da **Gestão dos cuidados**, sabe adequar os recursos às necessidades de cuidados, colaborando na gestão dos recursos humanos e materiais com a enfermeira Responsável da UCIcor. Dentro da equipa mais jovem, motiva, organiza e coordena a equipa para a prestação de cuidados, utilizando os recursos com equidade e eficiência, promovendo a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e família. Reconhece as funções autónomas de enfermagem e as interdependentes, trabalhando em equipa e em interdisciplinaridade, com o objetivo comum, de prestar cuidados de excelência, centrados na pessoa e família e na sua individualidade.

No domínio do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, demonstra capacidade de autoconhecimento e autoreflexão, sobre si e sobre os outros, sobre o ambiente e as relações, dentro da profissão e da organização e a nível pessoal, aceitando a opinião dos outros e tendo capacidade de mudança. É assertiva nas suas atitudes e congruente, sabendo gerir os sentimentos e as emoções e atuando de forma eficaz mesmo sobre pressão. Tem consciência da importância da formação profissional contínua para o desenvolvimento de competências, participando enquanto formanda e formadora, na formação em serviço, formação contínua, cursos de formação, seminários e congressos sobre temáticas pertinentes para o seu enriquecimento profissional e pessoal. Partilha o seu quadro de conhecimentos científicos, éticos, pessoais com os pares e estimula a aprendizagem e atualização de conhecimentos contínua, assumindo também a integração de novos profissionais ou a orientação de alunos em estágio.

No **Domínio das Competências Específicas do Enfermeiro EEPSC**, no desempenho das suas funções na UClcor, **Cuida de pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica**, mobilizando conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística, às situações emergentes, identificando facilmente quadros de instabilidade hemodinâmica e alterações do ritmo cardíaco, respondendo de forma antecipatória, se necessário, iniciando manobras de suporte imediato de vida (desfibrilhação e drogas de emergência) e prevenindo as complicações. Junto da pessoa em situação de instabilidade cardíaca, executa com destreza cuidados técnicos de grande complexidade, gere e administra a terapêutica complexa, vigiando e monitorizando os efeitos secundários e complicações. Atribui importância fundamental na avaliação efetiva e sistemática da dor, nomeadamente da dor isquémica, utilizando escalas para a sua avaliação, sabendo identificar sinais fisiológicos e emocionais associados à dor e mal-estar, como sudorese, agitação, hipotensão ou hipertensão, atuando em conformidade e se necessário, recorrendo a medidas não farmacológicas de controlo da dor, como, massagem, toque terapêutico, imaginação guiada, medidas de conforto. Assume a família do doente cardíaco como foco dos seus cuidados, ajudando a encontrar estratégias de *coping*, para minimizar a angústia e o medo inerentes à situação de internamento, avaliando as suas necessidades e implementando intervenções baseadas nas necessidades identificadas, como, flexibilização do horário de visita, participação nos cuidados relativos à alimentação. Estabelece com a família uma relação de confiança e de ajuda, mostrando abertura e disponibilidade, informando sobre os aspetos relacionados com o doente, o conforto, alimentação, valorizando a proximidade e a relação. Aproveita os momentos de presença da família na unidade para obtenção de mais informações, para aumentar o conhecimento sobre a pessoa e família e se for oportuno desenvolver ações de educação para a saúde. Permite a expressão de sentimentos, espaço para chorar, apoiando

no luto, dignificando a vida e a morte. Sabe utilizar vários tipos de comunicação (verbal, não verbal, corporal, recurso a papel ou quadro e caneta) para cada situação em particular e adapta a linguagem de acordo com o contexto e com a pessoa.

Na **Resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima**, conhece o Plano Institucional de Atuação em Emergência e Catástrofe, colaborando com a colega interlocutora da gestão de risco local e com a enfermeira responsável pela gestão de risco a nível institucional, quando solicitado e no cumprimento das normas e procedimentos na UC|cor. Participa na formação obrigatória e contínua.

Na intervenção na **Prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica**, face à complexidade da situação pela necessidade ao recurso de múltiplas medidas invasivas e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil, demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas da Comissão de Controlo de Infeção do hospital, cumprindo as normas na prevenção e controlo de IACS, durante a prestação de cuidados. Atua de forma responsável e colabora com os colegas interlocutores da Comissão de Controlo de Infeção, partilhando conhecimentos e boas práticas, baseando o discurso na evidência científica e motivando a mudança de atitude face a esta problemática, de grande interesse pessoal e profissional.

Cuidar doentes com patologia cardíaca, pressupõe ter um vasto leque de conhecimentos específicos e atualizados, desenvolver continuamente habilidades que permitem identificar com rapidez alterações do traçado cardíaco e alterações hemodinâmicas, que podem levar a situações graves ou à morte. É necessário conhecer profundamente o doente e saber gerir a aparente estabilidade dentro da sua instabilidade.

3. CONCLUSÃO

A Enfermagem que se preconiza, defende uma perspectiva holística da sociedade e do ser humano e afirma a sua integralidade e valor, da concepção à morte.

Assim, os enfermeiros como parte integrante desta sociedade e como seres humanos, na sua profissão têm que afirmar cada vez mais as suas competências e a sua presença na vida de cada um, de cada pessoa, da família, do grupo, da comunidade.

O confronto com a fragilidade humana, leva a uma reflexão mais consciente da importância dos cuidados de enfermagem. O doente crítico e sua família, exigem cuidados de enfermagem especializados e de excelência, que só são possíveis se o foco desses cuidados se mantiver indivisível.

O momento da hospitalização de uma pessoa, representa um momento de transição, tal como nos diz Meleis (2010), que desencadeia no seio familiar uma crise, com contornos pesados e tanto mais difícil de ultrapassar, quanto mais crítica for a situação de saúde e mais frágil for o sistema familiar.

Assumir que todas as situações de cuidados, ainda que sejam críticas, são ocasiões para entrar em relação com as famílias dos doentes de quem cuidam, é um dos princípios a interiorizar pelos enfermeiros.

Na relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, alvo dos seus cuidados, exige-se empatia e confiança, que pressupõe antecipação, conhecimento, competência e fundamento para a tomada de decisão.

A crescente complexidade tecnológica e científica relativa aos cuidados de saúde impõe aos profissionais e mais concretamente aos enfermeiros, uma atualização constantes, uma procura incessante de saber mais e melhor.

Os enfermeiros quando terminam a formação académica básica e sob juramento, prometem dedicar a vida profissional à humanidade e zelar pela dignidade e pela preservação dos direitos humanos, assumindo uma responsabilidade ética, moral e social elevadíssima perante as pessoas que todos os dias, dada a sua vulnerabilidade, colocam nas suas mãos, as suas vidas.

Foi nessa responsabilidade que encontrou motivação para recomeçar mais uma etapa na sua vida, que se previa dura e árdua e que agora se encontra na sua fase final.

O aprofundamento do domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais concretiza-se nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, visto como detentor de elevados níveis de conhecimento, capacidades e habilidades que consegue mobilizar na sua prática clínica diária.

A passagem do título de enfermeira de cuidados gerais para o título de enfermeira especialista, não termina com o final do curso e com a elaboração do relatório final. Existe um longo caminho a percorrer, que não diz só respeito a um conjunto de burocracias e de avaliações. O enfermeiro especialista desempenha um papel preponderante no seio de uma equipa, uma vez que se constituiu como um modelo a seguir, um profissional com alto nível de competências, de conhecimentos científicos e das melhores práticas, um agente promotor da mudança e da aprendizagem, que transforma a sua prestação de cuidados de qualidade, em momentos de respeito e dignidade.

Tal como todo o agir em enfermagem se reveste de grande rigor e exigência, também o processo de aquisição de competências assim o exige. O elevado nível de competências especializadas inerentes ao enfermeiro especialista, não se adquire instantaneamente, nem apenas com a intensificação da prática.

Todo o processo de especialização envolve um alto nível de reflexão e aprendizagem no domínio de metodologias científicas complexas, de conhecimentos científicos sólidos e profundos, que se complementam com a prática clínica.

A redação deste relatório permitiu condensar todas as experiências, conhecimentos, metodologias e vivências adquiridas no decurso dos dois módulos de estágio e fazer uma análise reflexiva transversal mais aprofundada, como que uma consciencialização do percurso formativo percorrido e das efetivas aquisições, tendo como referência o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio Módulo II – Bloco Operatório, permitiu-lhe a aquisição e desenvolvimento de competências diferenciadas e especializadas, mais direcionadas para o domínio comum das competências do enfermeiro especialista. A existência de uma condição de saúde estável como critério médico de admissibilidade da pessoa para CA, inviabilizou a prestação de cuidados específicos à pessoa em situação crítica. No entanto teve oportunidade de desempenhar as funções de enfermeiro de circulação e de anestesia e de adquirir mais destreza e competências acrescidas para a sua atividade profissional diária, na área do *Pacing* e Eletrofisiologia. O tempo que investiu na pesquisa da literatura, para orientar e fundamentar a sua atuação e tomada de decisão e aumentar o seu corpo de conhecimentos científicos na área da cirurgia geral e ambulatória, aliado à experiência, também contribuiu para o desenvolvimento de competências, em consonância com o modelo de Benner (2001), que diz que a competência se adquire com a formação e a experiência. O recurso à utilização da linguagem CIPE® na elaboração do formulário de alta, também contribuiu para desenvolver competências especializadas, ao atribuir destaque e primazia à utilização de uma linguagem padronizada e aos sistemas de apoio à prática de enfermagem e ao sensibilizar a equipa para essa realidade. A edificação do projeto de preparação de regresso a casa após CA, desde o acolhimento, contribuiu para desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e na assistência ao utente e família, na continuidade de cuidados de enfermagem no domicílio e na articulação entre hospital e cuidados de saúde primários.

No estágio Módulo I – Serviço de Urgência, desenvolveu competências mais direcionadas ao domínio específico do enfermeiro EEPSC, uma vez que a definição de doente crítico se enquadra perfeitamente nas características do doente admitido na urgência. Foi na prestação de cuidados diretamente à pessoa e família que adquiriu mais competências neste domínio, na deteção precoce dos focos de instabilidade, na atuação segura e estruturada nas situações de emergência, no estabelecimento de prioridades, na execução de técnicas complexas e gestão de protocolos terapêuticos complexos, no estabelecimento de relações baseadas no respeito e na dignidade, na preservação da intimidade, na assistência às necessidades da família, na prestação de informações claras, de esperança, sempre honestas e realistas, posicionando-se no nível de proficiente e perita, segundo Benner (2001), recorrendo aos conhecimentos, à experiência e à intuição para a prestação

de cuidados. A gestão de conflitos também foi uma competência bastante desenvolvida, pelo ambiente único em contexto de urgência, carregado de emoções e por si só, propício a conflitos. A realização do estudo sobre as necessidades da família, no domínio da promoção da investigação junto da equipa e da prática baseada na evidência, foi também uma das competências que teve oportunidade de desenvolver, assim como, a revisão integrativa de literatura, utilizando a metodologia sugerida por Mendes, Silveira & Galvão (2008) que serviu de base ao desenvolvimento do estudo e ao presente relatório e servirá de quadro concetual, ao artigo que será publicado na revista científica do hospital, para divulgação dos resultados do estudo efetuado com a família.

No seu contexto profissional, na UClcor, recorrendo às competências desenvolvidas e adquiridas em ambos os estágios, pretende a curto prazo, desenvolver um projeto no âmbito do Acolhimento, concretizando desta forma uma vontade já manifestada anteriormente e correspondendo às expectativas dos colegas, da enfermeira Chefe, do serviço, da instituição e das pessoas e famílias que diariamente depositam confiança nos seus cuidados.

A realização dos estágios em contextos completamente diferentes da sua prática diária, podia constituir-se à partida como uma barreira ao sucesso, mas ao contrário, constituiu-se uma mais-valia para o seu crescimento profissional e pessoal. A saída da sua área de conforto, permitiu-lhe observar os contextos e as práticas noutra ângulo, sob uma perspetiva mais crítica e reflexiva, perspetiva essa, que conseguiu transportar para a sua realidade, quando passou a observar as “pequenas coisas” do seu dia-a-dia, como importantes ou irrelevantes, como potenciadoras de bem-estar ou mal-estar, transformando a sua prática até então resiliente, numa prática mais pró-ativa, mais dinâmica.

Não sendo uma mudança necessariamente revolucionária, foi uma mudança pacífica, estruturada, com repercussões interiores, positivas tanto a nível pessoal como a nível profissional, que pretende ver espelhadas no seu local de trabalho e no sentido mais amplo, na sua instituição.

Cabe-lhe a si em particular e a todos os enfermeiros, cujo fundamento da sua arte, é cuidar a pessoa no seu todo, de forma holística, a grande responsabilidade de identificar as suas necessidades e dar-lhes a melhor resposta.

Como “atores principais de um leque de grandes artistas”, os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados para atender essas necessidades e tornar o “pesadelo” da hospitalização, um filme com final, senão feliz, tranquilo e digno.

É emergente que os enfermeiros comecem a transpor os resultados da investigação para a prática clínica. Para que os cuidados de enfermagem deixem de ser atos isolados de beneficência e boa

vontade e passem a estar assentes em pilares sólidos de conhecimentos científicos, consistentes, para uma prática de cuidados humanizante, de qualidade e excelência.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)

.*Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]*. (2003-2017). Obtido em 24 de janeiro de 2017, de Infopédia.

.AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (3ª edição ed.). Lisboa: AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses.

.Alarcão, I., & Rua, M. (julho-setembro de 2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), pp. 373-382.

.Assembleia da República. (5 de setembro de 2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República*, 1ª série - Nº 172. Lisboa, Portugal.

.Assembleia Geral das Nações Unidas. (10 de dezembro de 1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução nº 217 A III).

.Barros, L., Araújo, T., Neri, M., Soares, E., & Caetano, J. (abril-junho de 2013). Internação em uma Unidade de Emergência Hospitalar: Vivência. *Cogitare Enfermagem*, 18(2), pp. 336-343.

.Belio, M. P., & Vivar, C. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), pp. 51-67.

.Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

.Berté, S., & Piccoli, M. (2005). Pós-operatório tradio de cirurgia geral: visualizando as necessidades do paciente no momento da alta. *2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil*.

- .Broca, P., & Ferreira, M. (janeiro-fevereiro de 2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), pp. 97-103.
- .Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 263-272.
- .Campos, S. (2014). *Necessidades da família em Cuidados Intensivos - Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Abel Salazar, Porto.
- .Cerqueira, A., Costa, F., Leal, F., & Nunes, L. (2014). *Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- .Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolou, E., & Georgopoulos, D. (2012). Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1831-1839.
- .Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (2ª ed.)*. (M. L. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel.
- .Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.
- .Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido em 17 de janeiro de 2017, de Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde: <http://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- .Direção-Geral da Saúde. (dezembro de 2012). *Norma nº 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Obtido em 10 de maio de 2016, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- .Direção-Geral da Saúde. (06 de março de 2015). *Norma nº 002/2015 - Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata*. Obtido em setembro de 2016, de Direção-Geral da Saúde: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwih5tzZ-aDPAhUD7BQKHZ_HAkUQFggbMAA&url=https%3A%2F%2F
- .Direção-Geral da Saúde. (06 de agosto de 2015). *Norma nº 014/2015 - Medicamentos de alerta máximo*. Obtido em 12 de maio de 2016, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>
- .Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, lda.
- .Ercole, F. F., Melo, L. S., & Alcoforado, C. L. (jan-mar de 2014). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *REME - Revista Mineira Enfermagem*, 18(1), pp. 9-11.
- .Fabrellas, I. H., Pérez, Y. V., & Ribas, E. P. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), pp. 106-114.
- .Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- .Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (julho-setembro de 2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), pp. 552-559.
- .Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização (5ª ed.)*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- .Fortunatti, C. F. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Needs Inventory. *Investigación Y Educación en Enfermería*, 32(2), pp. 306-316.

- .Furuya, R., Nakamura, F., Gastaldi, A., & Rossi, L. (março de 2011). Sistemas de Classificação de Enfermagem e sua Aplicação na Assitência: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(1), pp. 167-175.
- .Garção, F. (2013). *Planeamento da Alta: Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar*. Trabalho de Projeto, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- .Guedes, M. V., Henriques, A. C., & Lima, M. M. (janeiro-fevereiro de 2013). Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), pp. 31-37.
- .Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures, Lisboa: Lusociência.
- .Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- .Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures, Portugal: Lusociência.
- .International Council of Nurses - Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE - versão 2011*. Portugal: Lusodidacta.
- .Larrabee, J. (2011). *Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre, São Paulo, Brasil: AMGH Editora.
- .Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. (M. C. Rosa, Trad.) Lisboa: LUSODIDACTA.
- .Leske, J. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20(3), pp. 236-244.
- .Llamas-Sánchez, F., Flores-Córdon, J., Acosta-Mosquera, M., J.González-Vázquez, Albar-Marín, M., & Macías-Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*, 20(2), pp. 50-57.
- .López, C., & Ramos, E. (julho-dezembro de 2014). Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una institución prestadora de salud privada en Villavicencio, Colombia. *Investigación en Enfermería*, 16(2), pp. 81-94.
- .MacPhail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (4ª ed., pp. 3-7). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- .Martin, D. L., Sousa, P. P., & Batista, P. R. (junho de 2014). Necesidades dos familiares do doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos:perspetiva do enfermeiro. *Sinais Vitais*(114), pp. 15-26.
- .Martins, J. d., Nascimento, E. R., Geremias, C. K., Schneider, D. G., Schweitzer, G., & Neto, H. M. (2008). Acolhimento à Família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 10 (4), pp. 1091-1101.
- .Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. (julho-agosto de 2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), pp. 685-690.
- .Maruiti, M., & Galdeano, L. (2007). Necesidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista*, 20(1), pp. 37-43.
- .Maxwell, K., Stuenkel, D., & Saylor, C. (set/out de 2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), pp. 367-376.
- .Meleis, A. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Springer.

.Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (out-dez de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), pp. 758-764.

.Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março*. Diário da República – I Série – A Nº 60 – 24 de março de 2006

.Ministério da Saúde. (12 de janeiro de 2009). *Decreto-Lei nº 13/2009*. Obtido em 17 de maio de 2016, de Diário da República, 1.ª série — N.º 7: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/15330/getpdf.pdf>

.Ministério da Saúde. (24 de setembro de 2012). *Portaria nº 291/2012*. Obtido em 10 de maio de 2016, de Diário da República, 1.ª série — N.º 185 :
https://www.ers.pt/uploads/document/file/426/Portaria_n._291_2012_24_Setembro_Estabelece_os_requisitos_m_nimos_..._para_as_UP_privadas_que_prossigam_atividades_no_mbito_da_cirurgia_de_ambulat_rio_.pdf

.Ministério da Saúde. (20 de fevereiro de 2013). *Despacho n.º 2783/2013*. Obtido em 17 de maio de 2016, de Diário da República, 2.ª série — N.º 36:
http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Fevereiro/Desp_2784_2013.pdf

.Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (11 de agosto de 2014). *Despacho nº 10319/2014*. Obtido em setembro de 2016, de Diário da República, 2.ª série — N.º 153: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

.Ministério da Saúde. (23 de maio de 2014). *Portaria Nº 111/2014*. Obtido em 10 de maio de 2016, de Diário da República, 1.ª série — N.º 99:
https://www.ers.pt/uploads/document/file/4387/Portaria_n._111_2014_de_23_de_maio.pdf

.Miracle, V. A. (maio/junho de 2006). Strategies to Meet the Needs of Families of Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(3), pp. 121-125.

.Molter, N., & Captain, A. (mar/abr de 1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), pp. 332-339.

.Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.

.Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1651-1658.

.Ordem dos Enfermeiros . (dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros.

.Ordem dos Enfermeiros. (julho de 2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. *Revista da OE - Suplemento*.

.Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem- Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem*. Obtido em 7 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

.Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE - ICN*. Obtido em 12 de maio de 2106, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

.Ordem dos Enfermeiros. (maio de 2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

.Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

.Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial Em Enfermagem de Saúde Familiar*. Obtido em 17 de janeiro de 2017, de Ordem dos Enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar_mceec.pdf

.Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 30 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf>

.Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal.

.Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto dos Enfermeiros e REPE*. Obtido em dezembro de 2016, de Ordem dos Enfermeiros.

.Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2009). *Consulta de Enfermagem por Via Telefónica*. Obtido em 4 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf

.Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (junho de 2013). *Parecer Nº 06/2013 - Programa Prevenção e Controlo de Infeções, Resistência aos Antimicrobianos*. Obtido em 21 de janeiro de 2017, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf

.Oriá, M. O., Ximenes, L. B., & Alves, M. D. (2005). *Madeleine Leininger e a Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural - um resgate histórico*. Obtido em 10 de janeiro de 2017, de OBJN Português - Online Brazilian Journal of Nursing: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf_652

.Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

.Ramalho, A. (2005). *Manual para Redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.

.Rebelo, M. T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. L. Basto, *Cuidar em Enfermagem - Saberes da prática* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

.Rosa, J. C., & Basto, M. L. (1º semestre de 2009). Necessidade e Necessidades - Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 13-23.

.Sá, F. G., Botelho, M., & Henriques, M. (1º semestre de 2015). Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), pp. 31-46.

.Sá, F. L. (s.d.). *Acolhimento da família no Serviço de Urgência*. Obtido em setembro de 2016, de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0ahUKEwj6_KuXrqHPAhWCPkQKHdROCTkQFggbMAA&url=https%3A%2F%2F

.Segura, C. O., Albert, L. G., & Poveda, M. A. (maio de 2015). Necesidades de la familia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Metas Enfermería*, 18(4), pp. 70-74.

.Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (Março de 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(3), pp. 15-23.

- .Silva, S. (2011). *O Acesso aos Cuidados de Enfermagem após a Alta Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- .Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (out. de 2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência, IIª Série*(7), pp. 97-105.
- .Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing, 57*(6), pp. 623-630.
- .Steinmann, R. A. (2001). Melhoria da Qualidade. In S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (pp. 69-80). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- .Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- .Universidade Católica Portuguesa - Madureira, Manuela; Sousa, Patricia Pontífice de; Rabiais, Isabel; Deodato, Sérgio. (abril de 2016). *Guia de Estágio - Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa, Portugal.
- .Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- .Whaley, L., & Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- .Whittemore, R., & Knaft, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), pp. 546-553.
- .Yousefi, H., Karami, A., Moeini, M., & Ganji, H. (maio-junho de 2012). Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 17*(4), pp. 296-300.
- .Zagonel, I. P. (julho de 1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem, 7*(3), pp. 25-32.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)
Molter & Leske (1991)

Critical Care
Family Needs Inventory

Copyright 1983

Nancy C. Molter
Jane Stover Leske

Please check () how **IMPORTANT**
each of the following needs is to you.

Not
Important
(1)

Slightly
Important
(2)

Important
(3)

Very
Important
(4)

1. To know the expected outcome	_____	_____	_____	_____
2. To have explanations of the environment before going into the critical care unit for the first time	_____	_____	_____	_____
3. To talk to the doctor every day	_____	_____	_____	_____
4. To have a specific person to call at the hospital when unable to visit	_____	_____	_____	_____
5. To have questions answered honestly	_____	_____	_____	_____
6. To have visiting hours changed for special conditions	_____	_____	_____	_____
7. To talk about feelings about what has happened	_____	_____	_____	_____
8. To have good food available in the hospital	_____	_____	_____	_____
9. To have directions as to what to do at the bedside	_____	_____	_____	_____
10. To visit at any time	_____	_____	_____	_____
11. To know which staff members could give what type of information	_____	_____	_____	_____
12. To have friends nearby for support	_____	_____	_____	_____
13. To know why things were done for the patient	_____	_____	_____	_____
14. To feel there is hope	_____	_____	_____	_____
15. To know about the types of staff members taking care of the patient	_____	_____	_____	_____
16. To know how the patient is being treated medically	_____	_____	_____	_____

Please check () how **IMPORTANT**
each of the following needs is to you.

Not
Important
(1)

Slightly
Important
(2)

Important
(3)

Very
Important
(4)

- | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| 17. To be assured that the best care possible is being given to the patient | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 18. To have a place to be alone while in the hospital | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 19. To know exactly what is being done for the patient | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 20. To have comfortable furniture in the waiting room | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 21. To feel accepted by the hospital staff | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 22. To have someone to help with financial problems | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 23. To have a telephone near the waiting room | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 24. To have a pastor visit | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 25. To talk about the possibility of the patient's death | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 26. To have another person with you when visiting the critical care unit | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 27. To have someone be concerned with your health | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 28. To be assured it is alright to leave the hospital for awhile | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 29. To talk to the same nurse every day | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 30. To feel it is alright to cry | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 31. To be told about other people that could help with problems | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 32. To have a bathroom near the waiting room | _____ | _____ | _____ | _____ |

Please check () how **IMPORTANT**
each of the following needs is to you.

	Not Important (1)	Slightly Important (2)	Important (3)	Very Important (4)
33. To be alone at any time	_____	_____	_____	_____
34. To be told about someone to help with family problems	_____	_____	_____	_____
35. To have explanations given that are understandable	_____	_____	_____	_____
36. To have visiting hours start on time	_____	_____	_____	_____
37. To be told about chaplain services	_____	_____	_____	_____
38. To help with the patient's physical care	_____	_____	_____	_____
39. To be told about transfer plans while they are being made	_____	_____	_____	_____
40. To be called at home about changes in the patient's condition	_____	_____	_____	_____
41. To receive information about the patient at least once a day.	_____	_____	_____	_____
42. To feel that the hospital personnel care about the patient	_____	_____	_____	_____
43. To know specific facts concerning the patient's progress	_____	_____	_____	_____
44. To see the patient frequently	_____	_____	_____	_____
45. To have the waiting room near the patient	_____	_____	_____	_____
46. Other:				

ANEXO II – Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI) aplicado no SUG

Necessidades da família do utente internado no Serviço de Urgência

O objectivo deste questionário é colher dados relativamente às necessidades dos familiares dos utentes internados no Serviço de Urgência (SUG).

Antes de responder ao questionário, por favor, leia com atenção as indicações:

- Responda a todas as questões;
- Seja o mais sincero(a) possível nas suas respostas;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deve escrever nada que o identifique.

A sua colaboração é muito importante para a realização deste estudo, pelo que agradecemos desde já o seu contributo para esta investigação.

Questionário

I Parte – Caracterização sociodemográfica

A) Indique por favor:

1. Idade: _____ anos

4. Nível escolaridade:

Ensino básico

2. Sexo:

Ensino secundário

Masculino

Ensino superior

Feminino

5. Local do SUG onde está internado o seu familiar?

SO

3. Relação com o doente:

Sala Aberta

Cônjuge

Pai/Mãe

6. Já teve alguma experiência anterior com um internamento de um familiar no SUG?

Filho(a)

Sim

Imão/Irmã

Não

Amigo(a)

Outro, qual? _____

II Parte – Inventário das Necessidades da Família
(Sara Campos, 2014)

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

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

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

ANEXO III – Autorização para utilizar INFUCI e inventário (Sara Campos)

Cara Enfermeira Tânia Pestana,

Envio-lhe uma cópia do Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, que corresponde à versão traduzida e adaptada à população Portuguesa do *Critical Family Needs Inventory*.

Tem a minha autorização para utilizar o instrumentos de acordo com as suas necessidades de investigação.

Caso tenha alguma questão não hesite em contactar-me.

Desejo-lhe a maior sorte para o desenvolvimento do sua tese de mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Campos

Porto, 23 de Setembro de 2016

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

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

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

Por favor indique (X) qual o grau de **IMPORTÂNCIA** que atribui a cada uma das seguintes necessidades:

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

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

ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética e Autorização do Conselho de Administração do hospital para realização do estudo das Necessidades da Família no SUG

[Redacted]

Comissão de Ética para a Saúde
Ala Nova, Piso 4

[Redacted]

[Redacted]

Assunto: Acoitar a família no Serviço de Urgência – Aplicação do inventário das necessidades da família

Parecer: n.º 0026/2016F

Data: 14 de outubro de 2016

Análise do pedido

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o processo submetido relativo ao estudo em epigrafe, na sua reunião de 14 de outubro de 2016. Na avaliação final, esta Comissão não detetou qualquer problema ético, regulamentar ou legal.

Membros da Comissão

Os membros da Comissão de Ética para a Saúde que estiveram presentes na reunião de 14 de outubro de 2016 foram:

Nome	Posição na CES	Profissão	Presente
José Vinhas	Presidente	Médico Nefrologista	Não
Lucília Nunes	Vogal	Professora Universitária (enfermagem)	Não
Vera Batista	Vogal	Farmacêutica	Sim
Mª Luisa Magalhães	Vogal	Assistente Social	Sim
Vitor Varela	Vogal	Enfermeiro	Sim
Filipe Seixo	Vogal	Médico Cardiologista	Sim
Dra. Aurora Pinto	Vogal	Médica Cirurgiã	Sim

trabalho em
24-10-2016
J

Documentos Revistos

Os documentos revistos na reunião 14 de outubro de 2016 foram:

Documento	Data	
Carta ao Presidente do CA	Sim	26 de setembro de 2016
Carta ao Presidente da CES	Sim	26 de setembro de 2016
Termo de responsabilidade do IP	Sim	26 de setembro de 2016
Termo de responsabilidade do Orientador Local	Sim	26 de setembro de 2016
Termo de responsabilidade do Orientador da Instituição de Ensino	Sim	26 de setembro de 2016
Carta ao Diretor de Serviço do SUG	Sim	26 de setembro de 2016
Carta ao Enf. Chefe do SUG	Sim	26 de setembro de 2016
Protocolo de Estudo	Sim	26 de setembro de 2016
Consentimento informado	Sim	—
Declaração do conflito de interesses	Sim	26 de setembro de 2016
Curriculum Vitae	Sim	27 de setembro de 2017

Declaração de conformidade

Foi analisado o protocolo do estudo à luz da legislação portuguesa, da Declaração de Helsinquia e das ICH-GCP Guidelines.

Decisão ética

A Comissão de Ética para a Saúde do CHS, deliberou, por unanimidade, emitir parecer favorável ao estudo referido em epígrafe.

Condições da opinião favorável

Não aplicável

Com os melhores cumprimentos,

P^{lo} Presidente da CES





Comissão de Ética para a Saúde



Data: 14 de Outubro de 2016

Título do estudo: "Acolher a família no Serviço de Urgência – Aplicação do inventário das necessidades da família."

Referência: Parecer nº 0026/2016P

Revisão ética

O estudo académico de investigação "Acolher a família no Serviço de Urgência – Aplicação do inventário das necessidades da família." tem como investigadora a Sra. enfermeira Tânia Sofia Correia Pestana, aluna do programa de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica – Lisboa, tendo como orientadores da instituição de ensino, a Professora Doutora Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais e do CHS, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica João Valente.


Apresenta como objetivo,

- Identificar as principais necessidades da família dos doentes internados no Serviço de Urgência Geral do 

É um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e transversal. Será utilizado como instrumento de colheita de dados, o inventário das Necessidades da Família na UCI (INFUCI), adaptado do Critical Care Family Needs Inventory, validade e traduzido para a língua portuguesa por Sara Campos (2014)

O estudo decorrerá no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Bernardo, no âmbito do estágio I do curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica – Lisboa, a decorrer em Setembro e Novembro de 2016.

Amostra entre 50 a 60 participantes.

A população em estudo são os familiares/familiar de referência dos utentes internados no SUG do  com mais de 12 horas de internamento, na sala de observações e sala aberta, de forma aleatória e por conveniência.

Tratamento estatístico a utilizar, programa SPSS.

Cráterios de inclusão:

- Ser familiar de referencia,
- Internamento superior a 12 horas, na sala de observa o ou na sala aberta.

Cráterios de exclusão:

- Idade inferior a 18 anos,
- Analfabetos.

Precau es a observar na realiza o do estudo:

Anonizac o e liberdade de escolha dos participantes, na fase de recolha e tratamento de dados. Contém documento de "Informa o ao participante no estudo" e documento "declara o de consentimento informado"

Membros da Comissão

Os membros da Comissão de ética para a Saúde que estiveram presentes na reunião de 14 de Outubro de 2016

Nome	Posi�o na CES	Profissão	Presente
José Vinhas	Presidente	Médico	
Aurora Pinto	Vogal	Médica	
Luc�lia Nunes	Vogal	Professora	
Vera Batista	Vogal	Farmac�utica	
Filipe Seixo	Vogal	Médico	
M� Luísa Magalhães	Vogal	Assistente Social	
Vitor Varela	Vogal	Enfermeiro	

Documentos Revistos

Os documentos revistos na reunião foram:

Documento		Data
Carta ao Presidente do CA	Sim	SIM
Notifica�o � CNPD / Autoriza�o		Não aplicável
Consentimento Informado	Sim	SIM
Parecer do Director de Serviço Urgência Geral	Sim	SIM
Declara�o de conflito de interesses do investigador principal	Sim	SIM

Decisão ética

Após apreciação e análise verificando-se a conformidade com o exigido, a Comissão de Ética para a Saúde do CHS decidiu aprovar o estudo em causa.

O relator



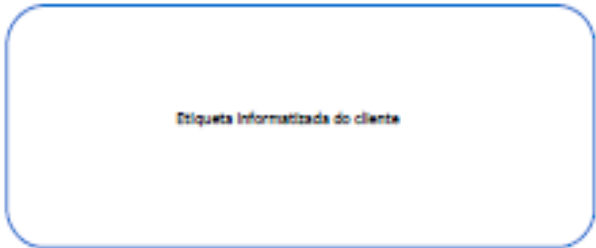
Vítor Varsia

APÊNDICE I – Guião de Consulta Perioperatória
(formato base de secretária)

APÊNDICE II – Formulário/Nota de Alta Enfermagem (UCA)



Bloco Operatório Central
 Unidade de Cirurgia Ambulatória I
NOTA DE ALTA DE ENFERMAGEM



DADOS RELEVANTES

Antecedentes pessoais: _____

 Alergias: _____ Diagnóstico: _____
 Cirurgia efetuada: _____ Data da cirurgia: ___/___/___
 Anestesia efetuada: Geral Raqui Epidural Plexo Local _____
 Profilaxia antimicrobiana: S N Qual? _____
 Médico responsável: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Focos de atenção	Juizos
Medo	Presente / Ausente
Ansiedade	Presente / Ausente
Atividade psicomotora	Comprometida / N comprometida
Ferida cirúrgica	Presente / Ausente

Aspetto: S/ alterações N observável Edema Hematoma Hemorragia

Tipo de Penso (P): Compressivo Protetor Outro _____

Refazer penso dia: ___/___/___ no(a) _____

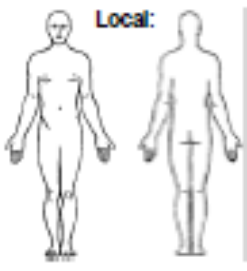
Tipo de Sutura: Pontos Fio de sutura _____

Agrafes Outro _____

Não retirar/Retirar dia: ___/___/___ no(a) _____

Drenos (D): _____ Não retirar/Retirar dia: ___/___/___ no(a) _____

OBS: _____



Risco de infecção da ferida cirúrgica	Sim / Não
Dor após cirurgia	Presente / Ausente
Risco de dor após cirurgia	Sim / Não
Risco de náuseas/vômitos após cirurgia	Com / Sem
Perda sanguínea após cirurgia	Presente / Ausente
Risco de perda sanguínea após cirurgia	Sim / Não
Potencial para melhorar o conhecimento para promover o comportamento de adesão ao regime terapêutico do cliente/família após cirurgia	Com / Sem

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
Conhecimento do cliente/família sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Adequado / N Adequado/ NA
Conhecimento do cliente/família sobre o regime medicamentoso	Adequado / N Adequado/ NA
Conhecimento do cliente/família sobre auto controlo e prevenção da dor	Adequado / N Adequado/ NA
Conhecimento do cliente/família sobre auto controlo e prevenção de náuseas/vómitos	Adequado / N Adequado/ NA
Conhecimento do cliente/família sobre auto – vigilância e prevenção de perda sanguínea	Adequado / N Adequado/ NA
Conhecimento do cliente/família sobre o regime dietético	Adequado / N Adequado/ NA
Conhecimento do cliente/família sobre os cuidados específicos após cirurgia	Adequado / N Adequado/ NA

SA-MIN-EPID-006

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	(preencher com um X)	
	A	NA
Manter um ambiente acolhedor e favorável à comunicação		
Envolver o cliente/família no planeamento da alta		
Apoiar emocional e espiritualmente o cliente/família		
Promover o autoconhecimento, autocontrolo e autogestão dos sintomas do cliente/família		
Explicar necessidade de repouso nas 24h após cirurgia		
Explicar necessidade de se manter acompanhado nas 24 horas após cirurgia		
Explicar possível ocorrência de cefaleias, sonolência e tonturas nas 24 após cirurgia		
Explicar risco de conduzir veículos/trabalhar com máquinas nas 24h após cirurgia		
Ensinar o cliente/família sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica		
Orientar o cliente/família para o Centro de Saúde/outro Serviço de Saúde		
Ensinar o cliente/família sobre auto – vigilância e prevenção de perda sanguínea		
Instruir o cliente/família sobre o regime medicamentoso _____		
Providenciar medicação analgésica _____		
Instruir o cliente/família sobre o regime medicamentoso de controlo da dor		
Instruir o cliente/família sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor		
Providenciar medicação antiemética _____		
Instruir o cliente/família sobre o regime medicamentoso para náuseas/vómitos		
Instruir o cliente/família sobre técnicas não farmacológicas de controlo de náuseas/vómitos		
Explicar necessidade de ingestão reforçada de líquidos nas 24h após cirurgia		
Explicar necessidade de alimentação ligeira e fracionada nas 24h após cirurgia		
Providenciar material de leitura com linhas orientadoras sobre: Dor e analgesia <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Cuidados após cirurgia _____ <input type="checkbox"/>		

SA-MIN-EPID-006

OBSERVAÇÕES

Hora da alta: ___ h ___ m

Hora da saída: ___ h ___ m

Destino: _____

Enfermeiro(a) nº OE _____ (uca@chs.min-saude.pt)

Data: ___ / ___ / ___

APÊNDICE III – Norma de Procedimento
“Preparar o Regresso a Casa após Cirurgia Ambulatória”

Procedimento de Enfermagem
Preparar o Regresso a Casa após
Cirurgia Ambulatória
(CAM 1)

1. Objectivos

Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa;
Sistematizar os registos de enfermagem na preparação do regresso a casa.
Prestar cuidados de enfermagem uniformizados ao cliente/família após cirurgia ambulatória, na preparação do regresso a casa.
Promover a articulação efectiva entre a CAM 1 e o Centro de Saúde/Serviços de Saúde.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros do serviço de BOP-1, que prestam cuidados de enfermagem na CAM 1.

3. Siglas, abreviaturas e definições

BOP 1 – Bloco Operatório Central

CAM 1 – Unidade de Cirurgia Ambulatória

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

h – horas

Nº - Número

PADS – Post-anesthesia Discharge Scoring System

4. Referências

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (3ª edição ed.). Lisboa: AESOP.

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (janeiro de 2012). *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia Ambulatória*. Obtido em 16 de maio de 2016, de APCA:

http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

- APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (janeiro de 2013). *Recomendações para Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Obtido em 16 de maio de 2016, de APCA:
http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf
- CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. (julho de 2013). Normas para acreditação. 1(4ª edição).
- Conselho de Enfermagem da OE. (dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros.
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, lda.
- ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 12 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ministério da Saúde. (20 de fevereiro de 2013). Despacho nº 2784/2013 - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. *Diário da República, 2ª série - nº 36*. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (julho de 2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. *Revista da OE - Suplemento*.
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem- Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem*. Obtido em 7 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (maio de 2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE - versão 2011*. (lusodidacta, Ed.) Obtido em 7 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 30 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf>

5. Responsabilidades

Os enfermeiros do BOP 1 pelo cumprimento da norma.

Ao Enfermeiro Chefe do BOP 1 e ao Enfermeiro Coordenador da CAM 1, pela sua divulgação e implementação.

6. Preparar o Regresso a Casa após Cirurgia Ambulatória

6.1. Desde o acolhimento à alta:

A preparação do regresso a casa começa antes da entrada do cliente/família na unidade de cirurgia de ambulatório, antes da cirurgia e portanto, faz parte das intervenções do enfermeiro no período perioperatório.

- Na **consulta pré-operatória (presencial ou não presencial)**, realizada habitualmente, no dia anterior à cirurgia, o enfermeiro inicia o acolhimento do cliente/família na unidade, informando-o das condições de entrada no serviço, da preparação física específica inerente à cirurgia a realizar, assegurando desde então, a entrada do cliente/família na CAM 1, acompanhado de um adulto responsável e do mesmo modo, o seu regresso a casa, após a cirurgia.
- Desde o **acolhimento** do cliente/família na CAM 1, no dia da cirurgia, o enfermeiro continua a preparar o regresso a casa, planeando as suas intervenções de tal modo, que o tempo entre a admissão e a alta seja o menor possível, com o menor número possível de complicações.
- No **período pós-operatório**, na sala de recobro tardio, o enfermeiro da CAM 1, valida junto do cliente/família as condições para a alta, que só acontece após o cumprimento de todos os critérios de alta, baseados no score PADS.

Por forma cumprir o disposto na legislação (Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro de 2013, do Secretário de Estado da Saúde), a sistematizar todos os registos de enfermagem realizados no período perioperatório e dar continuidade aos cuidados após o regresso a casa, o enfermeiro deve:

- ✓ validar com a *checklist* de verificação da alta, todos os procedimentos relativos à preparação do regresso a casa (Anexo I);
- ✓ preencher manualmente ou na plataforma informática, o formulário “Nota de Alta de Enfermagem” (Anexo II), definindo os diagnósticos, resultados e

intervenções de enfermagem ativos no momento da alta, de acordo com o guião (Anexo III) e registando outras informações de enfermagem pertinentes em observações;

- ✓ entregar um exemplar da Nota de Alta de Enfermagem ao cliente/família;
- ✓ guardar em formato digital, uma cópia da Nota de Alta de Enfermagem (identificado com Pc nº Data alta), na pasta “Notas de Alta UCA”, para posterior envio por e-mail, para o CS da área de residência;
- ✓ guardar uma cópia da Nota de Alta de Enfermagem no processo clínico;
- ✓ realizar um contato telefónico com o CS da área de residência do cliente/família, para marcação de penso ou outra intervenção de enfermagem, sempre que seja necessário a continuidade dos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar;
- ✓ disponibilizar material educativo ao cliente/família (guias orientadores) dos cuidados após cirurgia.

No momento do regresso a casa, sempre que indicado, a CAM 1 dispensa ao cliente/família, a medicação de pós-operatório, de acordo com o que está previsto no Decreto-Lei nº 13/2009, de 12 de janeiro, e segundo protocolos instituídos pela Anestesiologia.

- Às 24h após o regresso a casa, é efetuada uma **consulta de pós operatória (não presencial)**, na qual o enfermeiro da CAM 1, escalado previamente para o efeito, mais uma vez avalia a situação de saúde da pessoa após a cirurgia (relativamente à dor, sintomatologia, ferida operatória, medicação, etc) e reforça, quando indicado, a ida ao CS para realização de penso ou outra intervenção de enfermagem.
- Sempre que necessário, o enfermeiro da CAM 1, realiza a **consulta de pós operatório tardio (não presencial ou presencial)**, onde mais uma vez avalia a situação de saúde da pessoa numa fase tardia após cirurgia, despista complicações tardias, esclarece dúvidas e, se indicado, encaminha para outros profissionais.

Todos os registos efetuados pelos enfermeiros da CAM 1, relativos às consultas (presencial ou não presencial) pré e pós operatórias, são feitos na Base de Dados informáticos, existentes para o efeito, conforme as instruções do Procedimento da Consulta de Enfermagem CAM 1 (Anexo IV) e o guião de consulta perioperatória (Anexo V).

De acordo com o estabelecido pelo Enfermeiro Coordenador da CAM 1, os assistentes administrativos devem:

- ✓ enviar diariamente, por e-mail, as notas de alta da pasta “Notas de Alta UCA” para o CS da área de residência;

- ✓ atualizar a pasta “Notas de Alta UCA”, enviando os documentos para a pasta “Geral Notas de Alta UCA”, depois de confirmado o seu envio por e-mail;
- ✓ transmitir ao enfermeiro da CAM 1, qualquer anomalia do processo.

Anexos

Anexo I – *Ckecklist* verificação do procedimento Preparar o regresso a casa

Anexo II – Nota de Alta de Enfermagem

Anexo III – Guião de preenchimento da nota de alta de enfermagem

Anexo IV – Procedimento da Consulta de Enfermagem CAM 1

Anexo V – Guião de Consulta de Enfermagem Perioperatória

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enf ^a Helena Ribeiro Enf ^a M ^a Céu Relvas Enf ^a Tânia Pestana		Conselho de Administração Data:

APÊNDICE IV – Checklist verificação Preparar o Regresso a Casa

Bloco Operatório Central

Unidade de Cirurgia Ambulatória I
(CAM 1)

Checklist de verificação PREPARAR O REGRESSO A CASA	
Acolhimento do cliente/família realizado na CAM 1	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Critérios de alta (Escala de PADS) verificados	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nota de alta de enfermagem entregue ao cliente/família	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Duplicado da nota de enfermagem colocado no processo clínico	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Duplicado da nota de alta de enfermagem guardado em formato digital	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contato telefónico c/ Centro Saúde/outro Serv. Saúde efetuado	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Ensinos realizados	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Material de leitura/guias orientações de alta entregues ao cliente/família	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Exames do cliente/família devolvidos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Próteses/Ortóteses do cliente/família devolvidas	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nota de alta médica	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Marcação consulta	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Receita	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Informado cliente/família do contato telefónico pós operatório	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

S-Sim N-Não NA-Não aplicável

Enfermeiro(a)/nº OE _____

Data: ___ / ___ / ___

APÊNDICE V – Guião de preenchimento da Nota de Alta

Bloco Operatório Central
Unidade de Cirurgia Ambulatória I

(CAM 1)

GUIÃO DE PREENCHIMENTO DA NOTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

- ➔ Colocar **Etiqueta informatizada** no local indicado para o efeito
- ➔ Preencher todos os itens do quadro **Dados Relevantes**
- ➔ Identificar os **Diagnósticos e Resultados de Enfermagem** ativos no momento da alta, de acordo com o quadro seguinte:

DEFINIÇÃO DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM			
<i>Foco</i>	<i>Juízo</i>	<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
<u>Medo</u>	Presente Ausente		<ul style="list-style-type: none">• sente-se ameaçado ou perturbado pela cirurgia realizada• resposta fisiológica de medo (fuga ou luta)
<u>Ansiedade</u>	Presente Ausente		<ul style="list-style-type: none">• sente-se angustiado ou em perigo relativamente à cirurgia realizada
<u>Atividade psicomotora</u>	Comprometida Não Comprometida		<ul style="list-style-type: none">• anestesia geral/ locorregional/sedação/ sedoanalgesia• posicionamento inerente à cirurgia
<u>Ferida cirúrgica</u>	Presente Ausente		<ul style="list-style-type: none">• ferida produzida por um instrumento cirúrgico cortante
<u>Infeção da ferida cirúrgica</u>	Risco de		<ul style="list-style-type: none">• potencial de contaminação da cirurgia• duração da cirurgia > 2 horas• hematoma• drenos• idoso/criança

			<ul style="list-style-type: none"> • diabetes mellitus • tabagismo • obesidade • alterações do estado nutricional • alterações da resposta imunitária
<u>Dor por ferida cirúrgica</u>	Presente		<ul style="list-style-type: none"> • dor em grau reduzido (entre 0-3 na escala numérica) • fácies de dor ou agitação • alterações hemodinâmicas sugestivas de dor (aumento da FC e TA)
	Ausente		
	Risco de		<ul style="list-style-type: none"> • dor crónica (> de 1 mês) • diabetes mellitus • lesão do nervo • local e tipo de incisão • duração da cirurgia > 2 horas • intensidade e duração da dor pós operatória • imobilização/inatividade • idoso • sexo feminino • ansiedade/medo/depressão
<u>Naúseas/ vômitos após cirurgia</u>	Risco de		<ul style="list-style-type: none"> • sexo feminino • não tabagismo • história de NVPO anterior • opióides pós operatórios
	Presente		<ul style="list-style-type: none"> • perda de sangue visível • hematoma

<u>Perda sanguínea após cirurgia</u>	Ausente		<ul style="list-style-type: none"> alterações hemodinâmicas sugestivas de hemorragia (aumento da FC e diminuição da TA)
<u>Perda sanguínea após cirurgia</u>	Risco de		<ul style="list-style-type: none"> história prévia diabetes mellitus HTA PAM > 100 história de AVC DPOC IC antiagregação terapêutica com AINES
<u>Comportamento de adesão ao regime de tratamento</u>	Potencial para melhorar o conhecimento	Conhecimento sobre regime de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> está ciente dos problemas comuns que podem advir da cirurgia reconhece sinais e sintomas de alerta reconhece as práticas saudáveis após a cirurgia sabe identificar os Serviços de Saúde disponíveis após a alta apreendeu a informação transmitida
	Com	Adequado	
	Sem	Não Adequado	
		Não Aplicável	

Nota: A presença de apenas um indicador positivo para o foco em avaliação, determina a activação do diagnóstico de enfermagem. Quando todos os indicadores são negativos para aquele foco de atenção, então o diagnóstico não está ativo.

- ➔ Assinalar as **Intervenções de Enfermagem**, de acordo com os diagnósticos de enfermagem ativos
- ➔ Preencher o quadro **Observações** onde deve constar:
 - Complicações durante o período perioperatório;
 - Necessidade de articulação com outra instituição de saúde após a alta (marcações de tratamentosou outros cuidados);
 - Outras informações importantes.

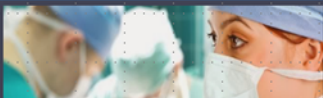
(Por exemplo: *Apresentou hipertensão durante permanência no recobro, tendo sido administrado 25 mg de Captoril SL, segundo indicação do Mário Ornelas, que surtiu efeito. Deve dirigir-se ao Centro de Saúde da área de residência no dia 12/06/2016, às 10 horas, para realizar penso.*)

➔ Assinar e datar a nota de alta

BIBLIOGRAFIA

- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (3ª edição ed.). Lisboa: AESOP.
- APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (janeiro de 2012). *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia Ambulatória*. Obtido em 16 de maio de 2016, de APCA:
http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (janeiro de 2013). *Recomendações para Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Obtido em 16 de maio de 2016, de APCA:
http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, lda.
- ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 12 de maio de 2106, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Miana, L., Atik, F., Moreira, L., Hueb, A., Jatene, F., Junior, J., et al. (2004). Fatores de risco de sangramento no pós-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes adultos. *Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular*, III(19), pp. 280-86.
- Oliveira, A. d., & Ciosak, S. (2007). Infecção de sítio cirúrgico em hospital universitário: vigilância pós-alta e fatores de risco. *Revista Escola de Enfermagem USP*, II(41), pp. 258-63.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE - versão 2011*. (Lusodidacta, Ed.) Obtido em 7 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf
- Sadatsune, E., Leal, P., Clivatti, J., & Sakata, R. (jan-mar de 2011). Dor crónica pós-operatória: fisiopatologia, fatores de risco e prevenção. *Revista Dor*, I(12), pp. 58-63.

APÊNDICE VI – Sessão de formação
“Preparar o Regresso a Casa após Cirurgia Ambulatória”



Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória

No rumo da qualidade dos cuidados de enfermagem

Unidade de Cirurgia Ambulatória 1

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ALameda Porto Velho

Tânia Pestana
Professora Doutora
Isabel Rabiais
2016

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



CAM 1 – Unidade de Cirurgia Ambulatória


Diagnóstico da situação

??? Registos de enfermagem, no regresso a casa, após cirurgia de ambulatório ???


- Não existe nota de alta de enfermagem
- Não existe sistema informático de registos de enfermagem
- Existe, por vezes, necessidade de articulação entre a CAM 1 e outros Serviço de Saúde



Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória




Nota de alta de enfermagem e sistema de registos eletrónicos



Legislação (Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro de 2013, do Secretário de Estado da Saúde)

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória




Sistemas de informação em saúde

Um bom sistema de informação é um instrumento indispensável para que possam ser tomadas decisões corretas em todos os níveis dos sistemas de saúde (...)

Ministério da Saúde (1998)

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória




Sistemas de informação em Enfermagem


[É a parte dos sistemas de informação em saúde e] “refere o esforço de análise, formalização e modulação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação de dados em informação e conhecimento - promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência - tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional de enfermagem.”

(Goosen, 2000)

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Sistemas de informação em Enfermagem



- Asseguram a continuidade dos cuidados
- Permitem a partilha de informação entre os profissionais
- Revestem-se de caráter legal
- Testemunham
- Apoiam a supervisão clínica

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Sistemas de informação em Enfermagem

- Permite a realização de auditorias
- Direcionam a formação de pessoal
- Condicionam o financiamento dos serviços de saúde

Promovem a investigação

(Doenges & Moorhouse, 1992)

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Sistemas de informação em Enfermagem

Suporte de papel

VS

Suporte informático

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Registos de enfermagem informatizados

A informática em enfermagem não está centrada nas "tecnologias dos computadores", mas na natureza dos cuidados de enfermagem e na forma como a informação utilizada no contexto da prática é produzida e rentabilizada.

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Registos de enfermagem informatizados

A existência de uma linguagem comum numa área do conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência aceite no seio da comunidade científica, sendo esta uma das lutas atuais da enfermagem

Linguagem uniformizada

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Linguagem uniformizada

- Proporciona uma linguagem para que os enfermeiros comuniquem o que fazem entre si, com os outros profissionais de saúde e com o público;
- Permite a colheita e a análise de informações que documentem o contributo da enfermagem no atendimento do cliente;
- Facilita a avaliação e a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem;
- Favorece o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem;
- Proporciona informações para a formulação da política organizacional e pública no que respeita à assistência em saúde e mais especificamente de enfermagem;
- Facilita o ensino referente à tomada de decisão por parte dos estudantes de enfermagem.

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



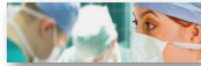
Classificações de Enfermagem

- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
- NIC (Nursing Interventions Classification)
- NOC (Nursing Outcomes Classification)



CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



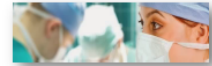
CIPE — Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), um programa do ICN (International Council of Nurses), foi concebido para ser parte integrante da infra-estrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo.



(OE, 2009)

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória

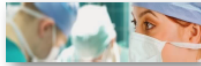


ICN — International Council of Nurses

De entre a amplitude dos cuidados de saúde, o fenómeno que mais importa aos enfermeiros é a “resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais” de indivíduos, famílias e grupos.

(ICN, 1987)

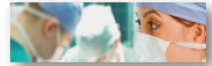
Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Foco de atenção do enfermeiro

Diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida que proporciona o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa/cliente

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Diagnóstico de enfermagem CIPE®

Um diagnóstico de Enfermagem é um rótulo atribuído pelo enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação

Intervenção de enfermagem CIPE®

Uma intervenção de Enfermagem é uma mudança efetuada no diagnóstico de Enfermagem

Resultado de Enfermagem CIPE®

Os resultados de Enfermagem definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem

(ICN, 2001)

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Enunciados de diagnóstico e resultado CIPE®

Modelo ISO e Modelo dos 7 Eixos

Termo do Eixo do Foco

Termo do Eixo do Juízo

Podem incluir outros termos adicionais, de acordo com as necessidades

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Enunciado de intervenção CIPE®

Modelo ISO e Modelo dos 7 Eixos

Termo do Eixo da Ação

Termo Alvo

Podem incluir outros termos adicionais, de acordo com as necessidades

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



O projeto ????

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem

http://1.bp.blogspot.com/-fN20AecKAhk/Uuj0d4ifcn/AAAAAAsAAAAcs/evEq9at-6VU/s1600/HPP_img_header_bloco_operatorio2.jpg

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Projeto

Procedimento de enfermagem

Preparar o regresso a casa”

- Nota de alta de enfermagem
- Contato telefónico com o CS

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Nota de alta de enfermagem

- Diagnósticos, resultados e intervenções CIPE®
- Registo informático
- Aplicável a todos



Despacho
nº 2784/2013

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Contato telefónico com CS

- Aplicável, sempre que, há necessidade de continuidade de cuidados de enfermagem após o regresso a casa



Articulação com o CS

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Operacionalização do Projeto

- Preencher nota de alta de enfermagem (informática ou manualmente) Guião de preenchimento
- Entregar uma cópia ao cliente/família
- Guardar uma cópia digital (para posterior envio ao CS) Pasta "Notas de Alta UCA"
- Realizar contato telefónico, quando aplicável

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



Dar continuidade ao projeto...

???? Remodelar a folha de acolhimento e avaliação inicial (segundo a CIPE)

Avaliar a pertinência da nota de alta junto dos enfermeiros dos CS ?????

???? Avaliar satisfação do cliente/família após alta ...

Preparar o regresso a casa após cirurgia ambulatória



??? **Dúvidas** **???**

?? **sugestões** **??**

APÊNDICE VII – Norma de Acolhimento da Família no SUG

Procedimento de Enfermagem
Acolher a Família no
Serviço de Urgência Geral

1.Objectivos

Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento à família da pessoa internada no SUG;

Uniformizar os cuidados de enfermagem no acolhimento à família da pessoa internada no SUG.

2.Campo de aplicação

Enfermeiros do SUG.

3.Siglas, abreviaturas e definições

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

GAU – Gabinete de Apoio ao Utente

HSB – Hospital de São Bernardo

SA – Sala Aberta

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SUG – Serviço de Urgência Geral

4.Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. (julho de 2013). Normas para acreditação. (4ª edição).

Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos - Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Lisboa: Lusociência.

Martins, J. d., Nascimento, E. R., Geremias, C. K., Schneider, D. G., Schweitzer, G., & Neto, H. M. (2008). Acolhimento à Família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (4), pp. 1091-1101.

Sá, F. L. (s.d.). *Acolhimento da família no Serviço de Urgência*. Obtido em setembro de 2016, de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0ahUKEwj6_KuXrqHPAhWCPhQKHdROCTkQFggbMAA&url=https%3A%2F%2F

5. Responsabilidades

Os enfermeiros do SUG pelo cumprimento da norma.

Ao Enfermeiro Chefe do SUG pela sua divulgação e implementação.

6. Acolher a Família da pessoa internada no SUG

a. Enquadramento

A presença da família junto da pessoa em situação crítica, em contexto de urgência, é um desafio que se coloca diariamente aos serviços e aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros. Com o intuito de promover a Humanização dos Cuidados prestados neste contexto, a Assembleia da República aprovou a Lei nº 33/2009 de 14 de julho, que determina o direito de qualquer cidadão a ser acompanhado por uma pessoa à sua escolha, num serviço de urgência do SNS.

A hospitalização é para o doente e para a sua família uma vivência stressante. Durante o internamento no hospital a família experiencia múltiplos fatores de *stress*, como o ambiente hospitalar, a equipa de saúde, a linguagem técnica, que aliados à separação física do seu familiar, causam sentimentos de medo, insegurança, irritação e até mesmo de culpa (Hanson *et al*, 2005 citado por Campos, 2014).

O internamento por doença grave é particularmente difícil para a família, pois é habitualmente inesperado e imprevisto, existindo incerteza quanto ao prognóstico e uma forte probabilidade do doente falecer, o que rompe o equilíbrio e as rotinas familiares e pode desencadear uma crise emocional (Campos, 2014).

Ao enfermeiro compete compreender o efeito da hospitalização na família, identificar as suas necessidades e desenvolver uma relação empática, que minimize os efeitos nefastos que a hospitalização pode provocar.

O **Acolhimento** permite melhorar o atendimento ao cliente/família, promover a humanização reforçando a acessibilidade aos serviços de saúde, numa abordagem holística e personalizada, não sendo meramente uma receção administrativa (Hesbeen, 2000).

Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o compartilhar experiências são ingredientes básicos para efectivar o acolhimento junto do doente e da família (Martins, Nascimento, Geremias, Schneider, Schweitzer, & Neto, 2008, p.1092)

7.Procedimento de “Acolhimento da Família no SUG”

O procedimento de acolhimento da família no SUG, enquadra-se num projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

O cumprimento da norma deverá ser avaliado, através da Checklist (Anexo I), pelos enfermeiros Chefes de Equipa, do SUG.

a. Cabe aos enfermeiros do SO:

O enfermeiro que está responsável pelo SO (1,2,3 e 4) deve:

- **No primeiro contato com o familiar do utente,**
 - ✓ Apresentar-se pelo nome ao familiar e de forma cordial;
 - ✓ Perguntar o nome do familiar e a sua relação com o utente;
 - ✓ Registar o nome do familiar e o contato telefónico, no software informático;
 - ✓ Informar o familiar acerca:
 - Necessidade do internamento do utente no SO;
 - Local do SO onde fica internado o utente e especificidades inerentes;
 - Outras informações pertinentes, de acordo com as necessidades expressas pelo familiar e as orientações constantes no Guião de Acolhimento da Família no SUG (Anexo II);
 - ✓ Mostrar disponibilidade e permitir a expressão de sentimentos/dúvidas por parte do familiar;
 - ✓ Entregar Guia de Acolhimento da Família/Acompanhante no SUG (Anexo III) e explicar que as principais informações estão inscritas no folheto;
 - ✓ Levar o familiar junto do utente, sempre que as condições do serviço o permitirem;
 - ✓ Sempre que possível e que o nível de consciência do utente o permita, validar com o utente o nome do familiar de referência e a sua autorização para a transmissão de informações.
- NOTA:** esta informação deve ficar registada no software informático.
- **Ao longo de todo o internamento,**
 - ✓ Demonstrar respeito, competência e responsabilidade profissional em todas as situações de cuidado;
 - ✓ Dar informações honestas, claras, utilizando uma linguagem compreensível, no período definido para o efeito (em impresso próprio - Anexo IV) quando solicitado pela família e sempre que as condições do serviço e do utente o permitam;

- ✓ Comunicar, antecipadamente se possível, os planos de alta ou transferência do utente para o exterior ou dentro do próprio hospital, (pessoalmente ou via telefónica) ao familiar de referência e registar no software informático. **NOTA:** caso não se consiga efetuar a comunicação deve ficar registado o motivo a nível informático;
- ✓ Sempre que necessário, encaminhar ou orientar a família para outros profissionais (assistente social, Centro de Saúde ou outras instituições) no momento da alta;
- ✓ Assumir uma postura profissional, competente e pró ativa, apoiando, esclarecendo e participando no acompanhamento das famílias em situação de crise (comunicação de más notícias, luto, etc);
- **No período de visitas,**
 - Antes** da entrada das visitas
 - ✓ Falar com os assistentes do Corpo de Voluntariado de forma a organizar o período de visitas;
 - ✓ Preparar o ambiente físico para o período de visitas;
 - ✓ Apresentar-se ao familiar pelo nome e encaminha-lo ao local onde o utente se encontra, em situações específicas (alteração do estado do utente e outros após avaliação);
 - Durante** o período de visitas
 - ✓ Receber e apresentar-se aos familiares pelo nome e de forma cordial;
 - ✓ Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas ou apoiar as necessidades manifestadas pela família.

b. Cabe aos enfermeiros da SA:

O enfermeiro que está responsável pela SA deve:

- **No primeiro contato com o familiar/acompanhante do utente,**
 - ✓ Apresentar-se pelo nome ao familiar/acompanhante e de forma cordial;
 - ✓ Perguntar o nome do familiar/acompanhante e a sua relação com o utente;
 - ✓ Registar o nome do familiar/acompanhante no software informático e o contato telefónico;
 - ✓ Informar o familiar acerca:
 - Necessidade do internamento do utente na SA;
 - Outras informações pertinentes e de acordo com as necessidades expressas pelo familiar/acompanhante e as orientações constantes no Guião de Acolhimento da Família no SUG (Anexo II);
 - ✓ Mostrar disponibilidade e permitir a expressão de sentimentos/dúvidas por parte do familiar/acompanhante;
 - ✓ Entregar Guia de Acolhimento da Família/Acompanhante no SUG (Anexo III) e explicar que as principais informações estão inscritas no folheto;
- **Durante a permanência do utente na SA,**
 - ✓ Demonstrar respeito, competência e responsabilidade profissional em todas as situações de cuidado;

- ✓ Informar o familiar/acompanhante de quaisquer alterações que ocorram no período em que o utente está internado na SA, articulando-se com os assistentes do Gabinete de Apoio ao Utente;
- ✓ Comunicar a alta ou transferência do utente ao familiar/acompanhante e registar no software informático. **NOTA:** caso não se consiga efetuar a comunicação deve ficar registado o motivo a nível informático;
- ✓ Sempre que necessário, encaminhar ou orientar a família/acompanhante para outros profissionais (assistente social, Centro de Saúde ou outras instituições) no momento da alta.

c. Cabe aos assistentes do Gabinete de Apoio ao Utente sob orientação dos enfermeiros:

No âmbito do acolhimento à família no SUG, os assistentes do Gabinete de Apoio ao Utente, sob orientação dos enfermeiros do SO e SA, devem:

- Ter sempre disponível, o Guia de Acolhimento da Família/Acompanhante no SUG (Anexo III);
- Identificar o familiar/acompanhante do utente admitido no SUG com pulseira rosa;
- Receber os pedidos de informação, em folha própria, da família/acompanhante dos utentes internados em SO, no período estabelecido (10h30m às 11h30m Enfermagem; 18h00m → às 19h00m Médicas); →
- Receber e organizar as visitas no período das 18h às 19h, junto ao Gabinete de Apoio ao Utente;
- Encaminhar a família/acompanhante ao SO, à SA e outros locais do SUG, sob orientação do enfermeiro ou do médico.

d. Cabe aos assistentes do Corpo de Voluntários do CHS sob orientação dos enfermeiros:

No âmbito do acolhimento à família no SUG e nos períodos de visitas, os assistentes do Corpo de Voluntariado do CHS, sob orientação dos enfermeiros do SO, devem:

- ▶ Atualizar os nomes dos utentes internados e o local onde se encontram, antes do início do período de visitas;
- ▶ Validar que estão reunidas todas as condições (no geral e em cada caso específico) para a entrada das visitas, no período das 14h30m às 15h;
- ▶ Receber as visitas, na Entrada Principal do HSB, entre as 14h30m e as 15h;
- ▶ Identificar as visitas para cada utente;
- ▶ Organizar e encaminhar as visitas para o SO e para o local onde o utente se encontra;
- ▶ Controlar o tempo da visita e encaminhar as visitas para a saída

8. Anexos

Anexo I – Checklist cumprimento do procedimento Acolher a Família no SUG;

Anexo II - Guião de Acolhimento da Família no SUG;

Anexo III - Guia de Acolhimento da Família/Acompanhante no SUG.

Anexo IV – Impresso para Pedido de Informações – Doentes internados em SO

Elaboração Enfª Ilda Roque Enfº João Valente Enfª Sara Rodrigues Enfª Tânia Pestana	Revisão	Ratificação Conselho de Administração Data:
--	----------------	---

APÊNDICE VIII – Guião de Acolhimento da Família no SUG
(formato tapete de rato)

Acolher a família no SUG

Bom dia...

Boa tarde,...

Boa noite, sou o enfermeiro...

Esta unidade chama-se

... tenho o prazer de estar a falar com ...

O SEU CONTATO É...

O seu familiar encontra-se aqui porque...

A SALA DE ESPERA ...

Os equipamentos... monitores... alarmes... camas...

AS REFEIÇÕES ...

OS TELEMÓVEIS NÃO SÃO PERMITIDOS...

Todos os bens devem ser recolhidos...

Pode ligar-nos entre as ...

Os materiais de higiene são fornecidos ...

O horário das visitas é...

No Guia de Acolhimento...

No período de visita pode falar com o enfermeiro responsável...

Pode trazer ...

Pode não ser possível ...

Pode falar com o médico ...

Cuidamos do seu familiar com profissionalismo, rigor técnico e humano ...

OBRIGADO por colaborar connosco ... a sua presença é muito importante!

APÊNDICE IX – Guia de Acolhimento da Família e Acompanhante no SUG

S.O. Sala de Observações

O S.O. destina-se ao internamento dos utentes que necessitam de observação e cuidados de saúde permanentes.

No momento do internamento são retirados todos os VALORES E OBJETOS PESSOAIS ao utente, sendo feito espólio dos mesmos, devidamente identificado.

Os objetos pessoais podem ser levantados pelos familiares, mediante a apresentação do Cartão de Cidadão, no Serviço de Urgência Geral, diariamente das 15h às 16h e das 17h às 18h. Os valores podem ser levantados na Tesouraria das 09h às 13h e das 14h30m às 16h30m, nos dias úteis.

Durante o internamento são fornecidas as TRÊS PRINCIPAIS REFEIÇÕES e um LANCHE a meio da tarde, de acordo com a indicação médica. Pode trazer diariamente água engarrafada e outros alimentos para consumo imediato, se autorizados pelo enfermeiro/médico.

NÃO DÊ QUALQUER TIPO DE ALIMENTO OU BEBIDA AO SEU FAMILIAR/AMIGO SEM AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO / MÉDICO

Horário de Visitas

S.O.

Das 14h30m às 15h00m
Das 18h00m às 19h00m

Apenas 1 visita por doente
Cerca de 5-10m

As visitas devem dirigir-se, dentro do horário, à Porta Principal do hospital, onde serão recebidas pelo Corpo de Voluntariado que lhes fornecerá um Cartão de Visitante e encaminharão para o S.O.

Horário de Informações

Das 10h30m às 11h30m
Das 18h00m às 19h00m (médico)

O pedido de informações sobre doentes internados em S.O., é presencial e faz-se mediante o preenchimento de um impresso próprio, no Gabinete de Apoio ao Utente.

As informações clínicas são fornecidas apenas pelo médico responsável

As informações gerais são transmitidas pelo enfermeiro responsável, no Gabinete de Apoio ao Utente, sempre que as condições do serviço o permitam.

GUIA DE ACOLHIMENTO
Utente e Família/Acompanhante

Serviço de URGÊNCIA GERAL

Realizado por Tânia Pestana (Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica) Universidade Católica Portuguesa

O CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL DISPÕE DE UMA URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA QUE FUNCIONA 24H POR DIA

O Serviço de Urgência Geral é um serviço aberto à Comunidade, que procura Prestar Cuidados de Saúde de elevada qualidade

O Serviço de Urgência Geral (SUG) possui uma equipa multidisciplinar, que engloba médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos auxiliares de diagnóstico (análises clínicas, radiologia e cardiopneumologia), assistentes técnicos, assistentes administrativos, assistente social e outros.

Os médicos das especialidades de **Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Psiquiatria** estão sempre, em presença física, no SUG.

As especialidades de Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Nefrologia, Oftalmologia e Pneumologia, estão de apoio ao SUG e são chamadas sempre que indicado.

Nas restantes especialidades médicas, quando necessário, os utentes são encaminhados para outra unidade hospitalar, de acordo com a área de referência e os critérios definidos.

O SUG dispõe também de:

- Sala de Espera (com TV, Máquina de Snacks, Casas de Banho, pagamento MB, Segurança e PSP)
- Bar
- Parque de estacionamento
- Caixa Automática MB (entrada principal)
- Capela (2º Piso, edif. antigo)

Direito de Acompanhamento dos Uteses dos Serviços de Urgência
Lei nº33/2009, de 14 de julho

Artigo 1º
É reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do SNS o direito de acompanhamento por uma pessoa.

Direitos e Deveres do Acompanhante
Artigo 4º
O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar as instruções e indicações dos profissionais do serviço.

É PERMITIDA A PRESENÇA DE UM ACOMPANHANTE AOS UTENTES QUE SE ENCONTRAM EM Balcões, Pequena Cirurgia, Psiquiatria e Ortopedia

Gabinete de Apoio ao Utente

O Gabinete de Apoio ao Utente tem a função de apoiar e orientar o utente e família/accompanhante dentro do SUG, funcionando como elo de ligação entre os utentes, família/accompanhante e os profissionais.

Das 09h00m às 00h00m com interrupção de 30 minutos para almoço e jantar de acordo com as necessidades do serviço.

S.A. Sala Aberta

A S.A. é uma sala que se destina ao internamento de utentes com patologias respiratórias, com necessidade de fazer oxigénio e vigilância mais apertada.

O tempo de permanência do seu familiar/ amigo na Sala Aberta dependerá da sua evolução clínica e desejavelmente não será muito prolongado.

NÃO É PERMITIDA A PRESENÇA DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DURANTE A PERMANÊNCIA DO UTEENTE NA SALA ABERTA

A família/accompanhante pode ficar a aguardar na Sala de Espera ou ausentar-se do hospital, devendo sempre o contato telefónico com o enfermeiro/médico ou no Balcão Administrativo.

A entrada de familiares/accompanhantes nesta sala, necessita sempre de autorização do enfermeiro ou médico responsável.

Para obter INFORMAÇÕES acerca do seu familiar/amigo, deve dirigir-se ao Gabinete de Apoio ao Utente ou aguardar contato telefónico ou chamada através do intercomunicador na Sala de Espera.

APÊNDICE X – Póster “Ao chegar ao SUG...”

Ao CHEGAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL ...

1º Inscrição no Balcão Administrativo

2º Atendimento no Gabinete de Triagem por enfermeiro

3º Atribuição de uma pulseira de cor **azul** **verde** **amarela** **laranja** ou **vermelha** de acordo com a gravidade da situação e o tempo ideal em que deverá ser observado pelo médico

TRIAGEM DE MANCHESTER

4º Aguardar na Sala de Espera pela chamada do médico

5º Após a observação pelo médico, poderá ser necessário fazer exames complementares de diagnóstico ou tratamento, sendo encaminhado para estas áreas

Os utentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários ou pela Linha de Saúde 24, têm prioridade no atendimento dentro do mesmo grau de prioridade e ficam isentos do pagamento das taxas moderadoras *

Ao familiar/acompanhante será atribuída uma pulseira **rosa no Gabinete de Apoio ao Utente**

APÊNDICE XI – *Checklist* cumprimento da Norma de Acolhimento da Família no SUG

Serviço de Urgência Geral (SUG)

Checklist cumprimento do procedimento Acolher a Família no SUG	
O enfermeiro apresentou-se à família/acompanhante pelo nome, de forma educada e cordial	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
O enfermeiro identificou o familiar de referência/acompanhante, registou o seu nome e contato telefónico no software informático	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
O enfermeiro confirmou com o doente e registou no software informático: <ul style="list-style-type: none"> • nome do familiar de referência • autorização do doente para fornecer informações ao familiar de referência 	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
O enfermeiro apresentou ao familiar de referência/acompanhante a unidade onde o doente ficou internado	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
De acordo com o Guião de Acolhimento da Família no SUG, o enfermeiro informou o familiar de referência/acompanhante sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de internamento • Presença de acompanhante • Atividades de rotina (refeições, higiene....) • Horário e funcionamento das visitas • Informações médicas/enfermagem (presenciais/telefónicas) • Espólio... 	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
O enfermeiro informou o familiar de referência/acompanhante da existência e apoio do Gabinete de Apoio ao Utente	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
O enfermeiro permitiu a exposição de dúvidas e medos, mostrando disponibilidade e reforçando a importância do papel da família como parceira nos cuidados de saúde	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
O enfermeiro entregou Guia de Acolhimento do Utente e Família /Acompanhante no SUG ao familiar de referência/acompanhante	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

S-Sim N-Não NA-Não aplicável

OBS: _____

Enfermeiro(a)/nº OE _____


Data: ___ / ___ / _____

APÊNDICE XII – Sessão de formação “Acolher a Família no SUG”
(divulgação dos resultados do estudo por *e-mail*)

ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA


No rumo da qualidade dos cuidados de enfermagem

Serviço de Urgência Geral

Tânia Pestana
Professora Doutora
Isabel Rábaias
2016


ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Direito de qualquer cidadão a ser acompanhado por uma pessoa à sua escolha, nos serviços urgência do SNS

Legislação (Lei nº 33/2009 de 14 de julho de 2013)

ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Acolhimento

Permite melhorar o atendimento ao cliente/família, promover a humanização reforçando a acessibilidade aos serviços de saúde, numa abordagem personalizada (...)


(Hesbeen, 2000)

Acolhimento

Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o compartilhar experiências são ingredientes básicos para efetivar o acolhimento junto do doente e da família

(Martins et al., 2008)

ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



A hospitalização da Pessoa em situação crítica


Vivência *stressante* para o doente e família

Habitualmente inesperada e imprevista

Incerteza quanto ao prognóstico

Forte probabilidade do doente falecer

Rompe o equilíbrio e as rotinas familiares



ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Compete aos enfermeiros...

- Compreender o efeito da hospitalização na Família e minimizá-lo
- Identificar as necessidades da Família
- Desenvolver uma relação empática com a Família

ACOLHER A FAMÍLIA

PROMOVER A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Acolher a Família no Serviço de Urgência



O projeto ...

**ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



**Revisão Integrativa da Literatura
PBE (Prática Baseada na Evidência)**

Identificar as principais Necessidades da Família do doente internado no SUG (SO e SA)

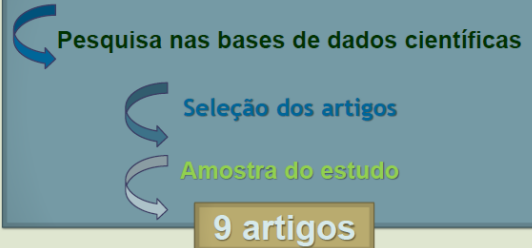
Elaborar
Norma de Procedimento

Reformular
Guia de Acolhimento

**ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



Revisão Integrativa da Literatura



**ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



Revisão Integrativa da Literatura

Resultados obtidos

Necessidades da família "mais importantes"

1º Segurança

2º Informação

3º Proximidade

**ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



Revisão Integrativa da Literatura

Resultados obtidos

Necessidades da família "menos importantes"

Apoio

Conforto

**ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



Revisão Integrativa da Literatura

Resultados obtidos

Estratégias para melhorar a satisfação das necessidades da família

- Flexibilizar ou alargar os períodos de visitas
- Proporcionar informação clara, honesta, sobre todos os aspetos que envolvem o doente
- Assegurar uma comunicação eficaz, interdisciplinar e sistemática
- Envolver a família nos cuidados físicos ao doente
- Avaliar e identificar as necessidades da família
- Implementar as intervenções tendo por base as necessidades identificadas

**ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



Identificar as necessidades da Família no SUG

Estudo descritivo e transversal

Apliação do Inventário das Necessidades da Família

INFUCI adaptado do CCFNI por Sara Campos (2014)

População: Familiares de referência dos doentes internados no SO e SA há mais de 12 horas

Amostra: Cerca de 50 familiares (43 questionários)

Não probabilística, por conveniência (outubro e novembro de 2016)

ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Inventário das Necessidades da Família

I Parte - Caracterização sociodemográfica da família
II Parte - 45 necessidades para avaliar segundo o grau de importância para a família → **ESCALA DE LIKERT**

- Sem importância
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Inventário das Necessidades da Família

Categorização das Necessidades

(segundo Molter & Leske, 1991)

- Apoio
- Conforto
- Informação
- Proximidade
- Segurança

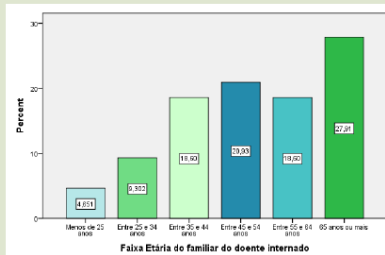
5 dimensões

ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



I Parte - Resultados

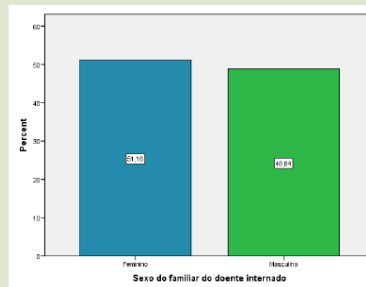
Caracterização sociodemográfica da Família no SUG



ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



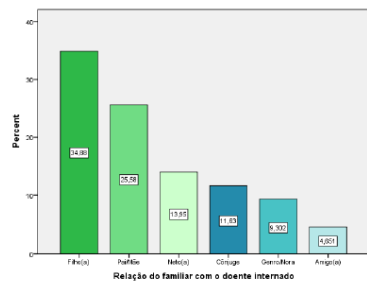
Caracterização sociodemográfica da Família no SUG



ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



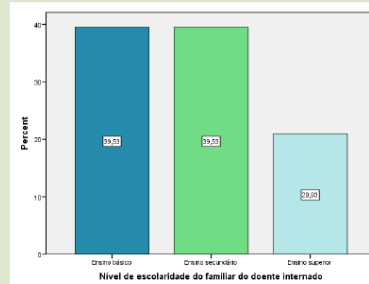
Caracterização sociodemográfica da Família no SUG

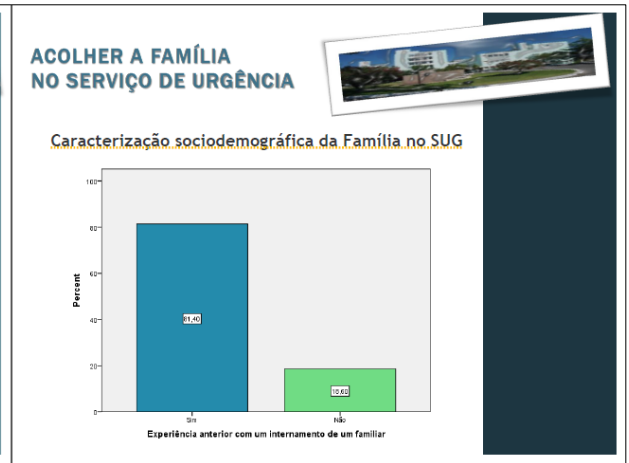
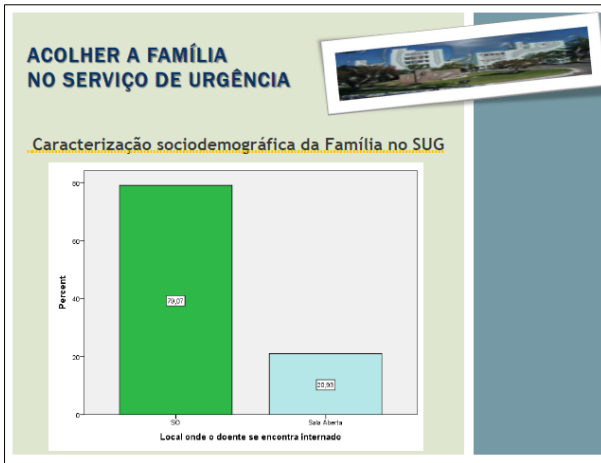


ACOLHER A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Caracterização sociodemográfica da Família no SUG





ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

II Parte - Resultados

Needs da Família "Muito Importantes"

Descritivo	N	Mínimum	Máximum	Méda	Des. Deviat
Ter a certeza que a sua família tem os melhores cuidados possíveis	43	3	4	3,98	1,62
Ter a certeza que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar	43	3	4	3,91	2,94
Saber o prognóstico	43	3	4	3,88	1,24
Saber o estado de saúde do seu familiar	43	3	4	3,84	1,74
Ter a certeza de que a instituição de saúde onde se encontra o seu familiar oferece a melhor assistência	43	3	4	3,84	1,74
Ter a certeza de que a instituição de saúde onde se encontra o seu familiar oferece a melhor assistência	43	3	4	3,84	1,74
Saber qual é o tratamento médico do seu familiar	43	3	4	3,81	1,94

ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(cont.)

Receber informações sobre o estado de sua família	43	3	4	3,79	1,12
Receber informações sobre o estado de sua família	43	3	4	3,70	1,65
Receber informações sobre o estado de sua família	43	3	4	3,67	1,14
Receber informações sobre o estado de sua família	43	2	4	3,65	1,29
Receber informações sobre o estado de sua família	43	3	4	3,65	1,82
Receber informações sobre o estado de sua família	43	2	4	3,63	1,36
Receber informações sobre o estado de sua família	43	2	4	3,63	1,70
Receber informações sobre o estado de sua família	43	2	4	3,63	1,18
Receber informações sobre o estado de sua família	43	3	4	3,55	1,02

ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

II Parte - Resultados

Needs da Família "Pouco Importantes"

Receber informações sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar	43	1	4	2,44	1,007
Ter assistência religiosa/espiritual	43	1	4	2,35	1,948
Valid N (listwise)	43				



ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Necessidades da Família "Muito Importantes"

Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis

Segurança

Receber informação sobre os estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia

Informação Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar

Proximidade

ACOLHER A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



PBE - incorporar a evidência científica na prática clínica

- Norma de acolhimento
 - Implementação
- Checklist
 - Auditoria da norma
- Guião de acolhimento
- Guia de acolhimento
 - Reformulado
- Póster "Quando chegar ao serviço de urgência ..."



Acolher a Família no Serviço de Urgência



Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Acolher a Família no Serviço de Urgência



Dar continuidade ao projeto ...

??? Avaliar a satisfação da família relativamente ao acolhimento no SUG ???

? Validar o INFUCI para o Serviço de Urgência ?

Acolher a Família no Serviço de Urgência



??? Dúvidas ???

?? sugestões ??

email: tania.pestana@chs.min-saude.pt
taniusca@hotmail.com

APÊNDICE XIII – Protocolo do estudo Necessidades da Família no SUG
(de acordo com as normas do GID)

PROTOCOLO DE ESTUDO

Título do Estudo:

Acolher a Família no Serviço de Urgência – Aplicação do Inventário das Necessidades da Família

Objetivo do Estudo:

Identificar as principais necessidades da família dos doentes internados no Serviço de Urgência Geral do Hospital [REDACTED]

Data de início e duração do Estudo:

Este estudo surge no âmbito do Estágio I, do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, que se encontra a decorrer no Serviço de Urgência Geral (SUG) do [REDACTED], desde 1 de setembro de 2016 e terá fim em novembro de 2016. O início do estudo deverá ocorrer logo que tenha aprovação para início do mesmo e terminará em novembro de 2016.

Desenho do Estudo:

Estudo descritivo, transversal.

Será utilizado como instrumento de colheita de dados, o Inventário das Necessidades da Família na UCI (INFUCI), adaptado do Critical Care Family Needs Inventory, validado e traduzido para a língua portuguesa por Sara Campos (2014).

Modalidade de recrutamento:

A aplicação do questionário é voluntária e será feita à população de familiares/familiar de referência/pessoa significativa, dos utentes internados no SUG do [REDACTED] com mais de 12 horas de internamento, na Sala de Observações (SO) e na Sala Aberta (SA), de forma aleatória e por conveniência.

Crítérios de Inclusão e de Exclusão:

Inclusão – Ser familiar de referência ou pessoa significativa; Internamento superior a 12 horas numa das salas SO e SA

Exclusão – Idade inferior a 18 anos; Analfabetos

Número de participantes:

Estima-se uma amostra entre 50 e 60 participantes.

Descrição do tratamento estatístico:

Para o tratamento estatístico dos dados prevê-se a utilização do programa SPSS.

Precauções a observar na realização do Estudo:

Anonimização e liberdade de escolha dos participantes, na fase de recolha e tratamento dos dados. Foi redigido um documento com informação sobre o estudo e a declaração de consentimento para entregar aos participantes.

APÊNDICE XIV – Declaração de consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que todos os procedimentos relativos ao estudo foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo e os métodos a utilizar, assim como, percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar nesta investigação.

Tenho conhecimento que todos os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo, preenchendo o questionário para a recolha de dados.

Investigador Principal: Tânia Sofia Correia Pestana

Orientadora Institucional: Prof. Doutora Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais

Assinatura do participante _____

BI/CC nº _____

APÊNDICE XV – Informação ao participante do estudo

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DO ESTUDO
“Necessidades da Família no Serviço de Urgência”

O meu nome é Tânia Sofia Correia Pestana, enfermeira a exercer funções no Centro Hospitalar de [REDACTED] contro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa e a desenvolver um projeto em contexto de estágio, no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital de São Bernard [REDACTED]

Este projeto tem o objectivo de Melhorar o Acolhimento à Família do doente em situação crítica internado no SUG, através da identificação das principais necessidades da família do doente internado nesse serviço e desta forma Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Para identificar as principais necessidades da família do doente internado no SUG é necessário que os familiares, que estão a vivenciar esta situação, preencham um questionário, onde estão enumeradas várias necessidades, às quais será atribuído um grau de importância, de “Sem importância” a “Muito importante”.

Embora não existam benefícios imediatos para si ou para o seu familiar, este estudo, vai contribuir para progressivamente se começar a enraizar uma cultura de humanização dos cuidados de enfermagem, no SUG.

A sua participação tem um carácter voluntário, ou seja, tem a total liberdade para decidir se quer ou não participar, sem que a sua decisão comprometa a assistência que lhe é devida.

Embora não existam riscos em responder ao questionário, se para si for penoso ou lhe causar algum desconforto abordar este assunto, pode desistir a qualquer momento, sem que, mais uma vez, essa situação comprometa toda a assistência que tem direito.

A sua identidade é mantida anónima, o questionário depois de preenchido, será codificado, ser-lhe-á atribuído um número, para que nem a própria investigadora o identifique.

Para qualquer esclarecimento, poderá entrar em contato com a investigadora Tânia Pestana, através do e-mail: tania.pestana@chs.min-saude.pt ou do telefone 265 549000 (extensão 8626).

Se desejar participar, solicito que responda ao questionário, que demora cerca de 40 minutos e assine o documento do consentimento informado.

APÊNDICE XVI – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Curso de Mestrado de Natureza Profissional Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular: Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

Serviço de Urgência Geral

**Necessidades da família da pessoa
hospitalizada em situação crítica**

Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Tutora orientadora: Professora Doutora Isabel Rabiais

Enfermeiros Orientadores: Enfermeiro Especialista João Valente

Enfermeira Sara Rodrigues

Formanda: Tânia Sofia Correia Pestana nº 192015019

Lisboa, outubro de 2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CCFNI – Critical Care Family Needs Inventory
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DR – Diário da República
- FNQ - Family Needs Questionaire
- INFUCI – Inventário das necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos
- MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- NMI - Needs Met Inventory
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE GERAL

0.INTRODUÇÃO	p. 3
1.ENQUADRAMENTO CONCETUAL	4
2.METODOLOGIA	11
3.RESULTADOS OBTIDOS	17
4.DISSCUSSÃO	22
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Descritores dos termos da pesquisa

QUADRO 2 – Fórmula booleana

QUADRO 3 - Critérios de seleção dos estudos

TABELA 1 – Estudos selecionados

TABELA 2 – Resultados obtidos

ILUSTRAÇÃO 1 - Fluxograma da seleção dos estudos

0. INTRODUÇÃO

O internamento de uma pessoa em situação crítica, resulta geralmente da instauração repentina e inesperada de uma doença grave, para a qual a maioria dos doentes e familiares não estão preparados (Campos, 2014).

Estas experiências são geralmente acompanhadas por elevados níveis de *stress*, emergindo na família sentimentos de medo, ansiedade, angústia ou depressão (Molter & Captain, 1979).

O ambiente fechado e circunscrito das unidades que prestam cuidados aos doentes críticos, dificultam as práticas das relações afetivas e emocionais entre a família e o doente, que se encontram numa situação de dependência perante os profissionais de saúde para satisfazerem as suas necessidades (Martin, Sousa & Batista, 2014).

A proximidade inerente à relação de ajuda e confiança que se estabelece entre o enfermeiro, a pessoa e sua família, durante a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, faz dos enfermeiros os profissionais de saúde melhor posicionados, para identificarem e assistirem as principais necessidades da família perante uma situação crítica de saúde de um dos seus membros (Stayt, 2007).

Uma revisão integrativa de literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão e contribuem para a melhoria da prática clínica, permitindo a síntese do “estado de arte” de determinado assunto (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

O objectivo definido para esta revisão integrativa da literatura encontra fundamento no paradigma dos cuidados de enfermagem centrados na família, com a identificação das principais necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perspectiva de ambos os intervenientes.

No enquadramento concetual que se desenvolve em seguida, serão explicitados os conceitos centrais da temática em estudo, prosseguindo o percurso metodológico, após o qual serão apresentados os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e algumas considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

O quadro de referência de um estudo, seja teórico ou conceitual, é a estrutura lógica de ideias ou conceitos encadeados entre si (Fortin, 2009).

Esse quadro de referência é denominado por quadro conceitual, quando a explicação dos conceitos se baseia mais na literatura e na investigação do que sobre uma teoria específica (Fortin, 2009).

De acordo com o objetivo e a questão de investigação norteadores da presente revisão integrativa, emergem alguns conceitos que necessitam ser explorados para melhorar a sua compreensão ao longo do estudo.

O termo “**necessidades**” é um termo amplamente utilizado, em diferentes situações e contextos.

Fala-se de necessidades sociais, económicas, psicológicas, educativas, necessidades dos trabalhadores ou reformados, necessidades das crianças, dos adolescentes, dos adultos, dos idosos...

No dicionário de língua portuguesa, a palavra necessidade é definida como:

“nome feminino; carácter do que se precisa mesmo; carácter do que é indispensável ou imprescindível; falta; carência; privação; pobreza; miséria; precisão; aperto; obrigação; imposição; o que é forçoso; inevitabilidade” (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha], 2003-2017).

O termo associa-se a falta de qualquer coisa, algo que é útil e que pode ser utilizado para satisfazer qualquer coisa, que remete para a noção de utilidade (Honoré, 2002, p.152).

Na disciplina de Enfermagem, as necessidades das pessoas, foram desde sempre alvo de preocupação, sendo que muitas teorias foram influenciadas por elas.

A Escola das Necessidades (a primeira escola de pensamento de enfermagem), cujo expoente máximo foi Virgínia Henderson, nos anos 50 do século XX, é disso exemplo. O significado que é dado a “necessidades” é de *deficit* humano, falta de algo que deve ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros (Rosa & Basto, 2009).

Jean Watson, na linha de pensamento da Escola do Cuidar, defende que a enfermeira ao Cuidar, reconhece as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais dela própria e do doente (Tomey & Alligood, 2004),

denotando-se uma relação de interdependência e reciprocidade entre o Cuidar e as necessidades das pessoas.

Nunes (2011, p.42), concretiza quando afirma que “Cuidar pode ser visto como um sentimento, uma atitude, uma relação estabelecida (entre quem é cuidador e quem é cuidado), uma necessidade humana, uma conduta ética”, deixando transparecer a ideia que Cuidar é ele próprio uma necessidade.

Rosa & Basto (2009) assumem a interdependência, quando dizem que os enfermeiros encontram no conceito de necessidades uma âncora, uma segurança sobre a qual eles direcionam a prestação de cuidados no dia-a-dia.

No reconhecimento das necessidades fundamentais da pessoa, o enfermeiro tem acesso a necessidades mais profundas, de luto, de perda, de crise, de *stress* com todos os seus aspetos físicos, psíquicos e afetivos, reconhecendo a pessoa como um todo, único e indissociável das partes (Collière, 1999).

É então, que o foco dos cuidados de enfermagem, deixa de ser a pessoa e passa a ser a pessoa e a família.

A **Família** representa o pilar fundamental das sociedades humanas, sendo a primeira base na qual a maioria dos seres humanos constrói a sua personalidade (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012).

O conceito de Família vem definido na alínea e), do Capítulo I, Base II da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, onde se pode ler: “«Família» a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente” (Assembleia da República, 2012).

O ponto 3, do artigo 23º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, declara que toda a pessoa tem direito “à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948).

Vieira (2009, p.82) reconhece o conceito de família como “o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas.” E pessoas significativas como “as que assumem a responsabilidade de cuidar dos

mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”.

Na CIPE® versão 2, o conceito de família é descrito como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo uma unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN - Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.115).

Mantendo a perspetiva sistémica, Whaley & Wong (1989, p.21) definem família como “um sistema aberto e, como tal, contém todos os elementos de um sistema – estrutura, propósito ou função e organização interna. A família possui limites definidos e consiste em elementos (agrupamento natural de pessoas) que interagem mutuamente entre si e com seu ambiente. Como em qualquer sistema, qualquer coisa que afete um dos componentes (pessoa) afeta todos os outros”.

Para McGoldrick & Gerson segundo Phaneuf “a família é o primeiro e o mais potente dos sistemas aos quais pertence uma pessoa” (Phaneuf, 2005, p.515).

Em qualquer dos conceitos de família apresentados está sempre subjacente o conceito de sistema e de interação.

Na perspetiva Figueiredo & Martins (2010) as famílias são espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, dotadas de energia e capacidade auto-organizativa.

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência da preocupação em integrar a família como foco dos cuidados desde Florence Nightingale (Figueiredo M. H., 2012).

A abordagem sistémica da família levou a que os enfermeiros alterassem o seu foco de atenção do indivíduo para a unidade familiar, doente e família, sendo a interação entre os elementos da família o alvo da sua intervenção.

Os cuidados de enfermagem à família centram-se então na relação interpessoal entre enfermeiro e família, que implica o estabelecimento de um processo interativo, significativo e terapêutico, que favorece a tomada de decisão e o cuidado ao doente (Figueiredo M. H., 2012).

Mas, considerar a família como parceira nos cuidados, ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que o cuidado ainda está muito voltado para atender as necessidades do indivíduo em particular e não da unidade familiar (Figueiredo & Martins, 2010).

Foi nesta perspectiva que a OE em 2011, adotou o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como referencial teórico e operativo, para dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias e no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Frente à possibilidade ou à efetiva hospitalização de um ente querido, a família fica mais vulnerável, constituindo-se ela própria o alvo dos cuidados de enfermagem, com necessidades muito particulares.

A **hospitalização** é frequentemente considerada uma situação de crise para o paciente e sua família (Molter & Captain, 1979), que requer a atenção dos enfermeiros.

Crise pode ser entendida por uma condição pautada por desconforto e desequilíbrio que se caracteriza por angústia, sensação de perda, perigo, humilhação, em que a pessoa sente que os eventos são incontroláveis e existe uma incerteza relativamente ao futuro (Campos, 2014, p.22).

Os eventos como a doença, a recuperação, a hospitalização, a maturidade, a gravidez e a gravidez na adolescência, nascimento, puberdade, casamento, imigração, migração, reforma, perda e morte, são situações de transição (Chick & Meleis, 1986 e Murphy, 1990 citados por Zagonel, 1999).

No mesmo sentido, Figueiredo M. H. (2012) considera que a hospitalização por doença de um dos membros da família, constitui-se uma crise ou transição accidental, onde estão inerentes alterações na dinâmica familiar como contrapartida às perturbações, no sentido de manter a estabilidade da mesma.

Chick & Meleis (1986) citados por Zagonel (1999, p.26), referem que “a transição é iniciada, em alguns casos, por eventos que vão além do controle individual e em outros ela pode ser procurada deliberadamente (...) Em qualquer das situações a intervenção de enfermagem deve estar presente”.

Corroborando com a mesma ideia, Campos (2014) afirma que o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada de proximidade com o doente e sua família, para desempenhar um papel de suporte, enquanto a família luta para manter ou recuperar o seu equilíbrio e encontrar estratégias de *coping* para lidar com a crise.

Phaneuf (2005) faz também alusão à importância do papel do enfermeiro perante uma situação de crise, referindo que, na fase aguda em que o nível de ansiedade é muito elevado, é necessário ter estratégias específicas de comunicação, sendo imprescindível, entre outras atitudes, manifestar acolhimento de qualidade, tranquilidade e exprimir empatia.

O bem-estar e o consolo que uma manifestação adequada de empatia oferece à família, podem fazer com que esta saia da solidão que sente face ao problema e concentre a sua energia numa solução, com o apoio incondicional do enfermeiro (Lazure, 1994).

Numa situação de doença crítica, o episódio pode ser particularmente difícil para a família, pois geralmente, é algo inesperado e imprevisto, em que existe incerteza quanto ao prognóstico e uma forte possibilidade do doente falecer (Campos, 2014).

No Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro de 2011, DR 2ª série – Nº35, é considerada **pessoa em situação crítica**, “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se pela prestação de cuidados a doentes em estado crítico (Martin, Sousa & Batista, 2014, p.15) que habitualmente, provêm das salas de emergência dos serviços de urgência e em menor frequência dos blocos operatórios (Campos, 2014).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, que exigem um elevado grau de competência dos enfermeiros, para responderem às necessidades afetadas e manterem as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, deve saber mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa e da família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A complexidade tecnológica característica das unidades que prestam cuidados aos doentes críticos, pode conduzir a uma desumanização dos doentes, da família e da equipa de saúde.

Também o papel desempenhado pela família nessas circunstâncias, encontra-se alterado, devido à dependência dos profissionais de saúde para satisfazer as suas necessidades (Martin, Sousa & Batista, 2014).

A detecção precoce e a assistência nas necessidades dos familiares é uma responsabilidade dos enfermeiros (Leske, 1991).

As **necessidades da família da pessoa em situação** são alvo da preocupação dos enfermeiros desde o final dos anos 70, quando surgiu o primeiro estudo desenvolvido por enfermeiros nessa área.

O enfermeiro não deve presumir que conhece as necessidades da família da pessoa em situação crítica, pois estas não são universais e diferem de pessoa para pessoa, em diferentes contextos (Rosa & Basto, 2009).

Molter & Captain em 1979, desenvolveram um estudo exploratório, descritivo, com familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos, com o intuito de identificarem as necessidades da família do doente crítico e se essas necessidades estavam a ser convenientemente satisfeitas pelos enfermeiros (Molter & Captain, 1979).

O Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) teve origem no trabalho desenvolvido por Molter & Captain. A concetualização do construto das necessidades da família resultou de uma revisão da literatura e da experiência clínica de um conjunto de enfermeiros (677 participantes), num estudo conduzido por Leske em 1991, com o intuito de avaliar a finalidade e a validade do CCFNI (Leske, 1991).

O CCFNI de Molter & Leske, é constituído por 45 afirmações, distribuídas aleatoriamente, que expressam necessidades específicas da família, às quais esta

atribui diferentes graus de importância, utilizando uma escala de *Likert* de quatro categorias, que varia de (1) sem importância, (2) pouco importante, (3) importante e (4) muito importante. No final existe uma questão aberta cujo objetivo é identificar necessidades não previstas.

A validade de construto foi apreciada através da análise factorial dos componentes principais, que revelou uma estrutura de cinco dimensões: apoio ou suporte, conforto, informação, proximidade e segurança, que explicam 40,2% da variância total (Leske, 1991).

A dimensão **apoio ou suporte**, que implica proporcionar assistência ou ajuda, é constituída por 15 itens, que expressam uma variedade de recursos, sistemas e estruturas de suporte necessários à família após a doença crítica do seu familiar (Leske, 1991). A dimensão **conforto** contém seis itens, que reflectem necessidades pessoais de conforto, ou seja, implica proporcionar alívio do sofrimento e angústia (Leske, 1991). A dimensão **informação** é composta por oito itens, que estão directamente relacionados com a necessidade de informação realista relativa ao doente (Leske, 1991). A dimensão **proximidade** é constituída por nove itens, que traduzem a necessidade de contacto pessoal e permanência junto do doente, física e emocionalmente (Leske, 1991). Finalmente a dimensão **segurança** que contém sete itens que refletem honestidade, segurança e esperança, implicando a capacidade da equipa de inspirar confiança, segurança e esclarecimento de dúvidas (Leske, 1991).

Além do CCFNI, existem outros instrumentos para avaliar as necessidades da família da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos e noutros contextos da prática clínica: o Needs Met Inventory (NMI), a versão reduzida do CCFNI, o Family Needs Questionnaire (FNQ) (Campos, 2014).

Em Portugal o CCFNI foi traduzido, adaptado e validado por Sara Campos em 2014, obtendo-se uma versão portuguesa denominada por Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI), que mostrou uma excelente consistência interna (Campos, 2014).

À semelhança do CCFNI, dos resultados da análise factorial do INFUCI extraíram-se cinco fatores: Recursos e Sistemas de Apoio (materiais e não materiais); Apoio Emocional; Visitar; Participação e Procura de Informação.

Contudo a autora sugere que que seja feita nova reavaliação das propriedades psicométricas do instrumento, com uma amostra mais alargada e em várias UCI's (Campos, 2014).

Também o MDAIF, já citado anteriormente, permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e permite aos enfermeiros planearem intervenções para identificar as necessidades da família em relação aos cuidados e responder, com rigor, a essas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2. METODOLOGIA

A metodologia de investigação deve ser delineada de acordo com os objetivos do estudo e a questão de investigação.

O termo revisão de literatura, é um termo genérico que geralmente se utiliza para definir qualquer tentativa de sintetizar resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tema (Ramalho, 2005, p.27).

Revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados para a incorporação das evidências na prática clínica, que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Segundo Benefield (2003) e Polit & Beck (2006), citados por Mendes, Silveira & Galvão (2008, p.759), uma revisão integrativa de literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e para a melhoria da prática clínica, permitindo a síntese do “estado de arte” de determinado assunto, além de poder apontar lacunas no conhecimento que necessitem de ser preenchidas com novos estudos.

Este tipo de revisão de literatura, denomina-se integrativa, porque fornece informações mais amplas sobre um determinado assunto, permitindo a inclusão simultânea de estudos quase-experimentais e experimentais, dados de literatura teórica e empírica, proporcionando uma compreensão mais completa do fenómeno de interesse, do problema relativo ao cuidado na saúde, sendo relevante para a Enfermagem, como profissão e como ciência (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014).

Para que a revisão integrativa da literatura tenha verdadeiro impacto nos cuidados de saúde e nas intervenções de enfermagem, é preponderante que a mesma siga criteriosamente todas as etapas que estão definidas na literatura e que lhe conferem validade científica.

Mendes, Silveira & Galvão (2008, p.760), tendo como referencial vários estudiosos deste método (Whittemore & Knafl, 2005; Beyea & Nicoll, 1998; Broome, 2000; Ganong, 1987; Cooper, 1984) apresentam seis etapas distintas que se devem percorrer na elaboração de uma revisão integrativa de literatura:

1ª etapa – Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

2ª etapa – Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura

3ª etapa – Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

4ª etapa – Avaliação dos estudos incluídos

5ª etapa – Interpretação dos resultados

6ª etapa – Apresentação/síntese do conhecimento

A primeira etapa: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

De acordo com os autores acima referenciados, na **primeira etapa** da realização de uma revisão integrativa da literatura, **identificação do tema** de pesquisa ou da área problemática, assim como, da **questão de investigação**, serão essenciais para direccionar e estruturar a globalidade da revisão da literatura.

Segundo Ganong (1987) citado por Mendes, Silveira & Galvão (2008, p.761), o assunto de interesse da pesquisa deve estar definido de forma clara e específica. A objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise estruturada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade.

Nesse sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação, norteadora da presente revisão integrativa da literatura: ***“Quais são as necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perspectiva dos enfermeiros e da família?”***.

Por forma a dar resposta à questão de investigação, delineou-se como objetivo principal desta pesquisa, identificar as principais necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perceção dos enfermeiros e da família.

Mendes, Silveira, & Galvão (2008), referem que a **segunda etapa** da elaboração de uma revisão integrativa da literatura, diz respeito ao **estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura**.

Decorrente da questão de investigação formulada, foram retiradas as palavras-chave consideradas mais adequadas para a pesquisa: “necessidades”, “família”, “pessoa em situação crítica” e “enfermagem”.

Das palavras-chave referidas foram selecionados os termos de pesquisa (em inglês) e os descritores MeSH correspondentes:

Palavras-Chave	Descritores MeSH
Necessidades	Needs
Família	Family Extended family Family members Filiation

<p>Pessoa em situação crítica</p> <p>Enfermagem</p>	Relatives
	Critical patients
	Critically ill patients
	Critical care patients
	Nursing
	NURS

Quadro 1 – Descritores dos termos da pesquisa

Como estratégia de pesquisa recorreu-se ao operador booleano “OR” para combinar cada um dos descritores dos termos entre si, e deste modo, encontrar pelo menos um dos termos na pesquisa. Posteriormente, utilizou-se o operador booleano “AND” para associar todos os termos de pesquisa, resultando a seguinte fórmula booleana:

(needs) AND (family OR extended family OR family members OR filiation OR relatives) AND (critical patients OR critically ill patients OR critical care patient) AND (nursing OR NURS)

Quadro 2 – Fórmula booleana

A pesquisa eletrônica realizou-se no dia 10 de setembro de 2016, utilizando-se a plataforma de pesquisa **EBSCOhost-Research Databases**, à qual estão indexadas, entre outras, bases de dados científicas na área das Ciências da Saúde e de Enfermagem. De entre as acessíveis, foram selecionadas as seguintes bases de dados bibliográficas: **CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina e Academic Search Complete.**

A seleção dos estudos para avaliação crítica é fundamental e determina a validade interna e científica da revisão. Todo o processo de amostragem, inclusão e exclusão de artigos, deve ser feito de forma criteriosa e transparente (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Com o intuito de recolher a evidência científica mais recente, consideraram-se ainda alguns limitadores de pesquisa, tais como, a data de publicação, selecionando-se apenas os artigos publicados nos últimos dez anos (entre 2005 e 2015) e disponíveis em texto completo.

Optou-se também por restringir a pesquisa a nível geográfico e por idioma, considerando apenas os artigos com publicações oriundas da Europa, em língua portuguesa (Portugal e Brasil), inglesa e espanhola (Espanha e países latino-americanos), devido à proximidade geográfica e cultural. Sob risco de limitar demasiado a investigação e reduzir a abrangência do estudo, a restrição geográfica não incluiu as publicações oriundas dos Estados Unidos da América, por ser o país de origem dos primeiros estudos desenvolvidos por enfermeiros na área das necessidades da família do doente crítico e continuar a ter uma grande percentagem de estudos atuais nesta área do conhecimento.

Os enfermeiros devem estar despertos para a diversidade cultural e saber identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente com os fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes. Ou seja, prestar cuidados transculturais, holísticos e universais, assentes na ideia defendida por Madeleine Leininger na sua Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural (Oriá, Ximenes & Alves, 2005).

Dos estudos encontrados, procedeu-se à leitura inicial do título e posteriormente do resumo, afim de avaliar a sua relevância e pertinência para a investigação.

Dessa avaliação emergiram os estudos, que potencialmente permitiam responder à questão de investigação. Os critérios de seleção foram aplicados quanto à população alvo, área de intervenção e resultados.

O seguinte quadro esquematiza os critérios de inclusão e exclusão, dos estudos encontrados:

CRITÉRIOS	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
	Familiars de pessoa hospitalizada em	.Pessoa hospitalizada em situação crítica .Familiars de pessoa hospitalizada em situação crítica, em

População alvo	situação crítica, adulto ou idoso Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica	serviço de neonatologia ou pediatria .Familiares de pessoa em situação paliativa, em fim de vida ou com doença oncológica .Familiares de pessoa com doença psiquiátrica
Área de intervenção	Âmbito da enfermagem	Outros grupos profissionais
Resultados	Necessidades da família da pessoa hospitalizada em situação crítica, na perspetiva da família e dos enfermeiros	Sentimentos/experiências da família e dos enfermeiros da pessoa hospitalizada em situação crítica

Quadro 3 – Critérios de seleção dos estudos

A exclusão dos estudos aplicou-se àqueles que não correspondiam a pelo menos um dos critério de seleção.

Depois de aplicados os critérios de seleção, as limitações e restrições impostas, procedeu-se à leitura integral dos artigos, que constituem a amostra do estudo.

Todas as etapas de seleção dos estudos para a presente revisão integrativa, estão ilustradas e podem ser observadas no fluxograma seguinte:

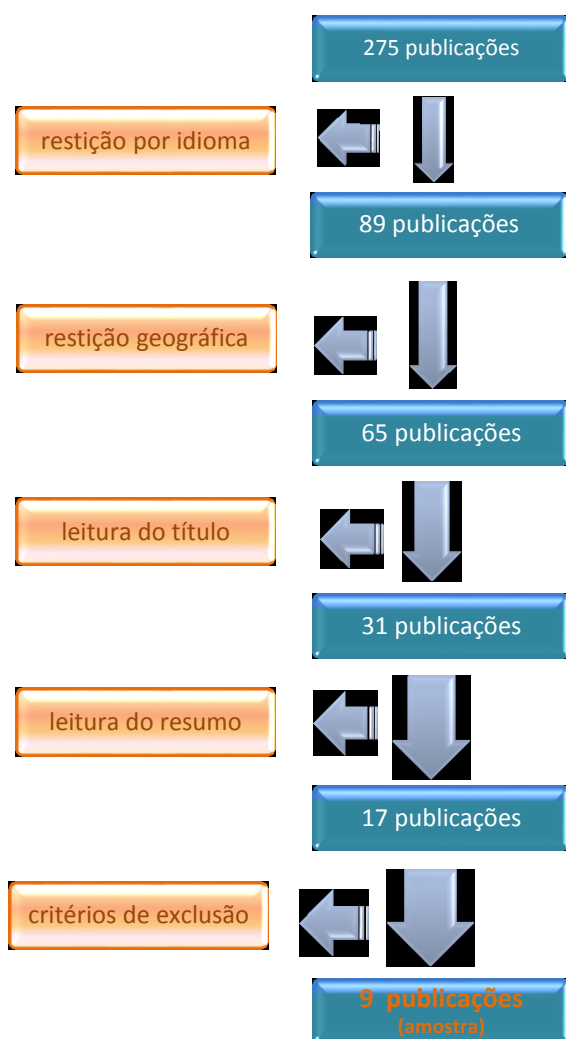


Ilustração 1 – Fluxograma da seleção dos estudos

3. RESULTADOS OBTIDOS

Na **terceira etapa** do desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura, de acordo com Mendes, Silveira & Galvão (2008), procede-se à **definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos.**

Logo, para uma melhor compreensão das informações contidas nos artigos selecionados, procedeu-se à sua apresentação, pelo título, autor(es), ano de publicação, metodologia, amostra e o objetivo, conforme se pode observar na Tabela1.

Estudo	Título	Autor(es)	Revista	Ano	Metodologia	Amostra	Objetivo
E1	<i>“Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions”</i>	Karen E Maxwell; Diane Stuenkel; Coleen Saylor	Heart & Lung	2007	Estudo descritivo exploratório com questionário de 30 itens de Norris e Grove , adaptado da versão CCFNI(Molter&Leske), 30 itens da versão de Warren´s Needs Met Inventory e 2 questões abertas	30 enfermeiras de cuidados intensivos 20 familiares de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos	Explorar as diferenças entre a perceção dos familiares e a perceção das enfermeiras acerca das necessidades da família e em que medida essas necessidades são atendidas
E2	<i>“Intensive care nurses´knowledge of critical care family needs”</i>	Patricia Buckley; Tom Andrews	Intensive and Critical Care Nursing	2011	Estudo descritivo, correlacional, quantitativo Questionário estruturado, dividido em 3 secções, construído com base na literatura e no CCFNI	Por conveniência 55 enfermeiras de cuidados intensivos, do University Teaching Hospital, Irlanda	Explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades da família e descrever as suas práticas atuais no atendimento dessas necessidades
E3	<i>“Most important needs of family members of critical patients in light of the CCFNI”</i>	Cristóbal Felipe Padilla Fortunatti	Investigación Y Educación en Enfermería	2014	Revisão de literatura utilizando o instrumento CCFNI (Molter&Leske)	15 artigos bases de dados científicas	Identificar as necessidades mais importantes para os familiares do paciente crítico adulto nas dimensões do CCFNI
E4	<i>“Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos”</i>	F. Llamas-Sánchez; J.Flores-Córdon; M. Acosta-Mosquera; J. González-Vázquez; M.Albar-Marin; C. Macias-Rodríguez	Enfermería Intensiva	2009	Estudo observacional transversal	268 familiares Amostra aleatória sistemática Questionário com 34 itens elaborado com base na bibliografia	Identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos e sua satisfação os cuidados recebidos
E5	<i>“Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos”</i>	Marina R Maruiti; Luiza E Galdeano	Acta Paulista de Enfermagem	2007	Estudo descritivo, exploratório quantitativo Utilizada uma adaptação do CCFNI	39 familiares de pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos, São Paulo, Brasil	Identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos
E6	<i>“Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos”</i>	I. Hidalgo Fabrellas; Y.Vélez Pérez; E.Pueyo Ribas	Enfermería Intensiva	2007	Estudo descritivo e transversal Questionário de Molter&Leske (CCFNI), adaptado e validado para Espanha	132 familiares dos pacientes internados na UCI do Hospital de Girona, Espanha	Descrever as necessidades mais importantes para os familiares e avaliar o grau de importância das necessidades definidas como mais habituais
E7	<i>“Needs of adult family members of intensive care unit patients”</i>	Kelley Obringer; Cheryl Hilgenberg; Kathy Booker	Journal of Clinical Nursing	2012	Questionário Critical Care Needs Inventory (CCFNI de Molter&Leske)	Por conveniência 50 familiares de doentes de uma unidade de cuidados intensivos, Illinois, USA	Examinar as perceções atuais dos familiares adultos de uma unidade de cuidados intensivos e determinar a efetiva implementação de guidelines
E8	<i>“Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura”</i>	M.I Pardavila Belio; C.G Vivar	Enfermería Intensiva	2011	Revisão da literatura	30 artigos bases de dados científicas e 3 revistas especializadas em cuidados intensivos	Analisar e apresentar as necessidades da família do paciente crítico
E9	<i>“Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: Cohort study”</i>	Maria Chatzaki; Maria Klimathianaki; Maria Anastasaki; Georgios Chatzakis; Eleni Apostolakou; Dimitrios Georgopoulos	Journal of Clinical Nursing	2012	Estudo Prospetivo de coorte Questionário CCFNI adaptado e validado para a Grécia	230 familiares de doentes admitidos numa UCI na Ilha de Creta, Grécia	Definir as necessidades dos familiares dos pacientes da UCI na população específica suburbana/rural da Ilha de Creta

Tabela 1 – Estudos selecionados

Da leitura integral dos textos e **avaliação dos estudos incluídos** na amostra da revisão, correpondente à **quarta etapa** da elaboração de uma revisão integrativa, segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008), destacam-se as necessidades identificadas com mais importância nos artigos e algumas intervenções de enfermagem (termos CIPE® versão 2), baseadas nas estratégias sugeridas para melhorar a satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica (Tabela 2).

As necessidades da família identificadas em cada artigo estão agrupadas de acordo com a categorização sugerida por Molter & Leske (Leske, 1991).

NECESSIDADES DA FAMÍLIA		ESTUDOS	INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Perspetiva dos enfermeiros		E1, E2	
Perspetiva da família		E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9	
Categorização segundo Molter & Leske (1991)	Apoio	E6, E9	- Referenciar para outros profissionais (assistente social, psicólogo, sacerdote) E9
	Conforto	E4	- Providenciar a realização de alterações estruturais e arquitetónicas das salas de espera (conforto, mobiliário, iluminação, privacidade) E4, E5, E6, E8
	Informação	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9	- Avaliar a estrutura interna e externa da família (genograma e ecomapa) E7, E8 - Demonstrar disponibilidade para informar a família (mesmo fora do período estabelecido e por telefone) E1, E4, E5 - Explicar à família de forma clara todos os aspetos que rodeiam o paciente (físicos, psicológicos, ambientais) E2, E4, E5, E8 - Promover e assegurar uma comunicação eficaz, sistemática e interdisciplinar com a família (elemento de referência, intérpretes) E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9
	Proximidade	E1, E4, E7, E8, E9	- Envolver a família nos cuidados de saúde (alimentação, higiene, reuniões interdisciplinares) E1, E2, E4, E5 - Implementar um regime de visitas aberto ou flexível E1, E2, E4, E5, E7, E8 - Implementar protocolos de acolhimento da família (entrevistas, folhetos informativos, quiosque virtual) E2, E4, E6, E8
	Segurança	E1, E3, E5, E6, E7, E8, E9	- Identificar as necessidades da família (CCNFI, investigação) E1, E3, E7, E9 - Assistir nas necessidades da família (incorporar os resultados na prática, <i>guidelines</i>) E4, E5, E7, E9 - Estabelecer uma relação empática e de confiança com a família (de qualidade, culturalmente adequada) E1, E5, E6, E7, E8 - Manter formação profissional adequada E2

Tabela 2 – Resultados obtidos

4. DISCUSSÃO

A **quinta e sexta etapas**, do processo de elaboração de uma revisão integrativa, segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008), correspondem à **interpretação dos resultados e apresentação/síntese do conhecimento**, respetivamente.

Dos resultados obtidos da leitura integral e análise dos artigos selecionados através da metodologia sugerida por Mendes, Silveira & Galvão (2008), emergiram as principais necessidades da família da pessoa em situação crítica, na perspetiva dos familiares e dos enfermeiros.

Todos os artigos selecionados reportam-se à família dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos, em situação crítica, com necessidades específicas.

A maioria dos estudos identificam as necessidades da família da pessoa em situação crítica, na perspetiva da família.

A apresentação das necessidades da família, em sete dos nove artigos, utiliza a categorização das necessidades sugerida por Molter & Leske (Leske, 1991): Apoio, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança. Os restantes artigos, apresentam as necessidades agrupadas em quatro dimensões sobreponíveis com as anteriores: Cognitivas, Emocionais, Sociais e Práticas (Verhaeghe et al, 2005, *in* Belio & Vivar, 2012) e uma adaptação do CCFNI, também com quatro dimensões: Conhecimento/informação, Conforto, Segurança Emocional e Acesso (Maruiti & Galdeano, 2007).

As necessidades referentes às dimensões **Apoio** e **Conforto**, foram as necessidades identificadas com menor grau de importância para os familiares e enfermeiros, na maioria dos artigos analisados.

Contrariando em parte a tendência, os autores Fabrellas, Pérez & Ribas (2007) no seu estudo, identificaram as necessidades de apoio, como muito importantes para família do doente internado na UCI, sobretudo para os cônjuges e para os familiares que vivem mais longe do hospital. As necessidades de conforto continuaram a ser identificadas como menos importantes.

Maruiti & Galdeano, em 2005, efetuaram um estudo num hospital particular, em São Paulo, Brasil, e puderam observar que para cerca de 56,4% dos familiares dos pacientes internados na unidade de cuidados intensivos, ter condições de conforto na sala de espera, enquanto aguardam por notícias do seu familiar, era importante (Maruiti & Galdeano, 2007). É de reiterar a particularidade do estudo ter decorrido num hospital particular, diferenciado, onde existe uma preocupação com o ambiente e com o conforto dos visitantes (Maruiti & Galdeano, 2007).

A análise dos artigos mostra-se coerente com a literatura, no que se refere à importância atribuída às necessidades de conforto e de apoio, numa situação de crise familiar, desencadeada pela hospitalização de um familiar em situação crítica, uma vez que nestas situações de stress e angústia, a família sobrepõe a necessidade de bem-estar do doente à sua necessidade (Fabrellas, Pérez & Ribas, 2007; Belio & Vivar, 2012).

As necessidades de **Proximidade**, foram avaliadas não como prioritárias, mas como importantes na maioria dos artigos.

No estudo dirigido por Llamas-Sánchez *et al.* (2009), uma das principais necessidades manifestadas pela família, foi a de passar mais tempo com o paciente, que se enquadra na dimensão da proximidade.

Também no estudo de Fabrellas, Pérez & Ribas (2007), a necessidade de proximidade era referida como mais importante sobretudo para os pais (grau de parentesco) e no estudo de Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007), a necessidade mais identificada pela família no questionário NMI, foi a de ver o paciente com frequência, que se enquadra nesta dimensão de necessidades.

Ao contrário, no estudo preconizado por Fortunatti (2014), as necessidades da dimensão da proximidade, quase não são referenciadas, nem no leque das dez necessidades mais importantes, nem no leque das dez necessidades menos importantes.

A **Segurança** como necessidade da família do doente crítico, foi identificada como a necessidade mais importante, em seis do total dos nove artigos analisados.

Chatzaki *et al.* (2012), com base na literatura e nos resultados da sua pesquisa, refere-se à necessidade de segurança como “universal”.

No artigo de Buckley & Andrews (2011), as necessidades da família na categoria da segurança não estão em destaque, desta vez na perspetiva dos profissionais de enfermagem, ao contrário do que a maioria dos artigos apontam. Tal variação ao padrão, como já foi mencionado, pode dever-se ao facto deste estudo refletir o conhecimento dos enfermeiros relativamente às necessidades da família, que embora seja considerado muito bom, pode não coincidir com as necessidades identificadas diretamente pela mesma, como é suportado no estudo realizado por Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007), que mostra existirem divergências entre a perceção dos enfermeiros e a perceção dos familiares acerca das necessidades.

No estudo de Llamas-Sánchez *et al.* (2009), a família do doente crítico, não faz alusão à necessidade de segurança. O objetivo do estudo em questão, era identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados numa unidade de cuidados intensivos e avaliar a satisfação com os cuidados recebidos. Denotar que, a satisfação dos familiares foi avaliada no geral, como bastante elevada, tendo-se destacado a atenção recebida e o cuidado no trato dos enfermeiros para com a família. Estas são atitudes que promovem a segurança e o bem-estar, reduzindo o stress e a ansiedade decorrentes duma situação de hospitalização de um ente querido. Refletindo sobre estas associações, parece coerente dizer que a efetiva satisfação das necessidades pode diminuir o grau de importância atribuído às mesmas, uma vez que estas estão a ser perfeitamente atendidas. O contrário, também parece ser verdadeiro, pois duas das principais necessidades dos familiares deste estudo, passar mais tempo com o paciente e ter um regime de visitas mais flexível, como é referido nas conclusões, se enquadram no grupo das necessidades de proximidade, em que a satisfação da família é reduzida (Llamas-Sánchez *et al.*, 2009).

Alguma literatura existente acerca do tema, reforça a ideia anterior, sendo que num estudo publicado em 2015, Segura, Albert & Poveda (2015), demonstraram que as necessidades mais importantes identificadas pela família ao longo do internamento na UCI, quando estão satisfeitas, dão lugar a outras que anteriormente não eram identificadas como tal.

As necessidades de **Informação** foram identificadas como mais importantes, em quatro dos nove artigos em análise, mas todos eles fazem referência a esta necessidade como uma das mais importantes, com exceção do estudo realizado

por Fabrellas, Pérez, & Ribas (2007), que contraria a maioria dos estudos efetuados nesta área, no qual a informação é uma necessidade apenas para os familiares mais idosos (faixa etária).

No estudo desenvolvido por Belio & Vivar (2012), também a família reconhece a necessidade de informação como prioritária.

Maruiti & Galdeano (2007, p.40) citando Fitzsimons, Parahoo & Stringer (2000) referem a necessidade de conhecimento/informação como muito importante para a família, aludindo que a falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e nos seus familiares.

O conhecimento da estrutura familiar interna e externa, por parte dos profissionais de saúde, é muito importante sendo sugerido que se comecem a utilizar instrumentos como o ecomapa e o genograma, que permitem melhorar a informação acerca da família e planejar intervenções adaptadas, para melhor responder às necessidades da família (Belio & Vivar, 2012, p.63).

Neste âmbito, a OE sugere a adoção pelos enfermeiros, do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico e operativo, no desenvolvimento de práticas direccionadas à família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A comunicação está na base da informação e de todo o processo da relação pessoa-enfermeiro. Os enfermeiros devem ter o compromisso ético de fornecer informações verdadeiras e de avaliar a capacidade do paciente e seus familiares para receberem essa informação. Daí que se deva estabelecer uma relação empática e de confiança, para que a comunicação seja adequada e de forma a satisfazer essa necessidade, diminuir a angústia e o sofrimento de ambos (Martin, Sousa & Batista, 2014).

Apenas dois estudos apresentam as necessidades na perspectiva dos enfermeiros, o que pode ser revelador da ausência de estudos deste carácter e da importância de se desenvolverem mais pesquisas tendo os enfermeiros como população alvo.

O conhecimento dos enfermeiros acerca das necessidades da família é avaliado como muito bom, mas estes profissionais admitem que nem sempre o conhecimento teórico é transportado para a prática. Esse conhecimento provém essencialmente da experiência profissional, uma vez que a grande maioria dos

enfermeiros refere não ter formação profissional específica nessa área (Buckley & Andrews, 2011).

Os enfermeiros sentem necessidade de melhorar o conhecimento acerca das necessidades da família para melhor responderem às mesmas (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Buckley & Andrews, 2011).

Na perceção dos enfermeiros incluídos nos estudos de Maxwell, Stuenkel, & Saylor (2007) e Buckley & Andrews (2011), a informação é a necessidade mais importante.

A literatura portuguesa reforça a importância da informação para os enfermeiros, no estudo de Martin, Sousa & Batista (2014), sobre a perceção dos enfermeiros acerca das necessidades da família do doente internado numa UCI de um Hospital da área de Lisboa, em que a necessidade identificada pelos enfermeiros como mais importante, foi a de oferecer informação verídica e uniformizada sobre o estado do doente e funcionamento da unidade.

Além da informação, as necessidades de proximidade e segurança também são percecionadas pelos enfermeiros como muito importantes, coincidindo com a perceção da família (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007).

Comparando os artigos analisados neste estudo, as necessidades de segurança são referenciadas mais vezes como mais importantes pela família e os enfermeiros dão mais ênfase à informação (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007 e Buckley & Andrews, 2011).

Já em 1979, Molter & Captain, consideraram as necessidade de segurança e informação como as mais importantes necessidades da família do doente internado numa unidade de cuidados intensivos.

A análise da evidência mais recente, continua a apontar para as necessidades de segurança e de informação, como as necessidades mais importantes para a família do doente crítico. A literatura existente sobre o tema confirma esta tendência (Segura, Albert & Poveda, 2015).

Corroborando com a mesma ideia, Fortunatti (2014), realizou um estudo de revisão de literatura, com estudos de diversas áreas geográficas, para nomear as dez mais importantes necessidades da família, referindo que independentemente da zona geográfica, as necessidades de segurança e informação são as mais identificadas.

Embora as principais necessidades da família não sejam influenciadas por questões geográficas ou culturais, a hierarquização de necessidades particulares pode ser afetada por outras variáveis, nomeadamente, duração do internamento, evolução da doença e outras variáveis sociodemográficas (López & Ramos, 2014; Martin, Sousa & Batista, 2014).

Exemplo do que foi acima mencionado, no estudo desenvolvido na população rural da Ilha de Creta (Grécia) por Chatzaki *et al.* (2012), mostrou que as necessidades de apoio, contrariando o expectável, eram mais importantes para os familiares com nível de escolaridade e socioeconómico, mais baixos, o que evidencia a influência de determinadas variáveis independentes sobre as necessidades da família. Os autores referem ainda que o CCFNI validado para a população grega, pode ainda assim não estar adequado para esta população rural, razão que pode ter dificultado a compreensão de determinados itens e levado ao enviesamento da pesquisa.

Os artigos analisados fazem referência a algumas estratégias que devem ser tornadas intervenções e implementadas pelos enfermeiros para melhor assistirem as principais necessidades da família, diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Obringer, Hilgenberg & Booker, 2012).

As unidades que prestam cuidados ao doente crítico, têm habitualmente um ambiente altamente tecnológico e quase sempre agressivo e hostil, tendencialmente desumanizante e de acesso restrito à família e amigos (Bertinelli & Erdmann, 2009, citados por Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Maruiti & Galdeano, 2007).

A humanização dos cuidados nestas unidades, vai além de permitir a visita do familiar, inclui o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de identificar as reais necessidades dos familiares e atendê-las o mais cedo possível (Maruiti & Galdeano, 2007).

O grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem é um indicador de qualidade, que muito tem sido valorizado pelos profissionais e pelas instituições de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Num estudo desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos de neurocirurgia no Irão, está explícita a ideia que a implementação de intervenções baseadas nas

necessidades, aumentam o grau de satisfação da família em relação aos cuidados de enfermagem e deste modo contribuem para a qualidade dos cuidados (Yousefi *et al.*, 2012).

As estratégias que emergem dos artigos, reportam-se maioritariamente a alterações na política de visitas e horários, no acesso aos profissionais e ao doente, na inclusão da família nos cuidados e na melhoria dos sistemas de comunicação. As estratégias apresentadas vão ao encontro das estratégias mais referidas na literatura (Miracle, 2006 ; Martin, Sousa & Batista, 2014).

Obringer, Hilgenberg & Booker (2012) referem que os estudos realizados sobre as necessidades da família, estimulam a implementação de novas políticas, de práticas baseadas na evidência, que favorecem não só os enfermeiros, como profissionais de saúde em geral e a família e o próprio doente, em particular.

Belio & Vivar (2012) acrescentam, que não é fácil transpor os resultados da investigação na prática clínica, por diversas razões relacionadas sobretudo com questões organizacionais e culturais. Para que isto não se verifique, é necessário que os profissionais, estejam informados, motivados e comecem a incorporar as evidências mais recentes na sua prática diária.

A identificação e satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica, não deve ser encarada como só mais uma intervenção, tem que implicar uma mudança de atitude e de filosofia (Llamas-Sánchez *et al.*, 2009).

O CCFNI e algumas adaptações do mesmo, foi o instrumento mais utilizado para identificar as necessidades da família da pessoa em situação crítica.

Fortunatti (2014) afirma que o CCFNI é um instrumento válido para a avaliação das necessidades da família, mas deve ser complementado com outras metodologias qualitativas.

Obringer, Hilgenberg & Booker (2012) reforçam que são precisos mais estudos para estabelecer evidências baseadas na abordagem das necessidades, para efetivar o apoio à família e melhorar os cuidados de saúde aos pacientes críticos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades da família da pessoa em situação crítica, começaram a ser uma preocupação dos enfermeiros desde o final dos anos 70, quando surgiu o primeiro estudo desenvolvido por enfermeiros nessa área (Molter & Captain 1979).

Sendo um grupo profissional privilegiado perante a família e o doente, muitos são os estudos que se têm desenvolvido a nível de diversos países e culturas e que têm sido um valioso argumento, para firmar a premência de incorporar os resultados da investigação na prática diária.

Existe consenso quando se fala de necessidades da família da pessoa em situação crítica, assumindo-se como “universal” a listagem enumerada em 1979 por Molter e validada por Leske em 1991.

Os resultados da presente revisão da literatura apontam para as necessidades de segurança, informação e proximidade, como as dimensões de necessidades mais importantes para a família da pessoa em situação crítica.

Contudo, as necessidades podem sofrer diversas influências, não se podendo apresentar como definitivas, sendo a sua avaliação e identificação indispensável, caso a caso, seja qual for a metodologia utilizada.

Os enfermeiros e os responsáveis pelas instituições de saúde, devem reunir esforços para responder efetivamente às necessidades de cada família, de forma individualizada e sistemática, mantendo uma postura ética e responsável perante a vulnerabilidade inerente à situação.

A identificação e satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica, não deve ser encarada como só mais uma intervenção, tem que implicar uma mudança de atitude e de filosofia, que cabe a todos nós refletir.

A implementação de intervenções de enfermagem com base na avaliação das necessidades da família, contribui para uma crescente Humanização dos cuidados para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. (2003-2017). Obtido em 24 de janeiro de 2017, de Infopédia.

Assembleia da República. (5 de setembro de 2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República, 1ª série - Nº 172*. Lisboa, Portugal.

Assembleia Geral das Nações Unidas. (10 de dezembro de 1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução nº 217 A III).

Belio, M. P., & Vivar, C. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva, 23*(2), pp. 51-67.

Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing, 27*, pp. 263-272.

Campos, S. (2014). *Necessidades da família em Cuidados Intensivos - Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Abel Salazar, Porto.

Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolakou, E., & Georgopoulos, D. (2012). Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing, 21*, pp. 1831-1839.

Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (2ª ed.). (M. L. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel.

Ercole, F. F., Melo, L. S., & Alcoforado, C. L. (jan-mar de 2014). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *REME - Revista Mineira Enfermagem, 18*(1), pp. 9-11.

Fabrellas, I. H., Pérez, Y. V., & Ribas, E. P. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva, 18*(3), pp. 106-114.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: LUSOCIÊNCIA.

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (julho-setembro de 2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde, 9*(3), pp. 552-559.

Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA.

Fortunatti, C. F. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Needs Inventory. *Investigación Y Educación en Enfermería, 32*(2), pp. 306-316.

- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures, Portugal: Lusociência.
- ICN - Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE - versão 2011* (Edição Portuguesa ed.). Portugal: Lusodidacta.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. (M. C. Rosa, Trad.) Lisboa: LUSODIDACTA.
- Leske, J. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung, 20*(3), pp. 236-244.
- Llamas-Sánchez, F., Flores-Córdon, J., Acosta-Mosquera, M., J.González-Vázquez, Albar-Marín, M., & Macías-Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva, 20*(2), pp. 50-57.
- López, C., & Ramos, E. (julho-dezembro de 2014). Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una institución prestadora de salud privada en Villavicencio, Colombia. *Investigación en Enfermería, 16*(2), pp. 81-94.
- Martin, D. L., Sousa, P. P., & Batista, P. R. (junho de 2014). Necessidades dos familiares do doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos:perspetiva do enfermeiro. *Sinais Vitais*(114), pp. 15-26.
- Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. (julho-agosto de 2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem, 65*(4), pp. 685-690.
- Maruiti, M., & Galdeano, L. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista, 20*(1), pp. 37-43.
- Maxwell, K., Stuenkel, D., & Saylor, C. (set/out de 2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung, 36*(5), pp. 367-376.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (out-dez de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, 17*(4), pp. 758-764.
- Miracle, V. A. (maio/junho de 2006). Strategies to Meet the Needs of Families of Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing, 25*(3), pp. 121-125.
- Molter, N., & Captain, A. (mar/abr de 1979). Needs of relatives of critically ill patients: A discriptive study. *Heart & Lung, 8*(2), pp. 332-339.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing, 21*, pp. 1651-1658.
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem- Resumo*

- mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem*. Obtido em 7 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_IndicadoresVFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Obtido em 29 de abril de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial Em Enfermagem de Saúde Familiar*. Obtido em 17 de janeiro de 2017, de Ordem dos Enfermeiros:
www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar_mceec.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 30 de maio de 2016, de Ordem dos Enfermeiros:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf>
- Oriá, M. O., Ximenes, L. B., & Alves, M. D. (2005). *Madeleine Leininger e a Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural - um resgate histórico*. Obtido em 10 de janeiro de 2017, de OBJN Português - Online Brazilian Journal of Nursing:
www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf_652
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para Redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.
- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (1º semestre de 2009). Necessidade e Necessidades - Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 13-23.
- Segura, C. O., Albert, L. G., & Poveda, M. A. (maio de 2015). Necesidades de la familia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Metas Enfermería*, 18(4), pp. 70-74.
- Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), pp. 623-630.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Whaley, L., & Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Yousefi, H., Karami, A., Moeini, M., & Ganji, H. (maio-junho de 2012). Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(4), pp. 296-300.

Zagonel, I. P. (julho de 1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, 7(3), pp. 25-32.