



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DOENTE CRÍTICO E A FAMÍLIA

CRITICAL PATIENT AND FAMILY

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

Por
Nataliya Karasyevych



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DOENTE CRÍTICO E A FAMÍLIA

CRITICAL PATIENT AND FAMILY

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

Por
Nataliya Karasyevych

Sob orientação de Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto, Maio de 2019

Resumo

O presente relatório é considerado o relatório final, que corresponde a dois locais de estágio, nomeadamente o Serviço de Urgência e o Serviço de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica.

Este trabalho tem como objetivo desenvolver uma prática reflexiva baseada no exercício da profissão e nas tomadas de decisão, de modo a permitir um melhor desempenho na prestação de cuidados, assegurando a qualidade dos mesmos. Assim sendo, como aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretendo mostrar o meu percurso ao longo do estágio.

A metodologia que foi selecionada para a ilustração do meu desempenho é descritiva/reflexiva, o que permite de melhor forma descrever a aquisição de competências desenvolvidas na área de especialização.

Ao longo do caminho que percorri, o doente e a família foram o foco das minhas intervenções no que diz respeito às considerações éticas, visto que as intervenções implementadas tiveram por base a análise global de situações que, em determinados momentos, envolviam aspetos delicados relacionados com código deontológico, questões éticas e profissionais.

No que diz respeito à área da prestação de cuidados, assentou na qualidade baseada na evidência e nos protocolos implementados, quer ao nível geral conforme indicações da Direção Geral de Saúde, quer ao nível mais particular e local conforme protocolos individualizados existentes em cada serviço. Procurou-se, desta forma, dar resposta às necessidades do serviço e promover a prestação de cuidados com qualidade.

O desenvolvimento da prática baseada na evidência científica é algo importante e que me permitiu desenvolver alguns trabalhos ao nível de abordagem da família e do doente crítico. No contexto de Cuidados Intensivos, foi identificada uma necessidade de realização de acolhimento da família e transmissão de informação de forma mais pertinente, ajudando ao nível da integração e consciencialização da família do estado de saúde do doente. No contexto de Serviço de Urgência, foi possível realizar uma observação participativa, que permitiu identificar as vantagens e desvantagens da presença da família junto do doente na Sala de Emergência, tendo por base a realização da revisão integrativa da literatura.

Na sua globalidade, a realização deste percurso foi satisfatória e permitiu ter um crescimento ao nível profissional e pessoal, através da realização de objetivos pré-estabelecidos e análise dos mesmos, assegurando a qualidade e eficácia das intervenções implementadas e cuidados prestados.

Descritores: Enfermagem, Família, Doente crítico

Abstract:

This report is considered the final report, which corresponds to two internships, namely the Emergency Department and the Cardiothoracic Intensive Care Unit.

The objective of this work is to develop a reflexive practice based on the professional experience and the decision making in order to allow a better performance in the care delivery, ensuring the quality of care. Thus, with a Master's degree in Medical- Surgical Nursing, I intend to show what I elaborated during the internships.

The methodology that was selected is descriptive/ reflexive, which describes the acquisition of competences developed in the area of specialization.

Along the way, patient care and family were the focus of my interventions regarding ethical considerations. Whereas, the interventions implemented were based on the global analysis of situations that at correct moments involved delicate aspects based on code of ethics, ethical and professional issues.

Regarding the evidence-based quality care, the protocols implemented were at a general level, indications from the Directorate-General of Health, at the most particular and local level, individualized protocols existent in each service so to respond to the needs of the service and to promote quality care.

The development of evidence- based practice that allows us to create our evidence based on our practice is important and has allowed me to develop some work about the family and critical patient. In the context of Intensive Care, a need has been identified for the achievement of family reception and transmission of information in a more pertinent way and helps the integration and awareness of the family of the patient's health status. In the context of Emergency Department, it was possible to do one participatory observation, where I was able to see advantages and disadvantages of family presence in the Emergency Room, based on a review of the literature.

Globally, this path has been satisfactory, allowing for professional and personal growth, with the effort to achieve the established objectives, carry out an analysis of them, preserve the quality and effectiveness of the interventions implemented and care provided.

Key-Words: Nurse, Family, Critical Patient.

Agradecimentos:

O percurso que escolhi trouxe-me diversos obstáculos, conheci os meus limites e percebi a importância de pessoas que me acompanharam ao longo desse percurso. Um grande obrigado à pessoa que me dava força com as suas palavras e motivação, a minha chefe de serviço. Pelo apoio e paciência, colegas e tutores que orientaram o meu percurso, pela alegria e sua personalidade espetacular, que me ajudaram a sorrir e que em cada queda me ajudaram a levantar e seguir em frente. Agradeço aos meus amigos, ao meu namorado e aos meus pais.

Lista de siglas e abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ABCDE- Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

APH- Assistência pré- Hospitalar

BIA-Balão Intra Aórtico

BOSU- Bloco Operatório do Serviço da Urgência

CEC- Circulação Extra Corporal

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO- Extracorporeal Membrane Oxygenation

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EE- Enfermeiro Especialista

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

MC – Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág.- Página

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SE – Sala de Emergência

SBV- Suporte Básico de Vida

Sr.^a - Senhora

SU – Serviço de Urgência

TAC- Tomografia Computorizada

TCE- Traumatismo Crânio- Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UAG- Unidade Autónoma de Gestão

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiorácica

UCIPG – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VV– Via Verde

VVAVC – Via Verde de Acidente Vascular Cerebral

Índice

1.INTRODUÇÃO	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO PRIMEIRO ESTÁGIO	19
1.2 CARACTERIZAÇÃO DE LOCAL DO SEGUNDO CAMPO DE ESTÁGIO	21
2.COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	23
2.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	25
2.2 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	35
2.3 GESTÃO DOS CUIDADOS	41
2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	49
3.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICE	65
APÊNDICE I- ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA NA UCICT.....	67
APÊNDICE II- FOLHETO INFORMATIVO	89
APÊNDICE III- FAMÍLIA NO SU E A IMPORTÂNCIA DA SUA PRESENÇA	93
APÊNDICE VI- REVISÃO INTEGRATIVA	111

Índice de Gráficos:

Gráfico 1 – Triagem de utentes consoante a prioridade	39
Gráfico 2 – Áreas para quais os utentes foram encaminhados	39

1.Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC), insere-se a Unidade Curricular “*Estágio e Relatório Final*”. Nesta Unidade Curricular foi proposta a realização de um relatório de estágio para o desenvolvimento de competências de especialidade deste curso, o qual seria realizado no contexto de UCICT (Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica) e SU (Serviço de Urgência).

De acordo com a Lei Base de Saúde XVI, nº48/90 de 24 de Agosto, referente à formação do pessoal de saúde, é necessário que os profissionais procurem melhorar a sua formação, de modo a prestar os cuidados de acordo com os princípios de respeito pela vida e pelos direitos das pessoas. Neste sentido, a formação permite assegurar o desempenho de funções da melhor forma, tendo por base a responsabilidade dos atos realizados (Deotado, 2017).

Com a evolução que ocorreu ao longo do tempo, surgiu a necessidade de existir uma entidade reguladora da profissão, neste caso, a Ordem dos Enfermeiros (OE). Esta define critérios que permitem organizar a profissão, de acordo com características específicas, tais como: anos de formação, contexto de atuação, especialização e progressão.

Efetivamente, ao concluir o curso de Licenciatura em Enfermagem, o enfermeiro fica habilitado a prestar cuidados generalistas. Ao continuar a sua formação para o grau de especialista, o enfermeiro adquire novas competências e conhecimentos. Por conseguinte, de acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista (EE) apresenta um conhecimento aprofundado num determinado domínio de enfermagem. Este conhecimento diferenciado é perceptível no processo de tomada de decisão, pelo que se pode afirmar que o EE apresenta competências especializadas no domínio da intervenção implementada, no caso em específico trata-se da pessoa em situação crítica.

Existe ainda uma outra definição importante na carreira do enfermeiro, nomeadamente, o estatuto de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEEMC). Um especialista de Enfermagem Médico – Cirúrgica apresenta competências mais desenvolvidas e aprofundadas ao nível de gestão de

cuidados ao doente crítico, relacionadas com as intervenções implementadas. Estas baseiam-se nos cuidados de tratamento, prevenção e manutenção do estado de saúde, com vista a reunir as melhores condições para que o doente recupere a sua funcionalidade e autonomia, após um episódio de doença. Assim, EE é aquele que presta cuidados qualificados continuamente à pessoa (que se encontra numa situação crítica), de modo a dar a resposta às necessidades identificadas. O objetivo fundamental é promover a manutenção de funções vitais, que se encontram em risco imediato. De igual modo, neste contexto, o enfermeiro assegura a prevenção de complicações e incapacidades.

Dessa forma, podemos verificar um fenómeno de evolução na enfermagem como a diversidade de conhecimento que o profissional pode adquirir, de modo a realizar uma assistência ao cliente cada vez mais diferenciada.

Nesse sentido, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, iniciei o meu percurso com o desenvolvimento do meu conhecimento na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e como tal, após a conclusão do primeiro estágio nesse âmbito, procedi à realização de um estágio em dois contextos distintos, nos quais é baseado este relatório.

A enfermagem continua a ser a profissão que está ligada à abordagem direta e holística da pessoa, o que é evidenciado pela capacidade que os enfermeiros têm para coordenarem múltiplos cuidados em simultâneo, dando resposta a inúmeras necessidades de saúde. Nestas intervenções, o foco é a valorização da dignidade e da entidade da pessoa, pelo que se deve adotar uma atitude ética acerca das ações a realizar, promovendo cuidados mais individualizados.

A abordagem ao doente, tendo como base princípios éticos, também reflete a contínua evolução nos cuidados de Enfermagem. Atualmente, a complexidade dos cuidados é cada vez maior, tendo na sua génese novas evidências científicas, que apostam em técnicas diferenciadoras e no uso de novas tecnologias aplicadas à área de saúde.

Neste domínio, surge a necessidade de enfermeiros especialistas que, além da capacidade de desenvolvimento de cuidados generalizados, concentram em si a capacidade de prestação de cuidados numa área especializada.

No meu caso em particular, ao longo da minha prática, procurei melhorar a minha prestação de cuidados na área de Enfermagem. Realizei uma parte do estágio no contexto de cuidados intensivos e serviço de urgência, de modo a compreender a abordagem que é feita à pessoa numa situação crítica, desde a fase inicial até à unidade de saúde, onde serão prestados os cuidados mais diferenciados. Este tipo de acompanhamento permitiu-me integrar a parte teórica, que me foi dada na fase inicial do curso de EEEMC, juntamente com a prática de prestação de cuidados em contexto de estágio. Apesar de ter experiência nos cuidados intensivos, escolhi uma unidade de cuidados intensivos diferenciada e especializada ao nível de cuidados a ter com o doente no contexto de pós-operatório, após uma cirurgia cardíaca, visto que o meu serviço é de cuidados intensivos polivalente e por vezes tenho de prestar cuidados ao doente nesse contexto.

Tinha como objetivo aplicar os conteúdos teóricos, desenvolver a minha consciência e o meu pensamento como especialista no campo de atuação, em diversas situações que me foram proporcionadas ao longo do estágio, de modo a compreender as minhas potencialidades e as minhas limitações, quer ao nível pessoal quer ao nível profissional. Um dos aspetos que gostaria de salientar é a comunicação desenvolvida durante a abordagem do doente, não só ao nível da comunicação direta com o doente, mas também com a sua família, daí que este relatório se foque maioritariamente no acolhimento da família ao longo do processo de prestação de cuidados ao doente crítico.

No que se refere à integração da parte teórica juntamente com a prática, realizei o estágio no contexto de UCICT no período de 8 de setembro de 2018 até 5 de novembro e no contexto de SU no período de 8 de novembro de 2018 até a 5 de janeiro de 2019.

Tendo como referência a minha experiência pessoal no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Gerais (UCIPG), tenho contacto com doentes de diferentes tipologias, que dão entrada no serviço, quer da Sala de Emergência (SE) quer do Bloco Operatório do Serviço da Urgência (BOSU). Por vezes, sentia curiosidade acerca do percurso que o doente fazia até chegar ao serviço, onde iria realizar um tratamento mais diferenciado. Como o primeiro estágio a realizar, é um estágio opcional, foi muito importante ter o primeiro contacto com pré-hospitalar, de modo a perceber como é identificado o doente crítico e qual a sua abordagem na primeira

fase de agudização do seu estado de saúde. Deste modo, tive a oportunidade de compreender o papel do Enfermeiro perante as diferentes áreas de assistência ao doente urgente e emergente, considerando: a organização e estrutura de funcionamento; a ativação de diversos meios disponíveis no Instituto Nacional de Emergência Médica INEM; a articulação entre os diferentes recursos e posteriormente a abordagem do doente no SU e na UCI.

Perante a situação de identificação de um doente em situação crítica, é visível a articulação entre a Assistência Pré-Hospitalar (APH), a assistência de Enfermagem no Serviço de Urgência (SU) e a sua abordagem posterior no serviço diferenciado. Ao longo do estágio, aprofundi melhor o meu conhecimento quanto à articulação entre os meios e o hospital. Assim, pude compreender melhor o percurso que o doente faz até chegar ao meu serviço.

Na elaboração do presente documento foi aplicada a metodologia descritiva/reflexiva, com o estabelecimento de objetivos que têm por base mostrar a capacidade crítico-reflexiva adquirida na prática e desenvolvida ao longo do estágio. Este trabalho tem os seguintes objetivos:

- Apresentar melhorias identificadas ao longo de estágio;
- Descrever estratégias de resolução e propostas para implementação das mesmas;
- Apresentar espírito crítico perante as experiências obtidas ao longo do estágio;
- Descrever o percurso efetuado ao longo do estágio.

De uma forma geral, a estrutura deste relatório, engloba os seguintes itens, baseados nos domínios: Competências Desenvolvidas; Competências desenvolvidas no domínio de cuidados especializados; domínio de gestão de qualidade; domínio de prestação profissional, ética e legal; domínio de gestão de cuidados.

1.1 Contextualização do local do primeiro estágio

O Serviço de Cirurgia Cardiorácica pertence a uma Unidade Autónoma de Gestão (UAG) e divide-se nas seguintes valências: Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios, Internamento e Bloco Operatório.

Uma Unidade de Cuidados Intensivos pode englobar doentes de diversas patologias. No entanto, na unidade de cuidados intensivos da cirurgia cardiorácica, os doentes apresentam patologias mais direcionadas para a correção cirúrgica de alguma disfunção cardíaca e pulmonar.

A UCICT é uma unidade monovalente classificada como unidade de nível III, devido à classificação do grau de cuidados que são prestados aos doentes e à gravidade da situação dos próprios doentes e é considerada uma unidade integrada. No que diz respeito às técnicas que estão presentes na unidade de cuidados intensivos de cardiorácica, podemos verificar a existência de procedimentos, tais como: Ventilação Mecânica Invasiva, Não-invasiva e à base de Óxido Nítrico, Plasmofereses, Hemodiafiltração, Hemodiálise, Diálise peritoneal, Hipotermia induzida e ainda colocação de Pacemaker. Com menor frequência, podemos verificar a existência de doentes com ECMO. (SNS, 2013).

Segundo a Avaliação da Situação Nacional das UCI, podemos constatar que no hospital em questão existem 10 camas de cuidados intensivos Cardiorácicos. Verifica-se a permanência de dois médicos, bem como apertada vigilância por parte de enfermagem. Além das 10 camas, existe um quarto que pode desempenhar a função de quarto de isolamento, no caso de doentes submetidos a transplante cardíaco, onde todas as mesas são utilizadas para a preparação e armazenamento de toda a medicação necessária para a assistência a um doente transplantado.

O serviço em questão é considerado o centro de referência na Região Norte, no que diz respeito ao tratamento cirúrgico das patologias cardíacas e pulmonares, que podem ser realizadas em crianças, adolescentes, adultos e idosos.

O serviço, na sua globalidade, é constituído por 59 enfermeiros. Entre estes, destacam-se a Enfermeira Chefe e mais dois elementos que dão apoio à Gestão de Material, e que se encontram no serviço, principalmente, nos turnos da manhã.

A distribuição dos horários dos turnos é feita da seguinte forma: o turno da manhã decorre das 8:00 às 15:00, o turno da tarde das 14:30 até às 21:30, e o turno da noite começa às 21:00 e finaliza às 8:30. Em relação à dotação de enfermeiros, podemos verificar que por norma um enfermeiro presta cuidados a 2 doentes, segundo as dotações seguras propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2014). No entanto, no turno de manhã, a dotação é de 1 enfermeiro para 1,5 doentes.

1.2 Caracterização de local do segundo campo de estágio

O Serviço de Urgência é constituído por uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardiopneumologia e Assistentes Sociais. Este serviço dá resposta a diversas situações de emergência, sendo que a identificação da gravidade da situação é realizada através da Triagem de Manchester por enfermeiros.

O sistema de aplicação da Triagem de Manchester é constituído por um fluxograma com 52 discriminadores, do foco mais grave para o menos grave. A aplicação do fluxograma é feita através da realização de um questionário com as perguntas já pré-estabelecidas, que permitem uma avaliação das situações com igualdade e uniformização de informação. Finalizando o fluxograma, é atribuída uma cor que transmite a informação acerca da gravidade da situação clínica da pessoa, definindo, assim, as prioridades. As cores existentes são classificadas da seguinte forma:

- Vermelho é um grau de prioridade emergente, sendo o atendimento imediato;
- Laranja é um grau de prioridade muito urgente, sendo o atendimento preconizado até 10 minutos;
- Amarelo tem um grau de prioridade urgente, com tempo de espera até 60 minutos;
- Verde é um grau de prioridade pouco urgente, com tempo de espera até 120 minutos;
- Azul tem um grau de prioridade não urgente, com tempo de espera até 240 minutos.

Tive a oportunidade de conhecer as Vias Verdes (VV) tais como: Sépsis, AVC (Acidente Vascular Cerebral), Trauma e Coronária.

Por outro lado, as áreas existentes na urgência são: Médica, Cirurgia Geral, Pequena Cirurgia, OBS, Sala de tratamento 1 e 2, Ortopedia, ORL, Oftalmologia.

A distribuição dessas áreas é feita através de separação física, que vai diferenciar o nível de cuidados a prestar e os procedimentos a realizar, visto que a

triagem de doentes é efetuada de acordo com a prioridade do estado de saúde do doente, que corresponde a necessidades de atendimento respetivo.

2.Competências adquiridas

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados especializados em EMC estão relacionados com a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção. Pretende-se uma identificação precoce das necessidades de cuidados, para que haja estabilização, manutenção e posterior recuperação do estado de saúde.

Quando estamos perante uma situação crítica, em que há falência orgânica, é essencial que o enfermeiro possua competências clínicas especializadas no que diz respeito à avaliação diagnóstica e à monitorização da pessoa em situação crítica.

Este capítulo é constituído por quatro subcategorias, que estão relacionadas com os domínios das competências definidas pela OE para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Segundo o regulamento das competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, publicadas no Diário da República 2ª série- Nº35-18 de fevereiro de 2011, os domínios são os seguintes: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria da Qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No presente capítulo, pretendi identificar os objetivos específicos propostos para cada domínio, juntamente com as atividades e estratégias encontradas que têm o intuito de proporcionar uma resolução de problemas identificados ao longo do estágio, e as competências específicas adquiridas como futura EEEMC.

Essa estrutura foi escolhida de modo a transmitir de melhor forma as competências que foram adquiridas ao longo do estágio, tendo por base a aplicação da teoria e a prática desenvolvida.

Dessa forma, procedi à minha própria avaliação do desempenho e evolução ao longo deste período, pretendendo assim um aperfeiçoamento crescente na prestação de cuidados e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC.

2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

O cerne da prática de enfermagem é a prestação de cuidados aos doentes. No entanto, apesar de se apresentar como uma ciência, a Enfermagem não se enquadra totalmente dentro do preconizado conhecimento científico. Frequentemente, os enfermeiros são confrontados com situações que requerem ações e decisões para as quais não existem respostas científicas (Baixinho, 2014).

No final da década de 70, nos Estados Unidos, Barbara Carper, após terminar o seu Doutoramento (1978), publicou um artigo onde descrevia os quatro padrões fundamentais do conhecimento em Enfermagem. Esta teoria, que se revelou um importante passo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem descreve, pela primeira vez, além do Conhecimento Científico (empírico), o Conhecimento Estético, o Conhecimento Pessoal e o Conhecimento Ético. De acordo com Carper (1978), cada padrão corresponde a dimensões distintas, nomeadamente:

- Conhecimento Empírico – Ciência da Enfermagem: Conhecimento sistematicamente organizado em leis gerais e teóricas, cujo propósito é o de descrever, explicar e prever fenómenos de interesse especial. Baseado nas teorias verificadas através da análise prática e das ideias implementadas em Enfermagem.

- Conhecimento Estético – Arte da Enfermagem: Expressa-se através das ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações da Enfermagem com as pessoas (ações humanizadas do Enfermeiro).

- Conhecimento Pessoal – Uso terapêutico do eu: Consiste na criação de um significado pessoal interior que é formado através das experiências de vida individuais, através de uma introspeção consciente. Compreende a experiência interior, que advém de um processo de relação interpessoal na formação de um *self* consciente. O enfermeiro, no uso terapêutico do *self*, rejeita abordar o paciente como um objeto, adquirindo este conhecimento da interação.

- Conhecimento Ético – Conhecimento moral da Enfermagem: Envolve julgamentos éticos constantes que implicam confrontar valores, normas, interesses ou princípios.

Dessa forma, entramos na área da ética e bioética, que provem do conhecimento ético apresentado por Carper, uma vez que a bioética é uma área ligada à vida humana, que permite uma reflexão fundamentada na prática, sobre a abordagem de questões humanas. A bioética tem por base quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. É de extrema importância percebermos em que consiste cada um destes princípios, de modo a conseguir implementá-los na prática de enfermagem/no cuidado ao cliente.

O princípio da autonomia, na sua gênese, está ligado à capacidade de cada indivíduo deliberar acerca das suas escolhas. Estas escolhas têm que ser consideradas com todo respeito e não se deve desvalorizar a capacidade pessoal do cliente. Neste sentido, segundo Ugarte (2014), o princípio da autonomia inclui os seguintes itens:

- A pessoa deve ser esclarecida acerca do seu estado de saúde, o que inclui: o estado presente da sua saúde; o tratamento existente e as eventuais consequências perante o diagnóstico; e o tratamento a realizar.
- A pessoa é livre de procurar e consultar diferentes profissionais de saúde.
- No caso de a pessoa não apresentar condições de tomar a decisão de forma autónoma, o profissional de saúde deve optar por uma intervenção, tomando a responsabilidade pelos seus atos, sendo essa intervenção a única alternativa sem a qual a pessoa não possa sobreviver.

O princípio da beneficência, segundo o Barchifontaine (2010), aborda a parte em que o profissional, na sua prática, opta por realizar as suas intervenções com o intuito de fornecer o máximo de benefício e minimizar o risco. Nesta lógica, surge também o princípio da não maleficência, que reforça a ideia da importância de diminuir os efeitos adversos das intervenções implementadas no cuidado ao cliente.

Por fim, temos o princípio da justiça que permite fornecer ao cliente as intervenções a que este tem direito, de modo a que os recursos humanos e materiais sejam distribuídos de forma equivalente nos cuidados do profissional de saúde.

Os princípios acima enunciados são todos importantes. Consoante cada situação, podemos verificar que um dos princípios pode prevalecer em relação aos outros. No entanto, é importante fazer sempre uma análise correta e muito cuidadosa de cada situação, de modo a assegurar uma abordagem ao indivíduo condizente não só com a vertente técnica, mas também bioética. Cada profissional de enfermagem tem a sua responsabilidade ética- social na abordagem do cliente. Por isso, é importante realizar uma reflexão particular de cada caso, de modo a permitir uma melhor organização e qualidade das intervenções implementadas.

Nesse contexto, o Código Deontológico surge como o auxílio para o exercício da prática de enfermagem. Efetivamente, o Código consiste num conjunto de normas e comportamentos, com o intuito de autorregulação da profissão, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros e a Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro e preconiza o desenvolvimento de competências profissionais de natureza ética e legal, no exercício da enfermagem. Uma vez que, ao longo do estágio realizado, são prestados cuidados aos doentes que se encontram numa situação de agudização do seu estado de saúde, as questões éticas surgem com maior facilidade no contexto da humanização de cuidados.

Por conseguinte, é importante ter presente o artigo 97º do Código Deontológico, que descreve os deveres gerais que os enfermeiros membros da Ordem devem respeitar obrigatoriamente. No ponto 1 e nas suas alíneas, o cuidado é assegurado com base em conhecimentos científicos e técnicos, mas sempre tendo por base o respeito pela vida, pela dignidade e pelo bem-estar da população alvo, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. A qualidade dos cuidados deve ser gerida na base do cumprimento de convenções e recomendações internacionais de diferentes âmbitos, como a realização de ações de enfermagem.

É da responsabilidade de cada profissional identificar, reconhecer e questionar lacunas/necessidades a desenvolver, com o intuito de melhorar continuamente a prestação de cuidados, considerando sempre a ética e a legalidade das suas intervenções. As pessoas não são meros instrumentos da nossa intervenção, são também humanos e não se reduzem a uma doença ou a um ferimento. As pessoas são um todo completo e complexo, que carece de uma abordagem integrada ao nível da prestação de cuidados.

Ao longo do estágio desenvolvido nos contextos de SU e de UCICT, fomentei a discussão relacionada com os aspetos ético-legais e deontológicos das situações que foram surgindo. Tive em conta que o domínio da prática profissional, ética e legal é uma competência transversal a todos os profissionais de saúde e que o respeito pela liberdade e escolha do cliente é fundamental. Neste sentido, desenvolvi a minha capacidade reflexiva mediante determinados casos, por exemplo, um doente que se encontra numa situação de agudização do seu estado clínico. Tendo em conta a parte teórica que foi lecionada no 1º semestre, no contexto de disciplina Direito da Saúde, foi possível realizar o debate acerca da Lei de Bases, Código Penal, Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), perante a assistência de uma pessoa em situação crítica, tendo em conta os direitos e deveres dos enfermeiros numa situação de emergência.

A Enfermagem é uma profissão que, por vezes, engloba tomadas de decisão muito diversificadas. Estas podem mudar consoante o contexto, visando sempre o bem maior do cliente.

Numa das ocorrências presenciadas houve uma situação que me levou a refletir acerca das questões éticas e legais.

Este caso abalou-me emocionalmente e fez-me questionar e refletir acerca da assistência a um doente crítico, com antecedentes de várias doenças crónicas e detentor de critérios para ser um doente de cuidados paliativos. Até que ponto devemos investir num doente, sabendo que este se encontra numa fase crítica e paliativa?

Em Portugal, segundo as sondagens e estatísticas demográficas, a população está envelhecida. Para Brito (2001) este fenómeno está relacionado com dois fatores: maior longevidade das pessoas idosas e diminuição da taxa de natalidade. Efetivamente prevê-se que dentro de 15 anos, possam vir a existir cerca de 2,5 milhões de idosos. Perante este cenário surgem dilemas éticos no que se refere à prestação de cuidados em saúde.

Segundo Brito (2001) os indivíduos com mais de 65 anos são cerca de 30% a 40% dos utilizadores de cuidados de saúde, quer ao nível médico quer ao nível da enfermagem.

Um das problemáticas que surge está relacionada com o fim de vida. Quais os critérios a aplicar na assistência a um idoso e na decisão das melhores intervenções a implementar? Devemos apostar no investimento cego ou refletir até que ponto o investimento pode causar ainda mais sofrimento à pessoa? Devemos considerar ou esquecer a promoção de cuidados de conforto à pessoa? Surge assim a questão: onde se enquadra a dignidade da pessoa, o princípio de justiça e equidade, de modo a não discriminar idosos e jovens?

O envelhecimento é um processo de alterações do indivíduo em todas as suas áreas. Segundo Brito (2007), o envelhecimento é um processo onde não há propriamente limites. Tudo acontece com o passar do tempo, desde o nascimento até à morte. Com o nascimento, o nosso organismo desenvolve-se e, com o passar dos anos, acontece o processo inverso de evolução: “nem todos envelhecem do mesmo modo e nem todos exprimem com a mesma intensidade a evolução de determinada função” (Brito, 2007, p. 37). Com a evolução do nosso organismo, aparecem situações de doença. Deste modo, a doença é considerada uma alteração funcional e estrutural do organismo no seu geral, causada por organismos patogénicos. Segundo Brito (2007), vários estudos corroboram que, com a evolução do nosso organismo, existe aumento do risco de morte por causa de agentes infecciosos ou problemas cardiovasculares.

Com o desenvolvimento da tecnologia, o ser humano passou a tentar encontrar diversas formas de prolongar a vida. A aceitação da morte nem sempre é vivida como o fim do sofrimento de uma pessoa com antecedentes significativos.

Quais os limites de investimento no doente? Que tipo de princípios de bioética estarão por base da tomada de decisão? Qual a face do prisma a adotar?

A medicina está cada vez mais desenvolvida, com as novas tecnologias e procedimentos que permitem prolongar a vida. Por outro lado, será que o prolongamento de vida com base em novas técnicas permite à pessoa qualidade de vida? Até que ponto, devemos investir e quando devemos parar, optando por promover a qualidade de vida dos últimos momentos? Neste contexto, é importante também identificar o conceito de morte à luz da nossa sociedade.

Na sociedade a morte é vista como algo negativo: negligência; ausência de condições necessárias; ou intervenções erradas que originaram a morte. Em

oposição, poucas vezes existe o pensamento de que a morte é uma forma de alívio, de fim de sofrimento. O não investimento em determinados casos pode ser uma tomada de decisão complexa. O profissional de saúde pode avaliar a situação e decidir, em conjunto com a sua equipa, que está perante uma situação em que não fará sentido investir para promover a vida, mas sim, ter o olhar ético e promover o fim de vida com dignidade e qualidade.

Neste caso em particular, percebi que a humanização na prestação de cuidados ao doente crítico tem o mesmo valor de outros contextos de prestação de cuidados. No entanto, ficam algumas questões: e se se tivesse investido mais nesta senhora e ela recuperasse? Será que teria qualidade de vida? Será que o sofrimento pelo qual ela teria que passar, como entubação e colocação de sedo-analgésia, seria benéfico? Será que o funcionamento do seu cérebro seria muito afetado, após quase 30 minutos em suporte básico, apesar das compressões serem adequadas?

Atualmente, muitas pessoas morrem de doenças crónicas. A senhora assistida apresentava antecedentes de algumas patologias que são consideradas como doenças crónicas, cuja evolução poderia causar ainda maior sofrimento, mais problemas físicos e psicológicos. O conjunto de doenças crónicas está associado à comorbilidade, ou seja, o agravamento de uma patologia poderá influenciar outras, agravando-se assim o estado de saúde do doente. Tendo em conta que se trata de um caso de paragem cardiorrespiratória, é importante salientar a ocorrência de lesões cerebrais. O Suporte Básico de Vida (SBV) é de extrema importância no caso da paragem cardiorrespiratória; as lesões cerebrais irreversíveis surgem se o SBV durar mais de 3-4 minutos e coloca em causa a sobrevivência da pessoa.

Voltando à questão ética da situação, neste caso específico é importante anotar que a interrupção de intervenções invasivas e o investimento farmacológico está relacionado com a humanização de cuidados e com a compaixão, que foi visível na decisão de interrupção de tratamento. Assim, estamos perante dois princípios éticos que foram aplicados: o imperativo de beneficência e a não maleficência. Apesar de situações problemáticas que nos podem surgir durante a execução da nossa profissão, é importante tomarmos decisões com base na evidência científica, mas também na bioética.

De igual modo, refleti acerca da dualidade da situação de morte em casa ou morte em contexto hospitalar, onde, na maioria dos casos, as pessoas são submetidas a procedimentos invasivos, sendo o desfecho a morte. Sob este ponto de vista, considero que o direito à dignidade e à intimidade deve ser a nossa prioridade, assegurando-se a proteção de exposição excessiva. Em relação ao conforto, referem que o conforto apresenta um papel importante na filosofia dos cuidados de enfermagem e é visto como um resultado holístico que diz respeito resposta da pessoa como um todo (Apóstolo, 2012).

Por outro lado, ao longo do estágio deparei-me com situações em que a pessoa recusou os cuidados. Neste tipo de situação, foi importante consultar o Código Penal Português (1995), que fornece informação acerca do consentimento informado. No contexto em que o doente se encontra no Serviço de Urgência, este acaba por ser um consentimento presumido, em que a pessoa toma o conhecimento acerca de todas as circunstâncias. A pessoa é informada do encaminhamento previsto, da sua liberdade de recusa ou aceitação de continuidade de cuidados, tendo por base a informação existente na Lei de Bases de Saúde.

Segundo a Lei de Bases de Saúde, a pessoa é livre de optar, receber ou recusar cuidados e ter informação acerca da possível evolução do seu estado de saúde. Um dos exemplos de aplicação aborda um caso em que uma Sr.^a recorreu ao serviço de SU por apresentar uma cefaleia intensa e que posteriormente recebeu o tratamento adequado. No entanto, não conseguiu aguardar pela reavaliação e optou por abandonar o SU. Perante esta situação, a utente foi informada, acerca de possíveis complicações, a desenvolver ao longo do tempo e procedeu-se o aconselhamento acerca da ida para o hospital.

Outra situação a mencionar é a de uma doente que apresentava sinais e sintomas de insuficiência respiratória, com a possibilidade de existir uma pneumonia de aspiração de conteúdo alimentar por vômito. Uma doente com 89 anos, já com múltiplos antecedentes, um dos quais um cancro com metástases em estágio III. Esta situação envolveu uma questão relacionada com o grau prévio de dependência da mesma, no sentido de evitar o prolongar de sofrimento da doente e proceder à decisão de não reanimar. Visto que a doente foi encontrada caída no domicílio e estava em paragem, mas com 20 minutos de Suporte Avançado de Vida conseguiu recuperar os sinais e sintomas de circulação, mas com alteração do estado

de consciência, apresentando o Score de Escala de Coma de Glasgow de 5. O procedimento de reanimação envolve técnicas altamente invasivas e apresenta uma agressividade para o organismo, a pessoa e o meio envolvente, ou seja familiares. Neste contexto existiu uma vertente que me chamou a atenção: a presença da família durante a reanimação do doente. Esta temática foi discutida com a equipa tendo posteriormente realizado uma pesquisa acerca do tema.

Como tal, segundo a pesquisa bibliográfica realizada, foi possível verificar que a presença de familiares neste tipo de situação afeta diversos fatores, que estão relacionados com as vantagens e desvantagens. A vivência de uma situação em que um ente querido se encontra numa situação de PCR leva a família a sentir necessidade de se afastar do meio de reanimação, de certa forma a isolar-se. Um dos aspetos que consegui constatar, foi que, perante um doente na sala de emergência, a família nem sempre se mostrou disponível para estar junto do seu familiar, mesmo que o seu estado clínico que o permitisse. Este fenómeno foi referido na literatura e comprovado na prática implementada.

Por outro lado, também foi possível verificar uma situação semelhante que envolve questões éticas e legais no contexto de UCICT.

Um dos casos marcantes ao longo do estágio está relacionado com uma decisão que foi tomada pela parte médica acerca de implementar as medidas de conforto numa doente que, ao longo de semanas, não apresentou sintomatologia de melhoria. No entanto, como só naquele dia apresentou sinal de o organismo estar a entrar numa fase de falência multiorgânica, optou-se por realizar uma discussão, cuja conclusão foi a seguinte: a única medida terapêutica que é possível fornecer à doente é promover o fim de vida com qualidade e investir mais nas medidas de conforto. Esta doente tinha 65 anos e apresentava múltiplos antecedentes; no entanto, foi submetida a cirurgia de emergência para realização de uma revascularização do miocárdio. A doente foi entubada duas vezes por declínio do seu estado clínico. Apesar de estar entubada, a doente esteve sempre consciente e colaborante, dentro das suas capacidades.

A medicina está cada vez mais desenvolvida, com as novas tecnologias e procedimentos que permitem prolongar a vida. Por outro lado, será que o prolongamento de vida com base em novas técnicas permite à pessoa qualidade de

vida? Até que ponto devemos investir e quando devemos parar, optando por promover a qualidade de vida dos últimos momentos? Neste contexto, é importante também identificar o conceito de morte à luz da nossa sociedade. Neste caso que descrevi, foi o que aconteceu. Foram prestados cuidados de conforto, assegurando a privacidade da pessoa e a sua integridade.

Visto que o UCICT e SU envolvem diversas situações em que o enfermeiro tem que prestar cuidados, manteve uma postura de assertividade e adequação, tendo por base a responsabilidade ético-legal e o conhecimento jurídico. Procurei atingir os objetivos que foram pré-estabelecidos e desenvolver competências ao nível de uma prática responsável.

Em suma, foi possível melhorar as competências no âmbito da prática profissional, ética e legal, atingindo os seguintes objetivos:

- Tomar as decisões tendo por base os princípios éticos e as normas.
- Desenvolver uma prática profissional com fundamento na decisão ético-legal ao doente crítico.

Concluindo, neste capítulo podemos verificar que as competências do Enfermeiro Especialista em Médico – Cirúrgica também foram aplicadas, no que diz respeito à gestão do ambiente em si e à promoção do fim de vida digno. Segundo Brito (2007), hoje em dia, a morte é algo inevitável e quem decide agora como se deve morrer são os profissionais de saúde. No caso da doente em questão, podemos verificar que a tomada de decisão não foi algo fácil, visto que nós, enquanto profissionais de saúde, temos o dever de lutar pelo bem-estar da pessoa e pela vida. Por vezes é necessário parar e refletir na evidência que existe ao nosso dispor juntamente com a realidade em que temos de exercer a nossa profissão.

2.2 Melhoria contínua da qualidade

Desde o início, demonstrei interesse em participar em alguma formação ou algum projeto que pudesse ser trabalhado no serviço. No entanto, não houve nenhum projeto em implementação nem qualquer formação de serviço a que pudesse assistir, isso em ambos contextos de estágio.

Todavia, questioneei acerca de alguns projetos existentes. A informação que obtive foi que, no início do ano 2018, tinham sido elaborados alguns trabalhos ao nível da atualização de normas no que concerne ao controlo de infeção ou alguns trabalhos no sentido de atualização de informação acerca de cuidados a prestar, nomeadamente ao doente com o Cateter de Swan-Ganz, com o Balão Intra Aórtico (BIA), entre outros. Não constatei desmotivação ou insegurança dos profissionais relativamente às formações em serviço. Na sua generalidade, a estratégia de formações ao longo do ano, do meu ponto de vista, é bastante pertinente, visto que permite a atualização contínua dos conhecimentos acerca de diversas temáticas. Tendo essa visão do UCICT, procedi à mesma recolha de informação no SU e que permitiu chegar à mesma conclusão, optando, todavia, por realizar abordagens diferentes.

Ao nível de gestão de recursos existente no serviço, demonstrei uma gestão de medicação contínua e de identificação de necessidade do doente de modo a promover um envolvimento da equipa interdisciplinar, caso seja necessário, para a satisfação das necessidades do doente. Promovi a discussão interdisciplinar com o intuito de assegurar a melhoria de cuidados, visando o estado clínico do doente na sua globalidade e garantindo um ambiente seguro do doente.

Por outro lado, como estudante, tive uma perspetiva diferente acerca da prática clínica e identifiquei uma necessidade do serviço que foi solicitada e discutida com a Enfermeira Chefe e a Tutora: a abordagem da família e o seu acolhimento desde o primeiro contacto com o serviço e ao longo do internamento do doente. O mesmo se verificou no contexto de SU. Como tal, realizei um trabalho nesse sentido (Apêndice III) de modo a permitir uma qualidade de assistência à família e prestação de cuidados diferenciados à família e ao doente crítico. A temática da abordagem da família e do doente crítico é muito trabalhada nos últimos

tempos – porém, no que diz respeito ao contexto de SU, ainda existe pouca evidência que permita obter dados quantitativos e qualitativos acerca de vantagens e desvantagens da presença da família quando o doente se encontra numa situação de agudização do seu estado de saúde.

Relativamente aos projetos implementados, confrontei-me com a aplicação de um questionário relacionado com a gestão do risco e a segurança no trabalho. Demonstrei o meu interesse em colaborar neste projeto, dentro das possibilidades. Todavia, a recolha de dados foi mais demorada, visto que o preenchimento de formulário ainda não foi concluído por todos os elementos.

Ao longo do estágio, demostrei uma prática segura no que diz respeito à implementação de normas já existentes, tendo por base a identificação de prioridades consoante a abordagem da pessoa e a família.

Durante o estágio, tive oportunidade de ter contacto com as famílias, apesar de a hora de visita nos cuidados intensivos ser de apenas uma hora, entre as 16:30 -17:30. Ao nível de SU, a família/ a pessoa significativa, na maioria dos casos estava sempre presente junto do doente. No caso de doentes que se encontravam conscientes das suas capacidades e limitações, promovi o envolvimento da família. Esse tipo de comportamento permitiu identificar as necessidades da família e do doente, aplicando sempre a comunicação terapêutica, que permitiu estabelecer uma relação eficaz entre o profissional de saúde e o doente e/ou a família.

Foi também possível identificar a metodologia de trabalho que é aplicada na assistência ao doente no contexto pós-operatório, visando o conhecimento existente da abordagem cirúrgica que foi realizada. Por outro lado, foi possível realizar a análise de diferentes métodos de trabalho que foram implementados em cada área de SU.

A gestão de material foi um dos itens abordados ao longo do estágio. O armazém do stock de material é revisto diariamente pelo responsável de gestão de material e de equipamento que, por sua vez, é o elo de comunicação com a Comissão de Controlo de Infecção. Essa realidade foi verificada no caso de UCICT. No caso de SU, foi possível verificar a gestão de material de forma diferente, que permite uma colaboração de todas as divisões do serviço, satisfazendo as necessidades dos doentes.

No SU, o enfermeiro chefe é responsável pela gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, juntamente com o apoio de outro elemento, que é o elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infeção. Este consegue assumir temporariamente as funções de chefia, no caso de ausência de enfermeiro chefe no local.

Uma equipa é constituída pela coordenadora e um subcoordenador, que tem por função a gestão dos cuidados e coordenação de recursos humanos, no caso de algum desequilíbrio de carga de trabalho em algum setor do SU. Por outro lado, visto que o SU é um serviço cuja sobrecarga depende da afluência de população, nem sempre a constituição da equipa de enfermagem é adequada para garantir a necessária assistência ao público. Desta forma, a coordenação do chefe do serviço está relacionada com a gestão de recursos humanos e materiais de modo a permitir a mobilização de profissionais de acordo com o fluxo de doentes, tendo por base os fatores relacionados com o tempo de espera ou necessidade de transporte extra-hospitalar ou intra-hospitalar.

Num dos turnos, tive oportunidade de presenciar condições que levaram a uma articulação de recursos de forma diferente, para melhor dar resposta a necessidades identificadas. Tratou-se de um caso em que três doentes deram entrada na sala de emergência quase simultaneamente, e foi necessário realizar um transporte intra-hospitalar de um destes. Em função do ocorrido, foi realizado o ajuste de elementos presentes, de modo a realizar uma gestão de recursos humanos de forma mais adequada.

De forma geral, a gestão da qualidade também engloba a parte de identificação de situações de risco perante a abordagem da vítima e o seu transporte (quando é necessária a avaliação e a manutenção de medidas de segurança). Perante a prestação de cuidados à pessoa, é necessária a avaliação de situações de risco, de modo a implementar melhores medidas de segurança. Por exemplo, ao longo do estágio, no contexto de UCICT, verifiquei uma preocupação, por parte da equipa de enfermagem, com a monitorização e a avaliação do risco de queda nos doentes que estavam na fase de acordar após a sedo-analgésia, de modo a implementar as possíveis medidas de prevenção da queda consoante a avaliação quantitativa (segundo a escala) e a qualitativa.

Algumas situações surgem por si só, mas a gestão do ambiente e a divisão de tarefas, juntamente com o trabalho em equipa, permite otimizar os recursos materiais e humanos. Tive oportunidade de presenciar um caso de um doente que estava internado nos cuidados intermédios e desenvolveu sinais e sintomas de insuficiência respiratória. Neste caso, o doente encontrava-se com o isolamento de contacto, e na prestação dos cuidados estavam dois enfermeiros junto do doente, e mais dois elementos que se encontravam fora da situação e que foram essenciais, visto que um ficou responsável pela preparação de medicação e o outro elemento foi importante no que diz respeito à disponibilização do equipamento que foi necessário para uma melhor resolução da situação.

No caso de SU, foi possível verificar situações em que houve a monitorização de sintomas, principalmente de queixas álgicas, visto que estas foram as queixas que levaram as pessoas recorrer ao SU. Por outras palavras, a monitorização de queixas álgicas, segundo as escalas adequadas (Escala Numérica da Dor, Escala Analógica da Dor etc.) foi realizada no início da administração terapêutica de analgesia e no pós, de modo a obter ganhos em saúde, relacionados com o alívio da dor.

Como tal, num dos turnos, juntamente com o Tutor, realizei um estudo exploratório com uma amostra de 34 pessoas que recorreram ao SU num turno de manhã. No gráfico 4 podemos observar o resultado da triagem de necessidades efetuada no primeiro contacto com a pessoa. Podemos observar que os doentes com prioridade laranja foram em maior número, totalizando 65% das idas à urgência. Os doentes a quem foi atribuída a prioridade amarela totalizaram 17% e os doentes com prioridade verde, 15%. Houve ainda 3% dos doentes a quem foi atribuída pulseira de cor branca (sem prioridade), podendo estes referir-se a doentes admitidos para reavaliação por referência médica, tendo sido observados anteriormente na urgência, e que atualmente não apresentam situação aguda ou urgente.

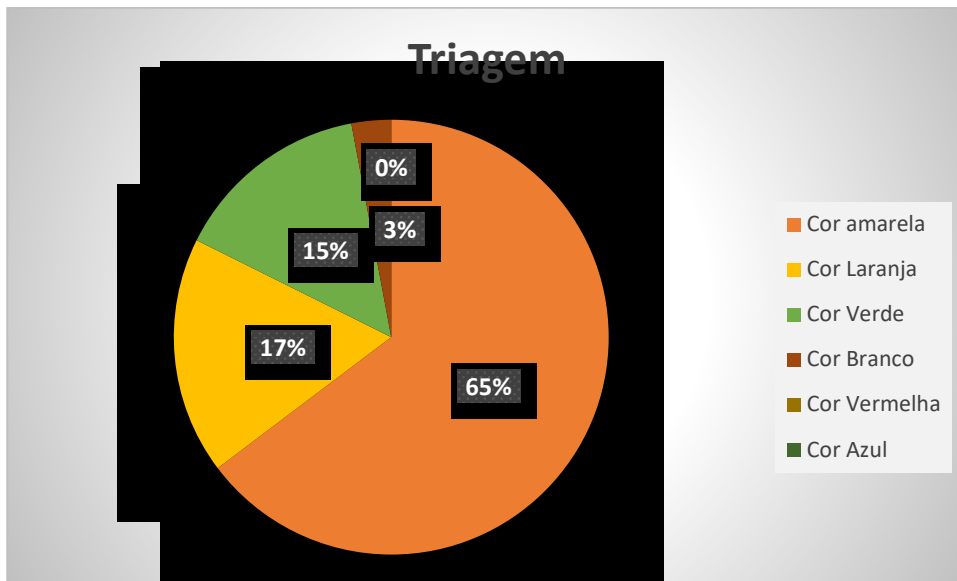


Gráfico 1 – Triagem de utentes consoante a prioridade

Por outro lado, no gráfico 5, podemos analisar as áreas que foram ativadas, tendo em conta as queixas apresentadas pelos utentes.

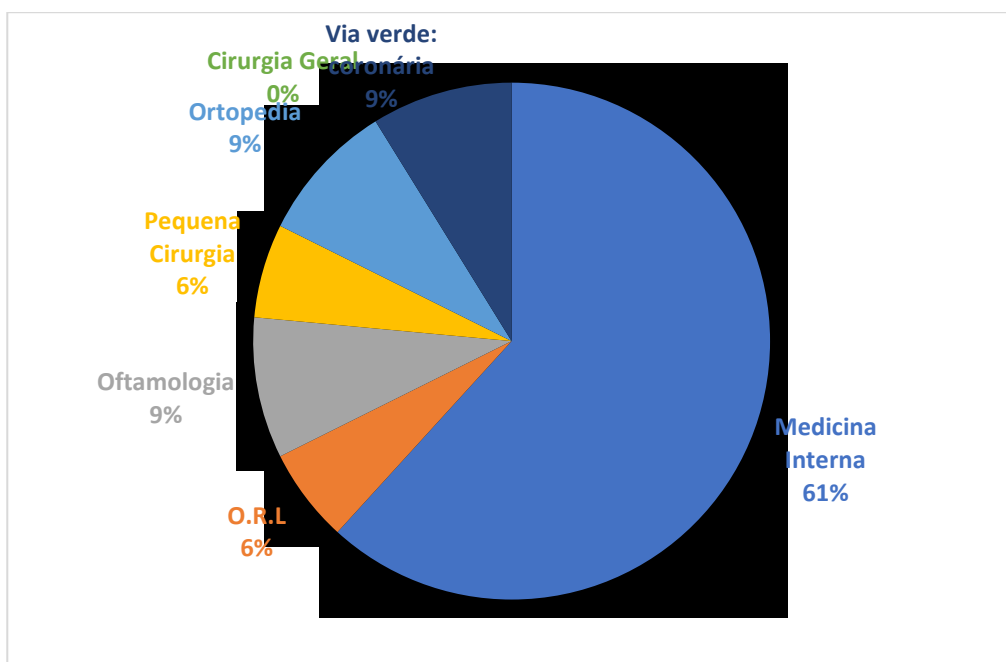


Gráfico 2 – Áreas para quais os utentes foram encaminhados

Tendo em conta que o campo de estágio no contexto de SU, se refere a uma urgência médico cirúrgica, podemos verificar que a triagem da população é feita mais para a especialidade médica, que corresponde a 61%. Por outro lado podemos analisar que de modo quase equivalente temos triagem de doentes para outras especialidades, como é o caso de: Ortopedia, Pequena Cirurgia, Oftalmologia e ORL. Não obstante, verificou-se que no que respeita a Vias Verde, a que aparece

com maiores valores é a Via Verde Coronária com 9%. Como a amostra foi escolhida de forma aleatória, não foi possível verificar a triagem de doente para área de Cirurgia Geral.

No SU, como nos outros serviços, existem protocolos específicos e individualizados para o contexto em si e outros que podem ser considerados transversais a todos os serviços. Por vezes, o fluxo de pessoas é demasiado elevado e o tempo de espera para ser atendido pode ser demorado. Essa é uma das razões do abandono do serviço de urgência por parte dos doentes. Ao longo do estágio, foi possível verificar esse tipo de ocorrências com alguma frequência e, como tal, foi necessário consultar as normas existentes para compreender melhor que tipo de atitudes é forçoso adquirir. Quando foi feita a realização/ colaboração/ supervisão dos cuidados foi sempre, dentro das possibilidades, elaborada uma discussão acerca do ambiente seguro, quer para o doente quer para o profissional de saúde. Através do diálogo e a partilha de experiências, foi possível verificar diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que podem promover ou dificultar a presença de um ambiente seguro.

De modo geral, concluí que este domínio podia ser trabalhado mais em pormenor. Porém, em função das oportunidades que me foram dadas, consegui atingir os objetivos, tais como:

- Desenvolver as competências na área de gestão do ambiente seguro em que o doente crítico se encontra.
- Desenvolver o conhecimento na base de diretivas e normas relacionadas com a qualidade do cuidado.

2.3 *Gestão dos cuidados*

Tendo em conta o estatuto da OE, o enfermeiro especialista presta cuidados de enfermagem especializados, baseando-se no conhecimento científico, técnico e humano, que está relacionado com a área de especialização.

Com o estágio, aperfeiçoei as minhas competências, desenvolvi a capacidade de trabalhar em equipa no local de estágio, quer em contexto multidisciplinar quer interdisciplinar, de modo a realizar a prestação de cuidados especializados em diferentes contextos.

Abordei a pessoa em situação crítica e a família no contexto de cuidados intensivos e dei continuidade à temática no contexto de SU, de modo a estabelecer uma relação terapêutica, especialmente na área da EEEMC, perante situações complexas, aplicando o conhecimento científico, respeitando as crenças e culturas.

Adquiri o conhecimento acerca de procedimentos, técnicas, farmacologia e as intervenções existentes no contexto UCICT.

Realizei cuidados de enfermagem na área da EEEMC, de forma eficaz e fundamentada.

Avaliei o impacto da prestação de cuidados, tendo em conta a metodologia de trabalho existente perante a assistência à pessoa/família em situação crítica. Identifiquei situações-problema perante a prática profissional, relacionada com a pessoa em situação crítica e a sua família, de modo a permitir o pensamento crítico-reflexivo. Ao longo do estágio tive oportunidade de colaborar com as equipas dos locais onde realizei os turnos, tendo conseguido desenvolver as atividades relacionadas com a prestação de cuidados, no âmbito de elaboração de todas as fases do plano de cuidados mental, perante situações de pós-operatório de doenças valvulares e coronárias.

Na minha prestação de cuidados no contexto de UCICT, procedi à análise aprofundada dos protocolos existentes, que foram um guia para a prestação de cuidados. Um dos protocolos aplicados é o de hipercaliemia, visto que a equipa de enfermagem tem autonomia para realizar um controlo mais vigoroso de gasometria, que permite compreender a estado geral do doente e que por sua vez são analisados

os parâmetros como o valor de hemoglobina, e os valores de iões como o do potássio e do cálcio. Segundo este protocolo, o enfermeiro apresenta a capacidade de administração de medicação que, por um lado, está prescrita pela equipa médica, mas em SOS ou a horas fixas, que é o caso de administração de 20 MEQ de KCL, caso o doente apresenta os valores de potássio abaixo dos valores de norma.

No contexto de SU, podemos verificar um contraste, dependendo as atitudes do enfermeiro maioritariamente da prescrição médica. No entanto, as vigilâncias que estão relacionadas com a prescrição da terapêutica e/ou realização de outros procedimentos demonstram também intervenções autónomas do enfermeiro.

No contexto de SU, tive oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico, uma vez que a maior parte do estágio foi realizada ao nível de sala de emergência, em que a prestação de cuidados envolve maior complexidade.

Para assegurar a qualidade de cuidados prestados, é realizada a verificação do material existente e que é utilizado com maior frequência. A verificação de material inclui o armário de soros, carro de emergência, carro de via aérea e monitores (abrangendo as baterias dos mesmos, visto que estes monitores podem ser utilizados durante o transporte do doente, quer dentro do hospital, caso o doente necessite de realizar algum exame complementar, quer para outro hospital). Esta verificação é realizada dentro das possibilidades do serviço, normalmente durante o turno da manhã. Uma vez por mês, é feita a verificação do prazo de validade da medicação e do resto do material, e verificada a mala pediátrica. A análise de material e a sua verificação é realizada consoante necessidades dos serviços e, como há continuidade de cuidados, essa tarefa pode ser realizada, por vezes, também noutras alturas do dia.

Por outro lado, um outro tema de discussão está relacionado com a motivação dos elementos enquanto agentes de gestão de cuidados, sobretudo o empenho que foi aplicado na execução de tarefas e a satisfação e motivação dentro do local de trabalho (Batista, 2005). Um aspeto interessante, que os próprios autores identificam, é que a motivação e a insatisfação do trabalho do enfermeiro estão relacionadas com a remuneração.

Por outro lado, ao nível de controlo de infeção, no contexto de UCICT, tive conhecimento acerca do papel do elemento que é o elo de ligação com a comissão

de controlo de infeção. Deste modo, tive conhecimento relacionado com os protocolos implementados ao nível de controlo de infeção. Um dos cuidados que pude supervisionar, e colaborar na sua realização, foi a realização de cuidados de higiene com os toalhetes próprios de clorexidina 2% que são aplicados durante 5 dias em que o doente se encontra internado nos cuidados intensivos.

No meu ponto de vista, existiram diversas situações que foram um estímulo para a reflexão e promoção de uma mudança de comportamento. O diálogo com a equipa permitiu a partilha de mecanismos de adaptação a situações problemáticas, sob o ponto de vista emocional e profissional. Foi ainda um fator facilitador, perante a gestão de situações complexas e a fundamentação crítica acerca de cada situação. A partilha entre profissionais permite desenvolver a maturidade pessoal e profissional e a reflexão acerca da qualidade da prática.

No decorrer do estágio no UCICT, surgiu uma situação que me chamou a atenção, nomeadamente a presença, naquele momento, de uma percentagem elevada de doentes com a clínica de delírio. Dos 10 doentes, 6 apresentavam sintomatologia. Perante a observação de manifestação de sintomatologia desse fenómeno, senti necessidade de aprofundar o meu conhecimento acerca de delírio/confusão mental e as possíveis intervenções de enfermagem que podem ser aplicadas, de modo a obter um controlo da situação, promovendo o conforto ao doente e diminuindo a exacerbação de manifestação de sintomatologia de delírio que, por vezes, poderiam levar ao risco de vida do doente. Este risco está relacionado com a remoção acidental, de dispositivos invasivos, como o tubo endotraqueal, drenos ou outro dispositivo do qual o doente é o portador.

Por vezes, a manifestação de um comportamento como a agitação psicomotora, a presença de um discurso pouco coerente e a desorientação no espaço e no tempo, pode levar-nos a uma dualidade: será que o doente apresenta uma simples confusão? Ou será que se trata de um quadro de maior complexidade, como a manifestação do *delirium*? Essa sintomatologia pode estar relacionada com o contexto diferente e *a priori* um ambiente pouco habitual para ele. Como tal, é importante diferenciar o que é a confusão e o que é o delírio.

O delírio pode ser manifestado por uma alteração do estado de consciência, transitória ou permanente, tendo como a génese a disfunção cerebral. Segundo

Souza (2018), a manifestação do delírio nos doentes internados na UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) é de 25% a 75 %, principalmente nos doentes que estiveram com ventilação mecânica. Segundo Prayces (2018), a manifestação do delírio pode ocorrer em três formas diferentes:

- Hiperativo - pode ser caracterizado como a agitação, hiperalerta e com o maior risco de queda.
- Hipoativo - quando os doentes têm sintomatologia de hiporeatividade, apresentar comportamentos de lentificação, com presença de alucinações auditivas e visuais.
- Misto - é manifestado quando as características anteriormente referidas podem ser flutuantes, ou seja, o doente pode apresentar períodos de hiperatividade ou hiporeatividade com alteração de comportamento psico-motor.

Existem alguns fatores de risco que podem favorecer o aparecimento de delírio. Estes fatores estão relacionados com a condição prévia, a condição em que o doente se encontra e o ambiente que o rodeia.

Não nos podemos esquecer que, numa unidade de cuidados intensivos cardiotorácicos, a população-alvo de cuidados é, sobretudo, idosa. Sendo os pacientes submetidos a algum tipo de procedimento de cirurgia cardiotorácica, a entubação e ventilação mecânica são obrigatórias para a realização de procedimentos e na fase pós-operatória, quando o doente ainda se encontra sob efeito de sedo-analgésia.

Num dos turnos realizados na UCICT, tive oportunidade de verificar que a extubação dos doentes ocorre nas primeiras 24 horas, tendo por base, naturalmente, a estabilidade analítica e clínica do doente. Por um lado, a remoção de dispositivos invasivos o mais precocemente possível pode ser considerada uma medida de prevenção de delírio. Diminuir o tempo em que o doente se encontra com a sedo-analgésia também é um fator importante que, por sua vez, permite uma mobilização precoce. Conforme consegui presenciar ao longo do percurso do meu estágio, estas intervenções são essenciais para a prevenção de delírio, visto que a mortalidade posterior de um doente que esteve na UCI e desenvolveu o quadro de delírio é considerada elevada (Faria, 2013).

Contudo, existem também medidas não farmacológicas, como a gestão do próprio ambiente. A técnica de orientar o doente no espaço e no tempo é uma das medidas que apresentam bons resultados e é essencial no tratamento do delírio. A prevenção é importante, juntamente com o tratamento de delírio, aplicando as medidas farmacológicas e não farmacológicas. No que diz respeito à aplicação de medidas não farmacológicas, é importante salientar o papel que o enfermeiro tem neste caso. Como aluna da especialidade, é relevante ter uma génese de teoria acerca da clínica ou sintomatologia que o doente crítico pode apresentar, de modo a desenvolver um pensamento crítico acerca da situação. Saber distinguir se a pessoa apresenta confusão mental, que também pode ser manifestada pela desorientação no espaço e no tempo por curtos períodos de tempo, ou se se trata de uma situação mais complexa como o delírio.

A confusão mental é considerada uma manifestação do delírio, agrupando-se com os outros sinais e sintomas. Neste caso, é essencial uma visão holística acerca da situação clínica do doente e do meio em que está inserido. Uma análise de todas as componentes permite-nos chegar a um diagnóstico de situação mais concreto.

Segundo Santos (2016), o enfermeiro que desempenha a sua função em unidade hospitalar assume procedimentos de maior complexidade, o que demonstra o perfil de competências relacionado com as exigências de cuidados que o doente necessita. Numa unidade pós-operatória de cirurgias cardíacas, apresentam-se inovações ao nível de prestação de cuidados especializados e direcionados para uma área de atuação específica perante a abordagem de um doente crítico. Neste caso, as competências que um enfermeiro deve apresentar estão relacionadas com cuidados de alta complexidade, presença de conhecimento teórico-prático, supervisão de enfermagem, tomada de decisão, entre outros.

Visando a situação anteriormente descrita, é necessário desenvolver um conhecimento mais aprofundado acerca do fenómeno observado - a presença do delírio nos doentes internados na UCICT, de modo a compreender melhor a clínica do doente. Dando continuidade, ao realizar recolha de dados necessária para a formulação de um diagnóstico de situação, é importante identificar medidas de

resolução, ou seja, as intervenções de enfermagem a desempenhar neste contexto específico.

Perante as oportunidades que me foram proporcionadas, pude constatar que o enfermeiro que se encontra no SU tem, por vezes, o tempo demasiado limitado na prestação de cuidados, devido ao fluxo de doentes e às respostas que tem que dar para satisfazer as necessidades identificadas consoante as prioridades. Por outro lado, tive a oportunidade de realizar alguns turnos no contexto de OBS. Neste contexto é possível realizar um plano de cuidados de modo a identificar os possíveis pontos de atenção e identificar as situações de agudização do estado de saúde de um doente, que se encontra sob vigilância e monitorização.

Quando um doente entra para o SU, tendo em conta o seu estado de saúde e, independentemente da classificação segundo triagem de Manchester, este pode apresentar a agudização do seu estado em qualquer altura, principalmente quando o tempo de espera para ser atendido é mais demorado. Tive oportunidade de presenciar uma situação que é um bom exemplo para analisar este aspeto. Trata-se de uma mulher com 65 anos que recorreu ao SU devido a queixas álgicas ao nível abdominal e foi triada com a cor laranja, definindo, assim, a sua prioridade no atendimento. Após a realização de observação pela equipa médica, a doente foi encaminhada para o gabinete de enfermagem, onde se procedeu à administração de terapêutica e prestação de outros cuidados de enfermagem necessários. De ressaltar que, antes da administração, foi realizada recolha de informação acerca de possíveis alergias ou algum tipo de condicionantes que pudessem levar à não-realização de terapêutica ou algum outro procedimento em questão. Aparentemente, não foi identificado qualquer fator impeditivo da realização de plano terapêutico. No entanto, após a administração de medicação, a ranitidina (antagonista H₂ que reduzem a quantidade de ácido no seu estômago) a doente, que aparentemente até apresentava o alívio de sintomatologia, começou rapidamente a agravar o seu estado de saúde. Foi avaliada a sintomatologia e suspeitou-se de início de choque anafilático relacionado com medicação. De facto, com medicação aparentemente tão simples como um protetor gástrico, o risco de desenvolvimento de um choque anafilático é reduzido. Porém, após a administração, a doente começou a manifestar sinais e sintomas de choque anafilático e foi preciso tomar uma decisão no momento

e realizar uma vigilância mais rigorosa, com vista a assegurar a qualidade de cuidados e estabilidade do estado de saúde desta.

Com este caso, foi possível confirmar que um doente que entra para o SU pode apresentar alteração do seu estado de saúde, independentemente da divisão em que se encontra, e é necessário ter um olhar crítico para identificar as situações de agudização. Só assim será possível reagir de modo a prevenir possíveis complicações.

Por vezes, as rotinas e as múltiplas condicionantes não nos permitem parar e refletir acerca de fenómenos isolados. Uma reflexão leva à revisão de literatura e desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo acerca da prática de enfermagem, de modo a permitir uma prática baseada na evidência científica e refletir acerca da prática desempenhada. É de extrema importância reconhecer a necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, através de uma ferramenta como a reflexão contínua e constante ao longo do exercício profissional.

Por outro lado, ao longo do estágio, cumpri momentos de discussão e de reflexão acerca de determinadas temáticas, tais como: cuidados a ter com um doente no contexto pós-operatório, possíveis complicações no pós-operatório visando a técnica que foi aplicada, possíveis estratégias de prevenção de complicações e discussão acerca de realização de reanimação a um doente submetido a cirurgia valvular ou coronária. No caso de SU, foram discutidas outras temáticas, de igual forma importantes, que estão mais relacionadas com o controlo de infeção numa situação de emergência e a importância da família na abordagem do doente que se encontra no SU.

É importante compreender os cuidados de qualidade e, nomeadamente, a gestão de cuidados em saúde. Segundo Morrorró (2017), podemos perceber que a gestão de cuidados em saúde engloba vários fatores, como a disponibilização das tecnologias de saúde, tendo por base as necessidades individualizadas de pessoas, nos momentos da sua vida, visando o bem-estar, segurança e autonomia perante as dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistémica e da sociedade que a envolve. A gestão de cuidados engloba duas vertentes diversas: uma relacionada com a parte de governação e outra com a assistência. A gestão de cuidados relacionada com a governação aborda os recursos humanos e metodologia

de trabalho, de acordo com as necessidades da pessoa. No que diz respeito à gestão de cuidados, está relacionada com os próprios cuidados implementados perante a assistência da pessoa. Tendo em conta o contexto de cuidados intensivos e o contexto de SU, o enfermeiro tem um papel importante relativamente à gestão de recursos e de cuidados. Toda a pessoa tem direito à qualidade de bens e serviços de que precisa.

Ao longo deste estágio, consegui atingir os objetivos a que me propus. No entanto, também salientei outros aspetos da minha prática clínica, que decidi abordar neste capítulo, de modo a enriquecer a minha aprendizagem não me limitando apenas ao que foi inicialmente proposto.

Perante a aquisição de competências ao nível da vertente de gestão de cuidados atingi os objetivos:

- Desenvolver as competências de gestão dos cuidados prestados ao doente crítico.
- Desenvolver as competências ao nível de gestão de recursos existentes, de modo a assegurar a qualidade de cuidados.
- Desenvolver as competências de gestão dos cuidados prestados ao doente crítico.
- Compreender a metodologia de gestão de serviço.
- Estabelecer uma relação terapêutica com a família e o doente.

Nesse sentido, tive oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico, uma vez que a maior parte do estágio foi realizada ao nível de sala de emergência, em que a prestação de cuidados envolve maior complexidade.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tendo em conta as dimensões relacionadas com a área de enfermagem e que são legalmente comprovadas em diversos regulamentos, REPE, OE, CDE, os domínios de gestão, investigação e formação são parte integrante da profissão.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), podemos constatar que, para a gestão em saúde, a informação de enfermagem é muito importante para a tomada de decisão.

Por vezes, podemos ter o conhecimento e muita prática, mas a importância de ter recursos mínimos para a prestação de cuidados acaba por ser um fator crucial até no contexto hospitalar, visto que a assistência ao doente é feita também em conjunto, com enfermeiro e médico. Para que a intervenção em equipa seja eficaz, é importante que haja uma comunicação de informação acerca do estado clínico. Dessa forma, a informação que vamos obter é a nossa matéria-prima do conhecimento a reter.

Como tal, no serviço, foi adotada uma estratégia, em que o responsável do turno ou o elemento que se encontra na gestão fica encarregado de acompanhar a visita médica e transmitir a situação clínica do doente, no que respeita aos cuidados de enfermagem, veiculando opinião acerca da situação.

Perante os cuidados prestados ao doente no contexto de pós-operatório, as áreas de atenção de enfermagem mais frequentes estavam relacionadas com os seguintes itens: estado de consciência, dor, ritmo cardíaco (como um dos parâmetros requerentes de mais atenção da função da hemodinâmica do doente), ventilação, controlo glicémico, eliminação urinária e a eliminação intestinal. Estes focos foram identificados com maior frequência. No entanto, com a evolução do estado clínico, os mais frequentes estavam mais direcionados com a vigilância da dor e do estado de consciência (com o intuito de promover o conforto e prevenir o *delirium*), risco de queda e ingestão de alimentos. Segundo um dos protocolos do serviço, o doente é extubado nas primeiras horas do pós-operatório, ou seja, nas primeiras 4-6 horas, e inicia a ingestão hídrica a seguir, e após cerca de 12 horas, começa a introdução de alimentação. Essa sequência é naturalmente flexível e depende de cada caso de forma individualizada. Tendo em conta as patologias e a

identificação de determinados focos de atenção, foi necessária a realização de pesquisas que me permitissem um conhecimento mais aprofundado acerca do estado de saúde do doente.

No que diz respeito à prestação e gestão de cuidados prestados, tive oportunidade de ter um turno que foi realizado no bloco operatório, circunstância que permitiu obter uma visão de cuidados que são prestados ao nível de peri operatório, intra-operatório e posteriormente, já nos cuidados intensivos, os cuidados pós-operatórios. Tratava-se de um caso de um homem de 71 anos que foi submetido a uma revascularização do miocárdio em dois vasos, devido à presença de insuficiência cardíaca prévia. Uma insuficiência cardíaca é um processo relacionado com um conjunto de clínica complexa que resulta de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou ejeção de sangue (Oliveira, 2018). Na maioria dos casos, os portadores de patologia cardíaca apresentam sinais e sintomas como: dor, desconforto epigástrico, fadiga, dispneia (Oliveira, 2018), mais exuberante nos contextos de agudização. Um dos aspetos importantes que decidi salientar é o facto de que foi aplicada a técnica *on pump*, ou seja, a intervenção cirúrgica foi realizada com a Circulação Extra Corporal (CEC). Considerei curioso o facto de esta técnica existir já há uns anos, sabendo também que existem novas técnicas que permitem a realização de revascularização do miocárdio com a técnica *off pump*. Como enfermeira, é importante compreender como é realizado o procedimento cirúrgico e qual é a técnica utilizada. Neste caso, com o uso de CEC, é importante no contexto pós-operatório vigiar o estado de consciência com a realização de um despiste de alguns sinais e sintomas de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). O tratamento de revascularização de miocárdio com a técnica *off pump* demonstra uma taxa de incidência de complicações neurológicas menor do que quando é aplicada a técnica *on pump*. Essas complicações estão relacionadas com nova revascularização nos próximos 5 anos, apresentação de um quadro de AVC ou novo Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). A oportunidade de estar num contexto assim permitiu promover um conhecimento teórico e prático acerca do estado geral de uma pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

No que diz respeito à abordagem do doente crítico que se encontra no contexto de pós-operatório, tendo por base uma cirurgia direcionada à parte

pulmonar, tive apenas uma curta abordagem de um doente que foi submetido a lobectomia esquerda por neoplasia pulmonar. Estes doentes ficam normalmente sob vigilância nos cuidados intermédios, visto que são extubados ainda no bloco operatório. Na assistência a um doente que foi submetido a esse tipo de intervenção, um dos aspetos importantes é a dinâmica ventilatória e conforto do doente. Os posicionamentos a realizar direccionam-se no sentido de prevenir a atelectasia e melhorar a dinâmica ventilatória, item importante a ser treinado com o doente. Isto permitirá promover, a consciencialização do doente, com vista a evoluir para a mudança de comportamento que possibilita uma evolução clínica (importância de consciencialização no processo de saúde doença).

De modo a melhorar a minha prática e deixar o contributo no serviço indo de acordo a necessidade do serviço, consegui realizar um projeto no contexto de UCICT: “Acolhimento da Família na UCICT” (Apêndice I). Este projeto tem por base a realização de uma sessão de sensibilização à equipa de Enfermagem e, como podemos verificar perante a avaliação de itens do questionário de avaliação da sessão, a maioria concorda com o facto de que é uma temática pertinente e que pode ser mesmo implementada no serviço e que poderá servir como um instrumento de melhoria da prática, principalmente no que diz respeito à abordagem e o acolhimento da família nos cuidados intensivos.

Ao longo do estágio na base de metodologia de observação, foi possível identificar uma necessidade do serviço ao nível do acolhimento da família. Um dos aspetos que é importante salientar em relação ao serviço é a falta de um manual de acolhimento da família e tendo em conta o contexto em que se encontra o doente e o impacto que esta situação tem para a sua família surgiu a proposta de criarmos.

A metodologia do trabalho elaborado é descritiva reflexiva.

Dessa forma, elaborei um folheto informativo, de modo a permitir um acolhimento de forma mais individualizada, que podemos verificar no Apêndice II.

Não obstante, a informação em saúde está ligada à comunicação em saúde. Não basta ter a informação, mas é preciso saber transmiti-la. Dessa forma a comunicação terapêutica é um dos pontos a abordar. Segundo Costa, (2018), a comunicação pode ser considerada um instrumento ou meio de difusão e transmissão de informações. A comunicação faz parte do processo do cuidar que

permite compreender valorizar as vivências do paciente de modo a elaborar o seu caminho ao longo da vida com um acompanhamento individualizado

Por outro lado, no contexto de SU, tive oportunidade de promover um pensamento crítico reflexivo baseado na revisão de literatura (Apêndice VI) e realizei uma análise de situações problemáticas. Decidi aprofundar o tema abordado no estágio anterior, ou seja, a família e o doente crítico e optei por realizar uma pesquisa bibliográfica. Posteriormente fiz uma recolha de dados acerca do contexto real do estágio no SU, através de uma observação participativa (Apêndice III). Procurei, assim, compreender melhor a dimensão da presença da família e doente que entra na sala de emergência no contexto de agudização do seu estado de saúde.

Não obstante, foi possível promover o pensamento crítico relacionado com a identificação de uma situação crítica, procedendo à monitorização do doente crítico. Num dos turnos realizados, houve uma situação que causou um dilema acerca de critérios que o doente tem que apresentar para entrar para a sala de emergência. Tratava-se de uma doente com antecedentes de meningite, com as respetivas sequelas, e que apresentava uma linguagem arrastada, já com o histórico de recusa alimentar há alguns dias, com temperatura corporal de 38,1°C. Foi realizada a avaliação pela parte médica, que levou a suspeitar tratar-se de um AVC. À doente, ao entrar para a sala de emergência, foi feita a avaliação ABCDE, monitorização de parâmetros vitais com posterior avaliação neurológica. Neste caso, ninguém podia especificar há quanto tempo a doente apresentava alteração do estado de consciência (um fator importante perante os procedimentos a implementar, caso se trate de AVC.) Procedeu-se à realização de um TAC cerebral para identificar alguma alteração, que não se revelou conclusivo. O desfecho relaciona-se com um quadro de hemorragia digestiva baixa. Este caso fez-me refletir na medida em que, por vezes, um doente pode apresentar uma determinada sintomatologia, mas com a pouca informação que se possui no momento acerca do estado habitual da pessoa, esta pode induzir em erro acerca da abordagem a implementar e das intervenções a realizar. Apesar de que, quando o doente entra para a SU, é feita a triagem e a mesma é realizada de modo a avaliar a sintomatologia consoante a gravidade, começando pelo mais grave e sucessivamente vai diminuir perante a avaliação que é feita.

A prática de Enfermagem, seja ao nível generalista ou especialista, requer uma formação individualizada. Contudo, no caso de um especialista, a fundamentação das suas intervenções é essencial no dia-a-dia. Perante a realização e a colaboração de prestação de cuidados, foi possível identificar as intervenções autónomas, interdependentes e a articulação entre toda a equipa, permitindo a prestação de cuidados de qualidade, tendo em conta as necessidades identificadas.

De modo geral foi possível proceder à realização de objetivos pré-estabelecidos, nomeadamente:

- Desenvolver o autoconhecimento.
- Desenvolver uma revisão bibliográfica acerca de uma temática, no contexto de SU.
- Desenvolver um pensamento crítico-reflexivo acerca de situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções características.
- Desenvolver competências na área do doente crítico, de modo a prever a instabilidade ou riscos de falência orgânica do paciente.
- Melhorar a prática clínica baseada na evidência científica.

3.Considerações finais

A enfermagem é uma profissão em constante movimento e progresso, sendo de extrema importância contribuir para essa evolução.

Ao estabelecer alguns objetivos, que me permitiram orientar a minha prática ao longo do estágio, consegui desenvolver competências na área de EEME, relacionadas com os domínios de responsabilidade ética, legal, gestão da qualidade e gestão de cuidados.

No decurso da aquisição de capacidades e conhecimentos, senti algumas dificuldades em termos de procura de alguma evidência científica. No entanto, com a orientação da tutora, consegui ultrapassar essas dificuldades, o que me permitiu orientar o pensamento no que diz respeito à realização da própria busca da informação.

A realização desse estágio permitiu-me efetuar uma reflexão crítico-reflexiva, relacionada com a minha própria prática como enfermeira dos cuidados intensivos, onde também foi realizada a abordagem do doente crítico, porém com o tratamento mais diferenciado.

Durante este período da unidade curricular, foram também desenvolvidas competências relacionadas com a prestação de cuidados especializados, visto que o contexto do estágio tem por base o curso de EEEMC. Deste modo, a prestação de cuidados foi efetuada consoante as necessidades identificadas, de modo a permitir uma prestação diferenciada, com a presença de cuidados especializados. Tentei aperfeiçoar a minha prática, aprofundando o meu conhecimento e a minha prática ao nível de quatro domínios que anteriormente já mencionei. Todavia, senti algumas dificuldades que, de forma geral, consegui ultrapassar e encontrar a solução para as problemáticas encontradas.

Quanto aos objetivos traçados, estes foram atingidos ao longo do desenvolvimento do meu percurso, dentro das oportunidades que me foram proporcionadas. As reflexões desenvolvidas ao longo deste mesmo percurso permitiram uma melhoria ao nível profissional e pessoal, o produto de uma reflexão realizada com base numa discussão com a equipa de enfermagem, no momento de

existência de situações problemáticas. A aprendizagem que foi realizada permite afirmar que nem todo o conhecimento vem dos livros, nem apenas da prática, é preciso conjugar as duas vertentes de modo a obter um melhor aproveitamento e enriquecimento. A prática de Enfermagem, quer ao nível generalista, quer ao nível especialista, requer uma formação individualizada. Contudo, no caso de um especialista, a fundamentação das suas intervenções é essencial no dia-a-dia.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de promover um pensamento crítico reflexivo baseado na revisão de literatura que foi feita e realizei uma análise de situações problemáticas.

Foi possível, ainda, promover o pensamento crítico relacionado com a identificação de situações críticas e com dilemas éticos.

Ao longo do estágio houve necessidade de refletir acerca de diversas áreas de atuação do enfermeiro. De que modo a prática realizada pelos enfermeiros teve a sua evolução e que hoje em dia a prática não se limita apenas com o conhecimento empírico, como o define Carper, mas sim cada vez mais é uma ciência exata, em que o nosso pensamento e o desenvolvimento é um fator crucial, perante a atuação.

Dessa forma, podemos verificar um fenómeno de evolução na enfermagem como a diversidade de conhecimento que o profissional pode adquirir, de modo a realizar uma assistência ao cliente cada vez mais diferenciada.

A realização do estágio permitiu-me realizar uma reflexão critico-reflexiva, relacionada com a minha própria prática como enfermeira dos cuidados intensivos, onde também é realizada a abordagem do doente crítico, no entanto com o tratamento mais diferenciado e diferenciado para a parte cardiorrespiratória.

Na sequência do percurso que realizei ao longo deste estágio desenvolvi competências no domínio da Responsabilidade Ética e Legal, Gestão da Qualidade e Gestão de Cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio de Responsabilidade Ética e Legal, analisei a minha prática ao longo do estágio e transformei essa análise, de forma simultânea, na minha prática diária como enfermeira. Em diferentes contextos, a assistência ao doente crítico pode estar mais direcionada e, por vezes a questão de assegurar os princípios de

bioética: autonomia e não maleficência, é feita de forma diferenciada. No contexto da unidade curricular, adquiri capacidade de tomada de decisão baseada na parte jurídica, legal e deontológica, tendo por base a evidência científica.

Ao longo do estágio, foram também desenvolvidas competências relacionadas com a prestação de cuidados especializados, visto que o contexto do estágio tem por base o curso de EEEMC. Por conseguinte, a prestação de cuidados foi efetuada consoante as necessidades identificadas, visando permitir uma prestação diferenciada, com a presença de cuidados especializados.

Perante competências relacionadas com a Gestão da Qualidade, tentei ir ao encontro de uma busca de cuidados de qualidade, desenvolvendo as atividades de formação, intervenção direta perante as ocorrências ao longo do estágio, onde essa necessidade foi identificada, sempre promovendo a discussão junto com as minhas tutoras. Por outro lado, foi possível a realização de uma sessão de sensibilização acerca da importância da família nos cuidados prestados ao doente crítico e propor uma estratégia que permita englobar a família nos cuidados e uma intervenção direta, quer ao nível da família, quer ao nível do doente crítico.

Em relação às competências adquiridas de Gestão de Cuidados, realizei um debate com os enfermeiros relativamente à colaboração nos cuidados a realizar, abordando assuntos relacionados com a coordenação e a gestão de cuidados nos locais de estágio.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, consegui realizar-me como profissional e como pessoa ao implementar as estratégias e as atividades a realizar para atingir os objetivos previamente identificados. Assim sendo, baseei-me em decisões fundamentadas e refletidas na minha atuação. Revi e aprofundei conhecimentos neste âmbito, discutindo-os com os profissionais e analisando a sua adequação no contexto prático.

Resumindo, posso referir que quase todos os objetivos foram atingidos. Alguns objetivos ficaram, todavia, por realizar, devido à ausência de oportunidades, como o caso de puder assistir e colaborar nos cuidados prestados a um doente em PCR

A função do enfermeiro não é meramente baseada no executar, mas também desenvolver novos conhecimentos e acompanhar a desenvolvimento da sociedade

juntamente com as novas necessidades da população. Sendo assim, a informação em saúde torna-se uma temática muito atual. A informação em si é o produto de dados obtidos inicialmente e posteriormente os resultados obtidos (Pereira, 2015). A prática de reflexão acerca das diversas situações permite evoluirmos e moldarmos a nossa identidade pessoal e profissional. Ao realizar o percurso para chegar a ser a Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica deparei-me com alguns obstáculos no meu caminho, mas com esses consegui tornar-me a profissional que sou hoje, com o pensamento diferente daquele que tive no meu percurso inicial.

4.Referências Bibliográficas

Apóstolo, J. Antunes, M. Mendes, A. Castro, I. (2012) “ Conforto/desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica “Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Pag. 33-38, Portugal,. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164721602012000100006&script=s_ci_arttext.

Baixinho, L. C., Pereira, I. C. B. F., Ferreira, O. M. R (2014). ”A arte e aprendizagem dos pardões de conhecimento em enfermagem” Rev Esc Enfer USP 2ª edição n° 172-178 Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reusp-48-nspe2-00164.pdfDOI: 10.1590/s0080-623420140000800024 .

Barchifontaine, P. C., Pessini, L., Siqueira, J.E., Hossne, S.W., (2010) “Bioética aos 40 anos: reflexões a partir de um tempo de incertezas” Revista Bioética, Centro Universitário São Camilo,130-143 Disponível em : <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/130a143.pdf>.

Batista, Anne; Vieira, Maria Jésia; Cardoso, Normaclei; & Carvalho, Gysella. (2005) “Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.” Rev Esc Enferm USP. Janeiro, vol. 39, n.01, pp. 85-91.

Brito, S.H.J. (2007) “Fim da vida” Edição: Publicações da Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa.

Brito, S.H.J. (2001) “Bioética. Questões em debate” Edição Publicações da Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa.

Calil, A.M. &Paranhos, W.Y. (2008) “O Enfermeiro e as Situações de Emergência” Editora ATHENEU, 1º edição.

Carper, Barbara A. (1978) “Fundamental Patterns of Knowing in Nursing”, Jones & Bartlett Learning 3: 23-33.

Código Deontológico Do Enfermeiro (2005) Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Costa, R.A.S., Soares, C.C.D., Silva, J.B., Silva, V.A., Ferreira, J.A., (2018) “Comunicação entre enfermeiros e pacientes críticos masculinos: Estratégia de enfrentamento” Revista da Universidade Vale do Rio Verde, volume 16 número 1 ISSN:1517-0276.

Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro (Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros) com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril).

Declaração Universal Dos Direitos Humanos (2005).

Deotado S. Direito da Saúde” (2017) 2ª edição, Almedina, S.A.

Faria, R.S.B., Moreno P.R., (2013) - Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada.

Felipi, L.C.S., Merino, M.F.G.L., Baena, J.A., Oliveira, R.B.S.R., Borghesan, N.B.A., Higarashi, I.H. (2018) “Cuidado centrado na Família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica: Visão do Enfermeiro” Cienc Cuid Saúde. DOI: 10.4025/cienccudsaude.v17i2.41001.

Fonseca, F.C.A. Coelho, R.Z. Nicolato, R. Malloy-Diniz, L.F. Silva, Filho, H.C. (2009) - A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. – J. Bras. Psiquiatria. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a) (2 de 04 de 2012). Instituto Nacional de Emergência Médica. Obtido de <http://www.inem.pt>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b) (10 de junho de 2012).Relatório de atividades 2011.Obtido de http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27790.

Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Portugal. (1995). Decreto-Lei n.º 45/95, de 15 de março - Código Penal.

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”, 112. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf.

Lôbo de Carvalho, V., Costa de Oliveira, A. L., Pinheiro Canuto Rocha, J. S., da Silva Júnior, J. C., Cruz Marsiglia, T. T., & Silva Costa, A. C. (2015) “Humanization: perception of students of the physiotherapy course”. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 9(6), 8187–8193. <https://doi.org/10.5205/reuol.7585-66362-1-ED.0906201506>.

Ludmir J, Liu X,Gupta A, (2018). “Cardiologist perceptions of family- centred rounds in cardiovascular clinical care. Open Heart” doi:10.1136/ openhrt-2018-000834

Marques, F., & Pereira, S. (2015.). “Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.” Escola superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado em enfermagem.

Mateus, B.A (2007) “Emergência Médica Pré- hospitalar Que realidade” ,Edição Lusociência.

Meleis A I. (2010) “Transitions theory: Middle-range and situation- specific theories in nursing research and practice”, Springer Publishing Company, LLC. Chapter 3 Developmental Transitions.

Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Brandão, A. L. D. C. L., Silva, C. M. B. Da, & Menezes, M. R. D. P. (2017) Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paulista de Enfermagem* Acessível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>.

Nicolson DJ, Knapp P, Raynor DK, Spoor P. (2009) “Written information about individual medicines for consumers”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Nunes, S. R. T. (2011). “Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico”. *Nascer E Crescer - Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(1), 40–44.

Nunes, T., Eliane, M., Freire, M., I, M. F. D. V., Vital, S., Iii, J., E.(2018) “Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional”, 34(1), 7–15.

Ordem dos Enfermeiros (2011).Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República* 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011), 25118–25120.

Ordem Dos Enfermeiros (2007) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Sistemas de informação em Enfermagem*. Acessível em: www.ordemdosenfermeiros.pt, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. (2010)(4 de junho de 2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista. Obtido de http://ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaçãoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). Administração da OMS. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>>.

Oliveira, M.C.D. (2018) “Avaliação de variáveis cardiovasculares e de qualidade de vida em pacientes com Insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida na presença e ausência de Diabetes Mellitus tipo 2”, Dissertação de Pós graduação. Universidade Federal de são Carlos.

Pereira, S. M. F. (2015.). “Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. Escola superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado em enfermagem.

Portugal. (1976). Constituição da República Portuguesa.

Portugal. (1990). Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

Portugal. (1995). Decreto-Lei n.º 45/95, de 15 de março - Código Penal.

Prsyce, R, Quaresma, F., Neto, I.G., (2018)- Delirium: O 7o Parâmetro Vital?. Rev científica de Ordem dos Médicos. Acta Med Port.

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista. (2015) Obtido de http://ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaçãoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf Ordem dos Enfermeiros.

SNS (2013). - Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Grupo de Trabalho criado pelo despacho N° 4320/2013 de sua Excelência a Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República No 59,2o Série.

Santos, A.P.A., Camelo, S.H.H., Santos F.C., Leal, L.A., Silva B.R.,(2016)- Nurses in post- operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. Rev Esc Enferm USP.

Santos, E. J.F., Marcelino, L.M.M.S, Abrantes, L.C.B., Marques, C.F.F. Coreia, R.M.L., Coutinho, E.C, Azevedo, I.C.S.C, (2015) “ O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE”. Milenium 49, págs. 153-171.

SANTOS, A. (2004) – Acidente Vascular Cerebral – Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2004.

Souza, R. C., Bersaneti, M. D., Siqueira, E. M., Meira, L., Brumatti, D. L., & Prado, N. R. (Março, 2017). Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação do delirium. Revista Gaúcha de Enfermagem, pp. 1-5.

Ugarte, N. O., Acylioly, M.A. (2014) “O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso” Ver. Col. Brás n° 41 (5) 274-277 Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf.

DOI:10.1590/0100-69912014005013.

Vinet, L., & Zhedanov, A. (2010) “A “missing” family of classical orthogonal polynomials” Inserido No Estatuto Da OE Republicado Como Anexo Pela Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro, 9–13. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/0>

Apêndice

Apêndice I- Acolhimento da Família na UCICT



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRURGICA

ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA NA UCI

Aluna: Nataliya Karasyevych

Porto, outubro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRURGICA

ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA NA UCI

Realizado por: Nataliya Karasyevych
Sob orientação: Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto, outubro de 2018

Índice

1.INTRODUÇÃO:	76
2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	77
3. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO	78
4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA NECESSIDADE IDENTIFICADA..	81
4.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE	81
4.2 TEORIA DE TRANSIÇÕES DE MELEIS	82
5. PAPEL DO ENFERMEIRO _ESPECIALISTA	84
6.CONCLUSÃO:	86
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	87

Índice de gráficos:

Gráfico 1.....pág.78

Gráfico 2.....pág.78

Gráfico 3.....pág.78

1.Introdução:

Este trabalho é elaborado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio e Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica (MEEMC), da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho serve como fio condutor para a orientação do percurso ao longo de estágio que realizei no primeiro semestre, de modo a permitir um melhor aproveitamento, aplicando os conteúdos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso. O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardio Torácica.

Deste modo, o objetivo deste trabalho será a realização de uma proposta de um guia de acolhimento a para a família do utente e a sua divulgação por parte da equipa de enfermagem combatendo uma necessidade apresentada pelo serviço. Por outro lado, este trabalho serve como uma estratégia de responder a necessidade do serviço.

Ao longo do trabalho irão ser abordadas temáticas como:

- Contextualização da necessidade identificada e o diagnóstico da situação;
- Objetivos gerais e específicos
- Informação em saúde
- Teoria de transições de Meleis
- Papel do Enfermeiro Especialista

Este trabalho também serve como o instrumento para aquisição de competências ao nível de Especialização na área de Médico- Cirúrgica relacionada com a abordagem do cuidado a pessoa, família e/ ou cuidado e que estão a vivenciar a fase de processos complexos da doença crítica e/ ou falência orgânica.

Aquando do estágio na UCICT, para melhor conhecer a população de doentes e patologias mais frequentes elaborei os gráficos que a seguir apresento:

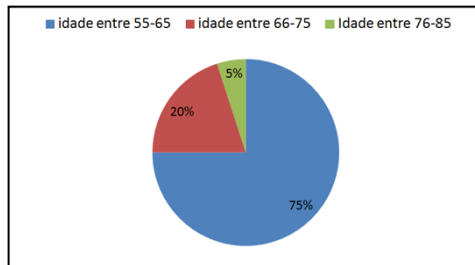


Gráfico 2 – Prevalência de cirurgias segundo a faixa etária

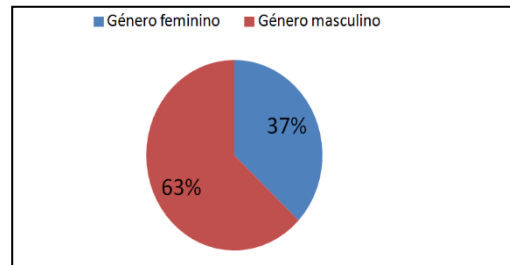


Gráfico 1 – Prevalência de intervenção segundo o género

Nos gráficos 1 e 2, podemos verificar que a maioria dos doentes está na faixa etária entre os 55 e 65 e, na sua maioria, são do género masculino.

Segundo o gráfico 3, podemos verificar que, no serviço de UCICT no período entre 10 de setembro e 2 de novembro, foram realizadas na maioria cirurgias do foro cardíaco e uma minoria do foro pulmonar.

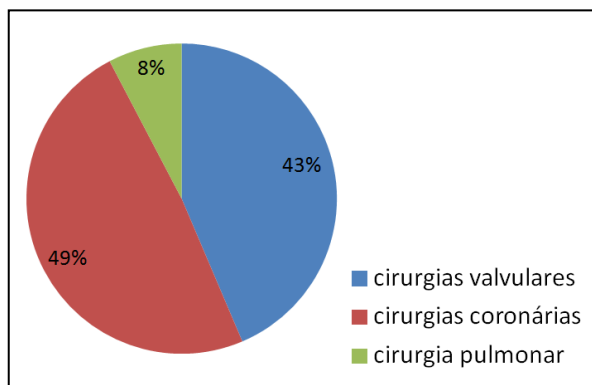


Gráfico 3 - Prevalência de diferentes tipos de cirurgias realizadas

2. Diagnóstico da situação

Baseando-se na observação direta e discussão informal com os enfermeiros e a Enfermeira chefe foi possível identificar as seguintes problemáticas:

- O acolhimento da família é feito apenas de forma verbal

- O comportamento da família demonstra conhecimento reduzido acerca de cuidados a ter.
- Diminuição da capacidade de acompanhamento da família pela parte de equipa de enfermagem.

3. Objetivos da intervenção

Perante as circunstâncias descritas no diagnóstico de situação, a realização deste trabalho tem como principais objetivos:

- Promover na equipa de enfermagem o conhecimento sobre a importância de informação em saúde
- Sensibilizar a equipa para a implementação de um folheto em papel para melhor esclarecer os familiares dos doentes internados
- Implementar medida proposta.
- Promover um acompanhamento da família mais individualizado.

De modo a atingir os objetivos estabelecidos, foi necessário a elaboração de uma parte teórica que permite a compreender a necessidade identificada. A importância de abordar o processo de transição que o doente, a família e/ou o cuidador permite a identificar das intervenções mais individualizadas para cada situação clínica.

Visto que, a situação de internamento da pessoa é uma situação crítica que afeta não só a pessoa como e a sua família, causando uma situação de crise na sua vida. O acolhimento á família na fase inicial é um dos aspetos importantes daí a importância de elaboração do presente trabalho. Como tal , para a realização dessa sessão de sensibilização estabeleci o seguinte plano de sessão:

Plano de sessão

Tema da sessão: Acolhimento da Família no UCI

Local: UCICT . **Data da sessão:**23.10-27-10. **Duração:** 15 minutos **População**

alvo: Profissionais de Enfermagem da UCICT.

Objetivos:

- Desenvolver pensamento crítico acerca da sua prática

- Identificar necessidade de existência de um acompanhamento mais próxima da família
- Informar e discutir acerca de existência do folheto informativo no acolhimento à família

	Tempo	Conteúdo	Metodologia	Recursos
Introdução	5 minutos	Apresentação à população-alvo; Apresentação da temática a abordar;	Método expositivo e interativo	Folheto informativo
Desenvolvimento	10 minutos	Discutir a teoria de Meleis Identificar a importância de acolhimento a família como o fator facilitador da transição vivida pela família no momento. Apresentar o conteúdo do folheto informativo.	Método expositivo e interativo	Folheto informativo
Conclusão	5 minutos	- Síntese de conteúdos sobre a temática apresentada; -Esclarecimento de dúvidas; -Aplicação de questionário de avaliação.	Método interativo e interrogativo	Folhas de papel para questionário

Como medida de avaliação de sessão foi proposto a realização de um questionário que permite analisar os resultados e o reconhecimento da importância da temática pela parte de equipa de enfermagem.

O questionário em si também terá uma parte que permite a realização de alguns comentários livres relacionados com a crítica ou sugestão, como tal a sua estrutura podemos observar a seguir.

Avaliação da Ação de Formação

Esta ficha é confidencial, anónima e facultativa. O seu fim relaciona-se com a recolha da formação acerca de opinião dos formandos relativamente a ação de formação. Assinale a sua classificação que melhor traduz a sua opinião, caso não seja possível, poderá explicar a sua escolha no item relacionado com “sugestões e Críticas”.

Local:	Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica.				
	1	2	3	4	5
Pertinência do tema					
Sua aplicabilidade para o serviço					
Conteúdo da ação					
Apreciação global					
Nota:	Considerando a escala de 1 a 5, quando 1(muito insuficiente),2(suficiente),3(suficiente), 4(bom), 5(muito bom), assinale a sua escolha com uma cruz				

Sugestões e críticas:

4. Contextualização da necessidade identificada

Neste capítulo serão abordadas as temáticas, como o conteúdo teórico que sustenta e de certa forma justifica a escolha do tema e a origem da ideia proposta para a ser a base desse trabalho.

4.1 Informação em saúde

Ao longo do tempo a profissão de enfermagem tem se encontrado diversas vertentes que favorece ao aparecimento de dúvidas e discussões acerca de junção da prática com a teoria. Neste contexto o papel do enfermeiro é muito importante que permite transmitir no seu executar os novos conhecimentos adquiridos que permitem acompanhar o desenvolvimento da sociedade, tendo por base as necessidades da mesma.

O conhecimento teórico advém da informação, a informação em saúde é uma temática bastante atual no nosso dia - a -dia. A informação em si é o produto de dados obtidos inicialmente e posteriormente os resultados obtidos (Marques, 2016). Dessa forma a informação que nós vamos obter é a nossa matéria- prima do conhecimento. Para obter um conhecimento mais correto, temos que ter em conta a qualidade de informação que vamos trabalhar e posteriormente transformar num conhecimento científico. No entanto também é importante salientar que não basta termos a informação em saúde, mas também o conhecimento produzido em saúde. Um dos aspetos importantes e que está a ser trabalhado de forma continua, é o facto de identificamos os ganhos em saúde, pela parte da população que é alvo de prestação de cuidados do enfermeiro.

Ao longo da prestação de cuidados é importante a existência de informação acerca de diversos itens que nos levem a uma tomada de decisão baseada na

evidência e na informação obtida quer da parte prática quer da parte teórica. Após a implementação de intervenções que sustentem a nossa tomada de decisão, realizamos a avaliação. Avaliação em saúde é uma componente em gestão em saúde que nos permite, posteriormente com maior perícia realizar a tomada de decisão visando critérios previamente definidos, após uma análise detalhada de informação.

4.2 Teoria de transições de Meleis

Ao longo do tempo surgem diversas situações que levam as mudanças como o processo adaptativo, que permita estar sempre em contaste mudança e adaptação a diferentes fases da nossa vida. No entanto a prática e teoria neste caso são mais que cúmplices desse acontecimento e pode ser explicado através da teoria de médio alcance de Meleis. Nesse sentido uma transição é visível como uma passagem de um estado para o outro, que seja ao nível de condições ou fase da vida.

Tento em conta, esse pensamento, podemos verificar, que uma transição saúde doença é uma transição em que a pessoa passa de um estado de vida saudável para um estado de doença que aconteceu de forma repentina. Dessa forma verificamos que uma transição é definida por vários estádios dinâmicos.

A estrutura conceptual da teoria de transições inclui as seguintes componentes: tipos e padrões de transições, propriedades das experiências da transição, condições de transição (facilitadores e inibidores) indicadores de processo, indicadores de resultado e terapêuticas de enfermagem (Santos, 2015). As transições, tendo em conta a sua génese, podem ser divididos em situacionais, organizacionais, desenvolvimentais e saúde/ doença.

Quando se trata de um contexto específico, como é o internamento de um doente numa UCI, estamos perante um contexto de uma transição saúde/ doença e como tal é importante ao identificar esse tipo de situações, proceder a identificações de experiências de transição. As experiências de transição estão relacionadas com: conhecimento/ consciencialização, ajusto/compromisso, mudança e diferença,

eventos e acontecimentos críticos e periódicos de experiência. Na fase inicial é importante trabalhar o conhecimento que existe de modo a preencher as lacunas que existem acerca de determinadas temáticas, e dessa forma facilitar o processo de consciencialização. Desde o início e o final de internamento o processo de transição é sofrido, não só pela pessoa que se encontra em situação crítica, mas também pela família. De forma natural, na fase inicial, o nosso organismo não consegue absorver toda informação que nos é dada. Mais uma vez importa salientar que fasear a informação é um fator que será facilitador para que o cliente desenvolva a sua consciencialização.

Ao conseguir trabalhar a primeira propriedade, podemos proceder ao envolvimento do cliente nas seguintes propriedades de transição. Ao proceder um acompanhamento mais próximo do cliente, numa fase de transição saúde/ doença, permite com que sejam visíveis ganhos em saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher 2010).

Para a realização de um plano de cuidados direcionados para as necessidades do cliente é importante identificar o tipo de transição e os indicadores facilitadores e dificultadores, começando deste o primeiro contacto com a instituição, e os seus primeiros dias de internamento. Este cliente, pode ser a família, a pessoa e/ou cliente.

5. Papel do enfermeiro Especialista

O grau de Enfermeiro Especialista foi definido pela Ordem dos Enfermeiros que um especialista é um profissional que apresenta um conhecimento aprofundados ao nível de um domínio específico de Enfermagem visando as respostas humanas perante os processos de vida e os problemas de saúde, apresentando um nível superior de julgamento clínico e a tomada de decisão que é visível ao nível de competências especializadas perante um campo de intervenção especializado (OE, 2017).

As famílias, no seu quotidiano, sofrem mudanças e vivem experiências e transições. O enfermeiro, como profissional de saúde tem um papel muito importante e pode ser considerado como agente facilitador de uma transição (Meleis & Trangenstein, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

A abordagem de enfermagem tem que estar de acordo com as necessidades do cliente, daí a inevitável existência de uma relação de ajuda que nos permita obter a informação e transmiti-la da melhor forma.

Quando se trata de uma situação crise, a pessoa não consegue apresentar o pensamento mais adequado. Desse modo a proposta de elaboração de um folheto informativo, é utilizado como um instrumento de ajuda, que permite transmitir a informação. No entanto, ao longo do primeiro contacto com a família e /ou cuidador, é transmitida a informação de forma verbal e no folheto informativo, duplica-se alguma informação, visto que numa situação de stress não podemos assegurar que a pessoa consiga absorver a informação toda, e caso não seja possível fixar a informação toda, por parte da família e /ou cuidador, assim com o folheto informativo é possível assegurar que a pessoa noutras circunstancias, volta a rever e relembrar alguma parte de informação. Por outro lado, o folheto informativo terá uma parte onde a família poderá apontar algumas dúvidas, desse modo o enfermeiro dará resposta as necessidades que a família identificou naquele momento, de modo a promover o acompanhamento individualizado e promover a prestação de cuidados segundo as necessidades do cliente.

Não obstante, este contacto e esta relação mútua permite ao enfermeiro melhor conhecer o cliente e ir de acordo as suas necessidades além de ser um guia ao longo do seu percurso e transição.

Segundo a evidência, o papel do enfermeiro tem mais resultados positivos, quando se trata de uma situação em que podemos preparar o cliente para a mudança de modo a diminuir os efeitos negativos. Sendo assim, podemos verificar da importância de acolhimento a família num serviço de cuidados intensivos, onde o doente poderá estar ligado a diversas máquinas e aprestar um aspeto físico diferente.

A abordagem da família neste contexto exige criação de laços de confiança de forma a promover adesão e participação da família em todo o processo. Um dos aspetos na fase inicial provem também da expressão de sentimentos, pela parte das famílias, tendo em conta que se trata de uma situação de agudização do estado de saúde do seu familiar. Quando se trata de uma situação de doença de um familiar, esta pode ser interpretada, como uma situação de crise geradora de stress (Moos, 1984; Paúl & Fonseca, 2001 cit in Santos, 2004, p.91). Por outras palavras, a situação em si pode ser vista como uma ameaça ao equilíbrio no funcionamento pessoal, familiar e social. Perante situações dessas a família fica sujeita a uma conjuntura complicada que pode levar ao desequilíbrio, psicológico e emocional e social, que podem manifestar-se através de sentimentos, como o medo, culpa e ansiedade. Não nos podemos esquecer que a hospitalização é um momento único e especial, ou seja pode ser algo positivo ou negativo, visto que, trata-se de um ambiente onde existe a complexidade tecnológica.

Segundo Felipi, (2018) a participação da família ao longo do processo da doença minimiza o isolamento social, de modo, a diminuir o impacto de traumas ou consequências obtidas, principalmente, nos extremos de idade, e promover um forte vínculo entre equipa e família. Por outro lado, a participação e abordagem da família, em equipa, promove a satisfação do cliente, quer este seja o doente em si e/ ou a sua família (Ludmir, 2018).

6. Conclusão:

Ao longo do estágio houve necessidade de refletir acerca de diversas áreas de atuação do enfermeiro. De que modo a prática realizada pelos enfermeiros teve a sua evolução e que hoje em dia a prática não se limita apenas com o conhecimento empírico, como o define a Carper, (1978), mas sim cada vez é uma ciência exata, em que o nosso pensamento e o desenvolvimento do mesmo é um fator crucial, perante a atuação.

Dessa forma podemos verificar um fenómeno de evolução na enfermagem como a diversidade de conhecimento que o profissional pode adquirir, de modo a realizar uma assistência ao cliente cada vez mais diferenciada.

Nesse sentido, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional iniciei o meu percurso com o desenvolvimento do meu conhecimento na área de especialização em enfermagem em Medica- cirúrgica, e como tal após a realização o primeiro estágio nesse âmbito.

Com este trabalho pretendo, deixar a minha marca no serviço e que realizei o estágio com o intuito de combater algumas lacunas, que foram identificadas e selecionadas como aspeto importante. Por outro lado, houve identificação de outros aspetos que podiam ser trabalhados e investigados, no entanto são temáticas que já foram abordados no serviço noutra âmbito e que por vezes a implementação de medidas de intervenção, para o combate das necessidades, é preciso de tempo e determinados recursos. Como futura Enfermeira Especialista, e segundo as competências que um enfermeiro especialista deve apresentar, a parte que diz respeito a formação continua e a realização de projetos de intervenção, de acordo com as necessidades identificadas, é de extrema importância que permite uma qualidade contínua de cuidados prestados ao cliente.

7. Referência bibliográfica

Carper, B. A. (1978) “Fundamental Patterns of Knowing in Nursing”, Jones & Bartlett Learning 3: 23-33.

Costa, R.A.S., Soares, C.C.D., Silva, J.B., Silva, V.A., Ferreira, J.A., (2018) “Comunicação entre enfermeiros e pacientes críticos masculinos: Estratégia de enfrentamento” Revista da Universidade Vale do Rio Verde, volume 16 número 1 ISSN:1517-0276.

Felipi, L.C.S., Merino, M.F.G.L., Baena, J.A., Oliveira, R.B.S.R., Borghesan, N.B.A., Higarashi, I.H. (2018) “Cuidado centrado na Família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica: Visão do Enfermeiro” Cienc Cuid Saúde. DOI: 10.4025/ciencudsaude.v17i2.41001.

Ludmir J, Liu X, Gupta A, (2018). “Cardiologist perceptions of family-centred rounds in cardiovascular clinical care. Open Heart” doi:10.1136/ openhrt-2018-000834.

Marques, F., & Pereira, S. (2016.). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Escola superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado em enfermagem.

Meleis A I. (2010) “Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice”, Springer Publishing Company, LLC. Chapter 3 Developmental Transitions.

Nicolson DJ, Knapp P, Raynor DK, Spoor P. (2009) “Written information about individual medicines for consumers”. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Ordem dos Enfermeiros- Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de Urgência. (2017) Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Santos, E. J.F., Marcelino, L.M.M.S, Abrantes, L.C.B., Marques, C.F.F. Coreia, R.M.L., Coutinho, E.C, Azevedo, I.C.S.C, (2015) “ O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE”. Milenium 49, págs. 153-171.

SANTOS, A. – Acidente Vascular Cerebral – Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2004.

Apêndice II- Folheto informativo

Folheto informativo: Acolhimento a família

<p>Cuidados a ter quando vai visitar o seu familiar</p> <ul style="list-style-type: none">* Antes de estar em contacto com o seu familiar, desinfete/ lave mãos* Os objetos pessoais não devem ser colocados em cima da cama ou mesas de cabeceiras do doente.* Não trazer nenhum objeto, alimentos ou equipamento sem autorização do enfermeiro.* Não alimentar o seu familiar ou ajuda-lo a levantar-se, sem questionar a equipa de enfermagem.* Em qualquer situação, estamos sempre disponíveis para esclarecimento de qualquer dúvida e responder as necessidades.	<p>Unidade de Cuidados Intensivos: Contacto: 225512156</p> <p>Unidade de Cuidados Intermédios: Contacto: 22512100 Ext: 1147</p> <p>Horário de visita : Das 16h:30 às 17h:30</p> <p>Horário para obter informações via telefónica: 11 h– 12h 21h– 22h</p>	<p>SERVIÇO DE CIRURGIA CRADIOTORÁCICA:</p> <p>CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIO TORACICA</p> <p>Guia de acolhimento à família</p> <p>Outubro, 2018</p>
--	--	---

O que é Serviço de Cirurgia Cardiorá-cica?	Equipa de Saúde:	Informações:
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ O serviço de Cirurgia Cardiorá-cica é constituído por três subdivisões: Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios e o Internamento. ⇒ Os doentes que estão internados neste serviço, são pessoas que precisam de cuidados especializados. ⇒ Neste serviço as cirurgias mais comuns são: coronárias, valvulares e pulmonares. ⇒ O serviço de Cuidados Intensivos e Intermédios encontram-se no piso8 e o Internamento encontram-se no piso7. ⇒ Os Cuidados Intensivos e Intermédios por dia, o doente encontra-se sob vigilância de médicos e enfermeiros ao longo de 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ A equipa de saúde é constituída por vários profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos. ⇒ Sempre que precisar de esclarecer alguma dúvida, pode dirigir-se a qualquer profissional. ⇒ Os doentes podem ser submetidos a diversos exames complementares a qualquer hora do dia. ⇒ No espaço em baixo pode registar algumas dúvidas que lhe surgem e que espera serem esclarecidas. ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Antes de entrar no serviço, deixe o telemóvel em silêncio. ⇒ No primeiro contacto com o nosso serviço, pedimos que deixe o contacto da pessoa que será o elo de ligação e transmissão de informação com o resto da família. ⇒ O seu familiar tem acesso a apoio espiritual. ⇒ Não é permitido filmar ou fotografar. ⇒ Pedimos a sua compreensão para a eventualidade de ter que aguardar algum tempo. ⇒ Durante a realização de exames ou tratamentos ao seu familiar ou a outro doente, poderá não ser possível a sua presença dentro do serviço.

Apêndice III- Família no SU e a importância da sua presença



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRURGICA

**Família no SU e a importância da sua
presença**

Aluna: Nataliya Karasyevych

Porto, dezembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRURGICA

**Família no SU e a importância da sua
presença**

Realizado por: Nataliya Karasyevych
Sob orientação: Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2018

Índice

1.INTRODUÇÃO:	101
2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	100
3. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO	101
4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA NECESSIDADE IDENTIFICADA	102
5. ANÁLISE DE DADOS	103
6.CONCLUSÃO:	107
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	109

Índice de gráficos:

GRÁFICO 1-DOENTE ACOMPANHADO PELA FAMÍLIA	103
GRÁFICO 2- O DOENTE REFERE A VONTADE DE VER OS SEUS FAMILIARES.....	104
GRÁFICO 3- OS FAMILIARES APRESENTEM VONTADE DE VER O DOENTE.	105
GRÁFICO 4-HÁ DIÁLOGO ENTRE O ENFERMEIRO E FAMÍLIA ACERCA DO ESTADO CLÍNICO DO DOENTE.	105

1.Introdução:

Este trabalho é elaborado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio e Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica (MEEMC), da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho serve como fio condutor para a orientação do percurso ao longo de estágio que realizei no primeiro semestre, de modo a permitir um melhor aproveitamento, aplicando os conteúdos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso. O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica.

Ao longo do estágio na base de metodologia de observação participativa, foi possível identificar uma necessidade do serviço ao nível da família e a sua presença no SU, nomeadamente no contexto de sala de emergência. Um dos aspetos que é importante salientar em relação ao serviço é a falta de um manual de acolhimento da família e tendo em conta o contexto em que se encontra o doente e o impacto que esta situação tem para a sua família surgiu a proposta de criarmos.

A metodologia do trabalho elaborado é descritiva reflexiva.

Deste modo, o objetivo deste trabalho será análise de realidade encontrada no SU, com o intuito de realizar uma comparação entre a realidade e revisão da literatura de modo a promover uma qualidade de cuidados prestados, não só ao doente mas também englobar a família.

Ao longo do trabalho irão ser abordadas temáticas como:

- Contextualização da necessidade identificada e o diagnóstico da situação;
- Objetivos gerais e específicos
- Revisão da literatura acerca da família e o SU.
- Papel do Enfermeiro Especialista

Este trabalho também serve como o instrumento para aquisição de competências ao nível de Especialização na área de Médico- Cirúrgica relacionada

com a abordagem do cuidado a pessoa, família e/ ou cuidado e que estão a vivenciar a fase de processos complexos da doença crítica e/ ou falência orgânica.

2. Diagnóstico da situação

Baseando-se na observação direta e discussão informal com os enfermeiros e a Enfermeira chefe foi possível identificar as seguintes problemáticas:

- Identificação de maior foco central aos cuidados ao doente, não valorizando a presença da família.
- A família não é vista como um dos fatores de melhoria do estado clínico do doente ou como o fator que pode prever uma possível complicação do estado de saúde.
- Diminuição da capacidade de acompanhamento da família pela parte de equipa de enfermagem.

3. Objetivos da intervenção

Perante as circunstâncias descritas no diagnóstico de situação, a realização deste trabalho tem como principais objetivos:

- Realizar uma análise da literatura
- Realizar a análise da população através do instrumento de colheita de dados.

De modo a atingir os objetivos estabelecidos, foi necessário a elaboração de uma parte teórica que permite a compreender a necessidade identificada. A importância de abordar o processo de transição que o doente, a família e/ou o cuidador permite a identificar das intervenções mais individualizadas para cada situação clínica.

Visto que, a situação de agudização do estado de saúde de uma pessoa é uma situação crítica que afeta não só a pessoa como e a sua família, causando uma situação de crise na sua vida. O acolhimento á família na fase inicial é um dos aspetos importantes daí a importância de elaboração do presente trabalho.

4. Contextualização da necessidade identificada

Neste capítulo serão abordadas as temáticas, como o conteúdo teórico que sustenta e de certa forma justifica a escolha do tema e a origem da ideia proposta para a ser a base desse trabalho.

Instrumento de avaliação do contexto foi elaborado na base de alguns itens que podemos analisar através da Tabela 1. A implementação da sua aplicação foi feita meramente na base de observação participativa.

Critérios:	Sim	Não
O doente deu entrada para o SU com o acompanhamento da família.		
O doente refere que quer ver os seus familiares.		
Os familiares apresentem vontade de ver o doente.		
Há diálogo entre o enfermeiro e família acerca do estado clínico do doente.		

Tabela 1- Critérios a analisar

A escolha destes critérios relaciona-se com a prática direta do dia a dia do enfermeiro, no entanto por vezes com a divisão e separação das tarefas algumas intervenções que podiam ser feitos pela equipa de enfermagem não é realizada e daí a transmissão de informação e a importância do enfermeiro não é tão visível perante a população no geral. Visto que o SU é um serviço em que o enfermeiro adapta diversas metodologias de trabalho que leva a divisão das tarefas nem sempre de forma adequada.

5. Análise de dados

Após uma observação participativa do contexto que foi estendido no tempo de 4 semanas, mais direcionada para abordagem da família e do doente na sala de emergência, foi possível verificar as seguintes conclusões:

No que diz respeito a primeiro critério podemos verificar segundo o gráfico 1 que a maioria dos doentes que deram entrada para SU encontravam-se acompanhados pela família, que corresponde a percentagem de 71%. Este fenómeno pode ter uma justificação que alguns doentes são transferidos dos outros locais hospitalares e que não permite com que a família esteja presente no momento de admissão.

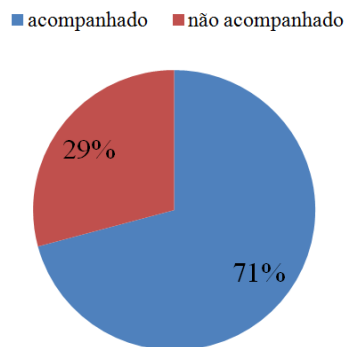


Gráfico 1-Doente acompanhado pela família

Por outro lado, podemos analisar outro aspeto importante que se relaciona com o outro critério que foi aplicado: O doente refere que quer ver os seus familiares.

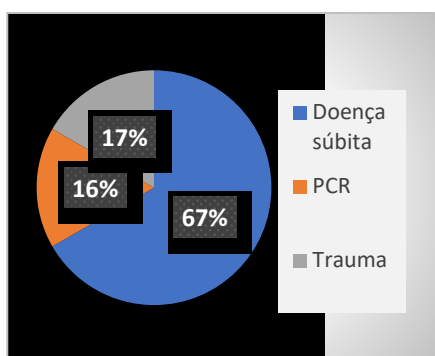


Gráfico 2- O doente refere a vontade de ver os seus familiares

Neste caso, foi tendo em conta a avaliação do estado de consciência do doente e a sua vontade, de modo a permitir a criação de um ambiente que facilita a evolução positiva do quadro clínico do doente. Como tal, podemos verificar que temos uma percentagem que corresponde a casos em que não foi possível obter a resposta, visto que não é aplicável, no caso específico de um doente entubado que veio já transferido do outro hospital e pelo agravamento do seu estado de saúde, foi entubado, ou quando deu entrada a sala de emergência e foi necessário de induzir o doente em coma artificial e proceder a entubação orotraqueal. Por outro lado, podemos verificar que dos doentes conscientes e colaborantes dentro das suas capacidades, preferiram não ver os seus familiares e outra parte preferiu estar na presença da sua família.

É um fenómeno interessante de se verificar na nossa prática e que permite salientar. Assim sendo foi seleccionada a outra questão eu nos permite a verificar até que ponto a família se sentia a vontade para ver o doente e que isso permitiu um alívio de stress pela parte dos familiares. Como tal, como alguns doentes foram transferidos para , alguns doentes não foram englobados e como tal foram classificados como não aplicável perante a avaliação dessa questão. No entanto, verificamos que na maioria dos casos é possível verificar que a família quer estar junto do doente e refere isso como um momento facilitador numa situação de crise, que é a agudização do estado de saúde do seu entre queridos. Nesse sentido o gráfico 3 permite nos ter uma noção mais clara da situação.

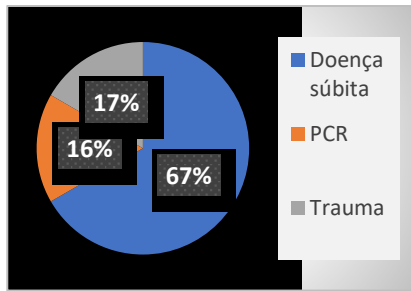


Gráfico 3- Os familiares apresentam vontade de ver o doente.

Neste gráfico foi possível verificar a realidade encontrada no contexto de SU, o doente na sala de emergência e a relação com este contexto e a família.

Finalizando a análise de questões verificadas, temos um aspeto importante, como o papel do enfermeiro na comunicação com a família numa situação de crise.

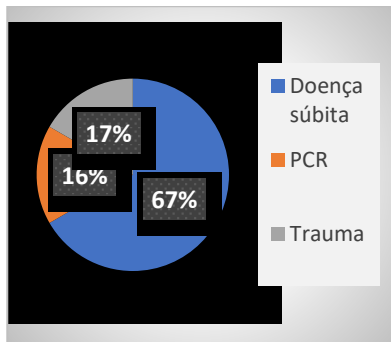


Gráfico 4-Há diálogo entre o enfermeiro e família acerca do estado clínico do doente.

Nesse sentido podemos verificar que existe o acompanhamento da família e o doente numa situação crítica, como a entrada do doente na sala de emergência, no entanto podemos verificar que por fatores maiores, como a gestão de tempo e distribuição de tarefas ou realização de alguns procedimentos/ transferência do doente de emergência, não permitiu com que existisse esse mesmo acompanhamento do doente e da sua família na globalidade. Por outro lado, é possível verificar que sempre que possível, o acompanhamento da família foi feito pela parte do enfermeiro e a família.

6. Conclusão:

Ao longo do estágio houve necessidade de refletir acerca de diversas áreas de atuação do enfermeiro. De que modo a prática realizada pelos enfermeiros teve a sua evolução.

Dessa forma podemos verificar um fenómeno de evolução na enfermagem como a diversidade de conhecimento que o profissional pode adquirir, de modo a realizar uma assistência ao cliente cada vez mais diferenciada.

Nesse sentido, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional iniciei o meu percurso com o desenvolvimento do meu conhecimento na área de especialização em enfermagem em Medica- cirúrgica, e como tal após a realização o primeiro estágio nesse âmbito.

Com este trabalho pretendo realinhar uma investigação fundamentada na evidencia existente. Por outro lado, houve identificação de outros aspetos que podiam ser trabalhados e investigados, no entanto são temáticas que já foram abordados no serviço noutra âmbito e que por vezes a implementação de medidas de intervenção, dessa forma a escolha da temática está relacionado com o percurso que tenho desenvolvido até agora. Como futura Enfermeira Especialista, e segundo as competências que um enfermeiro especialista deve apresentar, a parte que diz respeito a formação continua e a realização de projetos de intervenção, de acordo com as necessidades identificadas, é de extrema importância que permite uma qualidade contínua de cuidados prestados ao cliente.

7. Referência bibliográfica

1. Yildirim, T. Ozlu, Z.K.(2018)- Needs of Critically Ill Patients' Relatives in Emergency Departments. Nursing and Midwifery Studies, Published by Wolters Kluwer- Medkowl. February 6, 2018, IP: 10.232.74.27.
2. Alavi, M., Molavi, H., Molavi, R. (2019)- The Impact of Cognitive Behavioral Therapy on Self-Esteem and Quality of Life of Hospitalized Amputee Elderly Patients. Nursing and Midwifery Studies, Published by Wolters Kluwer- Medkowl. January, 2019, IP: 10.232.74.23.
3. Hsiao P.R., Redley B., Hsiao Y.,C., Lin, C.,C., Han, C.,Y., Lin, H.,R.,(2017)- Family needs of critically ill patients in the emergency department. Int Emerg Nurs. 2017 Januar. IP:10.1016/j.
4. Wright, R. J., Lowton, K., Robert, G., Grudzen, C. R., & Grocott, P. (2018). Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(2), 417425.
5. Batista J., M., Vasconcelos P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldés, J., Fernandes, A., P.,- Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos / Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department / Presencia de familiares durante situaciones de urgencia: la opinión de los enfermeros del servicio de urgencias de adultos. (2017) Revista de Enfermagem Referência pp. 83-92. Série IV - n.o 13, doi.org/10.12707/RIV16085.

6. Geraldo Magela Salomé^I, Maria de Fátima Moraes Salles Martins^{II}, Vitória Helena Cunha Espósito- Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência /Feelings of nursing professionals who work in emergency units Sentimientos de profesionales de enfermería que trabajan en unidad de urgencia (2009). Rev Bras Enferm, Brasília; 62(6): 856-62.
7. Andrade, L., A., S., Santos S.,P., Corpolato, R.,C., Willig, M., H., Montovoni, M.,F., Aguilera, A.,L.,- Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa/ Elderly care in the emergency department: an integrative review.(2018) Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro; 21(2): 249-260.
8. Eve B. Carlson, Ph.D.^a, David A. Spain, M.D.^b, Luma Muhtadie, M.A.^a, Liz McDade-Montez, Ph.D.^a, and Kathryn S. Macia- Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support.(2015) Published in final edited form as: *J Crit Care*; 30(3): 557–561. doi:10.1016.
9. Next Step in Care -Emergency Room (ER) Visits: A Family Caregiver's Guide.(2012) Family Caregivers&Health Care Professionals Working Together. United Hospital Fund.
10. Forero, R., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin M., Shanley C., Formby F., Hillman K.,- A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department Hindawi. (2012) Publishing Corporation Emergency Medicine International Volume 2012, Article ID 486516, 11 pages doi:10.1155 .

Apêndice VI- Revisão da literatura

A Família e Serviço de Urgência: Revisão da literatura

Karasyevych, N. (1)

Ferreira, A. (2)

Correspondência:

(1) Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar de São João – Porto. Estudante do 14º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal, e-mail: nataxa.karasyevych@gmail.com

(2) Sob orientação da Enf.^a Amélia Ferreira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Resumo:

Descritores: “presença da família”, “serviço de Emergência”, “enfermagem” e “sentimentos”

Introdução:

O serviço de urgência é visto, na sua globalidade, onde existe um maior investimento no doente que se encontra numa situação crítica e não tanto na família, ou em quem esteja a acompanhar o doente. O direito ao acompanhamento nos serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde está legalmente reconhecido em Portugal (Lei no 15/2014 de 21 de Março) (5).

O objetivo deste artigo, é realizar uma revisão integrativa acerca desta temática que inclui a experiência dos familiares, que estão presentes quando o doente se encontra no Serviço de Urgência. Com isso, identificar as suas implicações para os doentes e conhecer melhor os fatores que podem ajudar ou dificultar a integração da família. Esta necessidade é identificada devido à realização dum estágio num SU integrativo no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, EBSCO e Scielo, com os descritores como: “presença da família”, “serviço de Emergência”, “enfermagem” e “sentimentos”. Na realização de seleção de artigos foram aplicados critérios de inclusão e de exclusão.

Critérios de inclusão: intervalo temporal dos últimos 10 anos, abordar temáticas relacionadas com os adultos, ser um artigo de livre acesso, textos completos de artigos disponíveis analisados por especialistas, de língua inglesa, portuguesa e alemã.

Critérios de exclusão: intervalo de tempo, abordar aspetos relacionados com as crianças no serviço de urgência.

Como tal foram selecionados 16 artigos que correspondem aos critérios estabelecidos, por outro lado foram excluídos 4 artigos visto que estavam relacionados com a pediatria, 2 por não se encontrarem disponíveis e os que a sua estrutura não corresponde ao pretendido, visando às normas de escrita de artigos científicos. Nesse sentido foi possível incluir apenas 10 artigos.

Resultados:

Entradas de uma doente para um serviço de saúde, devido ao agravamento do seu estado de saúde, é uma situação de crise física e emocional quer para o indivíduo quer para a família e pode causar a instabilidade emocional. Dessa forma o indivíduo precisa do apoio dos seus familiares de modo a conseguir superar melhor a situação de crise (1,9).

A comunicação entre o profissional de saúde e o familiar é um dos aspetos importantes, no entanto a efluência no serviço de urgência varia consoante o horário. Num dos estudos foi possível verificar que a maior procura do serviço de urgência se encontra entre as 8:01-16:00 correspondendo a 91,6% (1).

Um estudo recente no Irão também mostrou que uma educação orientada para a família sobre habilidades de comunicação pode não apenas ajudar os familiares, mas também reduzir a depressão, a ansiedade e o stresse dos pacientes (2,5,9).

A hospitalização de um membro da família é uma situação stressante para os familiares dos mesmos. É importante apoiar os familiares dos pacientes que têm um stresse e tristeza intensos em termos de aliviar a sua condição psicológica e diminuir as suas ansiedades e medos (1).

A família apresenta diversas necessidades quando se encontra no contexto de sala de emergência e uma dessas necessidades é o acompanhamento da mesma e a existência da comunicação entre a família e os profissionais de saúde. Num dos

estudos foi possível analisar que o conforto da família e a comunicação com a mesma são dois fatores muito interligados um com o outro (1). Nesse sentido é importante salientar que a família tem que ser considerada como parte do cuidado e sejam capacitados e apoiados para serem envolvidos nos cuidados. As necessidades da família deveriam ser identificadas através do desenvolvimento de um formulário que permite avaliar as necessidades e aumentar o conforto. Além disso, sugere-se a realização de estudos sobre a quantidade de necessidades de atendimento dos familiares dos pacientes nos serviços de urgência (1,3).

No contexto de um doente que se encontra numa situação crítica e se encontra num serviço de urgência surge a necessidade de que a família seja informada acerca do estado clínico do doente, principalmente quando este se encontra na sala de emergência. Neste sentido existe uma comunicação entre os profissionais de saúde e a família, que permite transmitir aos familiares que o doente é valorizado na sua globalidade em todos os seus contextos (1).

Segundo outro estudo analisado, foi possível identificar as necessidades dos membros da família e estes estão relacionados com a: “comunicação com os elementos da família”, “participação dos elementos da família nos cuidados de sala de emergência”, “apoio aos elementos da família” e finalizando com “o conforto da própria organização”. Também podemos verificar que existem diferentes fatores intrínsecos e extrínsecos que podem influenciar o acompanhamento da família no contexto de serviço de urgência e na sala de emergência (3,10). No entanto num dos estudos foi possível analisar as necessidades pela parte da família e pela parte dos enfermeiros e foi possível aferir que um dos aspetos identificados que deveria ser mais trabalhado será “a comunicação com os membros da família e a participação da própria família” (3,4).

Noutro artigo, foram identificados outros fatores que afetam o acompanhamento da família e neste caso estes estão relacionados com as características do doente (idade do doente) e com as características da própria família (acesso a informação, compreensão de cuidados paliativos, incerteza do papel, sistemas e processos complexos, etc.) e do próprio profissional de saúde (comunicação, restrição de tempos, treinamento) (4).

Num estudo, Lowry (2012) entrevistou 14 enfermeiros de forma a descrever as percepções sobre a presença da família em situações de reanimação em que todos os enfermeiros entrevistados se mostraram a favor (5). Como podemos verificar, existe ainda o dilema, em determinadas situações, que quando o doente entra para a sala de emergência os cuidados serão prestados apenas ao doente e não deveriam abordar a família. No entanto a satisfação da família é um dos indicadores de qualidade que também deveria ser analisado (9).

Discussão

O serviço de urgência engloba os doentes graves, com risco de vida ou com a possibilidade de agravamento do estado da doença. No nosso dia-a-dia podemos verificar que há muitas pessoas que procuram o serviço de urgência com as mais variadas queixas e sintomatologia, na maioria não são graves, o que tem sugerido a necessidade de avaliar cuidadosamente os múltiplos conceitos de Serviço de Urgência (6). A enfermagem presta assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas, e neste ambiente o Serviço de Urgência e unidade de Emergência é um desses departamentos (8).

Como na Unidade de Emergência também podemos encontrar casos de um doente que necessita ao mesmo tempo de cuidados paliativos é importante avaliar fatores complexos na tomada de decisão, no tipo de intervenção a implementar e no acompanhamento mais individualizado de família. Assim sendo, é importante identificar as prioridades que são compartilhadas entre outros departamentos de emergência acerca de estratégias a desenvolver, implementar e avaliar (4,9).

Por outro lado, a abordagem do doente e o empenho do acompanhamento de todo o processo do doente podem ser influenciados pelos diversos fatores como a desmotivação no trabalho, que pode levar à diminuição de produção de funcionalidade, fragmentação e despersonalização de cuidados a prestar (9, 8).

Como enfermeiro especialista, este é obrigado a apresentar um nível de tomada de decisão clínico elevado, de modo a poder identificar as respostas humanas e os problemas de saúde que surgem na abordagem do doente na sua totalidade. Nesse sentido os profissionais de saúde identificam essa problemática

como um trabalho complexo baseado na ação de cuidado, identificação de focos de atenção do doente e a família (8).

Conclusão

É importante salientar que a diversidade de resultados analisados em diversos estudos está relacionada com a cultura profissional de cada país e o meio em que foram implementados e realizados. Assim, podemos ver que a presença da família pode ser algo benéfico e o complemento do acompanhamento do processo clínico do doente é onde o papel do enfermeiro é mais visível e reconhecido (5).

Por outro lado, num ambiente dinâmico num serviço de urgência existe pressão relativamente ao tempo de execução das tarefas em virtude da gravidade e do número de pacientes que aguardam por atendimento (7). No entanto uma mudança de atitude perante a presença da família é algo importante na prestação de cuidados na sala de Emergência (5,9).

Um dos fatores a salientar é a limitação da evidência acerca deste tema, nomeadamente no que respeita a estudos que demonstrem o papel do enfermeiro como um potencializador da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Principalmente no que diz respeito a assuntos relacionados com a presença da família no contexto de sala de emergência e a pouca evidência acerca da opinião e experiência dos enfermeiros que estão na prestação direta de cuidados ao doente e da família (5).

Nesse sentido, os novos conhecimentos e a realização da nova evidência científica são importantes para a melhoria de qualidade dos cuidados prestados, promovendo a consciencialização dos profissionais de saúde acerca da temática em questão. A sensibilização acerca desta temática, pela parte de enfermeiros, apresenta um indicador importante visto que, este toma a posição privilegiada na prestação de cuidados diretos ao doente e à família.

Concluiu-se que existe uma necessidade de realização de mais estudos científicos que contribuam para a valorização do papel do enfermeiro e para as mudanças facilitadoras da melhoria de cuidados no meio hospitalar.

Referências bibliográficas:

1. Yildirim, T. Ozlu, Z.K.(2018)- Needs of Critically Ill Patients' Relatives in Emergency Departments. Nursing and Midwifery Studies, Published by Wolters Kluwer- Medkrow. February 6, 2018, IP: 10.232.74.27.
2. Alavi, M., Molavi, H., Molavi, R. (2019)- The Impact of Cognitive Behavioral Therapy on Self-Esteem and Quality of Life of Hospitalized Amputee Elderly Patients. Nursing and Midwifery Studies, Published by Wolters Kluwer- Medkrow. January, 2019, IP: 10.232.74.23.
3. Hsiao P.R., Redley B., Hsiao Y.,C., Lin, C.,C., Han, C.,Y., Lin, H.,R.,(2017)- Family needs of critically ill patients in the emergency department. Int Emerg Nurs. 2017 Januar. IP:10.1016/j.
4. Wright, R. J., Lowton, K., Robert, G., Grudzen, C. R., & Grocott, P. (2018). Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(2), 417425.
5. Batista J., M., Vasconcelos P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldés, J., Fernandes, A., P.,- Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos / Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department / Presencia de familiares durante situaciones de urgencia: la opinión de los enfermeros del servicio de urgencias de adultos. (2017) Revista de Enfermagem Referência pp. 83-92. Série IV - n.o 13, doi.org/10.12707/RIV16085.
6. Geraldo Magela Salomé^I, Maria de Fátima Moraes Salles Martins^{II}, Vitória Helena Cunha Espósito- Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência /Feelings of nursing professionals who work in emergency units Sentimientos de profesionales de

enfermería que trabajan en unidad de urgencia (2009). *Rev Bras Enferm*, Brasília; 62(6): 856-62.

7. Andrade, L., A., S., Santos S.,P., Corpolato, R.,C., Willig, M., H., Montovoni, M.,F., Aguilera, A.,L.,- Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa/ Elderly care in the emergency department: an integrative review.(2018) *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 21(2): 249-260.

8. Eve B. Carlson, Ph.D.^a, David A. Spain, M.D.^b, Luma Muhtadie, M.A.^a, Liz McDade-Montez, Ph.D.^a, and Kathryn S. Macia- Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support.(2015) Published in final edited form as: *J Crit Care*; 30(3): 557–561. doi:10.1016.

9. Next Step in Care -Emergency Room (ER) Visits: A Family Caregiver's Guide.(2012) *Family Caregivers&Health Care Professionals Working Together*. United Hospital Fund.

10. Forero, R., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin M., Shanley C., Formby F., Hillman K.,- A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department Hindawi. (2012) Publishing Corporation *Emergency Medicine International* Volume 2012, Article ID 486516, 11 pages doi:10.1155.