



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Enfermagem Avançada como Resposta à Incerteza dos Familiars do Cliente Crítico

Advanced Nursing as a Response to the Uncertainty of Critical Ill Patient Family

Por

André Alexandre Direito Rodrigues

Lisboa, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Enfermagem Avançada como Resposta à Incerteza dos Familiares do Cliente Crítico

Advanced Nursing as a Response to the Uncertainty of Critical Ill Patient Family

Por

André Alexandre Direito Rodrigues

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2020

“Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam.”

José Saramago, *“A Viagem do Elefante”* (2008)

À memória da minha Avó, Ressurreição

Aos meus adorados Pais, Lurdes e António

Ao meu querido Irmão, João

Ao meu Amor, HOF

AGRADECIMENTOS

Ao concluir uma nova etapa do meu percurso acadêmico e profissional, continuo a reconhecer que o alcance dos objetivos aos quais me proponho, muitas vezes só é possível através do incentivo, apoio e da colaboração de várias pessoas e instituições às quais gostaria de manifestar os meus agradecimentos:

À minha Professora, Doutora Isabel Rabiais, pela disponibilidade e apoio essenciais, pela partilha dos seus valiosos conhecimentos e rigor nas orientações, pela paciência nos esclarecimentos e sobretudo pela presença e motivação nos momentos mais difíceis e vazios; obrigado por ter trazido a clareza nos momentos mais taciturnos.

Às minhas Orientadoras, Célia Aires e Vera Santos, pelo carinho com que me deram a mão neste percurso, pela paciência nos momentos de dúvida, pelas situações de aprendizagem reais e hipotéticas que me proporcionaram, pela exigência meiga e pelo interesse genuíno no meu desenvolvimento enquanto pessoa e enfermeiro.

À minha família, em particular à minha adorada Mãe - a maior preciosidade que a vida me deu – que desde de sempre me ensinou o sentido do cuidar e do fazer bem-feito;

Ao meu querido Pai, pela disciplina e rigor militar sempre presentes no meu crescimento e que me ensinou a não aceitar premissas falaciosas e a lutar pelo que está certo independentemente das circunstâncias;

Ao meu Irmão, que sendo o mais velho, me trouxe muitas vezes às cavalitas, para poder ver a “*vista lá de cima*”;

À minha cunhada, que, desde que tenho memória, sempre foi uma segunda irmã para mim;

Ao meu sobrinho, que mesmo pequeno, conseguiu aceitar as escolhas do tio e que me recebeu sempre sem mágoa disposto a retomar as brincadeiras que tive que ficaram para depois;

Ao meu amor, pela incondicional presença, mesmo estando longe; pela atenção aos silêncios, por me ensinar o sentido das coisas, pelas incansáveis e incontáveis horas de escuta, pelo exemplo que me dá e por me ajudar a ser melhor todos os dias;

Aos meus grandes amigos, Sara, João, António, Jéssica, Sónia, Cristiana e Isabel, e em particular às minhas, além de amigas, colegas de mestrado, Joana e Marine, pela amizade desinteressada e verdadeira e pela partilha de soluções quando os problemas tentam cumprir a sua função.

Por último, mas não menos importante, às instituições que me receberam enquanto futuro mestre e estudante do curso de mestrado, possibilitando uma partilha de crescimento e permitindo que tudo isto se realizasse nas melhores circunstâncias possíveis. Ainda uma palavra de gratidão às instituições com as quais colaboro profissionalmente, por todo o apoio na gestão e articulação dos vastos e diversos compromissos profissionais com as responsabilidades académicas e sobretudo pela confiança depositada no meu trabalho e nas minhas decisões.

A todos,

Muito Obrigado

RESUMO

A Incerteza perante a doença, intrínseca ao próprio processo de adoecer, assume-se como um fator de perturbação major da homeostasia do Ser Humano. A doença crítica, inesperada, súbita e ameaçadora de vida assume este papel, conduzindo por si mesma ao fenómeno da Incerteza de uma forma mais perentória. Além da doença *per si*, o claro impacto desta realidade no curso do projeto de vida do cliente, na sua capacidade de decisão e *coping* justificam um estudo aprofundado neste âmbito, essencial a todos os que procuram um planeamento de cuidados rigoroso nas suas intervenções diferenciadas no âmbito da enfermagem de especialidade. Os *outcomes* previstos de tal prática correspondem a ganhos efetivos em Saúde para o cliente e/ou seus familiares.

A realização de uma *scoping review* que permita identificar quais os fatores determinantes da Incerteza, bem como quais as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internado em unidade de cuidados intensivos, corresponde à temática central da investigação apresentada neste relatório. A sua conceção parte exatamente da perspetiva evolutiva situada ao nível do “*estar com*”. Em função da realidade da pessoa em situação crítica, pretende-se apresentar, refletir e analisar especificamente práticas e competências (desenvolvidas ou adquiridas) na ordem do “*saber-saber*”, “*saber-fazer*” e “*saber-ser*”, por forma a cuidar integralmente o Ser Humano traduzido na sua resposta bio, psico, socio, cultural e espiritual. Neste processo recorrer-se-á de uma forma sistemática à *relação de ajuda*, sem a qual os procedimentos técnicos não passam de tarefas desprovidas de dimensão terapêutica.

Palavras Chave: Mestre; Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Gestão da Incerteza; Família; Cuidados de Enfermagem; Competências;

Para a redação deste relatório define-se a seguinte terminologia:

Cliente- Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o “**termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados**” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p. 19). De acordo com esta definição, o cliente é um participante ativo na troca de algo com outro e refere-se não só à pessoa-individual, mas também à família, ou à comunidade (OE, 2001).

ABSTRACT

Uncertainty in disease, intrinsic to the very process of illness, is assumed to be a major disorder of human homeostasis. The critical, unexpected, sudden and life-threatening disease assumes this role, leading by itself to the phenomenon of Uncertainty in a more perennial way. In addition to the disease *per se*, the clear impact of this reality in the client's life project, its decision-making and coping capacity justifies an in-depth study in this field. Such investigation is essential to all those seeking a rigorous care planning of their differentiated interventions in the field of nurse specialty. The expected outcomes lead to effective health gains for the client and/or their families.

A scoping review identifying the determinant factors of Uncertainty, as well as the facilitators of the management of Uncertainty in critical family members admitted to intensive care unit, is the central topic of the research presented in this report. Its conception starts exactly from an evolutionary perspective at the level of the "to be with". In function of the person in critical situation, we present, reflect and analyse the practice and skills (developed or acquired) in the line of "to know", "to know how to do" and "to know how to be"; in order to take full care of the Human Being expressed into a set of responses bio, psycho, socio, cultural and spiritual. In this process, we systematically support ourselves in the *Relation of Help*, without which techniques are merely procedures without a therapeutic dimension.

Keywords: Master; Specialist Nurse; Medical-surgical Nursing; Critical Person; Uncertainty Management; Family; Nursing Care; Skills;

For the writing of this report, we use the following terminology:

Client- According to *Ordem dos Enfermeiros* (OE) the ***term client is related to the connotation that this term has with the notion of an active role in the context of the care relationship*** (Ordem dos Enfermeiros[OE], 2001, p. 19). In this way, the client is an active participant in the exchange of

something with another and refers not only to the individual person, but to the family, or the community (OE, 2001).

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AR - Assembleia da República;

BPS - Behavioral Pain Scale;

CRP - Constituição da República Portuguesa;

INESC-TEC - Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência;

LBS - Lei de Bases da Saúde;

MS - Ministério da Saúde;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia Scale;

PEE - Plano de Emergência Externo;

RASS - Richmond Agitation Sedation *Scale*;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;

SAVC - Suporte Avançado de Vida Cardiovascular;

SCA - Síndrome Coronário Agudo;

SU - Serviço de Urgência;

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;

UCP - Universidade Católica Portuguesa;

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração;

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva;

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
ENQUADRAMENTO TEORICO E CONCEPTUAL	21
Gestão da Incerteza Nos Familiares Do Cliente Crítico Internado em Unidade de Cuidados Intensivos: <i>Scoping Review</i>	29
DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	55
DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	57
Especialista e Mestre	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	87
APÊNDICE I - Solicitação de Reunião -Avaliação da satisfação dos clientes	91
APÊNDICE II - Slides Apresentação <i>Scoping Review</i> - UCIP	95
APÊNDICE III - Poster <i>Scoping Review</i>	111
APÊNDICE IV - Slides Apresentação SU	115
ANEXOS	123
ANEXO I - Certificado Formação SAVC	127
ANEXO II - Certificado Participação e 1º Prémio II Seminário Internacional UCP	131
ANEXO III - Behavioral Pain Scale	135
ANEXO IV - Pain Assessment in Advanced Dementia Scale	139
ANEXO V - Richmond Agitation Sedation <i>Scale</i>	143

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	23
Diagrama da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel	
FIGURA 2	25
Diagrama da Teoria da Incerteza na Doença Crónica de Merle Mishel	
FIGURA 3	33
Demonstração de resultados (<i>string</i>) da pesquisa realizada para a <i>Scoping Review</i>	
FIGURA 4	34
Fluxograma PRISMA para a seleção de artigos na <i>Scoping Review</i>	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	35
Extração e apresentação de resultados da <i>Scoping Review</i>	
QUADRO 2	43
Sistematização dos Determinantes da Incerteza agrupados por categorias	
QUADRO 3	49
Sistematização das Intervenções que visam minimizar a Incerteza	

INTRODUÇÃO

A Enfermagem da atualidade em nada se compara à Enfermagem enquanto profissão do século XIX, podendo imputar-se esta mesma evolução, não só à fluidez da realidade histórica, mas também ao pensamento e ação dos próprios Enfermeiros que através de um crescendo da sua prática reflexiva, baseada na evidência, percorreram com efetividade o caminho da melhoria continua numa genuína procura pela excelência dos cuidados. Com efeito, a Enfermagem de hoje define e clarifica o campo da sua disciplina particularmente através na forma como os Enfermeiros abordam a relação entre quatro conceitos fundamentais e que se afirmam como metaparadigma de Enfermagem: *a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e o Cuidado*.

A idiosincrasia da Pessoa, enquanto ser único e detentor de um projeto de vida, vê a sua homeostasia ser constantemente perturbada por múltiplos fatores, internos e externos, que muitas vezes conduzem ao desenvolvimento de respostas insuficientes face à complexidade do ciclo vital. A doença crítica, súbita e a Incerteza que se associa a este processo são exemplos major destes fatores.

A Enfermagem configura-se assim como o apoio subsidiário a estas respostas humanas insuficientes e que é realizado por meio da projeção das competências científicas, técnicas, éticas, humanas e relacionais do Enfermeiro, com os objetivos de promover a saúde; prevenir a doença, o tratamento, reabilitação e a reinserção social. Desta forma, consciente de que as decisões e intervenções dos Enfermeiros têm um impacto direto na vida das pessoas, reveste-se de especial importância o desenvolvimento de uma Enfermagem Especializada com intervenções diferenciadas, sustentadas na evidência, e que efetivamente apoiem e possibilitem uma resposta adequada às pessoas em situações complexas que necessitam de Cuidados de Enfermagem complexos.

O presente relatório inscreve-se no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e pretende expor uma análise crítica e reflexiva ao percurso de desenvolvimento e aquisição das competências anteriormente enunciadas, integrando igualmente aquilo que foram os objetivos individuais delineados no projeto para cada um dos estágios, bem como as atividades desenvolvidas para a sua concretização.

Este percurso objetivou-se em dois contextos diferentes: um primeiro estágio, intitulado, “*A pessoa em situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica*”, com uma duração total de cento e oitenta horas, realizado no serviço de urgência (SU) de uma instituição do foro privado na área metropolitana de Lisboa e um segundo estágio, com a designação, “*Estágio final e Relatório*”, com uma duração total de trezentas e sessenta horas, realizado na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) da mesma unidade hospitalar. Foi nestes ambientes que decorreu a mobilização, transferência e integração de conhecimentos face à complexidade dos casos com que nos deparámos e através destes processos a consequente aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família numa ótica da Enfermagem Avançada.

A opção pela escolha dos campos de estágio prendeu-se não só pela diferenciação tecnológica do hospital escolhido (que ao serviço da prestação de cuidados, tornam a experiência do cuidar mais enriquecedora do ponto de vista da possibilidade dos meios disponíveis para aumentar os ganhos para o cliente) como também pela própria temática escolhida para os projetos, que, associado aos valores institucionais da própria unidade, possibilitaram uma perspetiva ampla de envolvimento da instituição à consecução do mesmo.

Em termos de orgânicos, o relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos principais, sendo que o primeiro, correspondente à *scoping review* intitulada “*Gestão da Incerteza nos Familiares do Cliente Crítico Internado em Unidade de Cuidados Intensivos*”, e o segundo capítulo corresponde à descrição e análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências *per si*. Neste sentido e porque consideramos que o percurso realizado - bem como todo este processo evolutivo - é cumulativo e contínuo, faz-nos sentido descrever este percurso de uma maneira integrada e não fracionada por estágios/contextos, mas sim de acordo com os regulamentos de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, integrando e convergindo o saber e a experiência de ambos num único resultado final, independentemente de serem contextos diferentes com tudo aquilo que é intrínseco e inerente a cada um deles. Assim, apresentaremos o percurso tendo em conta as competências comuns do Enfermeiro Especialista - a *responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais*- (OE, 2019,p.4745) e de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – *pessoa em situação crítica: o cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e a maximização da*

prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018, p. 19359).

Em continuação, o terceiro capítulo corresponde às considerações finais, seguindo-se as referências bibliográficas que suportam a conceção deste relatório e que constituem o quarto capítulo. Todo o documento se encontra elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* 6th edition.

Em termos de suporte à realização deste relatório, podemos ainda encontrar algumas das ferramentas de trabalho principais nos dois portfólios realizados (um para cada campo de estágio) subordinados aos dois projetos de estágio, bem como as respetivas notas de campo diárias.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

As questões e os problemas decorrentes da experiência real ou hipotética das nossas circunstâncias são solucionados com recurso à investigação científica, sendo esta *“um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para as questões que necessitam de uma investigação e que, pelas suas funções permitirá, descrever, explicar e prever os factos, acontecimentos ou fenómenos”* (Fortin, 1999, p. 15).

Como disciplina, a enfermagem contemporânea, produto da aplicação desta metodologia de investigação, apesar de manter a sua essência central no cuidar, em nada se compara ao cuidar ancestral que garantiu a sobrevivência dos seres humanos ou até mesmo com a enfermagem enquanto profissão já organizada (Século XIX). O cuidar, e processos inerentes, correspondem desde sempre a um ato essencial que foi sendo apurado com a evolução da própria humanidade (Vieira, 2007), e que corresponde atualmente às ciências de enfermagem.

Se nas raízes históricas o “cuidar” e o “tomar conta” procurava e conseguiu conduzir à permanência da vida e ao alívio do sofrimento (ainda que com meios escassos e frequentemente prejudiciais, mas que à luz das épocas se acreditavam serem os melhores no confronto com o mal corporal e psíquico, encarado hoje para nós como as questões relacionadas ao sofrimento, doença e morte (Vieira, 2007)), contemporaneamente o cuidar assume uma função superior à do simples alívio dos sintomas de quem se encontra doente, ou o apoio aos inválidos e incapazes na sua própria autonomia de sobreviverem às e com as suas fragilidades.

Atualmente, o cuidar (indissociável à condição humana efémera e frágil) corresponde a um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. (Collière, 1982, p. 211,212). O mesmo cuidar, mandatário essencial para a continuidade da espécie, corresponde ao da enfermagem ao longo dos tempos: na sua História, nas suas Teorias e Paradigmas, bem como na sua crescente preocupação não só com os cuidados às pessoas doentes, mas também direcionando a sua atenção a outras condições humanas. Tal processo conferiu à enfermagem a capacidade de melhorar e manter a condição de saúde das pessoas, “o seu bem-estar, as suas capacidades” e a dar a mão

ao Ser Humano nesta perspectiva de acompanhamento,

Enquanto homem vivo, confrontado com a doença, enquanto homem vivo confrontado com a perspectiva da sua morte, enquanto homem a viver essas experiências e não enquanto homem a morrer (Gineste & Pellissier, 2008, p. 269).

Tendo em conta este sentido do desenvolvimento do cuidar e das ciências de enfermagem, compreendemos hoje que este processo de cuidar tem como premissa a existência de “conhecimentos científicos; de valores humanísticos; de capacidade de intervir em contextos de grande diversidade e complexidade; de gerir (recursos, tempo, emoções e sentimentos)” (Rabiais, 2016, p. 44,45) e que substancialmente, de acordo com a mesma autora, nos conduzem a duas dimensões fundamentais: a dimensão técnica/científica e a dimensão relacional ou emocional. É nestas dimensões que, interligadas com a história da enfermagem, se afirmam as Teorias e conceções próprias das ciências da enfermagem e que correspondem à resposta paradigmática (Categorização, Integração e atualmente Transformação) que acompanhou o crescimento da enfermagem.

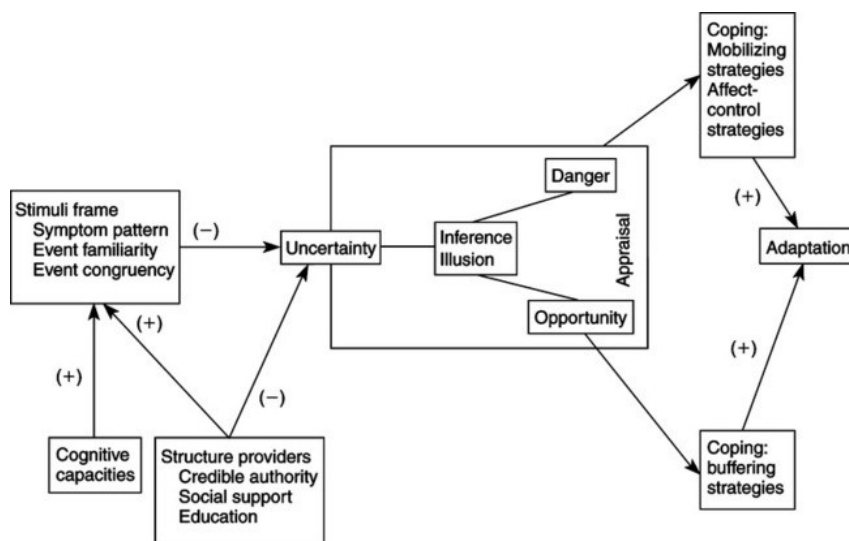
A Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, bem como outros estudos que foram desenvolvidos à luz desta mesma teoria, constituem o *framework* conceptual que orienta a nossa investigação e que incidirá sobre este fenómeno na dimensão dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família. Em *The Uncertainty in Illness* (1988) e *Reconceptualization of The Uncertainty in Illness* (1991) Mishel apresenta-nos a Incerteza como:

A incapacidade para determinar o significado de acontecimentos relacionados com os processos de doença, ocorrendo em situações onde o decisor é incapaz de atribuir um valor definido aos objetos ou aos eventos e/ou é incapaz de prever com precisão e acurácia os resultados esperados devido à falta de informação/ orientação/elementos (Mishel, 1991, p. 256).

É demonstrado (1988) o processo subjacente à construção dos significados nos indivíduos nas situações de doença, apresentando-nos os fundamentos para a sua teoria que assenta em três

dimensões major: **Antecedentes da Incerteza; Processo e Avaliação de Incerteza e Coping com Incerteza.**

Figura 1 – Diagrama do modelo de Merle Mishel para a percepção da *Incerteza na Doença*.



Fonte: Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>

A figura 1 apresenta o modelo conceptual original de Mishel (1988) para a abordagem e compreensão do fenómeno baseado nessas três dimensões principais, onde se pode verificar que o fenómeno da Incerteza ocupa uma posição central, sendo antecedido por um conjunto de outras dimensões – Antecedentes da Incerteza – (*Stimuli Frame; Cognitive Capacities e Structure Providers*) cada um deles igualmente constituído por:

1-Stimuli Frame – Caracterização dos estímulos envolvidos no processo, divididos em:

- 1.1- *Symptom Pattern* – Sintomas que se percebem como um padrão ou não;
- 1.2- *Event Familiarity* – Evento que se percebe familiar, através por exemplo da sua frequência na totalidade ou parcialmente através de determinados elementos;
- 1.3- *Event congruency* – Nível de concordância entre o percebido e o que se sabe relativamente ao evento ou à doença;

2- Cognitive Capacities – Competências ao nível do conhecimento e do entendimento que permitem ao cliente integrar e compreender informação;

3- Structure Providers – Recursos que o cliente tem à sua disposição e que auxiliam na compreensão e entendimento do *Stimuli Frame*, e que se subdividem em:

3.1- *Credible authority* – Profissionais de saúde que através da comunicação e do seu trabalho aumentam, por exemplo, os níveis de *empowerment* e educação para a saúde;

3.2 – *Social support* – Apoio social e familiar respeitante aos processos de doença como por exemplo a partilha de situações já vivenciadas;

3.3.- *Education* – Educação para a saúde, informações relativas à promoção e proteção da saúde bem como os conhecimentos sobre as próprias situações de saúde e doença;

No bloco central – Avaliação da Incerteza – observamos o fenómeno em estudo que será alvo de um juízo e que, de acordo com esse juízo (*Inference ou Illusion*), a Incerteza poderá ser percecionada como uma oportunidade ou um perigo/ameaça. É neste período que os *outcomes* dos clientes se dividem. Se a Incerteza for avaliada de forma positiva (através do uso dos processos de ilusão) o resultado corresponde ao entendimento do fenómeno como uma oportunidade; se pelo contrário, a Incerteza for avaliada de forma negativa (através dos processos de inferência) o fenómeno será entendido como um perigo ou ameaça com conseqüente resultado nocivo. Assim sendo, seguindo o ramo da apreciação como uma oportunidade, as estratégias de *coping* (que surgem paralelamente em ambos os ramos como ferramenta para gerir a Incerteza) conduzem à adaptação através de estratégias de manutenção desta mesma Incerteza, no sentido de a tornar protetora e impulsionadora. Se pelo contrário, enveredarmos pelo ramo da apreciação como uma ameaça, o *coping* surge na forma de estratégias ativas de procura de informação com vista à diminuição desta mesma Incerteza através da gestão de sentimentos; emoções; apoio cognitivo; entre outros, e através destas, surgirá posteriormente a adaptação.

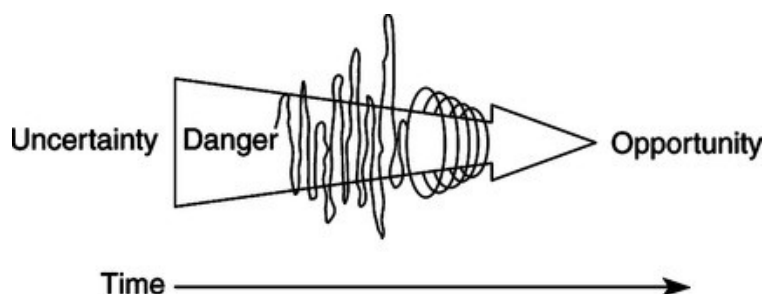
Em continuação, Mishel explica-nos detalhadamente não só cada um dos fatores descritos no diagrama como também as relações que se estabelecem entre si. Neste ponto, é importante destacar que nas situações de doença, a Incerteza apresenta-se sobre quatro formas, sendo elas: “1) ambigüidade relacionada ao estado da doença; 2) complexidade respeitante ao tratamento e ao sistema de cuidado; 3) ausência de informação relativamente ao diagnóstico e à severidade da doença e 4) imprevisibilidade do percurso da doença e prognóstico” (Mishel, 1988, p. 225).

Assim, a Incerteza não corresponde a um estado que se deseje alcançar ou que, por outro lado, seja temido; a Incerteza existe e é inerente ao processo de doença. O *core* da teoria centra-se na hipótese de que na Incerteza, existe um potencial para avaliações que irão conduzir a ações e conseqüentes resultados, pois ausência da atribuição de um significado e de uma estrutura construída permite múltiplas definições e como tal, múltiplos resultados. Estes resultados poderão ser trabalhados consoante o objetivo a atingir e que, por sua vez, irão conduzir ao estado de adaptação.

Posto isto, Mishel defende que a Incerteza poderá ser percecionada como uma ameaça ou como uma oportunidade e tendo em conta a natureza dos antecedentes primários à Incerteza (*stimuli frame* e *cognitive capacities*) estes poderão ser trabalhados (*structure providers*) conduzindo ao resultado pretendido: avaliação como oportunidade e desta forma, adaptação através do *coping* de manutenção.

Inicialmente categorizando a Incerteza como “*ambiguidade*” e que mais tarde evoluiu para o conceito acima descrito, Mishel procede posteriormente a uma reformulação da teoria original e, utilizando a *Teoria do Caos*, apresenta-nos em 1991 “*Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory*” definindo a Incerteza da mesma forma que a definiu em 1988.

Figura 2 – Diagrama do Modelo de Merle Mishel para a percepção da *Incerteza na Doença Crónica*.



Fonte: Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (3ª edição).
<https://doi.org/10.1891/9780826159922.0008>

A necessidade de expandir e reconceptualizar a sua teoria derivou do facto de que, inicialmente, a proposta não contemplava as situações em que os indivíduos vivem num estado constante ou continuado de Incerteza e que esta se comporta como uma alavanca, permitindo ao cliente avaliar igualmente o fenómeno como uma oportunidade, como acontece nas situações de doença crónica ou de doenças que permitem um tratamento numa fase aguda e onde é esperada a sua recidiva ou recorrência.

Cypress (2016) alerta-nos para o facto de a doença crítica ser um fenómeno repentino e que a admissão em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI) cria frequentemente preocupação, caos e stress não só para os clientes como para as respetivas famílias, acrescentando que existe uma margem temporal muito curta ou até inexistente para que se verifiquem os processos de adaptação, acabando por reduzir as capacidades dos indivíduos para o *coping*. “Choque e Incerteza ocorrem e instalam-se face ao desconhecimento do *outcome* do seu ente-querido e face à possibilidade do resultado da situação poder ser sobrevivência, invalidez ou a morte” (Cypress, 2016,

p. 43). Neste ponto, concordo plenamente com a autora ao afirmar que a doença crítica, inesperada, complexa e ameaçadora da vida conduz-nos por si só à teoria proposta por Mishel.

Segundo Cypress (2016), neste contexto, a Incerteza é notória em altos níveis e está relacionada com a precariedade do processo de doença e com as múltiplas possibilidades dos *outcomes* dos clientes. Esta é a base que consideramos fundamental para sustentar a importância do estudo das intervenções a adotar para a gestão da Incerteza. Sabemos que o fenómeno existe e sabemos que influencia os resultados dos indivíduos e dos seus familiares.

Diversos estudos realizados no decorrer dos anos evidenciam que “a Incerteza é uma consequência da admissão nas UCI; que esta tem impacto psicológico e conduz a alterações major na vida social e económica” (Cypress, 2016, p. 43). A autora refere ainda que diversos estudos focados nas experiências das famílias, que foram conduzidos e que não incluíram a Incerteza como *framework* teórico, reportaram a Incerteza como um achado significativo entre os membros da família dos doentes críticos admitidos na UCI.

A título de exemplo, Burr (1998), concluiu no seu estudo “*Contextualizing critical care family needs through triangulation: an australian study*” que o “não saber” corresponde ao pior evento de toda a experiência em cuidados intensivos, acrescentando que existe um profundo sentimento de Incerteza que contribuí para intensos sentimentos de ansiedade e *distress*, revelando que os membros da família confiam nos enfermeiros e na equipa de saúde para obter informações e segurança. O autor refere como sendo importante que se desenvolvam intervenções com vista à resposta ao “não saber”, nomeadamente através da transmissão de informação e que esta seja transmitida por alguém capacitado para tal: quer ao nível do conteúdo quer ao nível da forma (como sejam os enfermeiros).

Face ao exposto, considerando o modelo conceptual proposto por Mishel que nos apresenta um fenómeno complexo que é influenciado por várias determinantes, em especial as pré existentes ao fenómeno (como sejam *stimuli frame*, *cognitive capacities* e *structure providers*) e tendo em conta que os enfermeiros se situam diretamente ao nível de uma destas componentes (*structure providers* como *credible authority*) é importante que se perceba que a teoria de Mishel fornece um importante mapa conceptual para os enfermeiros de cuidados intensivos (Cypress,2016) que possibilita uma compreensão em maior profundidade relativa aos fatores que contribuem para a Incerteza entre os clientes internados em UCI e seus familiares, bem como “a forma como a Incerteza afeta as suas capacidades para se ajustarem à doença aguda e ameaçadora, ao diagnóstico, prognóstico, às decisões a tomar e às opções de tratamento” (Cypress, 2016, p. 47).

Neste sentido, concordamos com as duas autoras supracitadas: os Enfermeiros constituem-se como uma importante ferramenta, nesta teoria de médio alcance, por meio das suas intervenções especializadas no apoio aos clientes e seus familiares na gestão da Incerteza através, por exemplo,

do fornecimento de informação relativamente aos processos de admissão e acolhimento; ao processo de doença e a outras necessidades individuais diagnosticadas. É através do acompanhamento dos indivíduos na forma como é feita a avaliação do fenómeno (percecionado como perigo ou como oportunidade) e através do apoio na atribuição de um significado extraído desta experiência de doença crítica que conseguimos atingir a adaptação (Cypress, 2016); Desta forma,

Os enfermeiros devem providenciar ensinios efetivos e informações contextuais aos clientes em relação à verdadeira situação em UCI (...) bem como providenciar encorajamento e esperança realista; devem ainda promover o uso do suporte social do cliente para a gestão da Incerteza relacionada à admissão em contexto de UCI (Cypress, 2016, p. 47).

Posto isto, podemos afirmar que esta problemática se reveste de uma real e especial importância que justifica a pertinência de um estudo mais aprofundado neste âmbito. No que diz respeito à relação entre o conceito de Incerteza e as ciências de enfermagem, a investigação centrar-se-á em identificar no âmbito da gestão da Incerteza nos familiares da pessoa em situação crítica em contexto de UCI, quais os fatores que a determinam e quais as intervenções que são facilitadoras da sua gestão, por forma a poder obter suporte na mais recente evidência científica, possibilitando a obtenção de melhores *outcomes* no planeamento de cuidados.

Gestão Da Incerteza Nos Familiares Do Cliente Crítico: A Scoping Review

Uncertainty Management on Critical Ill Client's Family: A Scoping Review

Direito, André ¹; Rabiais, Isabel ²; Caldeira, Sílvia ³;

¹ ICS da UCP; Lisboa, Portugal: andre_rodrigues12@hotmail.com

² ICS da UCP; Lisboa, Portugal: raby@ics.lisboa.ucp.pt

³ ICS da UCP; Lisboa, Portugal: scaldeira@ics.lisboa.ucp.pt

Background: Nos últimos anos têm sido desenvolvidas diversas linhas de investigação que estudam o fenómeno da Incerteza, cujas bases se alicerçam na Teoria da Incerteza na doença de Merle Mishel (1988,1991) e que procuram preencher fragilidades teóricas e explorar este fenómeno à luz de determinadas circunstâncias específicas. Para a enfermagem, a Incerteza apresenta-se como um fenómeno de especial interesse e importância, uma vez que produz um impacto significativo no projeto de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, acrescenta implicações no planeamento de cuidados. A doença crítica conduz-nos à teoria de Merle Mishel e ao fenómeno em destaque. Assim, são múltiplos os autores que estudam o fenómeno da Incerteza e todos eles são consensuais no que diz respeito à escassa evidência no âmbito das intervenções que visam geri-la em contexto dos cuidados aos familiares dos clientes internados em unidades de cuidados intensivos.

Objetivos: Mapear a evidência científica referente aos fatores determinantes da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internada em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e identificar também as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internada em contexto de UCI.

Métodos: *Scoping Review* com base na metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (2017): População (P): familiares da pessoa em situação crítica; Conceito (C): gestão da Incerteza e Contexto (C): unidades de cuidados intensivos. Pesquisa efetuada primeiramente de uma forma geral na MEDLINE® e posteriormente na MEDLINE® e EBSCO® – tendo sido consideradas todas as bases de dados disponíveis - através de MeSH 2019 e operadores booleanos: “*Uncertainty*”; AND” *Critical*

Care” OR “Critical Illness” OR “Critical Care Nursing” AND “Family” OR “Family Nursing” OR “Family Health”. Critérios de inclusão: Língua Portuguesa, Inglesa ou Espanhola e tendo em conta o envelhecimento da evidência científica, fomos forçados a prorrogar a pesquisa além dos últimos dez anos de investigação no sentido de tentar compreender o percurso evolutivo da investigação da Incerteza direcionada aos familiares do cliente internado em unidade de cuidados intensivos, pelo que se define as datas de publicação entre 1996 e 2018.

Resultados: Seis artigos foram incluídos na revisão, por descreverem aspetos que influenciam o surgimento da Incerteza e a sua conseqüente gestão como experiências, sentimentos, emoções e agentes *stressores*. Foram identificadas relações entre o fenómeno e outras dimensões do cuidar, como por exemplo as necessidades dos familiares do cliente internado. À exceção de um, todos os estudos confirmam a existência de Incerteza nos familiares da pessoa internada em cuidados intensivos; apenas um estudo incluiu a aplicação da escala para a avaliação da Incerteza de Merle Mishel (versão familiares). Da mesma forma que a amostra é pouco clara na evidência das determinantes da Incerteza, é igualmente pouco delimitada na informação relativa às intervenções que visam minimizá-la ou que se envolvam na sua génese ou gestão.

Conclusão: Os autores são consensuais ao afirmar que existe uma lacuna significativa na investigação no que diz respeito à Incerteza experienciada pelos familiares dos clientes internados em unidades de cuidados intensivos pelo que as determinantes e as intervenções que visam gerir a Incerteza também não se encontram claramente definidas nem estudadas. Como determinantes maior definimos cinco dimensões que categorizam os achados iluminados e que correspondem a: ambiente; emoções, sentimentos e papéis; informação e comunicação; antecedentes da Incerteza e por último a categoria da equipa e família. Como intervenções no âmbito da gestão da Incerteza, estas foram agrupadas de acordo com o tipo de resposta às categorias pré-definidas, destacando-se fundamentalmente as que promovem uma maior familiaridade com o ambiente desconhecido; a instilação da esperança e apoio às emoções experienciadas através da relação empática, a comunicação e a informação; a promoção da segurança (confiança e proximidade com a equipa) e a proximidade dos familiares ao cliente internado através da inclusão na prestação de cuidados.

Palavras-Chave: Gestão da Incerteza; Enfermeiro Especialista; Unidades de Cuidados Intensivos; Família.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Incerteza, enquanto fenómeno, tem promovido o desenvolvimento de estudos e obras centrais de uma autora reconhecida internacionalmente; Estudos pioneiros como *The Uncertainty in Illness* (1988) e *Reconceptualization of The Uncertainty in Illness* (1991) de Merle Mishel apresentam-nos a Incerteza como:

A incapacidade para determinar o significado de acontecimentos relacionados com os processos de doença, ocorrendo em situações onde o decisor é incapaz de atribuir um valor definido aos objetos ou aos eventos e/ou é incapaz de prever com precisão e acurácia os resultados esperados devido à falta de informação/ orientação/elementos (Mishel, 1991, p. 256).

Nas obras, é detalhado o processo da abordagem à Incerteza e são apresentados os fundamentos para a sua teoria que assenta em três dimensões major: *antecedentes da Incerteza; processo de Incerteza e avaliação e coping com Incerteza*. Neste ponto, é importante destacar que nas situações de doença a Incerteza apresenta-se sob quatro formas, sendo elas: “1) ambiguidade relacionada ao estado da doença; 2) complexidade respeitante ao tratamento e ao sistema de cuidado; 3) ausência de informação relativamente ao diagnóstico e à severidade da doença e 4) a imprevisibilidade do percurso da doença e prognóstico” (Mishel, 1988, p. 225).

Para a autora, a Incerteza não corresponde a um estado que se deseje alcançar ou que seja temido; ela é inerente ao processo de doença. As premissas da teoria centram-se na hipótese de que sobre as circunstâncias da Incerteza existe um potencial para avaliações que conduzirão a ações e consequentes resultados, pois a ausência da atribuição de significado e de uma estrutura construída deixa em aberto múltiplas definições e como tal, múltiplos resultados que poderão ser trabalhados consoante o objetivo a atingir. Assim sendo, Mishel assume que a Incerteza poderá ser percecionada como uma ameaça ou como uma oportunidade, e tendo em conta a natureza dos antecedentes primários, estes poderão ser reformulados, permitindo alcançar o resultado pretendido: avaliação como oportunidade e desta forma, resultados benéficos ou identificação como uma ameaça e intervenção no *coping* inerente a este tipo de avaliação.

Diversos estudos evidenciam que “a Incerteza é uma consequência da admissão nas UCI e que esta tem impacto psicológico e conduz a alterações major na vida social e económica” (Cypress,

2016, p. 43); A mesma autora refere que existem diversos estudos que se focaram nas experiências das famílias e que não incluíram a Incerteza como *framework* teórico, acabando assim por reportar a Incerteza como um achado significativo entre os membros da família dos clientes críticos admitidos na Unidade de Cuidados intensivos (UCI).

Posto tudo isto, tendo em conta o modelo conceitual proposto por Mishel que apresenta um fenómeno complexo e influenciado por várias determinantes, em especial as pré-existentes ao fenómeno e tendo em conta que os enfermeiros se situam diretamente ao nível de uma destas componentes, é importante que se reconheça que a Teoria da Incerteza fornece um importante mapa conceitual para os enfermeiros de cuidados intensivos (Cypress, 2016), por forma a que sejam melhor compreendidos os fatores que contribuem para a Incerteza entre os clientes em UCI visto que a experiência e o ambiente apresentam características bastante específicas, correspondendo a um contexto de elevado stress, grande dinâmica e complexidade quer a nível tecnológico quer a nível da prestação de cuidados e onde se incluem normas desconhecidas, muitas vezes pouco claras e/ou complexas.

OBJETIVO

Mapear a evidência científica referente aos fatores determinantes da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internada em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e identificar também as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internada em contexto de UCI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2017). Definiu-se como questão de partida: *Quais os determinantes da Incerteza e as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares da pessoa em situação crítica em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)?* Através da metodologia PCC (População, Conceito, Contexto) define-se também como critérios de inclusão (1) População - os familiares do cliente em situação crítica, independentemente do grau de parentesco; (2) Conceito - Determinantes da Incerteza (fatores identificados como precursores ou antecedentes da Incerteza) e intervenções facilitadoras (como intervenções, autónomas ou interdependentes dos enfermeiros

descritas no contexto de alívio, diminuição, gestão da Incerteza e (3) Contexto - Unidade de Cuidados Intensivos (de adultos, polivalentes, cirúrgicas ou médicas).

A estratégia de pesquisa foi conduzida entre 15 de setembro e 30 de setembro de 2019, por dois revisores independentes e que cumpriram as etapas de pesquisa definidas pelo manual de *Joanna Briggs Institute Reviewers* (Peters et al., 2017).

Foram definidos os termos de índice *MeSh* 2019 e operadores booleanos: “*Uncertainty*”; AND “*Critical Care*” OR “*Critical Illness*” OR “*Critical Care Nursing*” AND “*Family*” OR “*Family Nursing*” OR “*Family Health*”, tendo sido a pesquisa efetuada, primeiramente, de uma forma geral na MEDLINE® e posteriormente na MEDLINE® e EBSCO®, tendo sido consideradas todas as bases de dados disponíveis - CINAHL® Plus Complete, Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Data base of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Medic Latina; Academic Search Complete; Library e Information Science & Technology Abstracts.

Foram considerados resultados escritos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, com um período temporal de 22 anos (1996 a 2018; estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista).

Figura 3 – String da Pesquisa conduzida *Scoping Review*

Buscar número de ID	Termos da busca	Ações
S4	((MH "Family") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Family Health")) AND (S1 AND S2 AND S3)	Exibir resultados (12)
S3	(MH "Family") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Family Health")	Exibir resultados (167,464)
S2	(MH "Critical Care") OR (MH "Critical Illness") OR (MH "Critical Care Nursing")	Exibir resultados (130,019)
S1	(MH "Uncertainty")	Exibir resultados (5,956)

Foram excluídos artigos de opinião, artigos não publicados, artigos cuja abordagem ao fenómeno fosse sob o palio de uma patologia base particular, aguda ou crónica agudizada, e artigos cuja abordagem ao fenómeno da Incerteza fosse realizado na perspetiva da decisão terapêutica, na perspetiva dos profissionais ou outra que não a dos familiares.

Identificou-se um total de doze (n=12) citações na EBSCO®. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pelos dois revisores foram excluídos sete (n=7) artigos através do título (n=4) e através do abstract (n= 3). Foram incluídos cinco (n=5) artigos na revisão. As discordâncias foram

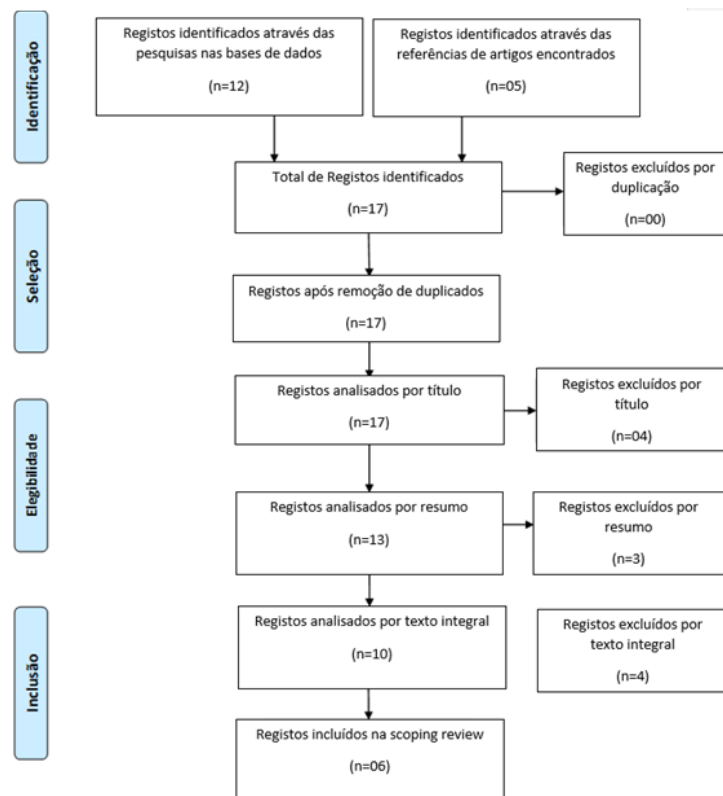
resolvidas com recurso à discussão centralizada nos critérios de inclusão e exclusão com enfoque na disciplina de enfermagem.

Na terceira fase procedeu-se ao *tracing* de estudos adicionais provenientes da análise das referências bibliográficas dos artigos finais levados a revisão (e de outras fontes), tendo sido incluídos mais cinco (n=5) artigos, perfazendo um total de dez (n=10) artigos para análise.

Estes artigos foram analisados criteriosamente através da aplicação dos mesmos critérios de análise do título, resumo, palavras-chave, *MeSh* e novamente colocados sobre a grelha dos critérios de inclusão da revisão, tendo sido excluídos pelo resumo três (n=3) artigos e através da leitura integral um artigo (n=1).

No final deste processo permaneceram sete (n=7) artigos para análise, dos quais, após a leitura integral se excluiu mais um (n=1), justificando-se esta decisão pelo artigo em questão que embora abordando o fenómeno, transforma progressivamente a sua perspetiva, traduzindo-se assim numa abordagem à Incerteza através da ótica dos enfermeiros. Desta forma, obteve-se assim um total de seis (n=6) artigos levados a uma revisão efetiva.

Figura 4 - Fluxograma PRISMA para seleção de artigos



Fonte: - Peters, M. D., Godfrey, C., McInemey, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping Reviews - Chapter 11. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*.

EXTRAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O quadro 1 apresenta a sistematização da análise realizada aos seis artigos selecionados.

QUADRO 1

Título; Autores; Ano de Publicação:	Tipologia e População:	Intervenção /Objetivo:	Achados Relevantes do Estudo
<p>S1 - Barriers to Regaining Control Within a Constructive Grounded Theory of Family Resilience in ICU: Living With Uncertainty;</p> <p>Pauline Wong; Pranee Liamputtong; Susan Koch; Helen Rawson; (2017)</p>	<p>Grounded Theory;</p> <p>25 Membros de famílias de 21 clientes em situação crítica internados de forma súbita numa unidade de cuidados intensivos australiana.</p>	<p>Discutir as experiências das interações familiares quando um familiar é admitido subitamente numa unidade de cuidados intensivos; o foco são as respostas emocionais experienciadas pelas famílias como consequência da Incerteza surgida durante a jornada através da UCI.</p>	<p>Intensa vulnerabilidade emocional (perda de controlo) condicionada pelo turbilhão de sentimentos - que conduz a um estado de viver com Incerteza (constituído por confrontação num ambiente desconhecido; “ser mantido no escuro” e estar num estado de turbilhão emocional; A maioria das famílias experienciou uma variedade de graus de Incerteza e sentiu desconexão emocional por parte da equipa.</p>
<p>S2 - Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo;</p> <p>Inna Elida Flórez Torres; Amparo Montalvo Prieto; Elizabeth Romero Massa; (2018)</p>	<p>Descritivo transversal;</p> <p>79 Cuidadores familiares de utentes admitidos em unidades de cuidados intensivos.</p>	<p>Determinar o nível de Incerteza nos cuidadores familiares de clientes hospitalizados em unidades de cuidados intensivos com recurso à aplicação da Escala da Avaliação da Incerteza proposta por M. Mishel (Perception of Uncertainty in Illness Scale – Family Members – PPU-FM, 1996).</p>	<p>Avaliou-se o nível de Incerteza global e por dimensões: globalmente, 59,5% dos cuidadores familiares revelaram um nível de Incerteza regular e 25,3% dos cuidadores familiares revelou um nível alto de Incerteza. Os resultados demonstram a necessidade de desenvolvimento e implementação de intervenções por parte dos profissionais que incluam a família do cliente em estado crítico como sendo também alvo da prestação de cuidados.</p>
<p>S3 - Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's theory of Uncertainty of Illness;</p>	<p>Fenomenológico e Qualitativo;</p> <p>5 Elementos de cada categoria (clientes</p>	<p>Explorar, descrever e compreender o conceito de Incerteza entre clientes e membros da família durante a permanência em UCI, a partir de uma perspetiva fenomenológica suportada por</p>	<p>A Incerteza é uma dimensão específica do cliente internado que não foi percecionada nos familiares dos clientes internados em UCI. O achado do estudo relativo a esta conclusão é atribuído à confiança nos enfermeiros e na equipa de saúde, bem como ao facto de que enfermeiros, família e</p>

Brigitte S. Cypress; (2016)	intemados, familiares e enfermeiros).	outros estudos publicados que usam a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.	utente foram perspetivados como uma unidade única associados ao rácio 2:1 enfermeiro/ cliente.
S4- Relatives' Experiences in Intensive Care – Finding a Place in a World of Uncertainty; Anne Sophie Agard; Ingegerd Harder; (2007)	Grounded Theory – Abordagem Qualitativa; 7 Familiares de clientes intemados em UCI.	Explorar e descrever as experiências dos familiares dos clientes críticos intemados nos cuidados intensivos de adultos.	Os familiares encontram-se num estado de grande perturbação e vulnerabilidade mas ainda assim são capazes de agir, desenvolvendo estratégias de <i>coping</i> . Foi identificada uma tentativa de adaptação constituída por 3 estratégias essenciais: <i>Enduring Uncertainty</i> ; <i>Putting Self Aside</i> e <i>Forming Personal Cues</i> ;
S5 - Understanding Uncertainty and Minimizing Families' Anxiety at the Time of Transfer from Intensive Care; Marion L. Mitchel; Mary Courtney; Fiona Coyer; (2003)	Revisão da Literatura; (janeiro 1980 a dezembro 2001).	Identificar através da revisão da literatura um <i>framework</i> conceitual que explique o efeito da doença crítica nas famílias; o conceito de Incerteza na doença e ansiedade, na medida em que pode ser aplicado a estas famílias; às suas necessidades, particularmente adstritas à transferência pós UCI.	A doença crítica permite muito pouco ou quase nenhum tempo para a adaptação, reduzindo drasticamente a capacidade dos familiares de desenvolverem estratégias de <i>coping</i> para lidar com a situação. A Incerteza na doença é reportada noutras situações de doença como redutora da adaptação aos eventos de doença, mas ainda não foi estudada em contexto nos familiares em UCI.
S6 - The Experiences of Families with a relative in the intensive Care Unit; Patricia A. Jamerson; Monica Scheibmeir; Marjorie J. Bott; Frances Crighton; Ruthellyn H. Hilton; Ann Kuckelman; (1996)	Estudo Qualitativo, retrospectivo e descritivo; 20 Indivíduos: 18 mulheres e 2 homens com familiares intemados em unidade de cuidados intensivos;	Descrever as experiências das dos familiares dos clientes intemados nas unidades de cuidados intensivos.	Quatro categorias de experiências: <i>Hovering</i> , <i>Information seeking</i> , <i>Tracking</i> e <i>Gamering of resources</i> ; As famílias percecionam Incerteza que é resolvida através da procura de informação e recursos. O <i>coping</i> e a satisfação dependem do progresso de um sentimento de Incerteza e ansiedade (<i>Hovering</i>) para o <i>Information seeking</i> , posteriormente através da prestação de cuidados (<i>Tracking</i>) passarão para o <i>Gamering of resources</i> . Os profissionais de saúde podem minimizar o <i>stress</i> associado à hospitalização dos parentes em UCI através da antecipação e resolução das necessidades de informação e de recursos da família.

DISCUSSÃO

O interesse pela Incerteza tem vindo a crescer, devido essencialmente ao reconhecimento da importância com a qual esta se reveste nos processos de saúde e doença inerentes à existência humana e o impacto que este fenómeno tem no planeamento de cuidados e, conseqüentemente, nos resultados quer do cliente crítico, quer da sua família.

Na verdade, a autora pioneira da Teoria da Incerteza na Doença, Merle Mishel, dá-nos uma visão bastante clara do que é a Incerteza e partir desta premissa, de acordo com a pesquisa que conduzimos, observámos que existe uma escassa evidência científica que permita responder à pergunta desta revisão. Considerando o envelhecimento da evidência científica, fomos forçados a prorrogar a pesquisa além dos últimos dez anos de investigação no sentido de tentar compreender o percurso evolutivo da investigação da Incerteza direcionada aos familiares do cliente internado em unidade de cuidados intensivos.

De facto, constatou-se que os primeiros estudos relacionados com a Incerteza, em cuidados intensivos e familiares do cliente internado, focaram-se nas experiências e necessidades durante a experiência vivenciada na unidade, estabelecendo relações hipotéticas ou iluminando outros fenómenos que se apresentaram relacionados com o fenómeno principal. Em determinados estudos, a Incerteza é abordada, mas não sobre a luz e nem com o destaque investigativo necessário para responder à pergunta de investigação proposta.

Posto isto, iremos dividir a nossa discussão entre os fatores que influenciam o surgimento da Incerteza como experiências, sentimentos, emoções e agentes *stressores* e num segundo momento iremos abordar as intervenções iluminadas pela revisão e a sua conseqüente gestão.

Determinantes da Incerteza ou que se relacionam com sua presença

Jamerson et al., (1996) descrevem as experiências dos familiares com clientes internados em unidades de cuidados intensivos, concluindo que existem quatro categorias de experiências: *Hovering, Information Seeking, Tracking e Garnering of Resources*. Para cada uma destas categorias apresentaram sugestões de estratégias (1996, p. 470) que visam não só a progressão de uma categoria para a outra, como também o seu objetivo final é a resolução e apoio à família durante o *stress* surgido durante a jornada na unidade. Não são apresentados os determinantes da Incerteza na sua forma pura e explícita. A Incerteza surge relacionada com o turbilhão de sentimentos, *stress* (Jamerson et al., 1996, p. 471) e com as necessidades dos familiares de acordo com o *Critical Care*

Family Needs Inventory. São apresentadas 5 dimensões de necessidades: 1-Necessidade de suporte; 2- Necessidade de conforto; 3- Necessidade de informação; 4- Necessidade de proximidade; 5- Necessidade de segurança.

Em 2003 Mitchell et al. debruçaram-se sobre a ansiedade relacionada com a Incerteza nos familiares. Os autores concluíram que a Incerteza estaria associada a estados de ansiedade, explicando de forma hipotética as relações entre estes dois fenómenos na tentativa de encontrar um *Framework Conceptual* que explique o conceito de Incerteza na doença e ansiedade, mais uma vez tentando aplicar estes conceitos como forma de obter resposta às necessidades dos familiares. Nesta fase, clarifica-se que não existe investigação relativamente à Incerteza experienciada pelas famílias dos clientes internados em UCI para identificar quer os níveis de Incerteza, reforçando-se as hipóteses de que durante a doença crítica os familiares experienciam, de facto, ansiedade, contribuindo para que a Incerteza na doença seja associada ao síndrome ansioso e que este último contribui para uma falta de conhecimento e perceção em relação à situação de doença, sendo a Incerteza reportada como redutora da capacidade de adaptação. Contudo, é referido também que este mesmo fenómeno não foi ainda estudado no contexto particular dos familiares dos clientes da UCI. Mais uma vez, e reforçando a evidência referida anteriormente, Mitchell et al. (2003) referem que, até à data,

Não existia investigação relativamente a este fenómeno na perspetiva dos familiares com clientes internados em UCI e nem abordando os níveis de Incerteza experienciados nem abordando as intervenções que visam reduzir ou minimizar os seus efeitos. Altos níveis de ansiedade são evidentes em situações de doença crítica onde a ansiedade pode reduzir a capacidade dos familiares de interpretar e reter informação (2003, p. 215).

Neste ponto surge novamente a ansiedade, levando-nos a esta chamada de atenção sobre a mesma, uma vez que foi também mencionada no estudo anterior. Mitchell et al. (2003) relacionam-na também, com a capacidade reduzida de *coping* das famílias, o que reduzirá a capacidade de adaptação (também já mencionada anteriormente) e que condicionará impactos negativos nos resultados da família e do cliente. Os autores defendem que a ansiedade contribui para uma falta de conhecimento e perceção, em relação à real situação de doença (Mitchell et al., 2003), relacionando estes dois conceitos, mais uma vez, com as necessidades dos familiares, acabando por referir que “sete do top dez de necessidades das famílias são necessidades de informação”(2003, p.207), Além

destas necessidades, surge ainda a necessidade “de se encontrarem fisicamente junto do cliente internado” (p.208) que podem ser fatores que interferem com a Incerteza basal. Como determinante claro sobre a Incerteza e apoiando-se já na Teoria da Incerteza na Doença de M. Mishel, surge a “não familiaridade com os sintomas”, referindo que “esta situação é bastante comum na doença crítica e aumenta os níveis de Incerteza na família do cliente” (2003, p. 210).

Ao terminar esta abordagem, os mesmos autores destacam ainda a presença de uma equipa que é percecionada como altamente qualificada, o que se traduz numa sensação de conforto para os familiares, bem como a existência de uma expectativa relativamente aos sintomas e a sua previsibilidade e que acabam por reduzir a Incerteza e aumentar os mecanismos de *coping* (Mitchell et al., 2003).

Em continuação Ågård & Harder (2007) descreveram as experiências dos familiares dos clientes internados em UCI, onde se verificou que estes se encontravam claramente num estado de grande perturbação, distúrbio emocional, confusão e Incerteza, que as autoras apelidaram de “*turmoil*”, sendo que a este estado, acresce um estado de vulnerabilidade (Ågård & Harder, 2007, p. 176). Este estudo demonstra que os familiares conseguem encontrar estratégias de *coping* e este processo concretiza-se através de três estratégias major: *enduring uncertainty; putting self aside* e *forming personal cues* que visam encontrar a adaptação. Da mesma forma que se apresentou para Jamerson et al. (1996), a Incerteza conclui-se como um fenómeno presente nos familiares dos clientes internados em UCI. Também para as estas autoras foi importante sustentar a sua discussão nas necessidades dos familiares, uma vez que o enfoque do estudo corresponde às experiências vivenciadas e conseqüentemente, estas poderão ou não encontrar-se de acordo com as necessidades que os estudos prévios reportaram, uma vez que tal como Jamerson et al. (1996), existe um destaque para a interação entre os familiares e a equipa de enfermagem que se encontra intimamente ligada às experiências sentidas e ao cuidado na resolução das variadas necessidades dos familiares por parte da última. (Ågård & Harder, 2007, p. 171).

Posto isto, no que respeita aos fatores determinantes da Incerteza, as autoras destacam o fator de “espera” da informação como uma dimensão importante e que influencia a ansiedade dos familiares.

Em continuação, Cypress (2016) tentou compreender o conceito da Incerteza entre clientes internados, enfermeiros e familiares dos clientes internados. É o primeiro estudo que efetivamente nos conduz a detalhes concretos e que permitem já algumas conclusões precárias.

A autora verificou que as famílias têm confiança no enfermeiro e na equipa de saúde, pelo que “enfermeiros, família e cliente internado são perspetivados como uma unidade única” (2016, p.47), o que terá conduzido ao facto da Incerteza não ter sido reportada entre os membros da família dos

clientes internados. Desta forma, os dados que encontrou apresentam-se contraditórios face ao que tem sido consensualmente apresentado ao longo dos anos e ao longo das conclusões relativas à Incerteza nos familiares do cliente crítico.

Factualmente, verificamos que múltiplos estudos encontram Incerteza entre os membros da família do cliente internado, encontrando-se este conceito associado a sentimentos de caos, stress, ansiedade, existindo pouco ou nenhum tempo para adaptação e como consequência, capacidades de coping reduzidas (Cypress, 2016, p. 43).

O estudo relaciona estes dados contraditórios não só ao que foi dito previamente mas também ao rácio de enfermeiro/ cliente internado de 1:2. A conjugação destes três elementos (rácio, confiança na equipa de saúde e unidade única de enfermeiro, família e cliente internado) relaciona-se de tal modo que irá permitir um “sentimento de tranquilidade das famílias quando se encontram em casa”, conscientes de que os enfermeiros prestam o melhor cuidado possível ao seu familiar e executam aquilo “que foram treinados para fazer” (2016, p.44), permitindo que a confiança seja um fator presente nas famílias (relativamente à equipa), diminuindo a ansiedade que, quando presente, diminui, como já vimos, a capacidade para compreender a real situação bem como a informação que lhes é transmitida e a retenção dessa mesma informação. A par disto, podemos concluir que a proximidade e o detalhe no cuidar poderá ser superior comparativamente com outros estudos nesta linha associado também ao facto de que um rácio menor permitirá um maior foco de atenção. Ou seja, uma eventual transmissão de informação mais adequada às necessidades dos familiares, mais validada e melhor atualizada periodicamente.

Em continuação, Cypress (2016) refere as bases da Teoria da Incerteza de Mishel e alerta-nos para o *stimuli frame* que é constituído pelas dimensões de: *symptom pattern*; *event familiarity* e *congruence event* - sobre estas dimensões importa sublinhar que elas estão inversamente relacionadas com a Incerteza, no sentido em que quanto menos familiar, expectável e ou regular for o *symptom pattern* (2016, p.35); quanto menos familiar for o *event familiarity* (2016, p.46) e quanto menos *congruence event* existir (2016, p.46) maior será a probabilidade de a Incerteza surgir e permanecer.

Como elementos que podem constituir-se como determinantes da Incerteza são apresentadas as *cognitive capacities* e os *structure providers*. Sobre o último, este é constituído por três elementos: *credible authority*; *social support* e *education*.

Posto isto, outros determinantes apontados por Cypress (2016) vão igualmente ao que foi apontado em estudos anteriores e a destacar destes fatores que se podem relacionar com a presença da Incerteza e que ainda não foram mencionados previamente temos: os sentimentos de

desesperança; o facto da Incerteza poder manifestar-se através de alterações da percepção de tempo e perda de controlo situacional.

Avançando, Romero Massa et al., 2018 procederam à avaliação do nível de Incerteza nos cuidadores familiares de clientes internados em unidades de cuidados intensivos com recurso à utilização da escala de avaliação de Incerteza proposta por Merle Mishel na sua versão para familiares (PPU-FM 1986). Este estudo foi o único artigo selecionado que no seu desenho metodológico inclui a medição direta do nível de Incerteza dos familiares e, mais uma vez, foi sentida uma necessidade por parte dos autores de trazerem para a sua discussão as necessidades sentidas pelos familiares citando por exemplo Ågård & Harder (2007).

Explorando os determinantes da Incerteza, os autores trazem novamente os fundamentos da Teoria de Mishel, afirmando que esta teoria originalmente apresenta três aspetos da doença como causadores de Incerteza e que podem ser trazidos para esta realidade sendo eles: a natureza errática, a ambiguidade dos sintomas e a severidade da doença; *Mishel* (citada por Romero Massa et al., 2018), acrescenta que a dor, o desconforto, a perda de controlo situacional, bem como a interrupção súbita das atividades de vida diárias também se encontram relacionados como o fenómeno de Incerteza.

Outro aspeto a destacar do estudo é que, Brevis (citado por Romero Massa et al., 2018) enfatiza as quatro dimensões da Incerteza: ambiguidade, falta de clareza, imprevisibilidade e falta de informação. Na verdade, e como já vimos, algumas destas dimensões foram já mencionadas de forma parcial em estudos anteriores, no entanto apenas neste estudo foram trazidas à luz da investigação como elementos importantes na avaliação do fenómeno em estudo.

Assim, chegamos a Wong, Liamputtong, Koch, & Rawson (2017) onde o ponto de partida é o facto de que “existe um conhecimento limitado da natureza da Incerteza experienciada pelos familiares dos clientes internados em situação crítica, assim como das intervenções que visam minimizar esta mesma Incerteza, uma vez que não se encontram bem documentadas” (2017, p.2), acrescentado que as relações entre as interações família-equipa e o ambiente característico da unidade (fatores que tem vindo já a ser iluminados pela investigação que foi selecionada) e a sua influência na Incerteza vivenciada pelas famílias, encontram-se igualmente mal delineadas.

À semelhança do que temos vindo a verificar, Wong et al (2017) citam também vários autores que já foram expostos nesta revisão, reforçando diversos aspetos como os sentimentos de medo, choque e o elevado distress emocional vivenciado pelos familiares aquando da admissão em UCI, reforçando que “estas emoções são fundamentadas e justificadas pela Incerteza relativa à sobrevivência do familiar, desespero, desorganização, desesperança” (Wong et al., 2017, p. 3) citando Ågård & Harder (2007). Para os autores, é claro que a natureza desconhecida e estranha das

unidades de cuidados intensivos corresponde a uma fonte direta de Incerteza e ansiedade para as famílias, acabando estas por sofrer emocionalmente numa forma inversa por consequência também do seu estado de Incerteza.

O aspeto fundamental do estudo relaciona-se com o conhecimento mais aprofundado da Incerteza, uma vez que os dados permitem “compreender a Incerteza em doença crítica para lá da universalmente identificada <necessidade de informação>” (Wong et al., 2017, p. 4). Este estudo, ao desenvolver o tipo de influências na Incerteza vivenciada pelos familiares, para além de uma inadequada informação, permite demonstrar que “a Incerteza não é necessariamente resolvida apenas através da transmissão de informação” (2017, p.21), uma vez que apesar de a informação ser assegurada, alguns familiares mantiveram-se não confiantes na equipa pela maneira como a informação foi fornecida e continuaram a procurar outros elementos da equipa até que a informação fosse entregue adequadamente e considerada de confiança. De facto, como vimos anteriormente Ågård & Harder (2007) já tinham identificado esta situação, contudo Wong et al. (2017) ainda assim não explicaram como é que se deveria proceder para reduzir a Incerteza ou a ansiedade.

Posto isto, como determinantes da Incerteza, além dos previamente mencionados antecedentes importa destacar o papel da equipa de saúde que pode adicionar ou reduzir Incerteza bem como outros fatores <surgidos de novo>: as barreiras de acesso à informação (que podem ser consideradas como os próprios profissionais e a restrição de visitas); a perda de controlo; os sentimentos de frustração e hostilidade resultantes destas supra ditas <barreiras>. Posteriormente, voltam a surgir as necessidades de informação; as emoções e sentimentos esmagadores como a desesperança, preocupação e níveis elevados de ansiedade que poderão incapacitar a compreensão da situação e o desenvolvimento de estratégias de coping; a espera pela informação volta a surgir como um dos aspetos mais difíceis da experiência em cuidados intensivos (Wong et al., 2017).

QUADRO 2 - Sistematização dos determinantes da Incerteza agrupados por categorias

Estudo	Categoria	Determinante
S1	Ambiente	Novidade e confusão; Falta de familiaridade com o ambiente; Protocolos ou normas e rotinas do serviço desconhecidas;
	Emoções e Sentimentos e Papéis	Elevados níveis de ansiedade e medo; Preocupações sobre um futuro podem gerar stress elevado e Incerteza no cliente internado e na sua família; Grande sofrimento; Rotura de papeis e desconhecimento; Preocupação com o nível de dor e de desconforto do cliente internado; Interrupção súbita das atividades de vida diárias;
	Informação e Comunicação	Falta de informação sobre o ambiente na UCI; Falta de informação sobre as opções de tratamento, prognóstico e resultados; Informação confusa, incompreensível, com um tipo de linguagem desadequada;
	Antecedentes da Incerteza	A severidade da doença; Processos de doença que constituem a escala PPU-FM de MISHEL (1997): Sintomas, diagnóstico, tratamento, prognóstico e relações entre família e equipa prestadora de cuidados; Domínios da Incerteza apresentados por MISHEL 1988: Ambiguidade; Falta de Clareza; Imprevisibilidade e Falta de Informação; Probabilidade de Incapacidade ou morte;
	Equipa e Família	Os profissionais de saúde são considerados barreiras de satisfação de necessidades de informação; Incerteza associada à falta de orientação da equipa de saúde.
S2	Ambiente	Natureza desconhecida da UCI;
	Emoções, Sentimentos e Papéis	Sentimentos e emoções fortes; <i>Distress</i> emocional; Desespero; Desesperança; Ansiedade; Medo; Choque; Preocupação
	Informação e Comunicação	Informação ambígua e pouco clara; Espera pela Informação; Barreiras de Acesso à informação (ex: Restrição de visitas);
	Antecedentes da Incerteza	<i>[Stimuli Frame; Cognitive Capacities; Structure Providers]</i>
	Equipa e Família	Comunicação fechada; Falta de confiança na equipa;
S3	Ambiente	Tempo de espera aumentado; Alterações das perceções de tempo, Impossibilidade de guardar e proteger através de estar perto do cliente;
	Emoções e Sentimentos e Papéis	Medo e preocupações relacionados com a doença crítica; Ansiedade; Mudança de papéis; Dificuldades na comunicação; Desesperança; Perda de controlo situacional;
	Informação e Comunicação	Falta de conhecimento em relação ao ambiente de UCI; Falta de informação respeitante ao diagnóstico, às opções de tratamento, ao prognóstico e aos resultados esperados;

QUADRO 2 - Sistematização dos determinantes da Incerteza agrupados por categorias (continuação)

	Antecedentes da Incerteza	[<i>Stimuli Frame; Cognitive Capacities, Structure Providers</i>] Sobrevivência do familiar e existência de sequelas; Surgimento de Complicações; Dificuldades em determinar a causa da doença; Padrão de padrão sintomas ambíguo, incompreensível e não discernível; Progressão imprevisível; A severidade da doença; Estratégias individuais de <i>coping</i> desadequadas; Natureza não esperada da admissão em UCI;
	Equipa e Família	Falta de confiança na equipa de saúde; Rácio enfermeiro/cliente; Experiência individual/ familiar e conseqüente interpretação subjetiva;
S4	Ambiente	A “espera”; Ambientes não familiares com regras e rotinas desconhecidas;
	Emoções e Sentimentos e Papéis	Sentimentos como caos, preocupação, ansiedade, medo de perda e de mudança do futuro;
	Informação e Comunicação	Ausência de avaliação prévia de necessidades de informação dos familiares;
	Antecedentes da Incerteza	Sobrevivência do cliente intemado; Possibilidade de existências de sequelas e/ou possibilidade de recuperação; Experiência inesperada, complexa e difícil;
	Equipa e Família	Atenção dispensada aos familiares é insuficiente ou inadequada;
S5	Ambiente	Necessidades de se encontrar fisicamente junto ao cliente;
	Emoções e Sentimentos e Papéis	-----
	Informação e Comunicação	Necessidades de informação são constantemente apontadas;
	Antecedentes da Incerteza	A não familiaridade com os sintomas;
	Equipa e Família	-----
S6	Ambiente	-----
	Emoções e Sentimentos e Papéis	-----
	Informação e Comunicação	-----
	Antecedentes da Incerteza	-----
	Equipa e Família	-----

Intervenções que visam minimizar a Incerteza, que se relacionam com a sua gestão ou de fatores que se envolvem na sua génese

Relativamente às ações de enfermagem, Jamerson et al. (1996) não apontam intervenções que visem minimizar a Incerteza de uma forma direta. No entanto, para as autoras é claro que “responder às necessidades dos familiares do cliente internado em UCI pode ajudar as famílias” (Jamerson et al., 1996, p. 473) e após a análise das intervenções sugeridas para lidar com os quatro tipos de experiências identificadas e consequentemente com o *stress* e a Incerteza que se encontram subjacente a todas elas, podemos concluir que a maioria das intervenções propostas são dirigidas como resposta às necessidades identificadas e são globalmente intervenções de informação, orientação, suporte e inclusão, levando-nos a colocar como hipótese que a resposta às necessidades dos familiares do cliente internado em UCI poderá responder simultaneamente à minimização da Incerteza nestes mesmos familiares. As autoras concluem que “as famílias experienciam um sentimento de Incerteza que poderá ser resolvido eventualmente com a procura de informação e de recursos” (1996, p. 473).

No seguimento do anterior, Mishel & Braden (citados por Mitchell et al., 2003, p.208) dão ênfase às intervenções que se centram na importância da comunicação focada nos progressos do cliente internado e nas perspetivas de futuro e, enumera, embora de uma forma muitas vezes pouco clara, intervenções que poderão contribuir para uma melhor gestão deste fenómeno, destacando-se ações (que estão de acordo com os antecedentes da Incerteza de Mishel) como o suporte social – que diminui a ambiguidade relacionada com as multiplicidades da doença crítica pela oportunidade de partilha de ideias e o cross-check de informações e bem como a “relação de um para um que irá aumentar a confiança na equipa de saúde por parte dos familiares” (2003, p.208). Esta intervenção interliga-se com outro fator importante na gestão da Incerteza: a promoção da confiança na equipa de saúde - “A confiança na equipa de saúde – a mesma que transmite informação - é essencial para a redução dos sentimentos de Incerteza” (2003, p.210). A par com isto, Mishel e & Braden (citados por Mitchell et al., 2003, p. 210) referem-nos que a “educação e transmissão da informação consistente através das autoridades credíveis reduz a Incerteza através da assistência na interpretação do padrão de sintomas e na compreensão dos tratamentos”.

Associando-se a esta questão da confiança na equipa, Ågård & Harder (2007) destacam a importância da inclusão da família como foco de atenção de cuidados e a permanência junto ao cliente internado. Estas duas intervenções já foram mencionadas igualmente em estudos anteriores (Jamerson et al., 1996; Mitchell et al., 2003). Aqui destacamos também importância de separarmos comunicação de transmissão de informação e a importância da realização da identificação prévia de

necessidades de informação segundo as percepções dos próprios familiares e não segundo o referencial lato da equipa.

Em seguimento, as autoras ressaltam a importância da compreensão das necessidades dos familiares e das estratégias mobilizadas, como forma de melhorar o desenvolvimento da comunicação e cooperação entre os enfermeiros e os familiares dos clientes internados (Ågård & Harder, 2007, p. 176), recomendando que se desenvolvam ações de formação e competências que reconheçam a complexidade do cuidado aos familiares do cliente crítico, bem como promovam uma prestação de cuidados de inclusão dos familiares. Este último ponto é particularmente importante, uma vez que foca o que outros estudos têm apontado como estratégias de gestão da Incerteza. Sabemos que a comunicação e a cooperação com a equipa, na dimensão do desenvolvimento da confiança, foram já apontadas como aspetos importantes na resposta à questão de revisão.

Em continuação no estudo que Cypress (2016) realizou, há a destacar que este não reportou Incerteza nos familiares dos clientes internados, tendo encontrado famílias que confiavam na equipa de saúde, que experienciavam sentimentos de tranquilidade e metodologias de trabalho em que família, cliente e enfermeiros foram percebidos apenas como uma só unidade. O rácio enfermeiro/cliente de 2:1 também pode ser um fator de influência e que merece destaque nesta análise. A par disto, intervenções sugeridas vão no sentido de promover ensinamentos efetivos e contextualizados aos clientes e famílias sobre o que esperar relativamente a diagnósticos, exames complementares, tratamentos, trajetórias de sintomas, fazendo uso do papel de autoridade credível (tornando-se um elemento fonecedor de estrutura). Para a autora, “os enfermeiros constituem-se como os instrumentos de gestão da Incerteza” (2016, p.47).

As famílias que constituíram a amostra do estudo sentiram-se emocionalmente empoderadas e fortalecidas, confiavam nos cuidados que os enfermeiros e a equipa de saúde prestavam aos clientes críticos. Não obstante, a autora refere igualmente que novos estudos são necessários noutra tipo de populações e diagnóstico que permitam confirmar ou infirmar as conclusões aqui apresentadas. “Estudos qualitativos e quantitativos são necessários para desenvolver e modificar os instrumentos de medida da Incerteza incluindo a criação de intervenções de gestão em ensaios clínicos” (Cypress, 2016, p. 47).

A autoridade credível, o suporte social e a educação constituem os recursos disponíveis para assistir a família e o cliente na *interpretação do quadro de estímulos*. Os enfermeiros e os profissionais de saúde constituem-se autoridades credíveis e podem diretamente influenciar o conhecimento relativo ao quadro de estímulos e os seus componentes. Smith & Liehr (citados por (Cypress, 2016) defendem que:

Os cuidados de enfermagem são representados como elementos fornecedores de estrutura pois uma parte importante dos cuidados de enfermagem envolvem explicar e providenciar informação; Os enfermeiros e as intervenções de enfermagem podem reduzir ou gerir a Incerteza de uma forma direta através da interpretação da doença e dos seus eventos, através da promoção de informação e promoção de confiança no seu juízo clínico e performance (Cypress, 2016, p. 47).

Romero Massa et al. (2018) destacam a diminuição dos níveis de ansiedade (p.8) - que aparece novamente à semelhança do já apresentado anteriormente - como uma intervenção a destacar. A resposta às necessidades de segurança, informação e proximidade são outras intervenções iluminadas, pois segundo os autores, a “família do cliente necessita confiar na equipa de saúde pois é através dela que lhes é transmitido uma sensação de controlo sobre a situação” (2018, p.10). De referir ainda o destaque para intervenções que promovam a inclusão dos familiares dos clientes internados também como sujeitos do cuidado (2018, p.11). Este fator foi também já mencionado anteriormente como um fator importante na resposta não só às necessidades dos familiares, mas também como facilitador da gestão da Incerteza. Importa referir ainda que a informação entregue aos familiares deve ser contínua, não só sobre a doença e o estado de saúde, mas também sobre os procedimentos e tratamentos que são realizados (Romero Massa et al., 2018, p. 9). Para os autores, a gestão da Incerteza passa pelas intervenções que contribuam para o processo de humanização dos cuidados em contexto de cuidados intensivos.

Os últimos autores incluídos no nosso estudo, Wong et al. (2017), apresentam-nos também intervenções que visam minimizar a Incerteza ou que se relacionam com a sua gestão ou a gestão de fatores que se envolvem na sua génese. Assim, estes destacam um incentivo ao movimento para lá dos sentimentos de medo, desespero e perda de controlo, apoiando-se na informação, referindo que a “informação foi descrita como o antídoto para o medo da Incerteza que poderá ajudar os familiares a tolerar a situação” (Wong et al., 2017, p. 5).

Outra posição expressa dos autores é referente ao ambiente da UCI e à informação, alertando para o facto da Incerteza ser reduzida quando “os familiares aprendem sobre o ambiente da unidade, a condição do cliente bem como o tratamento proposto” (2017, p. 5), bem como em associação, as equipas devem procurar proactivamente explicar a natureza das circunstâncias “incluindo o propósito e função da tecnologia; equipas que falham no esclarecimento e no fornecimento de explicações relativas a estes aspetos podem adicionar danos emocionais às famílias” (2017,p.3).

Dando mais ênfase à *comunicação* (e não tanto à *informação*) os autores avançam que as famílias reduzem o seu nível de confiança quando percebem que a informação é pouco clara ou é realizada em comunicação fechada, pelo que “a equipa deverá oferecer atualizações frequentes do estado de saúde do seu familiar internado bem como sobre os progressos e ou retrocessos no tratamento e principalmente nas primeiras 24H-72H após a admissão na unidade” (2017, p.3). Outro aspeto ressaltado como importante é o reconhecimento que as *famílias* comunicam, percebem e compreendem a informação de diversas maneiras, pelo que é importante que “a equipa determine previamente as necessidades de informação individuais de cada família e assegure que essa informação é comunicada e disponibilizada de maneira a que seja compreendida e interpretada” (2017, p.3).

Assim, podemos concluir que de acordo com o estudado, somos a referir que as intervenções de enfermagem relacionam-se diretamente com os determinantes sugeridos relativos à presença da Incerteza nos familiares. É importante ainda destacar, uma vez que as necessidades dos familiares se constituíram como uma dimensão iluminada frequentemente pelos autores, que a resposta às necessidades dos familiares de acordo com o *Critical Care Family Needs Inventory*. (*Necessidades de suporte; de conforto; de informação; de proximidade; segurança*) constituem-se como tipologias major de intervenções, que no fundo permitem dar respostas às dimensões por nós elencadas (a saber: Ambiente; Emoções, Sentimentos e Papéis; Informação e Comunicação; Antecedentes da Incerteza e Equipa e Família) e que correspondem à categorização dos fenómenos que se relacionam, implicam e influenciam o processo de Incerteza.

QUADRO 3 - Sistematização das intervenções que visam minimizar a Incerteza, que se relacionam com a sua gestão ou de fatores que se envolvem na sua génese

Estudo	Categoria	Intervenção
S1	Ambiente	Promover a humanização dos cuidados.
	Emoções, Sentimentos e desempenho de Papéis	Diminuir os níveis de ansiedade; Promover e sentimentos de controlo situacional; Satisfazer as necessidades em momentos de crise; Promover a segurança.
	Informação	Disponibilizar a informação aos familiares de forma contínua; Promover a Informação.
	Antecedentes da Incerteza	Compreender a diáde família-enfermeiro como chave para uma atenção integral.
	Equipa e Família	Promover a confiança na equipa; Incluir a família dos clientes como sujeitos do cuidado; Promover a proximidade entre a equipa e família e entre família e cliente intemado.
S2	Ambiente	Promover aprendizagem sobre o ambiente da UCI.
	Emoções, Sentimentos e desempenho de Papéis	Promover a Esperança; Apoiar os familiares no “ <i>mover-se para lá</i> ” dos sentimentos de desespero e perca de controlo.
	Informação e Comunicação	Promover aprendizagem sobre a condição do cliente e os tratamentos propostos; Determinar as necessidades de informação individuais de cada família; Disponibilizar informação de forma a ser compreendida e interpretada; Fomecimento de Informação periódica, relevante e honesta; Atualizar a informação da família relativa ao estado de saúde do cliente (evolução, retrocessos ou tratamentos) principalmente nas primeiras 24-72H após admissão na UCI; Comunicar a informação de maneira facilitadora para a compreensão da família; Reconhecer que as famílias percecionam e compreendem a informação de diversas formas.
	Antecedentes da Incerteza	Promover estratégias de <i>coping</i> .
	Equipa e Família	Diagnosticar junto da família, os eventos que conduziram o cliente e a sua família à UCI.
S3	Ambiente	-----
	Emoções, Sentimentos e desempenho de Papéis	Promover a esperança realística; providenciar encorajamento e segurança.

QUADRO 3 - Sistematização das intervenções que visam minimizar a Incerteza, que se relacionam com a sua gestão ou de fatores que se envolvem na sua génese (Continuação1/2)

	Informação e Comunicação	Promover os cuidados de enfermagem (por si que envolvem explicar, providenciar informação); Providenciar ensinamentos efetivos e contextualizados; Oferecer informação compreensível e responder às questões; Providenciar informação em suporte material relacionada com grupos de suporte, e recursos eletrónicos; Encorajar os clientes/ famílias que lidaram bem com a Incerteza a comunicar com os que se encontram a vivenciá-la no presente, uma vez que contribuem para o aumento da informação e funcionam como fonte de suporte social.
	Antecedentes da Incerteza	Discutir o prognóstico; Assistir nas estratégias de <i>coping</i> .
	Equipa e Família	Promover a confiança na equipa; Promover o uso do suporte social; promover a utilização da rede de suporte de familiares, amigos, e equipa de saúde que é significativa para o cliente e sua família.
S4	Ambiente	Estabelecer um horário de visitas flexível e "aberto"; Promover a permanência junto ao cliente internado.
	Emoções, Sentimentos e desempenho de Papéis	Gerir e diminuir da ansiedade.
	Informação e Comunicação	Providenciar conhecimento e informação - poderá trazer clareza e segurança aos familiares; o conhecimento aparenta ser uma necessidade fundamental no caminho da adaptação (objetivo da gestão da Incerteza).
	Antecedentes da Incerteza	-----
	Equipa e Família	Estabelecer uma relação de cuidado com os familiares, tomando-os também foco dos cuidados; Implementar uma relação de cooperação com as famílias do cliente internado; Promover a participação dos familiares nos cuidados.
S5	Ambiente	-----
	Emoções e Sentimentos e Desempenho de Papéis	-----
	Informação e Comunicação	Promover a transmissão de informação consistente e educação através de autoridades credíveis; Utilizar comunicação focada nos progressos do cliente internado e nas perspetivas de futuro.
	Antecedentes da Incerteza	Gerir as expectativas relativamente aos sintomas ou à sua previsibilidade.

QUADRO 3 - Sistematização das intervenções que visam minimizar a Incerteza, que se relacionam com a sua gestão ou de fatores que se envolvem na sua gênese (Continuação 2/2)

	Equipa e Família	Implementar a relação “um para um” - cliente /enfermeiro; Promover o suporte social; Promover a confiança na equipa; Orientar as perceções da família face à presença de uma equipa altamente qualificada.
S6	Ambiente	Orientar das famílias no ambiente e rotina da UCI; Permitir horário de visitas e de transmissão de informação flexível e individualizado.
	Emoções e Sentimentos e Desempenho de Papéis	Estabelecer relação empática; Manter uma comunicação flexível e honesta.
	Informação e Comunicação	Antecipar as necessidades de informação do estado do cliente numa base regular; Atualizar a informação transmitida regularmente; Distribuir de informação útil em suporte de papel.
	Antecedentes da Incerteza	Providenciar cuidados complexos e de qualidade.
	Equipa e Família	Realizar levantamento das experiências prévias da família em UCI; Incluir a família no planeamento da alta; Evitar rotatividade de enfermeiros; Tratar a família com respeito e dignidade; Possibilitar as famílias prestem cuidados não técnicos.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

O estudo revela que a Incerteza surge como um fenómeno presente na maioria da população selecionada, revelando-se um fenómeno complexo e cujo surgimento, além dos seus determinantes basais, é influenciado por outros fatores orbitários à experiência humana e ao cuidar. Consensualmente, foi encontrada uma escassa evidência da literatura que permita responder de uma forma concreta e sistematizada à questão de revisão e aos objetivos propostos. Múltiplos autores reportam esta fragilidade na investigação e referem a necessidade de outros estudos, nomeadamente direcionados aos familiares dos clientes internados em unidades de cuidados intensivos.

Os resultados apontam um fenómeno presente nos familiares dos clientes internados em cuidados intensivos, associando o próprio processo de doença crítica e a admissão na unidade como os primeiros fatores que conduzem à instalação do fenómeno. A par destes determinantes, o stress emocional, o medo, a desesperança, a ansiedade e a espera foram fatores que surgiram transversalmente a todas as investigações. O conceito de vulnerabilidade e sensação de perda de controlo são também importantes na compreensão deste fenómeno. Como determinantes basais, não podemos deixar de referenciar os antecedentes da Incerteza da Teoria de Merle Mishel. Importa ainda destacar as diversas particularidades da comunicação que vão além da simples transmissão de informação e da importância da relação de confiança com a equipa de saúde, nomeadamente na orientação dos familiares face à nova realidade, bem como no auxílio da construção de significados.

A transmissão de informação deve ser antecipada e fornecida regularmente pelos enfermeiros, assim como a família deve ser orientada nas dinâmicas próprias da unidade. O horário flexível de visitas, a compreensão das experiências passadas em contexto de UCI e uma comunicação genuína e honesta (relação empática), a possibilidade de reduzir a rotatividade dos enfermeiros bem como a importância da relação equipa família foram também fatores em destaque. A promoção do suporte social, a resposta às necessidades dos familiares e os enfermeiros são elementos privilegiados no âmbito da gestão da Incerteza.

Em termos de implicações para a prática, torna-se importante o desenvolvimento de investigação que avalie o nível de Incerteza dos familiares dos clientes críticos internados em UCI, bem como o desenvolvimento de intervenções que visem a diminuição e gestão da Incerteza experienciada. O processo de cuidar em cuidados intensivos deverá incluir a família como elemento igualmente central do cuidado e não só o cliente que se encontra internado. Os cuidados de excelência e a humanização de cuidados solicitam um despertar para as dimensões não tecnicistas

de enfermagem e uma equiparação verdadeira da relação empática e de ajuda que é, como sabemos, o pilar da prestação de cuidados.

A criação de momentos de reflexão no contexto da prática e em contexto académico que permita aprofundar conhecimentos e uma fundamentação efetiva da prestação de cuidados (prática baseada na evidência) bem como uma flexibilidade desinteressada, associada à mudança de atitudes, de paradigmas e de uma valorização da complexidade do cuidado ao cliente crítico e da sua família deverão constituir-se hoje, mais do que nunca, um foco de atenção para os enfermeiros e outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>
- Cypress, B. S. (2016). Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 25(6), 467–474. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(96\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(96)80049-5)
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225–232.
- Mishel, M. H. (1991). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 236–240. <https://doi.org/10.1097/00006199-199107000-00013>
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*, Vol. 5, pp. 207–217. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00155.x>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping Reviews - Chapter 11. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Obtido de <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Romero Massa, E., Florez Torres, I. E., & Montalvo Prieto, A. M. P. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1).
<https://doi.org/10.11144/javeriana.ie20-1.icfp>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2017). Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4390–4403. <https://doi.org/10.1111/jocn.13768>

DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Uma vez que este relatório de estágio encerra em si próprio uma dimensão de reflexão associada a uma dimensão do agir, foi necessário escolher contextos de estágio idóneos que permitissem a execução do projeto e dos objetivos definidos para o percurso.

Neste sentido, para ambos os contextos estágio, foi selecionada uma instituição hospitalar de excelência, considerada líder no âmbito da assistência privada (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2014), situada na área metropolitana de Lisboa Oriental, onde fosse encontrada a complexidade do cliente crítico associada a uma multiplicidade de fatores, como por exemplo, disponibilidade tecnológica atualizada ao serviço da assistência ao cliente, e que permitisse igualmente adquirir novos conhecimentos, desenvolver novas competências e refinar capacidades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. A localização geográfica, a possibilidade de apoios ao desenvolvimento do projeto pretendido, bem como a facilidade de acesso foram igualmente fatores tidos em consideração.

Assim, o primeiro estágio decorreu no SU desta mesma unidade e teve uma duração de cento e oitenta horas, decorridas durante sete semanas com início a 06 de maio de 2019 e término 26 de julho de 2019.

O SU corresponde a um contexto onde a assistência é prestada interruptamente nas 24H, a qualquer cliente que ali se dirija, dispondo de meios direcionados à receção de indivíduos em situação urgente ou emergente e que é constituído por diversas valências, entre as quais a destacar o corpo de enfermagem e enfermagem de especialidade em doente crítico, pediatria e reabilitação, e o corpo médico com medicina de especialidade permanente em medicina geral e familiar; medicina interna, pediatria e ginecologia; bem como outras especialidades em regime de chamada (entre as quais: cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia). Além destes profissionais, dispõe também de uma equipa fixa de assistentes operacionais e administrativos que possibilitam a resposta às três valências principais.

Em termos de organização estrutural e arquitetónica, o atendimento situa-se no piso zero do hospital e dispõe de receção central única. As instalações do SU de pediatria e do SU de adultos localizam-se no mesmo piso, à direita e à esquerda, respetivamente, da receção. A assistência a

urgências obstétricas (terceira valência) é admitida através da receção central e as clientes após terem sido submetidas a triagem no piso zero, são encaminhadas e acompanhadas por assistentes operacionais até ao serviço de especialidade obstétrica que se situa no piso dois. No que diz respeito ao SU de adultos, este dispõe de um gabinete de triagem permanente e um segundo gabinete de triagem que pode ser ativado mediante necessidade de resposta; duas salas de espera, cinco gabinetes de observação médica; uma sala de internamento de curta duração (UICD) em disposição de *open space* com capacidade para quatro unidades; sala de tratamentos com capacidade para oito unidades; gabinete de enfermeiro gestor e gabinete de médico gestor; uma sala de pequena cirurgia, uma unidade de isolamento sem antecâmara ou sistema de pressões; um armazém de consumíveis; um armazém técnico; sala de contaminados e uma copa.

Não dispondo de sala exclusiva de reanimação, a primeira unidade da UICD é reservada para situações de emergência e, como tal, esta corresponde à última unidade a ser ocupada mediante decisão em equipa.

O segundo estágio, como foi mencionado, realizou-se na mesma unidade privada, num contexto de UCI, mais concretamente UCIP, com uma duração de trezentas e sessenta horas, decorridas durante dezassete semanas com início a 9 de setembro de 2019 e término a 19 de dezembro de 2019. A UCIP é um serviço com autonomia funcional, cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade ao cliente crítico adulto e fica localizada no piso um junto ao bloco operatório central. Trata-se de uma unidade de nível II e III, que dispõe de um quadro médico e de enfermagem com formação específica e diferenciada, coordenados por um enfermeiro gestor e um médico gestor exclusivos, e que garante a presença de médico diferenciado 24H/dia e adequado *ratio* de enfermeiros diferenciados. Relativamente à sua organização estrutural, dispõe de uma capacidade total para doze unidades dispostas em *open space*, sendo que uma delas corresponde ao único quarto de isolamento com pressão variável disponível no hospital. Como instalações de apoio, dispõe ainda de uma receção própria com sala de espera para familiares, uma central de equipamento, um armazém de consumíveis, uma copa, balneários masculinos e femininos, gabinete de enfermeiro gestor e gabinete de médico gestor, sala de reuniões e sala de contaminados.

DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo debruçar-se-á sobre o percurso efetuado na vertente da aquisição e desenvolvimento de competências, não só de acordo com o que foi proposto alcançar nos projetos de estágio (objetivos gerais e específicos), mas também tendo em conta o *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2019) e o *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em situação crítica* (2018). A par com estes documentos, apresentaremos outros que consideramos fundamentais e que também sustentam o percurso académico.

Em continuação, para ambos os contextos foi definido como objetivo geral “*Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e respetiva família*” e como objetivos específicos para o primeiro estágio - *A pessoa em situação Crítica e Família-Vigilância e Decisão Clínica* – definiram-se:

- a) “*Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência, na UICD*”;
- b) “*Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, no âmbito das competências relacionais à pessoa com o diagnóstico de síndrome coronário agudo (SCA)*”;

Relativamente aos objetivos específicos definidos para o segundo estágio – *Estágio Final e Relatório* – foram propostos:

- a) “*Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto UCIP*”;
- b) “*Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e sua família no âmbito da gestão da Incerteza*”;

Nesta perspetiva, iniciamos a análise com Silva (2015) ao afirmar que “a profissão de enfermagem em Portugal continua hoje em constante evolução, marcada por uma formação cada vez mais especializada, com diferentes mestrados e doutoramentos, e uma adaptação permanente às novas técnicas e terapias” (Silva, 2015, p. 68). Na verdade, não podemos falar sobre enfermagem;

enfermagem especializada e desenvolvimento de competências sem primeiro falar sobre a sua importância *per se* e que desde logo se encontra espelhada e protegida na legislação bem como nos regulamentos supracitados, noutros e em estatutos próprios da profissão que irei invocar mais à frente.

Na nossa perspetiva, a importância do desenvolvimento de competências encontra-se como forma precedente do desenvolvimento de uma profissão ou ciência. Prova disso é a forma como este processo se encontra contemplado na Lei Fundamental do nosso País (Constituição da República Portuguesa [CRP]) e nos é apresentado ora como um direito, ora como dever, tanto ao nível do Estado como ao nível dos profissionais de saúde e em diversos planos da vida profissional.

Antes de avançar, ressalva-se o facto de que primeiramente e acima de tudo, na génese deste processo de desenvolvimento, ainda que pareça perder-se na teia complexa destas realidades, a causa fundamental que justifica por si só toda a aquisição e atualização permanente de conhecimentos e competências são as próprias pessoas que diariamente são confiadas aos nossos cuidados. É pelas pessoas – clientes, pacientes, utentes, doentes ou saudáveis, em qualquer fase do seu ciclo vital, em situação crítica ou não – é neles que encontramos a justificação última e primeira para o que somos, fazemos, construímos e desenvolvemos. Assim, a Lei de Bases da saúde (LBS) – que de acordo com Deodato (2018) elenca os princípios latos da prestação de cuidados de saúde e pela sua abrangência e origem no artigo 64º da CRP, constitui uma pomenorização do anterior e será (até mesmo dentro da própria hierarquia das leis e do sistema jurídico) a primeira justificação para obrigatoriedade do desenvolvimento de competências e, conseqüentemente, uma das razões para este percurso académico e profissional.

Recentemente reformulada (setembro de 2019), a LBS contempla já este desenvolvimento como um direito dos profissionais de saúde. Na sua Base 28 – profissionais de saúde - cruza dois pontos bastante importantes - a obrigatoriedade ao cumprimento dos deveres éticos e deontológicos e o direito ao aperfeiçoamento profissional, ou seja, ao desenvolvimento de competências.

O nº 2 determina que “os profissionais de saúde, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos (...)” (Assembleia da República [AR], 2019, p. 168) e imediatamente após o nº 3 acrescenta: “os profissionais de saúde têm direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissional, tendo em conta a atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos” (AR, 2019, p. 169).

Posteriormente, a Base 32 apresenta outra diretriz importante sobre a forma como o desenvolvimento de competências deve ser encarado. Desta vez, na perspectiva de dever da parte do Estado em conjunto com as academias e ordens profissionais:

Os ministérios responsáveis (...) em articulação com as universidades (...) e as estruturas e associações representativas das profissões de saúde, coordenam as políticas de formação pós graduada com o objetivo de assegurar a todos os profissionais de saúde o acesso à formação pós graduada de elevado nível científico, técnico e humanista (AR, 2019, p. 169).

Na essência genuína sobre os motivos que nos devem levar a continuar a desenvolver as nossas competências sejam elas técnico-científicas, éticas e/ou relacionais, compreendemos que somos chamados a este percurso, simultaneamente, no cumprimento dos deveres enquanto cidadãos e enquanto enfermeiros. A par com o exposto anteriormente, este apelo ao desenvolvimento de competências é proposto também através dos estatutos e regulamentos específicos que regem a enfermagem, e que sustentam, igualmente, a nossa ação, como sejam a deontologia profissional e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) - cujos princípios decorrem de uma forma mais marcada como resposta densificada à supra citada LBS - especialmente no que diz respeito às funções, direitos e deveres deontológicos bem como à regulamentação e fiscalização pela respetiva OE e Ministério da Saúde (MS) dos cuidados prestados, onde, como forma de garantir esta mesma qualidade, surgem os deveres relacionados com a excelência do exercício (art.º 109) que são indissociáveis aos deveres deontológicos em geral (art.º 100).

Em continuação, na sustentação do nosso *agir*, conduzido pelas nossas decisões, deliberações e planeamentos, associamos então o pensamento ao REPE que visa “clarificar conceitos, caracterizar os cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais (...)” (MS, 1998, p. 2925) e como tal, no seu art.º 9 – intervenções dos enfermeiros – nos nº 5 e 6 assume respetivamente que: “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” e “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade, na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem (...)” (MS, 1998, p. 2959).

Em justaposição, ainda que os documentos citados em epígrafe se tornem suficientes para justificar a importância e a obrigação do desenvolvimento de competências como resposta a deveres de origem deontológica e profissional como forma de salvaguardar o direito de todos à proteção da saúde e ao nosso dever de a defender e promover (AR, 2017, p. 21) há que regressar à citação que abriu esta reflexão. Efetivamente, a enfermagem em Portugal evoluiu drasticamente e afirma-se hoje não só como uma profissão, mas como uma ciência que dá contributos para a evolução global da Humanidade, não só pela inerência da sua essência, mas também pelo que desenvolve e pela maneira como encara o que desenvolve (que não se extingue apenas na prestação direta de cuidados). O conhecimento científico, que é hoje a base da prestação dos cuidados de enfermagem, integra também contributos de outras áreas do saber como neste caso o direito, em particular o direito da saúde, a ética, a gestão, e que se tornam também essenciais para uma justa e corretada prestação de cuidados face às exigências contemporâneas (OE, 2015).

Nesta perspetiva, um olhar atento sobre a deontologia profissional da enfermagem volta a confirmar a necessidade deste desenvolvimento de competências, quer como forma de evolução e formação contínua na procura pela real e efetiva qualidade da assistência prestada, quer por proteção dos direitos das pessoas que cuidamos no sentido da legislação acima descrita. No art.º 100 da deontologia – *dos deveres deontológicos em geral* – é afirmado que o enfermeiro assume o dever de “ a) cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” e “e) assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de formação profissional”(OE, 2015, p. 8078,8079). Ou seja, somos alertados para a necessidade de garantir a atualização permanente dos nossos conhecimentos (o tal desenvolvimento permanente das nossas competências profissionais), através, por exemplo, da frequência de mestrados, especialidades, formações pós-graduadas ou outras formações profissionais como congressos e ações de formação em serviço (“*formação on job*”).

Posto isto, e porque como já se verificou a relação entre o desenvolvimento de competências, os direitos da pessoa cuidada e a prestação de cuidados são uma tríade indissociável, o mesmo documento no seu art.º 109 – da excelência do exercício – refere que o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício em todo o ato profissional assumindo particularmente o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude e c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (OE, 2015, p. 8080).

Neste ponto encontramos outro fator importante que se relaciona com as motivações para o desenvolvimento de competências que não só aquelas que visam o cumprimento dos regulamentos legislativos: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança”. Em bom rigor, a autoanálise da nossa própria prestação de cuidados enquanto enfermeiros de cuidados gerais desperta uma questão fundamental e que nos conduz ao segundo ciclo de estudos: *Que podemos fazer mais por esta pessoa que temos à nossa frente?* Quando consideramos que o nosso trabalho pode promover melhores resultados e tais *outcomes*, por vezes não são atingidos, por falta de determinadas competências, sejam elas científicas, técnicas, éticas ou relacionais, compreendemos que devemos procurar colmatar as nossas fragilidades e falhas e propormos ao desenvolvimento e aplicação de estratégias que nos permitam consolidar o nosso juízo clínico. Mais uma vez, a resposta a isto chega-nos através da formação contínua, neste caso especializada e através de um novo ciclo de estudos académico.

Atualmente, e de acordo com a OE,

A definição de competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais; isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2017, p. 1,2).

Nesta perspetiva, compreendemos e concordamos que o percurso que culmina com o título de especialista e mestre, trata-se não de um ponto isolado e circunscrito mas sim de um percurso revestido de amadurecimento e apuramento pessoal, académico e profissional que se sustenta inevitavelmente sobre as primeiras competências adquiridas durante a licenciatura e outras adquiridas já enquanto enfermeiros de cuidados gerais, onde desempenhamos e assumimos outros cargos e responsabilidades acrescidas à prestação de cuidados e que através deste novo processo de estudo, reflexão e integração conduzirão ao desenvolvimento de novas competências científicas, técnicas, éticas e relacionais e que são resumidas na definição de enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece” (a tal) “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (OE, 2019). Neste caso, a especialidade em causa será médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

De facto, torna-se interessante percorrer um determinado período enquanto enfermeiro de cuidados gerais antes de enveredar pela área da especialidade, possibilitando não só a procura e descoberta pela área de enfermagem que poderá corresponder a um interesse efetivo como também permitindo o desenrolar do processo de maturação que referimos. Efetivamente, ao longo dos anos, vamos desenvolvendo um determinado sentido crítico e reflexivo essencial ao nosso trabalho e que nos ajuda e nos consolida enquanto enfermeiros, que nos prepara e abre horizontes para os detalhes e especificidades do cuidar de uma forma diferenciada e, eventualmente, para de uma determinada área de especialidade. Consideramos e admitimos que a maior parte destes processos reflexivos e de maturação possam ocorrer no silêncio ruidoso das nossas mentes, e até mesmo, arriscaríamos, inconscientemente (pelo menos durante uma determinada fase), principalmente quando somos marcados por determinadas situações em que sentimos de facto que fizemos a diferença na vida daquela pessoa ou daquele familiar ou, pelo contrário, se acreditámos que poderíamos ter feito a diferença mas objetivamente, não obtivemos o ganho planeado. Na verdade, algumas, senão todas, as intervenções que conduzimos, apesar de poderem ser inteiramente fundamentadas na evidência, se a elas não for associada a sensibilidade e o detalhe, correm o risco de serem infrutíferas, pois até mesmo o primeiro passo para o cuidar (consentimento informado) carece de sensibilidade, detalhe e especial atenção às reais necessidades da pessoa que é alvo dos cuidados.

Na verdade, gostaríamos de ressaltar que o acompanhamento académico e em estágio pelo professor e pelo enfermeiro orientador é algo que consideramos fundamental para que este desenvolvimento ocorra. Concordamos com Rabiais (2016) quando defende que

O professor deve ser o condutor deste processo interativo, ajudando os estudantes (...) a perceberem os aspetos importantes nem sempre evidentes, descodificando-os através da comunicação e promovendo mecanismos específicos para que se estabeleça uma relação de ajuda efetiva e afetiva, num ambiente de confiança e de segurança (2016, p. 72).

A autora defende que, o estudante também aprende a cuidar ao ser igualmente cuidado e que o papel de grande responsabilidade dos professores e orientadores ao cuidar do estudante é um papel muito delicado que, envolve grande dedicação e cuidado, uma vez que “a transmissão de conhecimentos, a orientação das atitudes e o desenvolvimento das competências” devem-se fazer através de “um elevado grau de confiança interpessoal, com processos de comunicação autêntica e propósitos bem definidos, procurando um envolvimento com os objetivos do ensino e com as bases

epistemológicas e ontológicas da profissão” (Rabiais, 2016, p. 73). Estas pequenas citações traduzem de uma forma exata e transparente a realidade dos nossos percursos de crescimento, acrescentando que de facto, o desenvolvimento de um saber contextualizado e sustentado na evidência bem como a promoção da qualidade dos cuidados que prestamos são duas linhas orientadoras no nosso desenvolvimento profissional, pessoal e académico.

Relativamente às competências *per si* e ao seu desenvolvimento, consideramos que claramente existe uma vertente centrada no estudo intensivo daquilo a que a correspondem as circunstâncias do cliente com doença crítica, nomeadamente no que diz respeito aos procedimentos, diagnósticos de enfermagem e médicos, e opções de soluções que estão intimamente ligadas aos cuidados intensivos e aos cuidados urgentes: técnicas de ventilação, nomeadamente ventilação mecânica invasiva (VMI), técnicas de substituição da função renal e hepática e suporte farmacológico acabam por ocupar os principais lugares desta vertente uma vez que se revestem de uma extensa e natural dimensão e complexidade. Evidentemente não é possível fracionar a aplicação de conhecimentos nos contextos e existem dimensões que se encontram consolidados de outras experiências anteriores, mas queremos com isto dizer que, não se pode estudar VMI sem dominar o equilíbrio ácido base e interpretação de gasimetrias como também não é possível falar sobre suporte farmacológico sem compreender monitorização hemodinâmica e uma interpretação adequada quer dos parâmetros de monitorização quer de determinados exames complementares de diagnóstico.

Associado a isto, previamente existiu um desejo em adquirir formação em Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) (Anexo I), a qual ficou concluída em junho de 2019. Esta decisão não foi isolada nem apenas circunstancial, inserindo-se desde logo numa procura pelo aumento da preparação teórico prática em contexto de doença crítica – uma vez que todo o contexto de trabalho profissional se desenvolveu, até agora, ao nível de internamento em cirurgia e especialidades cirúrgicas como cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia e neurotraumatologia. A frequência e concretização da formação com sucesso permitiu substancialmente uma melhor preparação, não só para estes estágios, como também para a prestação de cuidados futura.

Assim, reforçamos o que temos vindo a expor com Serrano, Costa, & Costa (2011) quando referem que “o desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes: os atores; os saberes e o contexto “referindo-se aos atores como aqueles que colocam em evidencia as “diades desenvolvimentais” onde “os saberes são *construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediados por uma prática reflexiva*”, ou seja, por uma prática que promova a identificação de oportunidades de aprendizagem, que promova o desenvolvimento de competências de forma contínua; que identifique novos objetivos

e que no fundo permita ao enfermeiro “mover-se através do contínuo <de noviço a perito>” (Serrano et al., 2011, p. 22). Segundo os mesmos autores, as ciências de enfermagem relacionam três grandes polos: competência, exercício profissional e contexto. “Os enfermeiros são atores no processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano et al., 2011, p. 15), onde a competência é “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Nunes, 2010, p. 8). Claramente, o mestrado em enfermagem com tudo aquilo que é comportado no seu plano de estudos, constitui um pilar fundamental para o perito que pretendemos ser e para as competências que pretendemos ver adquiridas e que serão abordadas posteriormente.

No âmbito do *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2019), no domínio da “responsabilidade profissional, ética e legal”, é dada ênfase ao desenvolvimento de práticas que respeitem os Direitos Humanos, as responsabilidades profissionais e o agir de acordo com a legislação, princípios éticos e deontologia profissional (OE, 2019). Assim, queremos aqui destacar a dimensão do agir, uma vez que o cuidar é realizado através de uma ou várias ações, que se constituem objetivamente como as intervenções de enfermagem, autónomas e interdependentes. É sobre elas que iremos refletir.

Os documentos legais que sustentam as premissas acima descritas já foram previamente explorados e o conceito de agir também já foi abordado sucintamente. No entanto, a verdade é que a prestação de cuidados é indissociável deste agir, ou seja das ações que são praticadas pelos seres humanos, neste caso nós, enquanto enfermeiros e candidatos a especialistas e mestres, que deliberamos, planeamos e nos sustentamos na ética enquanto domínio da filosofia que reflete sobre a nossa ação e que nos dá os valores e os princípios que orientam e justificam o nosso agir. O agir em enfermagem, é um agir próprio baseado nos princípios da ética de enfermagem e da deontologia. Ou seja, as intervenções que planeamos e executamos durante o nosso percurso foram fundamentadas na “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana”, dos clientes e dos enfermeiros (OE, 2019). Cliente e enfermeiro são pares e tendo em conta os recursos que temos disponíveis, o cliente decide sobre si, dentro da sua autonomia e autodeterminação. Exemplo simples e prático destes aspetos encontra-se espelhado no resguardo pela intimidade e privacidade dos clientes bem como no acesso e transmissão de informação sobre o seu estado e condição de saúde. A nossa intervenção é realizada com o objetivo de obter o melhor para aquela pessoa dentro dos limites da sua consciência e na sua liberdade responsável e individual. Respeitamos a liberdade da pessoa e da família que nos foi confiada aos cuidados, mas não deixamos de ser responsáveis pelos clientes e como tal existe um balanço delicado entre a liberdade que o cliente deseja para si (como por exemplo, a recusa não fundamentada na prestação de cuidados de higiene ou na realização de

um levante e transferência para o cadeirão) e a nossa responsabilidade perante a recuperação da autonomia do cliente, dos resultados em saúde que ele próprio procurou e até na própria construção da literacia em saúde, essencial e fundamental no *empowerment* do cliente e da família. Não esqueçamos nunca que o fim último da enfermagem, enquanto ciência do cuidar e dos cuidados que os enfermeiros prestam é a “promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a inserção social” (MS, 1998, p. 2961).

O respeito pela dignidade vem claramente na medida em que respeitamos os seus direitos, uma vez que os mesmos se baseiam nesta mesma dignidade. Estas competências foram adquiridas tendo em conta os descritores apresentados pela OE e uma vez que na execução dos cuidados que prestamos, apresentamos uma particular atenção relativamente às questões relacionadas à “conspiração do silêncio”, o que nos faz de uma forma muito imediata promover a inclusão do cliente e da sua família na tomada de decisão (sempre que é possível), apresentando-lhes as estratégias e plano de cuidados que é da nossa responsabilidade, mas também, fruto de uma discussão em equipa multidisciplinar e entre pares, e que trará por si ganhos em saúde para o cliente e/ ou para os seus familiares. Neste ponto, e claramente olhando para as questões do foro ético e legal, há ainda a reforçar as problemáticas relacionadas com a transmissão de informação ao cliente ou aos familiares. A questão mais sensível prende-se claramente pelo facto de comunicação não ser sinónimo de transmissão de informação e, a par com isto, acrescentamos a importância da comunicação e da transmissão de informação ser realizada pelo profissional (ou pelos profissionais conjuntamente), que se encontrem numa posição que permita uma resposta mais eficaz às necessidades daquele cliente ou familiar e não apenas pela simples transmissão de informação; tradicionalmente protocolada em horários pouco flexíveis, às vezes empobrecida e que neste âmbito poderá, por vezes, não levar os clientes e as famílias até ao patamar que a equipa pretende.

No domínio da “melhoria contínua e da qualidade e da gestão dos cuidados” é nos solicitada uma resposta que garanta um “ambiente terapêutico e seguro, bem como uma conduta que dinamize e suporte as iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e simultaneamente desenvolva práticas de qualidade através de programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p. 4745). A par com estas competências, a gestão dos cuidados de enfermagem com vista à otimização dos cuidados e a adaptação da gestão dos recursos visando a garantia da qualidade dos cuidados são igualmente dimensões de destaque (OE, 2019). Estas competências foram igualmente adquiridas, uma vez que a centralidade da nossa investigação permitiu colmatar necessidades basais do serviço que nos foram apresentadas após o diagnóstico de situação, elaborado na sequência de entrevista semi-estruturada com os enfermeiros gestores e gestores adjuntos do serviço. Objetivamente a

scoping review que conduzimos iluminou dados importantes que nos permitiram fornecer ao serviço contributos valiosos para a criação de raiz do seu modelo de acolhimento ao cliente e à família durante a sua permanência na UCIP, apoiando assim as práticas de melhoria contínua da instituição que nos acolheu, permitindo ganhos reais e cientificamente sustentados na qualidade dos cuidados que garantem o ambiente terapêutico para o cliente e sua família.

Tendo em conta o enquadramento teórico apresentado previamente, é importante mencionar que este processo de melhoria contínua desenvolveu-se de diferentes maneiras e em diversos momentos: primeiramente, verificou-se a inexistência de um modelo de acolhimento à família e ao cliente admitido na UCIP; tendo-se objetivado a relevante importância da criação do mesmo, definiu-se avançar para a elaboração do protocolo, no entanto, e previamente à consecução do mesmo (durante o tempo de realização da *scoping review* e mapeamento da evidência) com as respetivas alterações previstas (horários de visitas e protocolos de comunicação de informação, de notícias e afins) pretendeu-se avaliar o nível de satisfação dos familiares face a todo este processo não regulamentado formalmente.

Para isto, e tendo em conta os limites temporais previamente implementados, foi contactada uma UCI de referência em território nacional (Apêndice I) cujo processo de reformulação do acolhimento aos familiares foi realizado recentemente, no sentido do agendamento de uma reunião que permitisse a partilha de experiências, nomeadamente na metodologia de avaliação da satisfação dos familiares dos clientes. Assim, após a compreensão dos pontos críticos, e através da experiência dos pares, avançou-se para avaliação da satisfação dos familiares dos clientes internados, a qual ainda se encontra a decorrer aquando da conclusão deste relatório, e que se encontra à responsabilidade da instituição.

Paralelamente, os achados da *scoping review* foram analisados e colocados disponíveis de forma a serem integrados no protocolo de acolhimento aos familiares dos clientes após a análise dos dados relativos à satisfação dos clientes e que corresponderá à segunda fase deste processo. Na mesma linha de ação, e de forma complementar, foi realizada uma ação de formação (Apêndice II) que foi acolhida de forma muito positiva e interessada, sobre o tema em estudo, tendo sido solicitada por parte da Enfermeira Gestora e Gestora adjunta, uma nova apresentação, a agendar em tempo oportuno durante o ano de 2020 e que irá incluir o planeamento anual de formação da UCIP da unidade hospitalar.

Ainda relativamente à *scoping review*, foi elaborado um *poster* relativo ao tema em estudo (Apêndice III) com o título “Gestão da Incerteza nos Familiares do Cliente Crítico Internado em Unidades de Cuidados Intensivos” para participação (Anexo II) no II seminário Internacional do

Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, o qual foi agraciado com o primeiro prémio (Anexo II).

No que diz respeito à dimensão da gestão dos cuidados, muitas das bases e contributos que facilitaram a compreensão e análise no contexto prático sobre, por exemplo, a articulação com e na equipa multidisciplinar bem como a otimização da resposta da própria equipa de enfermagem, advieram do tronco comum académico, nomeadamente através da unidade curricular de gestão. Ao serem mobilizados para o contexto da prática, foram selecionados turnos específicos para acompanhar as enfermeiras gestoras no seu processo de liderança e chefia dos serviços (SU e UCIP) e na execução de atividades inerentes a este cargo. Como sejam a colaboração na elaboração de mapas - como são exemplo os horários - por forma mais uma vez a garantir uma prestação de cuidados de qualidade para os clientes e a segurança do ambiente (tendo a conta não só as características da equipa que dispõem, como também a própria experiência dos elementos) mas também garantir uma qualidade no processo de gestão global da instituição, uma vez que corresponde a uma das funções dos enfermeiros gestores, que periodicamente são destacados para a gestão ao nível central; o que permitiu, claramente, um privilegio ao contactar com a globalidade e complexidade das interações entre serviços, nomeadamente em termos de gestão de vagas, de transferências intra e inter-hospitalar entre outros, em tempo real e com necessidades que carecem de uma resposta eficaz e imediata. Outras situações que ilustram igualmente a aquisição destas competências correspondem por exemplo à reflexão conjunta sobre, por exemplo, a simples alteração no sistema de fixação dos contentores de desperdício de dispositivos corto-perfurantes, disponíveis em cada unidade do cliente, por forma a fixá-los ao tampo, em campo de visão aberto e de direto acesso no desperdício deste tipo de material, colocando em ênfase a importância dos contributos da gestão de risco na redução de riscos ambientais e ocupacionais. Outro exemplo major das competências respeitantes à colaboração em programas de melhoria corresponde, como já se verificou, à de integração dos dados da nossa investigação na criação do modelo de acolhimento da unidade e com isto, contribuindo para a colaboração na definição e no alcance das metas internas da instituição.

No domínio do “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” é destacado o autoconhecimento e assertividade como aspetos a desenvolver, bem como uma prática clínica especializada sustentada na evidência científica (OE, 2019). A evidência máxima relativa ao alcance desta competência poderá também, à semelhança do que já foi mencionado anteriormente, corresponder à elaboração e publicação da *scoping review* direcionada ao mapeamento da evidência científica, com o objetivo de providenciar uma visão alargada respeitante à gestão da Incerteza na prestação de cuidados ao cliente crítico e sua família, bem como identificar os fatores determinantes

da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internado em contexto UCI, bem como quais as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nesta mesma população. A par, há a referir que, previamente, em contexto de SU, foi igualmente realizada uma “*formação on job*”) subordinada ao tema da central da Incerteza, mas com enfoque no cliente com diagnóstico de síndrome coronário agudo (SCA) (Apêndice IV). Esta primeira formação foi também recebida com interesse por parte da equipa e foi igualmente pedido, por parte dos enfermeiros gestores, a repetição da sessão de formação em novo momento a agendar durante o ano de 2020.

Em continuação, este desenvolvimento das aprendizagens profissionais poderá ser remetido para aquilo que Nunes, Amaral & Gonçalves (2005) chama de *aperfeiçoamento profissional*. Na verdade, todo este capítulo se refere à importância, na forma e no conteúdo, do desenvolvimento de competências que, como vemos, ultrapassa a simples reciclagem de evidência e de conhecimentos. Os processos de autoconhecimento e assertividade são aqui exemplo do que foi dito. O cliente cuidado e a sua família confiam no enfermeiro na sua procura de cuidados de saúde, que devem ser executados de uma forma competente. Nunes (2005) diz-nos que “pessoas verdadeiramente competentes agem a partir de processos de pensamento e não a partir apenas e estritamente a partir de regras aceites” (Nunes et al., 2005, p. 66) e é o processo de pensamento, nomeadamente o pensamento crítico a chave para se alcançar esta premissa. Aqui vemos mais uma forte correlação com cumprimento da deontologia profissional. Ou seja, para se alcançar e desenvolver um nível robusto de pensamento crítico e consequentemente de autoconhecimento, é necessário que o enfermeiro conduza múltiplas reflexões e análises não só sobre si, mas também sobre o que o rodeia e que estas reflexões se tornem progressivamente mais maduras.

Durante o percurso tivemos o cuidado, em conjunto com as orientadoras e professora, de refletir e analisar o desempenho, as fragilidades e também as competências e neste sentido, clarificar as inconsistências ou falhas com o objetivo de promover assertividade e defender aquilo em que acreditamos de uma forma válida e cientificamente fundamentada nesta lógica desenvolvimental que é a que nos conduz à evolução, através da abertura a novas formas de cuidar e a novas perspetivas de encarar os dilemas do quotidiano profissional. Em muitos momentos, a gestão da ambivalência e dicotomia de sentimentos e emoções que surgem nos contextos e que estão intrinsecamente ligados à prestação de cuidados em situação crítica e urgente, foi uma realidade difícil e complexa, em particular quando detemos conhecimentos em áreas cruciais às exigências destas situações como se trata da Incerteza; quando genuinamente compreendemos o cliente e a sua família, quando sabemos que as nossas intervenções e outras de outras áreas em nada podem atrasar a efemeridade humana, há que saber primeiramente gerir tudo isto a nível individual e, posteriormente, transferir e mobilizar os conhecimentos por forma a sustentar o ajuste e o embate da realidade junto do cliente e da família,

fazendo respeitar a todos o direito do cliente ao encerramento adequado do seu ciclo vital, apoiando não só o indivíduo internado mas também a todos quantos se vêm envolvidos na perda, mais ou menos súbita e na desorganização cognitiva e comportamental que a morte imprime na estrutura idiossincrática de cada um. Em determinadas circunstâncias, a gestão do tempo disponível durante a prestação de cuidados de forma a acompanhar uma mãe ou um filho desde a unidade do cliente internado até à saída do serviço e questionar-lhe diretamente, por exemplo: “*Já comeu alguma coisa hoje?*”; “*Sabe onde é o refeitório?*” são exemplos de manifestações de preocupação para com aquela pessoa, que se tornam importantíssimas e onde poderá residir a chave (em sentido lato) para alavancar a nossa intervenção. Não é perda de tempo, é planeamento de cuidados. A intencionalidade que colocamos nos procedimentos é muito mais importante e transparece muito mais à pessoa que se encontra em estado de grande sofrimento do aquilo que às vezes podemos pensar.

Assim, concluímos que muitas vezes é através da discordância com as ideias enraizadas ou pouco fundamentadas, da auto e heteroavaliação, do autoconhecimento e da assertividade, do processo de discussão e complementaridade de uma equipa madura e estruturada, que se abrem as portas às mudanças de paradigmas e de atitudes, onde cada um de nós, por meios próprios e com o auxílio dos pares, se tornará melhor pessoa e enfermeiro em benefício da sociedade, no qual, cada qual assumirá o seu papel. Exemplos que ilustram o alcance e aquisição destas competências podem também ser encontrados na partilha de evidência científica não só sobre a nossa área de investigação direta, mas também sobre outras áreas importantes na prestação de cuidados, como por exemplo atualizações de legislação útil à prestação de cuidados, pareceres de entidades reguladoras como sejam a Direção Geral de Saúde e Administração Regional de Saúde, entre outros.

Estes procedimentos que visam a promoção da qualidade através da partilha de evidência científica, realizaram-se em ambos os contextos, através da criação de uma pasta partilhada na *intranet* da instituição, disponível no *workflow* individual de todos os colegas, em qualquer computador da instituição e foi sendo alimentado semanalmente com novos conteúdos e materiais relacionados com a investigação e muitas vezes até com situações *in loco* (exemplos: “mitos e factos relativos à hipercapnia induzida pelo oxigénio em clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica”; suspensão de terapêutica; “o que é que sabemos relativamente à Incerteza”; “considerações laboratoriais relativas à terapêutica prolongada com diuréticos”, entre outros).

Avançando, no que diz respeito às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em situação crítica (2018), começo por destacar que de acordo com a OE (2018)

Os processos médicos e cirúrgicos complexos dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada em informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determinam a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário (OE, 2018, p. 1936).

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – pessoa em situação crítica – é aquele que:

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe (...) e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p. 19359).

No que diz respeito ao desenvolvimento particular destas competências, há a referir que o cuidado à pessoa e família a vivenciar processo de doença crítica foi igualmente alcançado tanto no contexto de SU, como no contexto de UCI.

A multiplicidade de fatores que conduzem o Ser Humano a uma situação súbita e ameaçadora da vida quer pela sua gravidade própria ou quer pela associação com outras co-morbilidades pré-existentes, são múltiplas e carecem de uma vigilância detalhada que seja associada à dita “resposta antecipatória” das situações reais ou potenciais de instabilidade que possam conduzir a um novo agravamento da condição do cliente ou da sua família. Ao dizer isto, gostaríamos de ressaltar que, se relativamente ao agravamento da condição do cliente, não haverá dúvidas que será um dos focos dos enfermeiros pela inerência dos cuidados dirigidos que prestam, já relativamente ao agravamento da condição da família o mesmo não se pode dizer.

Com efeito, durante toda a vida académica e profissional, sempre manifestámos preocupação pela forma como cuidamos as famílias dos que se encontram confiados aos nossos cuidados. Factualmente, considerámos que na grande maioria das vezes, a resposta da enfermagem fica aquém do que é suposto, acabando por inconscientemente negligenciar uma outra dimensão da

pessoa que cuidamos e que é a sua família. Possivelmente muitos de nós já tivemos vários clientes que nos verbalizaram preocupação com o impacto que a sua situação clínica tem na sua esposa ou no seu filho, e não raras vezes temos exemplos de pedidos de alta em situações muito precoces que são motivadas inteiramente por estas preocupações genuínas por quem é realmente importante na vida da pessoa em situação crítica.

Posto isto, e ao olharmos para a relação família-cliente como uma díade indissociável, onde se pretendemos otimizar os resultados dos clientes, não podemos permitir que situações de Incerteza, angústia e desesperança, alcancem as famílias por forma a garantir um melhor *outcome* tanto às famílias como aos clientes. Obviamente, as tomadas de decisões que conduzimos, e que são inerentes ao desempenho das nossas funções, onde, como já se compreendeu, mantivemos uma preocupação particular não só para com os detalhes diretos da prestação de cuidados relacionados - por exemplo na escolha do método mais adequado na avaliação dos níveis de nível de dor (exemplos: aplicação da *Behavioral Pain Scale* [BPS] (Anexo III); *Pain Assessment in Advanced Dementia* [PAINAD] (Anexo IV) - bem como a consequente gestão da terapêutica analgésica e à escolha da melhor forma de administração (perfusão contínua, em horário fixo, via endovenosa ou subcutânea, etc.), mas como também à própria escolha da terapêutica, tendo em conta alterações fisiológicas e optando pela terapêutica A em vez de B e justificando as decisões tomadas, não só aos orientadores como a outros elementos da equipa, como sejam a equipa médica, convergindo saberes e olhares com o objetivo poder fazer o melhor possível pelo cliente.

Ainda em relação a este ponto, apesar da prescrição de terapêutica ser um ato médico e ainda que o REPE preveja regimes de exceção a esta situação, nomeadamente nos termos da prescrição farmacológica, é consensual que a formalização da prescrição médica corresponde a um ato médico e que é traduzido e concretizado num cuidado de enfermagem ou, se quisermos, por um ato de enfermagem. Este ato, inclui não só a preparação e administração, mas também inclui a monitorização da resposta eficaz à terapêutica (exemplo: aplicação da *Richmond Agitation-Sedation Scale* [RASS] (Anexo V) por forma a adequar o nível de sedação pretendido) e com ela surgem as questões relacionadas às reações acessórias, que não sendo pretendidas, imperam que se redobrem cuidados para que o tratamento proposto não agrave ainda mais a condição crítica do cliente. A doença crítica assume contornos de gravidade e a terapêutica usada para modificar as funções orgânicas nestas situações assume, igualmente, contornos de complicações potencialmente graves e que carecem de monitorização constante e de intervenções que as identifiquem precocemente e que se executem cuidados que as impeçam, terminem ou minimizem, principalmente quando falamos

em drogas amplamente utilizadas nestes contextos onde se destacam as drogas simpaticomiméticas vasoativas e vasopressoras, analgésicos opiáceos fortes, sedativos e anestésicos.

Em ambos os contextos, foi mantido o zelo na prestação de cuidados, sentimento que considero importante e benéfico para os profissionais e para o cliente, uma vez que o mesmo funciona como estratégia protetora, no sentido em que somos impelidos constantemente a alcançar a segurança dos raciocínios clínicos e nos cuidados que colocamos em prática. O estudo diário, a validação de informação junto dos enfermeiros orientadores e outros profissionais de saúde presentes, bem como o cruzar destas mesmas informações, conferiu uma maior tranquilidade e segurança numa área não dominada, permitindo atingir um nível de competências compatíveis com o nível de especialista.

Outra dimensão importante que importa explorar, está orientada para as capacidades relacionais, comunicacionais e da relação terapêutica. Para ilustrar este percurso centrar-me-ei na minha revisão da literatura bem como no projeto de estágio *per si*.

Chalifour (2002) define a relação de ajuda como:

A interação particular entre duas pessoas, o profissional e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal, o profissional adota um modo de estar e de fazer e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objetivos a alcançar; objetivos esses que estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (Chalifour, 2002, p. 33).

Na dinâmica diária do trabalho em UCI ou em SU, verificou-se a oportunidade de diversas vezes acolher os clientes e os seus familiares (quer em balcão de triagem, em UICD, ou na UCIP) e assim iniciar a relação de ajuda que, posteriormente, é mantida por outros colegas nos momentos posteriores do percurso do cliente. Na verdade, a enfermagem apresenta uma componente de relação (de ajuda) que sustenta a verdadeira prática de cuidados e que por si só se torna o veículo terapêutico, considerando que todas as capacidades e competências são importantes e funcionam em sinergia como um todo, não devendo existir uma distinção em termos de teor de importância entre elas, pois a nosso ver, o enfermeiro competente é aquele que reúne um equilíbrio entre todas e as desenvolve na mesma forma de importância.

Independentemente dos diferentes contextos, foram feitos os possíveis para que o cliente soubesse por quem era cuidado, quem eram os que o rodeavam, que iriam estar com ele durante X horas e que iria ser substituído por outro enfermeiro. A título de exemplo em contexto de transferência de valência ou quando um turno terminava, tivemos o cuidado de acompanhar o cliente e explicar, “Vamos ter de regressar à triagem, ou vamos ausentarmo-nos; ficará agora acompanhado pelo Enf.º X ou Y.” Esta situação permitiu, múltiplas vezes que os clientes relatassem um certo sentimento de conforto ao serem “entregues” a outro enfermeiro, o que contribuiu para que não se sentissem “perdidos” nem “desamparados”.

No que diz respeito à dimensão relacional do enfermeiro que exerce funções na UCI, muitos poderão pensar que ela ficará reduzida a um contacto mínimo quer seja com os clientes, cuja maioria estará, eventualmente, sedo-analgésida, quer seja com os familiares, que em determinadas alturas, fruto das situações urgentes e emergentes, constatarem que o seu horário de visita é condicionado ou restringido. A verdade é que exercer em UCI requer uma componente técnica elevada sim, mas por outro lado torna-se extremamente necessário que o enfermeiro desenvolva as suas componentes relacionais ao máximo e de forma constante, pois uma vez que as condições acima referidas correspondem a realidades incontornáveis, o estabelecimento da relação de ajuda e da relação empática com o cliente e sua família deverá ser precisa e bem treinada, para que os enfermeiros possam eficazmente reduzir a Incerteza, a ansiedade, a angústia, tanto dos familiares como dos clientes internados. O planeamento de cuidados deve incluir, obrigatoriamente, tempo dedicado às intervenções de ajuda e a intensidade com que se reveste esta intervenção neste contexto crítico é de tal maneira forte que requer um aprimoramento constante de técnicas relacionais que permitam o verdadeiro cuidado integral de enfermagem.

Foi tendo isto presente que claramente nos dedicámos também, o mais possível, à relação com os clientes e com os seus familiares; construindo uma gestão adequada para poder ter intervenções de presença exclusiva e escuta ativa. A instilação de esperança útil como força vital para atravessar este momento de Incerteza e de transição foram algumas das estratégias utilizadas para potenciar a componente relacional, em associação com outras estratégias que foram iluminadas através da investigação.

Relativamente ao papel de dinamizador na “resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018, p. 19359); Há a referir que o primeiro contexto de estágio permitiu um desenvolvimento maior neste campo. Não do ponto de vista do acontecimento, mas pelo privilégio que tive em ser orientado por uma mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica cujo desenvolvimento específico de parte das suas competências no seu percurso de mestrado e

especialidade, incidiu concretamente sobre os cuidados de enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em situação crítica, e cujo um dos frutos deste seu percurso foi exatamente a elaboração do Plano de Emergência Externo (PEE) que integra o Plano de Emergência da Unidade de Saúde, desde a conceção teórica à implementação na instituição, o que nos permitiu, durante o tempo em que estive neste contexto, adquirir e aprofundar conhecimentos nesta vertente.

Objetivamente, não foram prestados cuidados à pessoa em situação crítica em situação de emergência, exceção e catástrofe, uma vez que em termos da realidade concreta os fenómenos não foram verificados, no entanto, do ponto de vista conceptual, tivemos oportunidade de conhecer em detalhe o plano de emergência interno e o PEE (este último em maior detalhe), desde o planeamento conceptual que inclui, por exemplo, o conhecimento do tipo de infraestruturas nas proximidades -a saber- a existência de gasoduto; linhas de alta tensão, estação de comboio e metro e aqueduto que abastece parte da região de Lisboa; um centro comercial; múltiplos hotéis, recintos de espetáculos com capacidade para 20.000 pessoas, entre outros; em termos populacionais, para além da densidade populacional conhecida que é servida pela instituição, adicionamos a existência de elementos nas proximidades que acolhem múltiplos eventos de massas e multidões o que aumenta esta densidade populacional em larga medida.

Todos estes detalhes constituem-se fundamentais no planeamento dos cuidados à pessoa em situação crítica no âmbito da catástrofe, bem como uma adequada reflexão sobre as questões mais elementares e sobre os princípios dos planos de emergência das unidades de saúde e que muitas vezes encaramos como realidades imutáveis a partir das quais promovemos a nossa ação, mas que um olhar mais atento revela que em situações limite, tudo pode acontecer, como por exemplo, a possibilidade da ocorrência de sismo que provoca o colapso do hospital ou de múltiplos hospitais e que compromete o socorro às vítimas da catástrofe não só externamente, como também provocará certamente danos a todas as pessoas que se lá encontrem internamente, sejam elas clientes ou profissionais. Não esqueçamos que em situação de catástrofe, existe uma discrepância marcada entre o número de vítimas e a capacidade de oferecer assistência em tempo útil.

Posto isto, tivemos oportunidade de conhecer em detalhe o carro de triagem de catástrofe com o sistema de triagem multi-vítimas, que se encontra no SU da instituição e que apresenta processos distintos de separação de clientes quando comparado com a habitual metodologia de triagem (Triagem de Manchester). Existem múltiplos sistemas de triagem multi-vítimas disponíveis na atualidade e não existe consenso na comunidade científica sobre qual se apresenta como mais eficaz, no entanto, ressalvo o objetivo comum a todos eles que é a separação dos clientes através da identificação daqueles que detêm uma potencialidade de alteração súbita do seu estado de saúde e/

ou lesões emergentes ou urgentes e que permitem ao enfermeiro uma melhor e mais correta gestão dos cuidados de enfermagem especializados aos clientes em situações de exceção e catástrofe. Paralelamente importa refletir sobre a componente ética que aqui se encontra subjacente, uma vez que no sistema de triagem multi-vítimas existe um nível de triagem (a que corresponde a coloração preta) que corresponde a “*sem prioridade*” e que é utilizado para identificar as pessoas com lesões claramente fatais ou cadáveres. Aqui, tendo em conta a complexidade da resposta de cuidados, entra obviamente a preparação teórica do enfermeiro que tria bem como o seu olhar clínico, uma vez que a sua capacidade de ajuizar, definirá o tipo de resposta a oferecer aquele indivíduo, onde, em teoria, se poderá equacionar uma ausência de resposta.

Assim, pelo que foi apresentado anteriormente e por todas as reflexões que tivemos oportunidade de realizar, conduzidas pela orientadora, inclusive na criação de situações hipotéticas que ilustravam o funcionamento do PEE, consideramos estas competências igualmente adquiridas.

Em continuação, relativamente às competências do enfermeiro especialista no âmbito da “prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica (...)” (OE, 2018, p. 19359), há a referir algumas situações particulares que importa destacar:

O enfermeiro enquanto prestador de cuidados tem por responsabilidade inata a preparação e administração da terapêutica dos clientes e, nesta ótica, deverá recorrer aos seus conhecimentos de farmacologia e terapêutica que lhe permitam ter um juízo crítico relativamente à prescrição que se encontra prévia à sua preparação e administração no sentido de salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano Nacional de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos. Neste âmbito, inserem-se a formação contínua dos enfermeiros e dos médicos, que detêm responsabilidades diretas tanto ao nível da prestação de cuidados como ao nível da formação da restante equipa de saúde interdisciplinar. A este nível e porque o controlo da infeção não se realiza apenas pela escolha e tratamento adequado de antimicrobianos, mas também através de medidas preventivas fundamentais, destacamos a participação nas auditorias periódicas, cujo objetivo é denunciar o mau procedimento e não o “mau profissional” e através desta consciencialização, promover um alerta eficaz para determinadas práticas basais no controlo da infeção, como sejam a basal questão da higienização correta das mãos, a desinfecção com solução antisséptica de base alcoólica, a correta utilização dos equipamentos e dos fardamentos do pessoal, os circuitos segregados; a descontaminação correta de superfícies com o tempo necessário para que os solutos sejam eficazes sobre os agentes patogénicos e sobretudo uma reflexão importante que contrarie e

impeça a propagação de políticas economicistas infundadas e de pressões temporais que conduzem obviamente à adulteração de procedimentos, aumentando drasticamente a propagação de agentes infecciosos e consequentemente aumentando a necessidade da utilização de antibióticos, contribuindo para uma escassez de recursos neste campo, como de resto se tem vindo a verificar e que se constitui a primeira justificação para a importância da mudança de dinâmicas, práticas e hábitos empíricos.

ESPECIALISTA E MESTRE

Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, o enfermeiro mestre e especialista não se forma através de um ciclo de estudos. Somos o produto de um primeiro ciclo de estudos que nos ensina a pensar, sentir e agir enquanto enfermeiros e nos abre as portas à prestação de cuidados. Muitos de nós temos vinte e poucos anos quando assumimos plenamente e muitas vezes sem rede, a responsabilidade por uma vida e/ou um conjunto de vidas que nos são entregues numa altura de grande vulnerabilidade e de incapacidade.

O “objeto” do nosso trabalho e cuidar são as pessoas enquanto seres bio, psico, sócio, culturais e espirituais e que, numa dada altura do seu projeto de vida se vêm incapazes e precisam deste apoio subsidiário dos enfermeiros às suas respostas humanas. Todos, eventualmente, podemos planejar a vida, uma determinada viagem, adquirir um carro, ter filhos, mas certamente nenhum de nós inclui nesse planeamento uma doença oncológica, um acidente vascular cerebral, um enfarte agudo do miocárdio. Enfim; uma série de entidades nosológicas que nos remetem para a nossa finitude e para a nossa condição de humanos enquanto seres efémeros e vulneráveis.

Ao longo do tempo, o pensamento crítico, a reflexão diária sobre a nossa própria identidade profissional, o que fazemos, como fazemos e porque fazemos, conduzem-nos inevitavelmente a uma determinada posição, onde factualmente, os receios do enfermeiro recém-licenciado deixam de fazer sentido e inconscientemente começamos a preocupar-nos cada vez mais com aquele indivíduo que tem uma esperança média de vida de seis meses e nos confia que está zangado com um filho; focamos a nossa atenção naquele marido de oitenta anos que demora três horas e necessita de quatro transportes para chegar ao hospital para visitar a sua esposa apenas por quinze minutos. Um dia, acabamos por pedir-lhe para ligar para o serviço para saber se chegou bem. Um dia compreendemos verdadeiramente que a enfermagem é muito mais extensa e abrangente do que alguma vez pensámos.

Na nossa perspectiva, a formação especializada é encarada como uma das várias respostas possíveis a uma necessidade intrínseca do cuidar. Ou seja, ao desenvolvimento de competências específicas em dada área e que também ela própria surgirá, fruto da necessidade dos que são alvo dos cuidados prestados: as pessoas enquanto seres únicos, irrepetíveis e que têm um projeto de vida em marcha.

Este desenvolvimento específico de competências conduz-nos à evidência ou mais comumente, à prática baseada na evidência e leva-nos à consideração de que a investigação e o saber investigar adequadamente é uma das capacidades fundamentais dos enfermeiros. Jai Chung (2018) refere que a necessidade de justificar as decisões tomadas na prática clínica através da demonstração da evidência é uma competência mandatária na atualidade, onde os enfermeiros são confrontados com a necessidade de providenciar às pessoas e aos clientes um cuidado que a autora caracteriza como “cuidado ótimo” ou seja, os tais cuidados de excelência, e que passam, em parte, exatamente, pelas competências que os profissionais detêm e pela forma como estes incentivam e estimulam as pessoas e os clientes (*empowerment*) à decisão informada. Para que isto aconteça os próprios profissionais terão que se encontrar solidamente fundamentados na melhor e mais recente evidência científica (Chung, 2018).

Objetivamente, a formação especializada e académica despoletou uma alteração de pensamento e dinâmicas. Propusemos-nos a uma abertura para nos tornar-nos melhores enfermeiros e claramente isso conduziu-nos a uma nova realidade e uma nova perspectiva de encarar não só o indivíduo que cuidamos como também os cuidados que prestamos, as nossas fragilidades e potencialidades bem como as políticas respeitantes ao sistema de saúde.

Estudos direcionados ao percurso dos estudantes de mestrado em enfermagem relatam determinadas dimensões e sentimentos com os quais nos identificamos e entre eles, indo ao encontro de Quina Galdino, Trevisan Martins, Fernandez Lourenço Haddad, & Perfeito Ribeiro (2016) destacamos: “conquista, privilégio e sonho realizado; oportunidade de crescimento pessoal e profissional; dúvidas sobre a importância do mestrado e dificuldades para conciliar o mestrado com a vida particular;” (Quina Galdino et al., 2016, p. 503,504,505).

O mestrado, no seu plano de estudos, traduz-se como a janela que concilia tudo o que referimos anteriormente em relação às motivações pessoais, profissionais, académicas, à reciclagem de conhecimentos prévios, à atualização de novas formas de prestar cuidados e ao refinamento de outras que prevalecem. Associamos-nos a Ferreira & Tavares (2018) que apontam a decisão de iniciar um curso de mestrado ou doutoramento como uma decisão muito individual e complexa, pois esta experiência “transforma de uma maneira única a vida dos estudantes, uma vez que a sensação

de produção de novo conhecimento que contribui para um cuidado mais seguro conduz também á resposta de uma auto-realização pessoal” (Ferreira & Tavares, 2018, p. 3033).

Os mesmos autores refletem claramente a nossa posição atual quando dizem que ao segundo ciclo de estudos correspondem sentimentos de:

Gratidão por ter a oportunidade de se fazer algo que gostamos de fazer que é: estudar; desenvolver-se; adquirir autonomia; adquirir novos conhecimentos; adquirir novas percepções coletivamente e interdisciplinarmente; ter a possibilidade de oferecer um serviço diferenciado ás pessoas e ao acompanhar novos alunos, ter também a possibilidade de plantar e partilhar estes conhecimentos (2018, p. 3034).

A verdade é que Ferreira & Tavares (2018) são claros quando afirmam “as competências dos mestrandos passam por saber como procurar a resolução para as suas dúvidas, reorganizar a informação, associar ou dissociar conhecimentos e adicionar estratégias e contributos de outras áreas com o propósito de modificar a sua prática” (2018, p. 3035). Reforçam ainda:

O modelo capitalista irrita e perturba o mestre e este desprazer é transformado numa oportunidade para adquirir e desenvolver novos conhecimentos que ajudarão a melhorar a prática, uma vez que apesar da técnica ser igual, cada pessoa é única e existe uma necessidade intrínseca de dialogar com outras áreas de conhecimento no sentido de abandonar a postura do comodismo e do excesso de tolerância (2018, p. 3034).

Este desejo de transformar a realidade, partilhado com os autores supracitados, alimenta a força que precisamos para superar as dificuldades que surgem inerentes ao percurso e a manter o foco no que pretendemos; A academia, permite a discussão aberta e sem preconceitos muitas vezes sobre “os elefantes” que todos trazemos nos nossos serviços e que tantos de nós às vezes insistimos em ignorar, umas vezes porque não temos ferramentas para lidar com eles e acabamos por deixar para outra altura; outras vezes porque se apaga ou se perde a capacidade para tentar transformar esta mesma realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Quando se conclui uma tarefa e se apresenta o resultado, muitas vezes, o próprio processo extingue-se ou deixa de parecer relevante” (Nunes et al., 2005, p. 9). Tal não acontece ao encerrar esta etapa, até porque ela se constitui como um abraçar de uma responsabilidade renovada e agora acrescida, a qual só se é configura como possível através do pensamento crítico e reflexivo associado a esta enfermagem avançada e que é indissociável da própria formação continua e do desenvolvimento de competências.

Na verdade, *“os cuidados de enfermagem especializados surgem como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde”* (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018, p. 4), enquadrando-se aqui nas nossas motivações pessoais e profissionais para este investimento na qualificação académica e profissional concretizada por esta procura, aumento e desenvolvimento de competências e outras responsabilidades que na sua essência são a base que possibilita a gestão de processos de decisão mais complexos e que garante uma prestação mais eficaz dos cuidados de enfermagem e de saúde (Lopes et al., 2018, p. 4).

De acordo com o relatório do Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência (INESC-TEC) (2018), alguns principais benefícios da especialização em enfermagem abrangem uma redução da taxa de complicações associadas ao processo de doença; menos infeções hospitalares, menos efeitos adversos, uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde e a consequente redução dos dias de internamento: “um aumento da proporção de enfermeiros especialistas de 1% pode conduzir a uma diminuição do tempo de internamento em cerca de 6%” (Lopes et al., 2018, p. 57).

Em continuação, no mesmo relatório é referido que múltiplos estudos demonstram que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas, “contribuem para a redução das taxas de mortalidade (...) um aumento de 10% na proporção de enfermeiros e enfermeiros especialistas poderá reduzir a mortalidade ajustada a 30 dias nos internamentos em 6% e 2%, respetivamente”(Lopes et al., 2018, p. 56).

No mesmo documento, fica assim demonstrado que a especialização em enfermagem corresponde a uma tendência internacional, “tendo-se definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar atividades do seu âmbito de competência mais complexas, que extravasam do domínio dos cuidados gerais” (Lopes et al., 2018, p. 5). A evidência empírica comprova um impacto positivo da especialização em enfermagem com “ ganhos em saúde para os clientes (...) ganhos para as instituições (...) e ainda para os próprios profissionais” (Lopes et al., 2018, p. 5).

Posto isto, a importância deste percurso no nosso desenvolvimento quer pelas novas competências adquiridas ou pelo desenvolvimento de outras pré-existentes conduz-nos verdadeiramente à *enfermagem avançada*; Aquela que advém genuinamente da evolução da disciplina e que se concretiza no papel do *clinical nurse specialist* ou, de uma forma mais concreta, aquela que detém

Maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal -baseado em teorias de enfermagem que têm por “core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vivida; e mais competências de tomada de decisão (Paiva e Silva, 2007, p. 18).

No que diz respeito às competências desenvolvidas, destacamos novamente o tema central investigado nos dois contextos, no primeiro contexto (SU) na vertente do cliente SCA e no segundo contexto (UCIP) na vertente dos familiares do cliente internado. Ancorados na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, estes processos culminam respetivamente na partilha dos conhecimentos através de sessões de formação “*on job*” bem como na disponibilização de todo o suporte documental, através de pastas partilhadas. A isto, destaca-se no segundo contexto, a realização da *scoping review* alusiva à Incerteza dos familiares do cliente internado, bem como as realizações e agendamentos de replicações das formações (de ambos os contextos) em programação para 2020. A pedido do serviço do segundo contexto, foi também fornecido o poster elaborado para ser afixado. A par com o descrito, regista-se também a entrega dos dados da investigação para integrar o processo de reformulação do protocolo de acolhimento às famílias e ainda e a disponibilização de todo o suporte documental à realização da *scoping review*. Todo este procedimento, permite o alcance de um **desenvolvimento de práticas de qualidade**; constitui uma **garantia de um papel de dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação**

clínica e garante um ambiente terapêutico e seguro no âmbito da **sensibilização, consciencialização e respeito pela identidade e necessidades culturais e espirituais**, proporcionando e alimentando também, desta forma, o **auto-conhecimento e assertividade pessoais**. Tudo isto corresponde a competências comuns do enfermeiro especialista e que, através do processo e forma como foram planeadas, conduzidas e obtidas, permitem **basear a praxis clínica na evidência científica recolhida**, que se constitui como uma outra competência comum do enfermeiro especialista.

No âmbito da prestação direta de cuidados, a relação terapêutica e de ajuda, por inerência também ao tema escolhido e que se relaciona fortemente com a vertente comunicacional, permitiu desenvolver e apurar competências no **cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**. Para além desta dimensão fundamental na prestação de cuidados, a componente técnica bem como a formação em SAVC e a presença de outros indicadores, como a **demonstração de conhecimentos relativos à gestão e administração de terapêutica** e os **cuidados prestados em situações de emergência, antecipando frequentemente as situações de instabilidade e risco de falência orgânica**, permitem concluir que estas competências foram igualmente adquiridas com sucesso.

Em continuação, ao compreender a organização conceptual, metodológica e operacional da instituição no âmbito **das situações de emergência, excepção e catástrofe**, concretizada no seu Plano de Emergência Interno e PEE, compreendemos e aprendemos novas formas de **adequar a resposta em situação de trauma**. Destaca-se assim uma particular atenção **aos sistemas de triagem** e à **salvaguarda de condições de segurança**, que se constituem como indicadores no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, pelo que consideramos este conjunto de competências igualmente alcançado.

Por fim, destacar ainda a participação na preparação para as **auditoras internas no âmbito da qualidade dos cuidados de enfermagem**, cujo processo da instituição assenta nos padrões de qualidade da OE e nas competências dos enfermeiros. Concretamente, o objetivo destes procedimentos é a obtenção de detalhes concretos e imparciais, com o intuito de os analisar criteriosamente por forma a determinar o grau de conformidade dos procedimentos e a identificar áreas de melhoria, obtendo também informações relativas ao desempenho interno por entidades externas, entre outros. Esta participação, embora que reduzida permite, por exemplo, **compreender as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção**, bem como partilhar,

em equipa, **estratégias no âmbito do plano nacional de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos**, pelo que se consideram, também, este conjunto de competências igualmente atingido.

Ao terminar, uma breve menção ao esforço, dedicação e motivações intrínsecas, aos quais apenas a individualidade de cada um tem acesso, mas que desempenham um papel determinante no alcance dos objetivos a que nos propusemos e que, através da resiliência, permitiram encontrar estratégias e metodologias de trabalho para ultrapassar as dificuldades e assim possibilitarem a consolidação do início da jornada profissional enquanto especialista e mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>
- Assembleia da República. (2017). Constituição da República Portuguesa. *Diário da República*, 1ª série.
- Assembleia da República. (2019). Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, nº 169, 5688–5724.
- Burr, G. (1998). Contextualizing critical care family needs through triangulation: An Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(4), 161–169. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(98\)80473-4](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(98)80473-4)
- Chalifour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1ª edição; Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Chung, J. (2018). Assessing Research is a Vital Skill in New Masters-level Nursing Pathway. *Kai Tiaki Nursing Research*, 09, 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Collière, M.-F. (1982). *Promover la Vida* (2ª edição; M. G. Hill, Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (2014). Ranking Web Of Hospitals. Obtido 4 de Janeiro de 2020, de <http://hospitals.webometrics.info/en/Europe/Portugal?page=0>
- Cypress, B. S. (2016). Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>
- Deodato, S. (2018). *Direito da Saúde* (2ª Edição; S. A. Edições Almedina, Ed.). Coimbra.
- Ferreira, R. E., & Tavares, C. M. de M. T. (2018). Meaning of The Masters For Master Student

- Nurses. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(11), 3030–3038.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (5ª edição; Lusociência, Ed.). Loures.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade - Cuidar e Compreender a Velhice* (1ª edição; I. Piaget, Ed.).
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 25(6), 467–474. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(96\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(96)80049-5)
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Nesc-Tec 2018*, 112. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - REPE. *Diário da República - I Série-A, N. 93-21*, 1739–1757. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/175644>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225–232.
- Mishel, M. H. (1991). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 236–240. <https://doi.org/10.1097/00006199-199107000-00013>
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*, Vol. 5, pp. 207–217. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00155.x>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 9.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Doentológico dos Enfermeiros* (1ª edição; O. dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. 24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. *Parecer MCEEMC 10 / 2017*, 10, 1–4. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 135, 19359–19370. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº26, 4744–4750.
- Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada. *Servir*, V. 55, nº, 11–20.
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping Reviews - Chapter 11. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Obtido de <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Quina Galdino, M. J., Trevisan Martins, J., Fernandez Lourenço Haddad, M. do C., & Perfeito Ribeiro, R. (2016). Mestrado Em Enfermagem: Sentimentos Vivenciados Por Estudantes. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(2), 501–507. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201616>
- Rabiais, I. C. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado* (1ª; Novas Edições Académicas, Ed.). Saarbrucken.
- Romero Massa, E., Florez Torres, I. E., & Montalvo Prieto, A. M. P. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie20-1.icfp>
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/riii1019>
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (3ª edição). <https://doi.org/10.1891/9780826159922.0008>

- Silva, H. (2015). Percursos e desafios de uma investigação sobre a história da profissão de enfermagem em Portugal (séc. XIX-XX). *Pensar Enfermagem*, 19(2), 68–84.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro* (3ª edição; U. C. Editora, Ed.). Lisboa.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2017). Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4390–4403. <https://doi.org/10.1111/jocn.13768>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Solicitação de Reunião com Enfermeira Diretora do Hospital selecionado no âmbito do processo de avaliação da satisfação dos clientes.

Excelentíssima Senhora

Enfermeira Diretora do [Ocultado por questões de confidencialidade e anonimato aplicáveis]

[Ocultado por questões de confidencialidade e anonimato aplicáveis]

Assunto: Agendamento de reunião

Excelência,

O meu nome é André [Ocultado por questões de confidencialidade e anonimato aplicáveis] segundo ano do Mestrado em Ciências de Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (Área da Enfermagem à Pessoa em situação Crítica) da Universidade Católica Portuguesa e, em conjunto com a Professora Doutora Isabel Rabiais, encontro-me a estudar o fenómeno da Incerteza nos familiares da pessoa que se encontra internada em unidades de cuidados intensivos.

Neste sentido, tendo em conta que os processos de acolhimento e acompanhamento dos familiares da pessoa em situação crítica se relacionam diretamente com o fenómeno em estudo e uma vez que o acolhimento e acompanhamento às famílias dos clientes internados nos cuidados intensivos do seu hospital se constituem como um exemplo de boas práticas sustentadas na evidência, gostaria de solicitar a sua ajuda no sentido de agendar uma breve reunião onde pretendo aprender com a vossa experiência e conhecer o vosso processo de acolhimento e avaliação da satisfação dos familiares dos clientes admitidos nos cuidados intensivos.

Agradecendo antecipadamente sua melhor atenção apresento os meus melhores cumprimentos,

Lisboa, 02 de Dezembro de 2019

[Ocultado por questões de confidencialidade e anonimato aplicáveis]

Enf.º André

[Ocultado por questões de confidencialidade e anonimato aplicáveis]

APÊNDICE II – Slides apresentação *Scoping Review* - UCIP

“Gestão da Incerteza nos Familiares do Cliente Crítico Internado em Unidades de Cuidados Intensivos”



Gestão Da Incerteza Nos Familiares Do Cliente Crítico: *A Scoping Review*

Coordenação de: Professora Doutora
Orientação Clínica por: Enfermeira

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS.

Orientação Tutorial por: Prof.
Mestrando: Enfermeiro André


OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS.

DEZEMBRO 2019

XII Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
-Na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CONTEÚDOS

1. AUTORES
2. TÍTULO, OBJETIVOS E QUESTÃO DE PARTIDA
 - 2.1. Título
 - 2.2. Objetivos
 - 2.3. Questão de partida
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO
4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA
 - 4.1. Tipo de Participantes
 - 4.2. Conceito de Intervenção
 - 4.3. Contexto
 - 4.4. Tipos de Fontes



<https://www.wash.com/en/blog/2018-09/identifying-measurement-uncertainty-why-you-should-care>

CONTEÚDOS

4.5 Critérios de Inclusão e exclusão

5. EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



<https://www.shutterstock.com/en/bug/2018-09/determining-measurement-uncertainty-plus-your-world-quotations>

CONTEÚDOS

A metodologia de trabalho adotada para a elaboração da *Scoping Review* é a proposta pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI) e o processo de investigação foi guiado pelo Manual do Revisor do JBI (2017) – Capítulo 11 – *Scoping Reviews*.

Cliente - Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o “*termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados*” (OE,2002, p.19). Desta forma o cliente é um participante ativo na troca de algo com outro e refere-se não só a pessoa-individual, mas a família, ou a comunidade (OE, 2002).



AUTORES

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS.

André ¹;
Isabel ²;



1- ICS da UCP, Lisboa, Portugal: email.com;
Enfermeiro de Cuidados Gerais;
Mestrando em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área da pessoa em situação crítica;

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS.

2- ICS da UCP, Lisboa, Portugal: pt;
Professora Auxiliar da UCP,
Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Mestre em Ciências da Educação e Doutora em Enfermagem;

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS.

5

https://www.google.com/search?q=address&btn=msch&ved=2ahUKEwm_n8nLPmwhUlmakH0yIwCQ2-



TÍTULO, OBJETIVOS E QUESTÃO DE PARTIDA

Gestão da Incerteza nos Familiares do Cliente Crítico: a Scoping Review.

Objetivos

Identificar quais as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares do cliente em situação crítica internada em contexto de UCI;

Questão de partida

Quais os determinantes da Incerteza e as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares da pessoa em situação crítica em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)?

- **População** - Familiares do cliente em situação crítica;
- **Conceito** - Gestão da Incerteza;
- **Contexto** - Unidade de Cuidados Intensivos;



6

https://www.google.com/search?q=address&btn=msch&ved=2ahUKEwm_n8nLPmwhUlmakH0yIwCQ2-

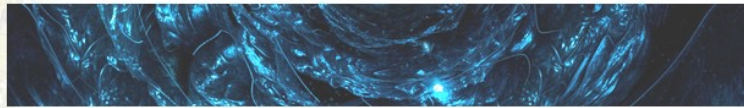


ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INCERTEZA

"A incapacidade para determinar o significado de acontecimentos relacionados com os processos de doença, ocorrendo em situações onde o decisor é incapaz de atribuir um valor definido aos objetos ou aos eventos e/ou é incapaz de prever com precisão e acurácia os resultados esperados devido à falta de informação/ orientação/elementos."
(MISHEL:256;1990).

*The Uncertainty in Illness (1988)
Reconceptualization of The Uncertainty in Illness(1990)*



7

<http://renderwas.xyz/vortex-by-natalia-loktionov/>



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

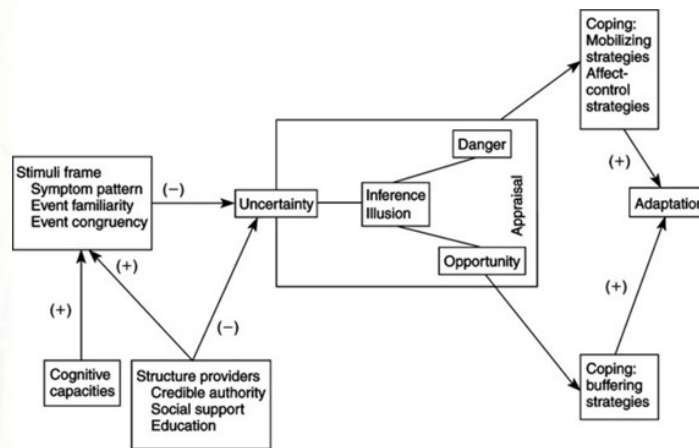


Figura - Retirado de *The Journal of Nursing Scholarship*;

"*Uncertainty in Illness*", MISHEL, M. 1988 8



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INCERTEZA

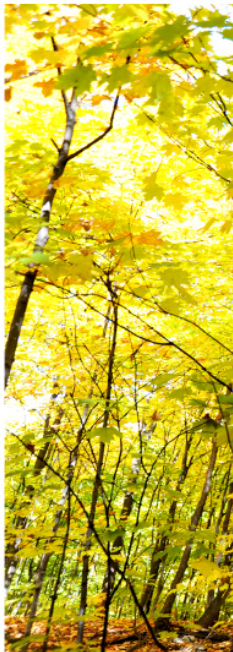
Nas situações de doença, a **Incerteza** apresenta-se sobre quatro formas, sendo elas:

- 1) *ambiguidade relacionada ao estado da doença;*
- 2) *complexidade respeitante ao tratamento e ao sistema de cuidado;*
- 3) *ausência de informação relativamente ao diagnóstico e à severidade da doença;*
- 4) *a imprevisão do percurso da doença e o prognóstico.*

(MISHEL: 225;1988).

“Choque e Incerteza ocorrem e instalam-se face ao desconhecimento do outcome do seu ente-querido e face à possibilidade do resultado da situação poder ser a sobrevivência, invalidez ou a morte”.

(CYPRESS:2015;43). 9



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“A Incerteza é uma consequência da admissão nas UCI e que esta tem impacto psicológico e conduz a alterações major na vida social e económica.”

(CYPRESS:2015;43).

A Incerteza é notória em altos níveis e está relacionada com a precariedade dos clientes.

Esta é a base que consideramos fundamental para sustentar a importância do estudo das intervenções a adotar para a gestão da Incerteza.

(CYPRESS:20015;47)



10

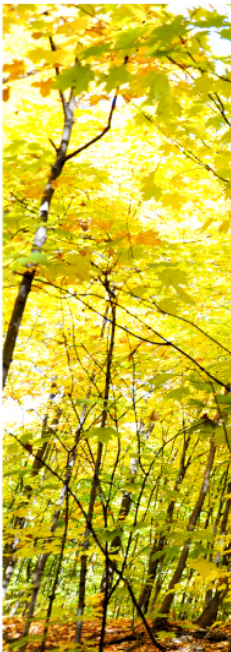


ESTRATÉGIA DE PESQUISA

- Pesquisa entre 15 de Setembro e 30 de Setembro de 2019;
- Três etapas de pesquisa definidas pelo manual de *Joanna Briggs Institute Reviewers* (2015) com as alterações introduzidas a 21 de Setembro de 2017.
- Pesquisa inicial geral e limitada relacionada com a questão previamente na *MEDLINE*²- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via *PubMed* por forma a definir as palavras-chave e posteriormente na *MEDLINE*² via *PubMed* e *EBSCO*³ *Information Services* (Elton B. Stephens Company), tendo sido consideradas todas as bases disponíveis e acima citadas.
- *MeSh* 2019 e operadores booleanos: "Uncertainty"; AND "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Critical Care Nursing" AND "Family" OR "Family Nursing" OR "Family Health"

Palavras-chave: Gestão da Incerteza; Enfermeiro Especialista; Unidades de Cuidados Intensivos; Família;

13



Critérios de Inclusão:

- Língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola com um período temporal de 22 anos (1996 a 2018), com acesso a texto completo, visualização gratuita e/ou paga;
- Seleção gradual dos estudos encontrados através de leitura criteriosa do título, resumo e descritores *MeSh* e posteriormente adequação aos critérios de inclusão estabelecidos na revisão;
- Nas circunstâncias em que o título, o resumo e os descritores *MeSh* não foram suficientes para definir a seleção, recorreu-se à leitura integral dos artigos;

Critérios de Exclusão:

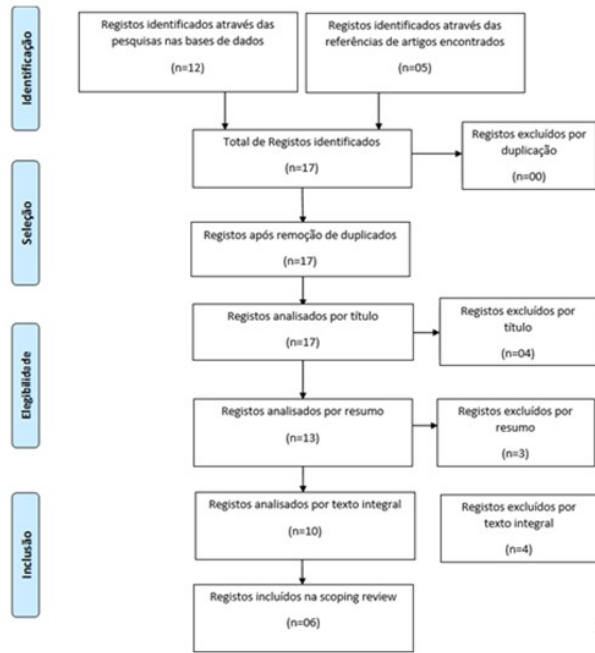
- Artigos de Opinião;
- Artigos não publicados;
- Abordagem ao fenómeno sob o palio de uma patologia base particular aguda ou crónica agudizada;
- Abordagem ao fenómeno da Incerteza na perspectiva da decisão terapêutica; na perspectiva dos profissionais ou outra que não a dos clientes e familiares;



14



EXTRAÇÃO DE RESULTADOS



15



APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

- ***Barriers to Regaining Control Within a Constructive Grounded Theory of Family Resilience in ICU: Living With Uncertainty;***
- Pauline Wong; Praneeliamputtong; Susan Koch; Helen Rawson;
- 2017.
- Intensa vulnerabilidade emocional (perda de controlo) condicionada pelo turbilhão de sentimentos - que conduz a um estado de viver com Incerteza (constituído por confrontação com um ambiente desconhecido; “ser mantido no escuro” e estar num estado de turbilhão emocional; A maioria das famílias experienciou uma variedade de graus de Incerteza e sentiu desconexão emocional por parte da equipa.

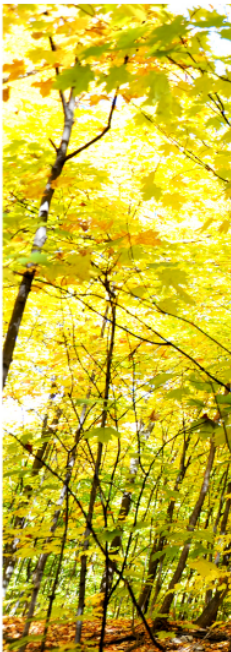
16



APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

- ***Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensive;***
- Inna Elida Flórez Torres; Amparo Montalvo Prieto; Elizabeth Romero Massa;
- 2016.
- Avaliou-se o nível de Incerteza global e por dimensões: Globalmente, 59,5% dos cuidadores familiares revelaram um **nível de Incerteza regular** e 25,3% dos cuidadores familiares revelou um **nível alto de Incerteza**.
- Os resultados demonstram a necessidade de desenvolvimento e implementação de intervenções por parte dos profissionais que incluam a família do utente em estado crítico como sendo também alvo da prestação de cuidados.

17



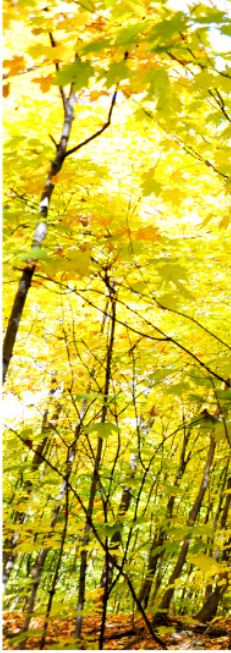
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

- ***Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's theory of Uncertainty of Illness;***
- Brigitte S. Cypress;
- 2016;
- A Incerteza é uma dimensão específica do cliente internado que não foi percebida nos familiares dos clientes internados em UCI.
- O achado do estudo relativo a esta conclusão é atribuído à confiança nos enfermeiros e na equipa de saúde bem ao facto de que enfermeiros, família e utente foram perspectivados como uma unidade única associados ao rácio 2:1 enfermeiro/ cliente.



18

<https://www.google.com/search?q=caminhos+e+to+misco&ved=2ahUKEw24rmi7PnaWUEwKH0yANIQ2->



APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

- ***The Experiences of Families with a relative in the intensive Care Unit;***
- Patricia A. Jamerson; Monica Scheibmeir; Marjorie J. Bott; Frances Crighton; Ruthellyn H. Hilton; Ann Kuckelman
- 1996
- Foram identificadas quatro categorias de experiências: *Hovering*, *Informationseeking*, *Tracking* e *Garneringofresources*;
- As famílias percebem um sentimento de Incerteza que é eventualmente resolvido através da procura de informação e recursos. As habilidades de *coping* e a satisfação das famílias de UCI dependem do progresso de um sentimento de Incerteza e ansiedade (*Hovering*) para o *Informationseeking*, posteriormente através do alerta relacionado com o ambiente de UCI e da prestação de cuidados (*tracking*) passarão para o *Garneringofresources*. Os profissionais de saúde podem minimizar o stress associado à hospitalização dos parentes em UCI através da antecipação e resolução das necessidades de informação e de recursos da família.

21

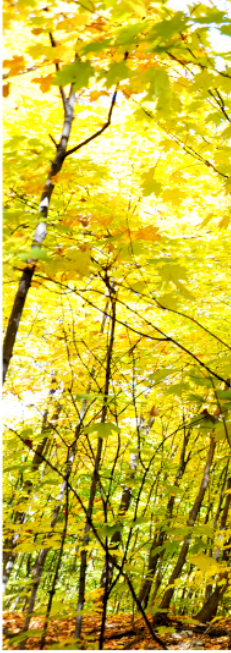


DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:



22

<https://undersonpliedrad.io/home/2016/12/absolute-uncertainty>



CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

- O Estudo que não reportou incerteza nos familiares dos clientes internados encontrou famílias que confiavam na equipa de saúde, que experienciavam sentimentos de tranquilidade e metodologias de trabalho em que família, cliente e enfermeiros foram percebidos apenas como uma só unidade;
- O rácio enfermeiro/cliente de 2:1 é também um fator de peso e que merece destaque nesta análise;
- Como intervenções no âmbito da gestão da Incerteza surgem fundamentalmente as que promovem a comunicação e a informação; a segurança (confiança na equipa) e suporte e proximidade dos familiares ao cliente internado e também proximidade dos familiares à equipa;

25



CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

- A transmissão de informação deve ser antecipada e fornecida regularmente pelos enfermeiros, assim como a família deve ser orientada nas dinâmicas próprias da unidade;
- O horário flexível de visitas, a compreensão das experiências passadas em contexto de UCI e uma comunicação genuína e honesta (relação empática), a possibilidade de reduzir a rotatividade dos enfermeiros bem como a importância da relação equipa família foram também fatores em destaque;
- A promoção do suporte social, a resposta às necessidades dos familiares e os enfermeiros são elementos privilegiados no âmbito da gestão da Incerteza;



26

<https://www.google.com/search?q=walking+to+geth+er&rlz=3C1UKKwansIP7F7v0hV0UJHVF0eQ2>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>;
- BURR, G. – Contextualizing Critical Care Family Needs Trough Triangulation: an Australian Study – *Intensive Critical Care Nursing*; 1998;
- Cypress, B. S. (2016). Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>;
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 25(6), 467–474. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(96\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(96)80049-5);
- MISHEL, Merle H. - Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory – *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 22, number 4, Winter 1990;
- MISHEL, Merle H. - Uncertainty in Illness – *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 20, number 4, Winter 1988;
- MISHEL, Merle H. (2008); disponível em: <https://sites.google.com/a/northgeorgia.edu/merle-mishel-middle-range-nursing-theory/home/uncertainty-of-illness>; consultado em: 24-Setembro 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*, Vol. 5, pp. 207–217. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00155.x>;
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: ScopingReviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JoannaBriggsInstituteReviewer's Manual*. TheJoannaBriggsInstitute, 2017. Availablefrom <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>;
- Reviews, S. (n.d.). Chapter 11: Scoping reviews - JBI Wiki. Retrieved from <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>;
- Romero Massa, E., Florez Torres, I. E., & Montalvo Prieto, A. M. P. (2018). Incertidumbreencuidadoresfamiliares de pacienteshospitalizadososenidades de cuidadointensivo. *InvestigaciónEnEnfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). <https://doi.org/10.11144/averdema.20-1.163>;
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2017). Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4390–4403. <https://doi.org/10.1111/jocn.13768>;
-

APÊNDICE III – Poster Revisão da Literatura – *Scoping Review*

***“Gestão da Incerteza Nos Familiares Do Cliente Critico Internado
em Unidade de Cuidados Intensivos”***



Gestão da Incerteza nos Familiares do Cliente Crítico Internado em Unidades de Cuidados Intensivos: a Scoping Review

INCERTEZA Uma experiência dinâmica e complexa; um potente stressor psicológico que conduz a um impacto significativo no projeto de vida do indivíduo e consequentemente tem implicações para plano de cuidados no processo de enfermagem (Hansen et al.,2012) .

OBJETIVO: Identificar os fatores determinantes da Incerteza e as intervenções facilitadoras da gestão da Incerteza nos familiares das pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos.

MATERIAIS E MÉTODOS: Scoping Review;População (P): familiares da pessoa em situação crítica; Conceito (C): gestão da incerteza e o Contexto (C): unidades de cuidados intensivos; MeSH 2019 "Uncertainty"; "Critical Care" "Critical Illness", "Critical Care Nursing" ,"Family" , "Family Nursing", "Family Health". Seleção através do fluxograma PRISMA (Joanna Briggs Institute,2017).

RESULTADOS: Fatores determinantes da Incerteza constituem **experiências, necessidades, sentimentos e emoções**. A estes adicionamos os quatro **Domínios da Incerteza** que se conjugam com as **Dimensões da Doença** e se assumem como determinantes do fenómeno estudado.

Apenas um estudo foi divergente na conclusão, equacionando que em determinadas circunstâncias, a **Incerteza** não existe para os familiares e é um fenómeno circunscrito à pessoa internada.

FATORES DETERMINANTES DE INCERTEZA

- Sobrevivência do indivíduo, severidade da doença, existência de sequelas pós doença crítica (Hansen, 2012; Romero, 2018);
- Sintomas, diagnóstico, tratamento, prognóstico e relações com a equipa de saúde (Romero et al., 2018);
- Confusão (Jamerson et al., 1996), choque à admissão (Jamerson,1996; Agard, 2007,Cypress, 2016), ansiedade (Jamerson, 1996; Mitchel,2003; Agard,2007; Cypress, 2016), esperança (Agard & Harder, 2007), isolamento (Jamerson et al.,1996), preocupação e medo (Jamerson,1996; Agard, 2007), stress (Jamerson,1996; Cypress, 2016), e capacidades de coping (Jamerson,1996; Mitchel, 2003; Cypress, 2016);
- Ambiguidade, falta de clareza, imprevisibilidade e falta de informação (Romero et al., 2018).



INTERVENÇÕES FACILITADORAS DA GESTÃO DA INCERTEZA

- Informação (Jamerson, 1996; Mitchel,2003; Agard, 2007; Cypress,2012; Wong, 2017; Romero, 2018); comunicação (Mitchel, 2003; Wong, 2017); confiança na equipa (Mitchel,2003; Cypress,2016; Romero, 2018); suporte (Agard & Harder, 2007); proximidade aos familiares da pessoa internada (Mitchel,2003; Agard, 2007; Cypress, 2016; Romero, 2018); Informação antecipada e regular (Jamerson, 1996; Wong, 2017); orientação nas dinâmicas próprias da unidade)(Jamerson, 1996; Wong, 2017);
- Horário flexível de visitas (Jamerson,1996; Mitchel, 2003; Agard,2007; Wong, 2017); compreensão de experiências passadas (Jamerson, 1996; Cypress, 2016; Wong,2017; Romero, 2018); relação empática (Jamerson et al., 1996); redução da rotatividade dos enfermeiros (Jamerson, 1996; Agard, 2007); promoção do suporte social (Mitchel, 2006; Cypress, 2016); importância da relação equipa-família (Jamerson, 1996; Mitchel, 2003; Agard, 2007; Romero, 2018).

A natureza da Incerteza experienciada pelos familiares e as intervenções que visam minimizá-la não se encontram bem documentadas e delineadas (Jamerson, 1996; Mitchel,2003; Wong, 2017).



CONCLUSÃO: A **INCERTEZA** encontra-se na maioria da população selecionada e é um fenómeno complexo cujo surgimento, além dos seus determinantes basais, é influenciado por outros fatores orbitários à experiência humana. A admissão em UCI gera angústia, ansiedade, preocupação (Cypress, 2016), **incerteza**, tumulto emocional e stress (Jamerson et al., 1996) na pessoa em situação crítica e família, determinando um impacto negativo na qualidade de vida e no ajuste psicossocial (Mitchel, 2006). O **suporte social** a **transmissão de informação** e as **intervenções dos enfermeiros** são elementos privilegiados no âmbito da gestão da **INCERTEZA**.

Autoria(s) : Direito, André ¹; Rabiais, Isabel ²;Santos, Vera ³;

¹ ICS da UCP, Lisboa, Portugal: andre_rodriques12@hotmail.com Enfermeiro de Cuidados Gerais; Mestrando em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

² ICS da UCP, Lisboa, Portugal: raby@ics.lisboa.ucp.pt Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Ciências da Educação e Doutora em Enfermagem;

³ UCIP Hospital CUF Descobertas; Lisboa, Portugal: verasantosenf@sapo.pt Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.



APÊNDICE IV – Slides Apresentação - SU

“Gestão da Incerteza no Cliente em Situação Crítica”

XII Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A pessoa em Situação Crítica:
Vigilância de Decisão Clínica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

OCULTADO POR QUESTÕES
DE CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

INCERTEZA NO CLIENTE EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Lisboa, JUNHO 2019

Coordenação e orientação tutorial:

Professora Doutora Manuela Madureira;
Professora Doutora Isabel Rabiais;

Orientação clínica:

Enf.ª OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

Mestrando:

Enf.º André Direito;

Conteúdos

1. Introdução
2. Enquadramento Teórico
 - 2.1. Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel
 - 2.2. Síndrome Coronário Agudo
 - 2.3. Aplicação da Teoria
 - 2.3. Considerações Finais
4. Referências bibliográficas



INTRODUÇÃO

“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” Artigo 97º - Deveres em geral na sua alínea a) DP

“Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional.” Artigo 100º - Dos deveres deontológicos em geral -alínea e)

“Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.”

Artigo 109º - Excelência do exercício - alínea a)



3



ENQUADRAMENTO TEORICO

- Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel;
- Doença Súbita e Crítica;
- Síndrome Coronário Agudo <-> Teoria da Incerteza na Doença;

Contribuir para a **melhoria dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, no âmbito das competências relacionais e comunicacionais à pessoa com o diagnóstico de SCA;**



4



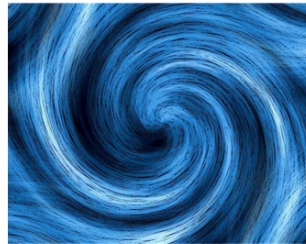
TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA



OCULTADO POR QUESTÕES DE CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO APLICÁVEIS

Teoria de Medio Alcance M.Mishel: Uncertainty in Illness

"A incapacidade para determinar o significado de acontecimentos relacionados com os processos de doença, ocorrendo em situações onde o decisor é incapaz de atribuir um valor definido aos objetos ou aos eventos e/ou é incapaz de prever com precisão e acurácia os resultados esperados devido à falta de informação/orientação/elementos." (MISHEL:256;1990).



The Uncertainty in Illness (1988)

Reconceptualization of The Uncertainty in Illness(1990)



TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA



OCULTADO POR QUESTÕES DE CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO APLICÁVEIS

Teoria de Medio Alcance M.Mishel: Uncertainty in Illness

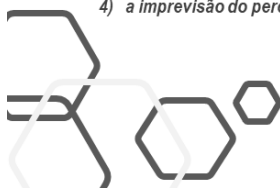
Nas situações de doença, a **incerteza** apresenta-se sobre quatro formas, sendo elas:

- 1) *ambiguidade relacionada ao estado da doença;*
- 2) *complexidade respeitante ao tratamento e ao sistema de cuidado;*
- 3) *ausência de informação relativamente ao diagnóstico e à severidade da doença;*
- 4) *a imprevisão do percurso da doença e o prognóstico."*



Intervenções de Enfermagem

(MISHEL: 225;1988).





TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

Teoria de Medio Alcance M.Mishel: Uncertainty in Illness

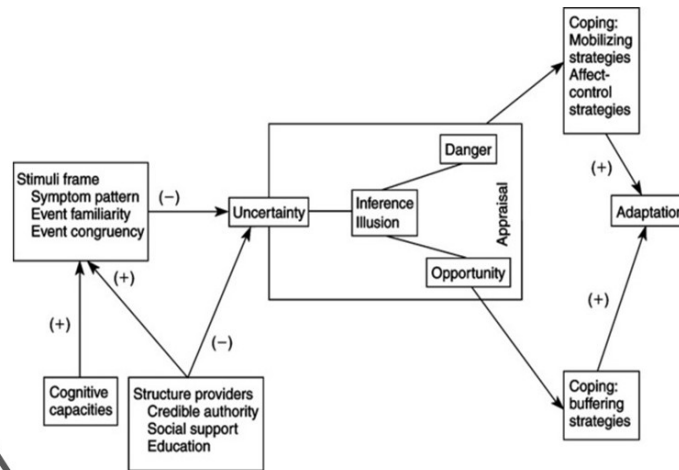
- *“Na doença, a incerteza está presente durante as fases de prognóstico, diagnóstico e tratamento.”* (MCCORMICK,128:2002)
- *“A Incerteza é um dos componentes major de todas as experiências de doença e afeta a adaptação psicossocial e os outcomes do processo de doença.”*(MCCORMICK, 128:2002);
- *“A Incerteza é parte integrante de qualquer doença e não pode ser removida na sua totalidade, mas os profissionais de saúde podem ensinar as pessoas a formular respostas que lhes permitam gerir e a lidar com essa incerteza”* (MISHEL; website:2013)



7



TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA



Fonte: "Uncertainty in Illness", The Journal of Nursing Scholarship; MISHEL (1998);



8



SINDROME CORONÁRIO AGUDO



OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCC)

“as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010” (DGS, 2017).

- Aumento em 26% dos internamentos por doenças do coração entre 2011 e 2015 e que como objetivos para 2020 pretende-se (entre outros):
- **Reduzir o número de mortes antes dos 70 anos por doença do cérebro e do coração;**
- **Reduzir para 7% as mortes por enfarte nos hospitais**
- **Aumentar, para 470 por milhão de habitantes, o número de tratamentos por angioplastia a pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio;**” (DGS, 2017).



9



APLICAÇÃO DA TEORIA



OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

Stimuli Frame- remetendo-nos para a caracterização dos estímulos envolvidos no processo e que por sua vez se dividem em:

1.1- *Symptom Pattern* – Nível em que os sintomas que se percebem como um padrão ou não;

1.2- *Event Familiarity*- Nível em que a situação se percebe familiar, através por exemplo da sua frequência na totalidade ou parcialmente através de determinados elementos;

1.3- *Event congruency* – Nível de concordância entre o percebido e o que se sabe relativamente ao evento ou

à doença;



10



APLICAÇÃO DA TEORIA

2- Cognitive Capacities – Competências ao nível do conhecimento e do entendimento que permitem ao cliente integrar e compreender informação;

3- Structure Providers – Elementos ao nível dos recursos que o cliente tem à sua disposição e que auxiliam na compreensão e entendimento do *Stimuli Frame*, e que se subdividem em:

3.1- *Credible authority* – Nível relativo aos profissionais de saúde que através da comunicação e do seu trabalho aumentam por exemplo os níveis de *empowerment* e educação para a saúde;

3.2 – *Social support* – Nível relativo ao apoio social e familiar respeitante aos processos de doença como por exemplo a partilha de situações já vivenciadas;

3.3.- *Education* – Nível relativo à educação para a saúde, informações relativas à promoção e proteção da saúde bem como os conhecimentos sobre as próprias situações de saúde e doença;



11



APLICAÇÃO DA TEORIA

Os Enfermeiros constituem uma das alavancas importantes desta teoria de médio alcance e podem ajudar os clientes a gerir a Incerteza através do fornecimento de informação relativamente aos processos de admissão e acolhimento, ao processo de doença, e a outras necessidades individuais.

É através de um acompanhamento na forma como é feita a avaliação do fenómeno (percecionado como perigo ou como oportunidade) e através do apoio na atribuição de um significado extraído desta experiência de doença crítica (Cypress:2015) que conseguimos atingir a adaptação.

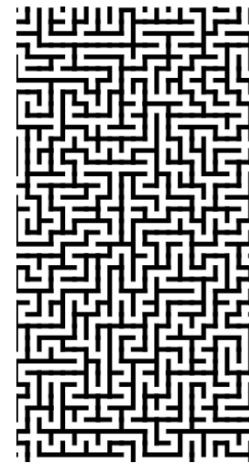


12



APLICAÇÃO DA TEORIA

“Os enfermeiros devem providenciar ensinamentos efetivos e informações contextuais aos clientes em relação à verdadeira situação (...) bem como providenciar encorajamento e esperança realista; devem ainda promover o uso do suporte social do cliente para a gestão da incerteza(...)” (Cypress:2015; p.47).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Os enfermeiros devem providenciar ensinamentos efetivos e informações contextuais aos clientes em relação à verdadeira situação (...) bem como providenciar encorajamento e esperança realista; devem ainda promover o uso do suporte social do cliente para a gestão da incerteza(...)” (Cypress:2015; p.47).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cypress, B. S. (2016). Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017. São Paulo, 2017. p. 2184-1179
- MCCORMICK, Kim M. - A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, Summer, 2002, 127-131.
- MISHEL, Merle H. - Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory – *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 22, number 4, Winter, 1990.
- MISHEL, Merle H. (2013). https://www.researchgate.net/publication/261131131_Merle_H_Mishel_Middle-Range_Nursing_Theories_of_Uncertainty_of_Illness. Consultado em 09 Maio, 2018.
- DIRETORIA GERAL PERMEPROB – Competência Profissional da Enfermagem, Edição Ordem dos Enfermeiros, 2015, ISBN 978-99-75-94-943-5
- Merle H. - Uncertainty in Illness – *Journal*

André

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

N

C

a

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

OCULTADO POR QUESTÕES DE
CONFIDENCIALIDADE E
ANONIMATO APLICÁVEIS

.com

ANEXOS

ANEXO I – Certificado Formação SAVC – maio 2019

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho


ocean
medical

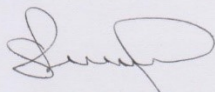
Certifica-se que **André**, **Ocultado por questões de confidencialidade e anonimato aplicáveis** Número
de **Ocultado por questões de confidencialidade** com aproveitamento o curso de formação
profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

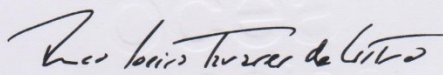
da American Heart Association, que decorreu de 17/06/2019 a 18/06/2019, com a duração
de 16 horas, em Lisboa na Universidade Católica Portuguesa.

O Diretor da Escola de Enfermagem (Lisboa),
ICS da Universidade Católica Portuguesa,



Sérgio Deodato

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

 **American
Heart
Association**

**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**

 **ENTIDADE
ACREDITADA**
FORMAÇÃO EM
ENFERMAGEM
E A SAV 05 04 2018

 **ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA**
DREQ

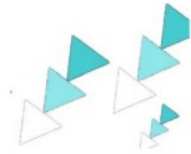
Certificado nº 19113-3/2019

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

ANEXO II – Certificado de Participação e Atribuição de Primeiro Prémio do II
Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (2020-11-29)



II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa) “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **André Direito, Isabel Rabiais e Vera Santos**, participaram no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia **29 de novembro de 2019**, com a apresentação de Poster, que recebeu o 1º prémio, com o tema

“Gestão da Incerteza nos Familiares do Cliente Crítico Internado em Unidades de Cuidados Intensivos”

Lisboa, 29 de novembro de 2019.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa) “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum” 29 de novembro 2019 | Auditório Cardeal Medeiros, UCP - Lisboa

Programa

9:00 – Mesa 1: DESAFIOS EMERGENTES NA COMUNIDADE

Moderador: Filipa Castro (Mestre em Enfermagem, EC)
Cristina Pires (Mestre em Enfermagem, EC) – “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável - Ação Local e Pensamento Global”
Celine Machado (Mestranda do 12º CME - EC) - “Vigilância Epidemiológica em Serviços Centrais”
Sara Fialho (Mestranda do 12º CME - EC) – “Diagnóstico de Situação: Indicadores Contratualizados numa UCC”

10:00 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Mestre Juan Ambrósio (Faculdade de Teologia da UCP) - “O Bem Comum em Saúde”

10:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Professora Dra. Adriana Dutra Tholl (Universidade Federal de Santa Catarina) - “Pesquisar, cuidar e reabilitar pessoas e famílias no quotidiano pelos fios da razão sensível”

11:45 – Mesa 2: HOSPITAL, CRIANÇA E COMUNIDADE

Moderador: Telma Duarte (Mestre em Enfermagem, SIP)
Ana Filipa Santos (Mestre em Enfermagem, SIP) - “Parentalidade Positiva... Para além da Alta Hospitalar”
Ana Correia (Mestre em Enfermagem, SIP) - “Promoção do sono da criança: do Hospital à Comunidade”
Sílvia Gaio (Mestranda do 12º CME - SIP) – “A influência da cultura na amamentação: intervenção de enfermagem em saúde infantil e comunidade”

14:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Prof. Doutor Rodrigo Jensen
(Universidade Estadual Paulista - UNESP) - “Processo de Enfermagem na Comunidade”

14:30 – Mesa 3: SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Moderador: Catarina Dias (Mestre em Enfermagem, SMP)
Ana Rita Cardeira (Mestre em Enfermagem, SMP) – “Intervenções Cognitivo-Comportamentais: Prática especializada na Comunidade”
Catarina Mourita (Estudante do CPLE SMP) – “Problemas Ligados ao Álcool: Detecção Precoce e Intervenção”
Daniela Barata (Estudante do CPLE SMP) – “Sensibilizar para o conceito de Saúde Mental – Intervenções em Meio Escolar”

15:45 – Mesa 4: O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Ricardo Picoito (Mestre em Enfermagem, MC)
Joana Alexandrinho (Mestre em Enfermagem, MC) - “Dos detalhes do cuidado na «Hospitalização» Domiciliária”
Rita Prazeres (Mestranda do 12º CME - MC) – “Dos detalhes do cuidado na recolha de órgãos em fim de vida”
Cristina Rocha (Mestranda do 12º CME - MC) – “Dos detalhes do cuidado à pessoa em situação crítica com sede”

ANEXO III – Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Careta = esgar facial	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimentos	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muitos fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4



Fonte: Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>

Assembleia da República. (2017). Constituição da República Portuguesa. *Diário da República*, 1ª

ANEXO IV– Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Fonte: Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>

ANEXO V– Modified Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Pontos	Termo	Descrição
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+ 3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+ 2	Agitado	Movimentos despropositados freqüentes, briga com o ventilador
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Fonte: Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170–177.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>