



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**“Um caminho no desenvolvimento de competências centradas
na pessoa em situação crítica e sua família”**

Filipa Alexandra Farinha e Silva Gaspar

Leiria, novembro de 2018



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**“Um caminho no desenvolvimento de competências centradas
na pessoa em situação crítica e sua família”**

Filipa Alexandra Farinha e Silva Gaspar, N° 5150015

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica.

Professor Orientador:

Professor Doutor Pedro Miguel Lopes de Sousa

Leiria, novembro de 2018

"O sucesso vem de saber que se fez o melhor para se tornar o melhor que
é capaz de ser." John Wooden

AGRADECIMENTOS

Aproveito este momento para agradecer a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a ultrapassar este desafio.

Ao Professor Doutor Pedro Sousa, meu orientador neste trabalho, pela sua disponibilidade, orientação e conhecimentos transmitidos.

Aos Enfermeiros Orientadores, Maria João Esperto, Marco Pinto, Miguel Vidal e João Valente, pelo acolhimento e dedicação.

Aos meus colegas do curso de Mestrado pela interajuda, pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio no decurso desta longa caminhada.

Finalmente, um grande obrigado aos meus pais, irmãos, marido e filho pelo incentivo que me deram para abraçar este desafio, mesmo sabendo que isso iria significar algumas ausências.

A todos, um sincero obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ATS- *Australian Triage Scale*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco Operatório

BPS- *Behavioral Pain Scale*

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CCI- Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CHMT- Centro Hospitalar Médio Tejo

CINAHL- *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*

CIPE- Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

E1- Estudo 1

E2- Estudo 2

E3- Estudo 3

E4- Estudo 4

EC- Ensino Clínico

EE- Enfermeiro Especialista

EEMI- Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EPSC- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

GIF- Gabinete de Informação à Família

GPT- Grupo Português de Triagem

HAL- Hospital Amato Lusitano

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBI- *Joanna Briggs Institute*

MEPSC- Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MeSH- *Medical Subject Headings*

NAS- *Nursing Activities Score*

PICOD- Participants; Interventions; Comparators; Outcomes e Design

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

PRISMA- *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSC- Pessoa em Situação Crítica

PubMed- Public Medline

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SE- Sala de Emergência

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SNS- Serviço Nacional de Saúde

START- *Simple Triage And Rapid Treatment*

SU- Serviço de Urgência

TISS-28- *Therapeutic Intervention Score System*

TRTS- *Triage Revised Trauma Score*

UCI- Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA- Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UCPC- Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos

UCPC/PA- Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos e Pós Anestésicos

UMC- Urgência Médico-Cirúrgica

UOC- Unidade de Observação Cirúrgica

UOM- Unidade de Observação Médica

UP's- Úlceras por Pressão

VAS-A- *Visual Analogue Scale for Anxiety*

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI- Ventilação Mecânica Não Invasiva

RESUMO

Este relatório sistematiza um percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O presente relatório será constituído por duas partes. Na primeira parte é feita uma análise das atividades realizadas, bem como, das competências especializadas desenvolvidas na prática clínica em contextos distintos de cuidados de enfermagem. A análise crítico-reflexiva aqui descrita revelou-se muito construtiva e enriquecedora, na medida em que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional através da consciencialização das minhas capacidades enquanto futura Enfermeira Especialista, bem como dos domínios, que no futuro, carecem de maior investimento da minha parte. Na segunda parte deste relatório tem lugar uma Revisão Sistemática da Literatura, cujo objetivo é rever sistematicamente os benefícios para o utente e para os enfermeiros resultantes da inclusão do acompanhante no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.

Na Revisão Sistemática da Literatura incluíram-se artigos escritos em inglês e português, publicados nos últimos 10 anos e disponíveis gratuitamente nas bases de dados Public Medline, Biblioteca Virtual em Saúde e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature através dos seguintes descritores: nursing care, family, emergency care, caregiver e nursing utilizando o operador booleano AND. A qualidade metodológica dos artigos foi efetuada tendo por base as grelhas Joanna Briggs Institute.

Da aplicação dos critérios de inclusão e da pesquisa através das palavras-chave definidas nas três plataformas eletrónicas, foram identificados, no total, 217 artigos, dos quais, após leitura e análise dos títulos e resumos, foram excluídos 211 por não se referirem ao tema em estudo e dois artigos por se encontrarem duplicados nas bases de dados, tendo sido selecionados quatro artigos, considerados elegíveis e incluídos na análise metodológica.

As conclusões demonstraram que existem benefícios para o utente e para os enfermeiros resultantes da inclusão do acompanhante no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência. Os acompanhantes podem ter uma função importante no apoio psicológico e afetivo dos doentes, fortalecendo o elo entre estes e a sua rede social e deste modo contribuindo para que o doente sinta de forma mais atenuada a situação de

crise inerente a grande parte das admissões num serviço de urgência. Também para o enfermeiro, o acompanhante pode funcionar como parceiro na prestação de cuidados ao doente.

Palavras-chave: Competências, cuidados de enfermagem, doente crítico, família, enfermeiro especialista.

ABSTRACT

This report systematizes a journey of the progression of the common and specific capacities of the nurse specialized in critical care nursing. The present report is composed by two parts. In the first part you will be provided with an analysis of the preformed activities, as well as the specialized skills implemented in the clinical practice in distinct contexts of nursing care. The described critical reflexive analysis revealed itself to be very constructive and enlightening, contributing to my personal and professional growth, through the awareness of my capacities as a future specialized nurse, as well as the domains that must be improved. In the second part of this report we have a systematic revision of literature, which objective is to review the benefits for the patient and for the nurses, from the inclusion of the informal caregiver in the care of the critical situation patients in the emergency care unit.

The systematic revision of literature included articles written in English and Portuguese, published in the last 10 years and freely available in the Public Medline, Biblioteca Virtual em Saúde e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature database, searched with the following keywords: nursing care, family, emergency care, caregiver e nursing using the boolean operator AND. The methodological quality of the articles was evaluated using the JBI (Joanna Briggs Institute) grids.

After the application of the inclusion criteria and the research with the defined keywords on the three electronic platforms, it were identified, in total, 217 articles. After reading and analyzing the titles and abstracts, 211 articles were excluded for not being related to the topic and two articles for being duplicated in the database. Therefore, four articles were selected, considered admissible and included in the methodological analysis.

The conclusions show that there exist benefits for the patient and for the nurses from the inclusion of the informal caregiver in the care of the critical situation patients in the emergency care unit. The informal caregivers can play an important role in the psychological and affective support of patients, strengthening the link between them and their social network and thus contributing so that the patient feels in a more eased way the immanent crises situation. Also for the nurse, the caregiver can act as a partner in providing care to the patient.

Keywords: Skills, nursing care, critical Paciente, family, specialized nurse.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO	20
CAPÍTULO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	21
CAPÍTULO 2 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	28
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	28
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal	28
2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade	35
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	44
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	49
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	54
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	55
2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima	60
2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Multiorgânica.....	64
PARTE II – BENEFÍCIOS PARA O UTENTE E PARA OS ENFERMEIROS RESULTANTES DA INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE NO CUIDAR DO UTENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA	70
CAPÍTULO 1- CONTEXTUALIZAÇÃO	71
CAPÍTULO 2- METODOLOGIA	76
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	78
2.2. OBJETIVOS	79
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA	80
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS	83
CAPÍTULO 3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86

CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

ANEXOS

**ANEXO I - Quadros de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Artigos
Selecionados**

ANEXO II - Extração de dados através da aplicação da estratégia PICOD

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Benefícios da inclusão de acompanhantes no serviço de urgência.....	74
QUADRO 2: Fatores que justificam por que não se pratica a inclusão de acompanhantes no serviço de urgência.	74
QUADRO 3: Construção da pergunta de investigação através da estratégia PICOD	79
QUADRO 4: Critérios de inclusão de artigos segundo a estratégia PICOD	80
QUADRO 5: Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica.....	82
QUADRO 6: Pontuação dos estudos obtida na avaliação da qualidade metodológica e respetiva justificação	83
QUADRO 7: Principais objetivos dos estudos analisados.....	86
QUADRO 8: Benefícios para o enfermeiro e para o utente por incluir acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Orientações para a elaboração de uma RSL	77
FIGURA 2: Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	82

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), realizado durante o 2º ano, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre e surge como um instrumento, que permitirá uma introspeção e reflexão das experiências vivenciadas ao longo dos Ensinos Clínicos e seus contributos no âmbito profissional como futura enfermeira especialista.

O presente relatório será constituído por duas partes. A primeira parte divide-se em dois capítulos. No primeiro capítulo será feita uma breve caracterização dos locais de estágio e no segundo capítulo serão abordadas as competências desenvolvidas no âmbito dos ensinos clínicos, seguindo uma metodologia expositiva, com constante interlace entre as minhas vivências, as experiências e competências adquiridas, tendo como base a literatura, que desta forma suporta e sustenta a minha prática. A segunda parte deste relatório consiste numa revisão sistemática da literatura (RSL) que abordará “Os benefícios para o utente e para os enfermeiros resultantes da inclusão do acompanhante no cuidar do doente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência”.

O Enfermeiro Especialista (EE) é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. O EE demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo o Regulamento 124 (2014, p.8656) a PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é o foco dos cuidados de enfermagem, no que concerne à especialidade em Enfermagem à PSC.

O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem à PSC desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados, sensíveis aos cuidados de enfermagem que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de

especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A teoria é indispensável à prática responsável e consciente, contudo, é na prática do quotidiano que cimentamos os conhecimentos e muitas vezes os mesmos são melhor compreendidos.

Os ensinamentos clínicos realizados possibilitaram-me o enquadrar de conhecimentos adquiridos ao longo das sessões letivas, bem como a sua aplicação em contexto prático, com supervisão e tutoria. Foram momentos fundamentais para a aquisição de competências e capacidades inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

O ensino clínico (EC) é considerado um momento fundamental associado ao ensino desenvolvido na escola, pois é durante o ensino clínico que “os alunos, para além de poderem pôr em prática e aprofundar conhecimentos adquiridos na escola, são confrontados com as situações reais do trabalho de enfermagem” assumindo-se como um momento de aprendizagem e de crescimento pessoal (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.92).

Ao longo deste relatório irei realizar uma análise crítica e reflexiva acerca do desenvolvimento de competências distintas do EE durante os ensinamentos clínicos realizados. Nele serão cientificamente fundamentadas as competências desenvolvidas e descritos os fatores que facilitaram e dificultaram o processo de aprendizagem, fazendo referência aos principais contributos na construção da minha identidade profissional enquanto enfermeira especialista.

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, da Ordem dos Enfermeiros, que regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista, este deve possuir quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para além das competências supramencionadas, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja ainda mais aprofundado na sua área de atuação, nomeadamente: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a

pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O principal objetivo foi assegurar a minha constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional, enquanto futura enfermeira especialista, proporcionando a valorização pessoal e profissional com vista à qualidade do exercício da enfermagem.

No âmbito dos cuidados de saúde em Portugal, os serviços de urgência continuam a ser a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O recurso a um SU é sempre um momento de grande fragilidade para o doente e seus familiares, independentemente da gravidade da situação clínica que o motivou. De um modo geral, as pessoas são invadidas por sentimentos de insegurança, ansiedade e angústia.

Como enfermeira, uma vivência que sempre me perturbou ao longo da minha experiência profissional com doentes em situação crítica, e que serviu de motivação para a realização da RSL foi o facto de presenciar, na entrada do serviço de urgência (SU), o corte na ligação entre o utente e o seu acompanhante (familiar ou pessoa de referência). De acordo com a lei n.º15 de 2014 nos serviços de urgência do SNS a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, sendo que, os estabelecimentos do SNS que disponham de SU devem proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respetivos serviços de urgência, de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços. Contudo, o elevado número de doentes, conduz a urgências superlotadas, onde frequentemente se aguarda ao longo de várias horas para ser atendido e para realizar tratamentos ou exames complementares de diagnóstico, o que contribui para o mau estar, sentido pelos doentes admitidos e cria constrangimentos à permanência do acompanhante.

A minha experiência num SU, baseada também na reflexão pessoal contínua, tem demonstrado que um doente inquieto, inseguro e preocupado é um elemento perturbador da organização e funcionamento de uma urgência. Simultaneamente é uma dificuldade acrescida para o sucesso e eficácia dos cuidados prestados. A tranquilidade e a estabilidade emocional do doente admitido no SU, poderá beneficiar com a presença de um acompanhante junto de si. Ferreira e Coelho (2013, p.73) referem que

“a presença dos familiares diminui o número de conflitos entre familiares e profissionais, dado que estes estão a par de todos os procedimentos efetuados e as dúvidas acerca do estado clínico vão sendo dissipadas ao longo da estadia na urgência, aumentando o nível de confiança nos cuidados e nos profissionais. Contudo, apontam a falta de recursos humanos e de estruturas físicas para possibilitarem a permanência da família no serviço de urgência, tendo em conta o respeito pela privacidade e dignidade da Pessoa Humana”.

Deste modo, a pergunta de partida desta investigação resultou de uma inquietação por nós sentida enquanto profissionais e que se traduziu da seguinte forma:

A inclusão do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência apresenta benefícios para o utente e para o enfermeiro?

Esta pergunta levou a que identificássemos o objetivo geral desta investigação:

Identificar os benefícios, tanto para o utente como para o enfermeiro, da inclusão do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.

E os objetivos específicos:

- Conhecer as vivências do enfermeiro do serviço de urgência, perante o cuidar do utente em situação crítica na presença do acompanhante (familiar ou pessoa de referência);
- Conhecer as vivências do acompanhante (familiar ou pessoa de referência), perante a sua inclusão no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência;
- Conhecer as vivências do utente em situação crítica, perante a presença ou ausência de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência.

Através da realização deste relatório assimilei e cimentei conhecimentos e competências. Refletir sobre a prática, seja sobre ações corretas ou não, leva a um crescimento pessoal e profissional. É a transformação do iniciado em perito (Silva, 2012).

Este trabalho de investigação será redigido tendo presente o novo acordo ortográfico e tendo presente as normas de elaboração de trabalhos escritos na Escola Superior de Saúde de Leiria.

PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

CAPÍTULO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

O ensino clínico assume-se como um momento privilegiado na formação do Enfermeiro Especialista para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, consolidação dos conhecimentos adquiridos e reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

O curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica prevê a realização de três ensinamentos clínicos: EC I – Serviço de Urgência (SU), EC II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e EC III (opcional). O EC I foi realizado na Urgência Médico-cirúrgica (UMC) do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), o EC II foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Amato Lusitano (HAL), e o EC III foi realizado na Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos e Pós Anestésicos (UCPC/PA) do CHMT. De seguida, proponho-me a realizar uma breve descrição da estrutura física e organizacional dos campos de EC, caracterizando cada serviço em particular e descrevendo como decorreu o processo de integração em cada um deles.

A. Serviço de Urgência

Os serviços de urgência têm como missão a prestação de cuidados diferenciados e especializados em todas as situações clínicas de instalação súbita em que se encontra estabelecido ou eminente o risco de falência ou compromisso das funções vitais. Em muitas situações, são estes os serviços que servem de porta de entrada no SNS.

O CHMT integra três unidades hospitalares localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas, sendo que a UMC do CHMT se encontra localizada na unidade de Abrantes. Com uma área de influência que engloba 15 concelhos, o Centro serve uma população de cerca de 266 mil habitantes. A UMC do CHMT tem uma estrutura física complexa, mas com dimensões reduzidas atendendo à população que abrange. Dispõe das seguintes especialidades e serviços: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia.

A UMC do CHMT situa-se no piso 02, piso comum com o Bloco Operatório (BO) e o Serviço de Imagiologia, mas encontra-se longe da Unidade de Cuidados Intensivos que se localiza no piso 5, sendo necessária a utilização de elevador, que não é exclusivo ao SU para a transferência da PSC. De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) o serviço de urgência deverá ter acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e no caso dos serviços de urgência médico-cirúrgica, também ao bloco operatório. Sendo que deverá considerar-se a existência de um eixo de circulações urgentes, ligando todos os serviços “quentes” – urgência, radiologia, bloco operatório, cuidados intensivos, heliporto – com alguma exclusividade. No caso de haver elevadores no eixo de circulações urgentes estes deverão ser exclusivos assegurando disponibilidade permanente e independência relativa a outro tipo de circulações (ACSS, 2015). A equipa de enfermagem do SU é constituída por um total de setenta e um enfermeiros, sendo distribuídos 14 no turno da manhã, 12 no turno da tarde e 10 no turno da noite, em que um é o chefe de equipa. Habitualmente, o chefe de equipa está alocado à Sala de Emergência (SE), sendo também sua função apoiar e supervisionar a equipa. A coordenação e gestão do serviço fica a cargo da enfermeira chefe, conjuntamente com uma enfermeira especialista.

O circuito do doente tem como base o sistema de triagem Manchester, e dá-se início com a inscrição nos serviços administrativos ao qual se segue a realização da triagem. No caso do doente emergente, este tem acesso direto à sala de emergência e, após o acionamento da campainha, a equipa deslocar-se-á à sala de emergência. Após a triagem o doente é distribuído por salas diferentes, de acordo com a prioridade atribuída, o que faz toda a diferença na organização do serviço, existindo, deste modo, uma vigilância dos doentes, de acordo com a complexidade da sua situação clínica. Para além das áreas de prioridades (Verde, Amarelos, Laranjas e Vermelhos) existem duas salas onde são encaminhados os utentes que após observação médica ficam em vigilância ou que se encontram internados a aguardar vaga num serviço de internamento, a Unidade de Observação Médica (UOM) e a Unidade de Observação Cirúrgica (UOC).

De acordo com a Lei n.º15/2014 de 21 de março, todos os doentes têm direito a um acompanhante nos serviços de urgência, existindo um conjunto de exceções plasmadas no artigo 14º da mesma. Na UMC existe um Gabinete de Informação à Família (GIF), que funciona das 10h às 22h e constitui um posto de trabalho, em que o enfermeiro é o elo de ligação do familiar com a restante equipa multidisciplinar. A criação do GIF na

UMC surgiu de uma reflexão por parte da equipa acerca das informações telefónicas solicitadas por familiares e amigos, assim como do facto das visitas criarem um conjunto de constrangimentos no SU, a somar à necessidade imperiosa da proteção de dados e sigilo profissional. Este cenário traduzia-se diretamente na insatisfação por parte das famílias em relação ao horário de atendimento telefónico, aos horários de visitas não cumpridos e dificuldade da equipa de enfermagem em dar resposta a todas as solicitações. As famílias manifestavam a sua insatisfação de forma informal e formal (através do Livro de Reclamações e Sugestões), sendo que a própria equipa de saúde sentia insatisfação e dificuldade em responder com eficiência às solicitações. Antes da criação do GIF existiam diariamente 3 períodos de visita, informações telefónicas fornecidas através de vários telefones e postos de trabalho.

É o enfermeiro responsável pelo GIF que analisa a necessidade de intervenção de outros profissionais (médico, assistente social) e acompanha as visitas, contribuindo desta forma para uma maior organização do serviço. No período das 22h às 10h é o enfermeiro chefe de Equipa que garante a continuidade do processo de informação ao familiar ou pessoa de referência. O estabelecimento de parcerias com o doente no planeamento do processo de cuidados, bem como o envolvimento dos conviventes significativos do doente no processo de cuidados são pilares na satisfação do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A distribuição dos enfermeiros por áreas de trabalho é elaborada semanalmente pela enfermeira chefe. Durante o EC realizei a maior parte dos turnos na SE. A SE é uma sala ampla que permite a privacidade do doente e simultaneamente uma visão constante do mesmo.

A SE assegura o apoio urgente ou emergente a doentes em estado crítico, com condições para a realização de suporte avançado de vida. A SE da UMC do CHMT é constituída por duas unidades, separadas por cortinas.

O processo do doente é todo informatizado, sendo utilizado o programa “*SClínico*”. O “*SClínico*” permite o registo da atividade clínica relacionada com cada episódio de urgência, agilizando o fluxo de informação entre os diversos profissionais de saúde. Relativamente ao programa “*SClínico*”, já me encontrava familiarizada com o mesmo dado que é a aplicação instituída no serviço onde exerço a minha atividade profissional.

O conhecimento do espaço físico, a observação da dinâmica de cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar revelaram-se aspetos essenciais que facilitaram o meu processo de integração. A consulta da documentação existente no serviço, nomeadamente, instruções de trabalho, protocolos instituídos e projetos futuros em fase de desenvolvimento foram ainda uma mais-valia para uma boa integração na UMC do CHMT.

B. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Existem diferentes conceitos acerca do que é uma UCI. De acordo com o paradigma europeu, as Unidades de Cuidados Intensivos são classificadas de acordo com o nível de cuidados que prestam, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis. Apesar das diversas conceções, persiste o aspeto fundamental de que as Unidades de Cuidados Intensivos devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontra no hospital, quer seja no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência ou nas unidades intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria (Ministério da Saúde, 2017).

A UCIP do HAL iniciou a prestação de cuidados intensivos ao doente crítico em Janeiro de 1984, num espaço do 4º piso junto ao BO, adaptada para o efeito. Apresenta dotação para 8 camas. A designação da UCIP foi alterada para Serviço de Medicina Intensiva (SMI) no regulamento interno de abril de 2014 da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Tal como a maioria das Unidades de Cuidados Intensivos, a disposição física do SMI do HAL é ampla, em redor de uma central de monitorização e sala de trabalho adjacente, de modo a permitir uma visualização direta e contínua de todos os doentes, colocados em unidades individuais, separados por cortinados como divisórias e com fácil acesso, atendendo doentes de ambos os sexos. De acordo com o ACSS (2013) é de extrema importância o contacto visual permanente entre cada doente e o enfermeiro por ele responsável, embora mantendo a privacidade relativamente aos outros doentes. Como suporte o SMI do HAL tem uma série de outras áreas adjacentes, dedicadas ao apoio e acondicionamento de materiais e equipamentos, assim como áreas dedicadas à orgânica

própria do trabalho dos profissionais de saúde. (Referencial Normativo do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do HAL, 2014).

O SMI do HAL recebe doentes críticos que apresentam instabilidade das suas funções vitais e que necessitam de tratamento médico e de cuidados de enfermagem diferenciados, complexos e específicos, com recurso a tecnologia avançada de apoio e vigilância das funções vitais. São recebidos doentes provenientes do distrito de Castelo Branco e frequentemente de outros distritos que necessitem do apoio de uma Unidade de Cuidados Intensivos, com patologias diversas, sendo as mais frequentes: patologia cardíaca (síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão, insuficiência cardíaca), patologia respiratória (Insuficiência respiratória por diversas causas, pneumonias graves com necessidade de suporte ventilatório, trauma torácico), desequilíbrios metabólicos graves (cetoacidose diabética, coma hiperosmolar, desidratações graves), intoxicações de diversas etiologias (organofosforados, medicamentosas), patologia neurológica (AVC, Guillan-Barré, Esclerose Lateral Amiotrófica), doentes cirúrgicos (pancreatites, cirurgias extensas), outras patologias (lesões renais, infeções sistémicas graves, politraumatizados).

Para adequadamente dar resposta a todas as situações patológicas, o SMI dispõe de recursos materiais e equipamentos específicos, nomeadamente central de monitorização e registo, ventiladores variados, monitores cardíacos equipados com módulos para estudo hemodinâmico e ventilatório, dois carros de emergência com desfibrilhadores, *pacing* provisório, aparelho de gasometrias, bombas volumétricas, seringas infusoras, monitores para técnicas de diálise, entre outros. Cada unidade dispõe, de forma individualizada, de materiais clínicos diversos de uso exclusivo para cada doente, em quantidade suficiente e com especificidade necessária em função do tipo e objetivos do serviço, minimizando o risco de infeções cruzadas ao mesmo tempo que acresce segurança à prática da equipa de saúde e confiança ao doente.

A Equipa de Enfermagem é constituída por vinte e dois enfermeiros, dos quais quatro são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e dois são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação. A distribuição dos elementos é feita diariamente no início de cada turno pelo enfermeiro chefe ou pelo responsável de turno, estando estipulados 5 enfermeiros no turno da manhã, dos quais um desempenha funções no âmbito da reabilitação, 4 enfermeiros no turno da tarde e 3 enfermeiros no turno da noite. Um dos enfermeiros escalados é ainda responsável pelo acompanhamento das

visitas e outro acumula a função de enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEMI).

O SMI do HAL é um local com um dinamismo marcado, uma vez que essa multidisciplinariedade tem implícita uma conjugação dos esforços de todos, uma coordenação exemplar, uma colaboração e uma integração ótima entre profissionais, por forma a consignar condições únicas para o doente crítico. De salientar o acolhimento proporcionado por toda a equipa que se revelou como motivador de uma boa integração no serviço. O bom relacionamento que se vive no SMI é notório e transparece na qualidade de cuidados que se prestam e no bem-estar no serviço.

C. Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos e Pós Anestésicos

A UCPC/PA é uma unidade classificada como Unidade de Cuidados Intermédios nível II por apresentar um “conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, para os doentes que (...) necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia” (Direção Geral de Saúde 2003, p. 6).

A UCPC/PA surgiu da necessidade de detetar e tratar precocemente as possíveis complicações relacionadas com o ato anestésico ou cirúrgico. A UCPC/PA do CHMT localiza-se na unidade hospitalar de Tomar e está situada no piso 4, mesmo ao lado do BO. Este serviço contempla dois espaços físicos distintos, a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) e a Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos (UCPC).

Com a criação da UCPC/PA os doentes são transferidos do BO para um espaço onde estão disponíveis meios técnicos necessários para providenciar uma monitorização contínua, uma correta analgesia, controlo de náuseas e vómitos e vigilância de complicações pós-operatórias. Antes da criação da UCPC/PA o doente era transferido diretamente do BO para o respetivo serviço de internamento. Os doentes que necessitam de uma vigilância e permanência mais prolongada fruto não só da índole da cirurgia em si, como dos contextos associados, nomeadamente antecedentes pessoais e/ou farmacológicos são transferidos do BO diretamente para a UCPC, os utentes que se prevê uma permanência mais curta no serviço são transferidos para a UCPA e posteriormente encaminhados para o respetivo serviço de internamento, se estáveis.

A UCPC/PA recebe utentes submetidos a intervenções cirúrgicas de grau de complexidade diverso: cirurgia geral, plástica, ortopédica, urológica, oftalmológica e

otorrinolaringológica. É constituída por 4 unidades na UCPA e 4 unidades na UCPC providas de equipamento de monitorização contínua de parâmetros vitais, rampa de oxigénio, rampa de ar comprimido, aspirador e aquecedor corporal, completamente preparadas para receber os doentes no pós-operatório imediato. Na UCPC existe uma unidade para situações de isolamento. A UCPC funciona 24 horas por dia, enquanto que, a UCPA funciona no período compreendido entre as 8h00 às 00h00 de 2^afeira a 6^afeira com exceção dos fins de semana e feriados, dias em que o BO se encontra encerrado uma vez que não acolhe cirurgia de urgência. Em caso de necessidade de cirurgia de urgência, o doente é encaminhado para o BO da unidade de Abrantes do CHMT.

A Equipa de Enfermagem é constituída por doze enfermeiros, dos quais três são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. A distribuição dos elementos é feita diariamente pelo enfermeiro chefe ou pelo segundo elemento, enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estando estipulados 3 enfermeiros no turno da manhã e da tarde e 2 enfermeiros no turno da noite.

De acordo com o ACSS (2013) as Unidades de Cuidados Intensivos devem ter, pelo menos um médico em presença física permanentemente. No caso concreto da UCPC/PA o médico intervém juntamente com o enfermeiro no controlo apertado da dor, das náuseas e vómitos bem como das complicações inerentes ao ato cirúrgico, através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio sintomático. Além disso, o anestesiológista constitui uma mais-valia pela capacidade de gestão de vagas e altas e de identificação precoce e manuseamento de complicações.

A equipa multidisciplinar da UCPC/PA é uma equipa bastante habituada a receber alunos da especialidade e do curso geral, sendo, na generalidade, uma equipa bastante permeável e disponível, facilitando, deste modo o meu processo de integração. No primeiro dia foi-me apresentado o serviço, ficando a conhecer melhor a estrutura física e organizacional da UCPC/PA.

Durante o EC acompanhei também o enfermeiro chefe em alguns turnos, participando, deste modo, na gestão do serviço. O facto de ter realizado turnos em todas as áreas de cuidados permitiu uma maior compreensão do funcionamento e dinâmica do serviço o que contribuiu também para o processo de integração.

CAPÍTULO 2 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), aprovado pelo despacho nº 9128/2012, D. R. nº 129, 2ª série de 5 de Julho, tem como principal objetivo, dotar os enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao doente em estado crítico.

O presente capítulo assentará nas competências desenvolvidas durante o EC, nomeadamente, as competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, justificadas à luz do conhecimento científico.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é o enfermeiro que possui um conjunto de conhecimentos e práticas aprofundadas num determinado domínio de enfermagem. Capacitados através de formação acrescida, demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas coerentes com a prestação de cuidados diferenciados de saúde ao cliente que deles carece num determinado processo de vida, doença latente ou presente. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo competências comuns em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Assim, o enfermeiro deve possuir quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento 122 de 18 de Fevereiro, 2011).

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal

O enfermeiro deve procurar na sua atividade a excelência do exercício. Numa perspetiva ética, a relação entre o enfermeiro e o doente/família deve centrar-se em valores e princípios, sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar das decisões e

intervenções de enfermagem. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que define no seu artigo 8º que "os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.101). Desta forma, no desempenho das nossas funções adotamos diariamente o compromisso de cuidar do outro ao longo do seu ciclo vital, promovendo a qualidade de vida daqueles a quem prestamos cuidados. É durante este cuidar que diariamente refletimos sobre os aspetos ético-legais que envolvem os direitos dos doentes, nomeadamente a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelo outro e pelas suas crenças.

A privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, sendo indispensável para a manutenção da dignidade que todos os profissionais demonstrem preocupação com a proteção da privacidade do doente nos cuidados (Bettinelli, Pomatti & Brock, 2010). Neste âmbito, constatei que o respeito pela privacidade do doente é uma preocupação constante das equipas multidisciplinares transversal a todos os campos de ensino clínico. Apesar disso, as características inerentes a alguns serviços criam algumas dificuldades no cumprimento dessa premissa. No caso concreto da UMC do CHMT, o facto de estar constantemente sobrelotada levou a que as macas dos doentes fossem colocadas em sítios de passagem, tornando-se a pessoa mais exposta. Como refere Silva (2007), a situação de doença fragiliza as pessoas, pois acabam por ter de se expor devido à necessidade de receberem cuidados, motivo pelo qual o enfermeiro deve ter a capacidade de contornar todos os condicionalismos do SU e, assim, ter mérito nos seus cuidados. No SMI e na UCPC/PA, os doentes estão normalmente com camisa hospitalar, para que seja possível uma visualização e acesso rápido ao doente no seu todo, de certa forma, todo o equipamento que têm em seu redor confere-lhes alguma proteção, permitindo a prestação de cuidados rápidos e eficazes.

Para Cavaco e Sousa (2013) falar de privacidade é também falar da segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva levantam-se algumas questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas, bem como, à forma como é feita a passagem de turno nos diferentes contextos clínicos.

As passagens de turno, em particular, levantam algumas questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas uma vez que asseguram a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, num momento de análise das práticas e de formação em serviço (Cavaco, 2014). Teixeira, Martins, Dias e Vieira (2013),

referem a passagem de turno como sendo um momento determinante no quotidiano profissional, porque representa um momento de cumplicidade entre os profissionais, gerando por vezes mudanças de comportamentos e atitudes que promovem o desenvolvimento profissional e pessoal.

A passagem de turno é realizada de forma diferente nos vários serviços onde desenvolvi o meu EC. No SU, ela é realizada junto ao doente para que todos os profissionais tenham conhecimento da sua situação clínica e, ao mesmo tempo, consigam manter a vigilância contínua dos doentes. A passagem de turno, junto dos doentes, acarreta muitas vantagens ao processo de enfermagem, no entanto deve existir um processo de comunicação, de certa forma preconizado, no sentido de não transmitir informações ao doente que possam prejudicar o seu estado de saúde, isto porque a sua saúde envolve uma enorme componente emocional. Simultaneamente há que ter em conta que certa informação não deve ser divulgada junto do utente, pela sua fragilidade tantas vezes presente. Também a linguagem utilizada pelos profissionais deve impor um certo cuidado uma vez que determinados termos que nos poderão parecer banais, revestem-se de enorme importância para aquele que está numa situação de fragilidade psicológica, podendo potenciar um aumento do medo e da preocupação a que o doente se encontra sujeito. Por outro lado, o facto de a informação ser transmitida junto de outros doentes poderá conduzir a um certo desrespeito pelo direito de privacidade subjacente ao estado do doente, uma vez que os pacientes que nada têm a ver com o processo clínico do outro, terão acesso involuntário ao mesmo (Teixeira et al., 2013).

Considero que a passagem de turno junto do doente é benéfica quando não existe grande afluência ao serviço, neste SU, em particular, a privacidade da informação clínica do doente pode ficar comprometida devido à sua grande afluência.

No SMI e na UCPC/PA, a passagem de turno é realizada junto dos doentes no turno da manhã, reunindo as equipas de enfermagem da noite e da manhã e na presença do enfermeiro chefe. Nos restantes turnos, a equipa de enfermagem reúne-se num balcão central permitindo manter uma vigilância constante dos doentes e dos monitores que indicam os seus parâmetros vitais no momento da passagem de turno. Os locais de passagem de informação são geridos em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, devendo ser sempre acautelado o sigilo das informações transmitidas. O que poderá estar em causa, não será o local propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas diante terceiros. Acima de tudo há que salvaguardar os

direitos dos utentes, nomeadamente, no que respeita à sua privacidade e confidencialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O consentimento informado, esclarecido e livre é um aspeto muito importante na relação enfermeiro e utente. O Consentimento informado é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido o consentimento. Em todos os campos de ensino clínico me deparei com doentes inconscientes, ou que por qualquer motivo não podiam comunicar, em situações de emergência ou falência orgânica, nesse sentido a minha atuação visou sempre o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade, bem como a da família tendo sempre em conta o respeito pela vida, pela dignidade humana, e pela saúde e bem-estar adotando todas as medidas que visassem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No SMI a ventilação mecânica, com entubação orotraqueal, impede o doente de comunicar oralmente, assumindo-se, por isso, como uma das situações que torna os doentes mais vulneráveis durante um internamento numa unidade de cuidados intensivos. Martinho e Rodrigues (2015, p.133) referem que “acordar entubado e ventilado em uma UCI foi descrito por algumas pessoas como assustador, e o facto de não conseguirem comunicar com sucesso os fez sentir “presos num corpo disfuncional”, pois, segundo seus relatos, eles conseguiam entender tudo o que lhes era dito, mas não tinham disponível qualquer ajuda à comunicação, para conseguirem responder de forma eficaz”. No SMI e na UCPC/PA os doentes estão especialmente vulneráveis, não só pela situação clínica, mas porque se imaginam numa condição totalmente dependentes, suscetíveis a qualquer tipo de risco ou acidente quando sob efeito de sedação ou anestesia. É da competência do enfermeiro, clarificar ao doente os passos que se seguem, proporcionando-lhe sentimentos de segurança e transmitindo-lhe confiança. O utente assume-se assim como foco dos seus cuidados e da sua atenção. Estas intervenções de enfermagem contribuirão para a redução do medo e da ansiedade sentidas pelo utente.

No SU, por norma encontramos um elevado número de doentes e escassez de recursos humanos o que poderá criar algumas dificuldades em solicitar um consentimento devidamente informado. Neste serviço encontramos doentes numa multiplicidade de contextos, uns a aguardar observação médica, outros em observação, a aguardar o

resultado dos exames complementares de diagnóstico, a cumprir terapêutica ou a aguardar vaga nos serviços de internamento, apesar disso, durante o meu EC tive sempre o cuidado de informar e esclarecer o doente do procedimento e da necessidade do mesmo, com o intuito de obter os seu consentimento expresso.

De acordo com a lei e os princípios éticos, para qualquer ato médico, de enfermagem ou de outro profissional deve ser sempre obtido o consentimento do doente. No entanto, a obtenção do consentimento explícito e escrito reserva-se para atos específicos, como são os atos cirúrgicos, doação de sangue, interrupção voluntária da gravidez, entre outros. As situações de urgência constituem-se como uma das exceções ao consentimento, podendo proceder-se imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina). Nestas situações o consentimento informado e esclarecido transforma-se num consentimento presumido. Segundo a norma nº 015/2013 de 03/10/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS), atualizada a 04/11/2015, o consentimento presumido surge nas situações em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e protelar o ato médico para a obtenção do seu consentimento expresso poderá tornar-se uma ameaça à sua saúde ou vida. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou representante legal, assim que esta se mostre capacitada para decidir. Nestas situações todos os cuidados prestados são efetuados tomando como princípio o benefício direto da pessoa.

Há ainda a considerar as exceções ao dever de informar que ocorrem em situação de privilégio terapêutico e no “direito de não saber” da pessoa. Em situação de privilégio terapêutico o profissional de saúde pode não transmitir à pessoa alguma informação, quando o conhecimento desta possa colocar em perigo a vida da pessoa ou seja suscetível de lhe causar grave dano, devendo existir registo justificativo e validado por outros profissionais no processo clínico. Relativamente ao “direito de não saber”, a vontade da pessoa em não ser informada é uma manifestação da sua autonomia e deve ser respeitada, devendo a renúncia à informação ficar documentada no processo clínico (DGS, 2015).

No decorrer do meu EC assisti a algumas situações de privilégio terapêutico, das quais destaco um acidente de viação com 3 vítimas, havendo apenas um sobrevivente em

estado grave, mas consciente. Neste caso foi omitida a morte dos outros dois ocupantes do veículo uma vez que o conhecimento deste facto pelo doente era suscetível de lhe causar dano psicológico, nesta situação concreta foi efetuado registo no processo do doente pelo enfermeiro e pelo médico relativamente a este aspeto.

Na minha perspetiva, é inquestionável a importância da presença da família junto da PSC. As informações fornecidas pelos familiares são também elas importantes para que a equipa possa entender o doente, principalmente quando há barreiras à comunicação verbal.

No SU, no SMI e na UCPC/PA existe um enfermeiro responsável pelo acolhimento e acompanhamento dos familiares junto do doente. Numa abordagem inicial, de acordo com a situação do doente, são explicadas as condições em que o doente se apresenta, prevenindo-se o choque originado pelo impacto que todo o ambiente envolvente pode provocar.

No decorrer do meu EC no SU deparei-me com a necessidade de iniciar uma pesquisa acerca dos benefícios para o utente e para os enfermeiros resultantes da inclusão do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no cuidar do doente em situação crítica que recorre ao SU. Esta RSL será apresentada na segunda parte deste relatório. Esta inquietação surgiu pois deparei-me com inúmeras situações em que não foi possibilitado à família estar junto dos doentes e noutros casos em que o acompanhante esteve presente e esse facto foi causador de algumas divergências entre os profissionais ou entre outros pacientes ou familiares. De acordo com a Lei n.º15/2014 todos os utentes têm direito a acompanhamento no SU por pessoa por si indicada, contudo o cumprimento desta lei nem sempre é possível, dadas as limitações de espaço físico do SU, aliado ao crescente número de pessoas que ocorrem diariamente ao SU. No SU o enfermeiro do GIF, constitui-se como elo de ligação do familiar com a restante equipa de saúde, analisando a necessidade de intervenção por parte da equipe multidisciplinar, na sua ausência o Enfermeiro Chefe de Equipa garante a continuidade do processo de informação.

No decorrer do meu ensino clínico tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro do GIF, apercebendo-me da preocupação dos profissionais pela família como foco de cuidados. Considero que a criação do GIF melhora a organização do serviço e demonstra a preocupação pela família como foco de cuidados, reduzindo a ansiedade do doente e da família relacionada com a situação de crise, uma vez que garante que o

acompanhante (familiar ou pessoa de referência) tem acesso à informação adequada em tempo razoável sobre o utente, nas diferentes fases do atendimento. Consequentemente, reduz também o número de reclamações relacionadas com a permanência de acompanhantes, informações e visitas, aumentando a satisfação do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) e profissionais. Sá, Botelho e Henriques (2015, p.37) referem que os “enfermeiros consideram a pessoa em situação crítica e a sua família como uma unidade e em consequência o doente e a família consideraram os enfermeiros como parte integrante do sistema familiar neste momento de crise”.

Na UCPC/PA a receção da família é realizada numa sala preparada para o efeito apenas pelo enfermeiro, enquanto no SMI a receção da família é realizada no gabinete médico, e a informação fornecida pelo médico e enfermeiro de referência tendo em conta as especificidades de cada família. Em ambos os contextos, está garantida a máxima privacidade. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com presença assídua e com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família devido à relação única que criam com ambos. Mauriti, Galdeano e Farah (2007, p.637) sugerem que é “fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para estabelecer um relacionamento de empatia e de confiança com a família”. Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015, p.42) “promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica”.

O facto de no SMI serem admitidos doentes em estado crítico torna o período de internamento mais longo, sendo notório o papel de enfermeiro de referência quer para o doente, quer para a família. Esta relação é muito gratificante na medida em que damos um forte contributo no bem-estar das famílias, minimizando o sofrimento. A experiência dos enfermeiros de cuidados intensivos relativamente ao envolvimento da família nos cuidados revelou que a presença e participação da família nos cuidados é muito importante porque partilham com os enfermeiros informação essencial a cuidados personalizados. A família fornece ao doente apoio emocional, carinho, esperança e promove a orientação na pessoa, tempo e espaço (Sá, Botelho & Henriques, 2015). A constatação de uma doença num indivíduo adulto, que desempenha papéis bem definidos na família, e a sua hospitalização podem gerar desequilíbrio em toda a estrutura familiar. A hospitalização acarreta a quebra do vínculo familiar, levando o paciente e familiares a vivenciarem profundas mudanças. Durante essa fase, é comum

ocorrerem alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança que podem precipitar crises (Mauruiti, Galdeano & Farah, 2007).

Em todos os locais onde realizei os meus ensinos clínicos os registos são realizados com recurso a aplicativos informáticos, no caso do SU e UCPC /PA os mesmos são realizados através do sistema informático denominado SClínico®, enquanto no SMI recorre-se ao sistema informático B-ICU.Care concebido especificamente para as Unidades de Cuidados Intensivos. Silva (2007) refere que independentemente da aplicação informática, os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade e acesso à informação. Na mesma linha de pensamento, Cunha, Ferreira e Rodrigues (2010) sublinham também que os principais benefícios do processo informatizado são a maior confidencialidade, segurança e facilidade em obter informação, uma vez que esta pode ser acedida por vários profissionais de forma remota, imediata e simultânea, melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado.

O EE deve ter a capacidade reflexiva e crítica sobre as situações de cuidados de saúde que diariamente suscitam dúvidas, dilemas éticos, adequando respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Nesse sentido, no decorrer dos meus Ensinos Clínicos procurei ser e demonstrar responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem e na participação ativa na tomada de decisão em equipa, cumprindo com os diversos artigos do Código Deontológico do Enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015). Considero que pautei sempre a minha conduta no respeito pelo utente, pelas suas vontades e crenças, promovendo o seu bem-estar, conforto, estabilização, dignidade, privacidade e o respeito pela sua intimidade.

2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

A prática baseada na evidência possibilita aos enfermeiros uma visão de desafio na prestação responsável de cuidados de saúde. Abre horizontes no sentido de rever e procurar diferentes formas de atuação, sendo sempre norteados pela excelência do cuidar (Pinto, 2013). A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias.

O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos padrões de qualidade. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes se constituam num instrumento importante que ajude a precisar o papel do EE junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Foram identificadas sete categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Segundo o Despacho nº 1400-A de 2015 é um direito do cidadão o acesso a cuidados de saúde de qualidade, pois é-lhe reconhecida a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados prestados, já que a segurança é um aspeto primordial para a confiança dos doentes no sistema de saúde. Já o enfermeiro deverá procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, e visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua principal missão incide em potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Neste sentido, as prioridades estabelecidas obrigam ao reforço das seguintes ações: melhoria da qualidade clínica e organizacional através da promoção para a saúde, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (DGS, 2015).

Integrado na Estratégia Nacional e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano inscreve-se no quadro de uma

política pública de prevenção de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos (DGS, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 pretende atingir os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, garantir a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Neste sentido, as Comissões da Qualidade e Segurança existentes em todos os hospitais devem mencionar nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os objetivos estratégicos acima descritos.

Com o objetivo de uma melhoria de qualidade constante e da manutenção de um ambiente terapêutico seguro, os enfermeiros de todos os locais onde realizei o meu ensino clínico têm como objetivo primordial a segurança do doente, baseando a sua prática em protocolos e normas que potenciam a uniformidade no cuidar. Nesse sentido, desenvolvi a minha prática com base no cumprimento dos protocolos existentes em cada serviço. Estes protocolos constituem-se como uma mais-valia ao permitirem a uniformização de procedimentos dos profissionais, a redução da ocorrência do erro humano e simultaneamente, a realização de cuidados de qualidade ao doente. Alves, Salvador, Tourinho e Santos (2014) descrevem-nos como sendo instrumentos de empoderamento e de transformação da prática de enfermagem.

No decorrer dos meus ensinamentos clínicos conheci e apliquei alguns dos protocolos inerentes a cada serviço. Nomeadamente no SMI saliento: o protocolo de administração de Nutrição Entérica, Síndrome Coronário Agudo com Supra ST, Síndrome Coronário Agudo sem Supra ST, Via Verde Sépsis, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), hipotermia terapêutica e nutrição entérica. Através da aplicação dos protocolos previamente estabelecidos, tudo é antecipado e preparado para a receção do doente, na medida em que todos os profissionais sabem o que têm que fazer, desde o contacto

prévio para receção do doente, à preparação da unidade, testes do ventilador, dos monitores, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário imediatamente, bem como a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias, tudo isto são ações que estimulam a qualidade. Tive oportunidade de preparar a unidade para o doente, com a realização de todas as intervenções protocoladas acima descritas. Todas estas boas práticas fazem do SMI um serviço de excelência reconhecido pela qualidade dos cuidados que presta. O enfermeiro especialista é parte integrante na realização destes procedimentos e na sua aplicação. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à PSC são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No caso do SU e da UCPC/PA já tinha conhecimento de alguns dos protocolos instituídos pois sou funcionária da instituição. Neste momento o CHMT encontra-se em processo de acreditação. Nomeadamente a equipa que compõe o SU é uma equipa bastante jovem, quer a nível de experiência profissional, quer a nível de faixa etária. Nesse sentido através da uniformização de procedimentos são combatidas práticas menos treinadas. Para além disso, o SU é um serviço marcado pela casuística em que só executa com mais segurança aquele que pratica com mais regularidade, e numa grande equipa de profissionais, não é possível disponibilizar a experiência de situações urgentes a todos os enfermeiros com a frequência necessária (Silva, 2007). Apesar disso, nota-se no SU uma cultura de tentar minimizar o erro, na ajuda e na partilha de dúvidas entre profissionais.

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas disciplinares ou de reclamações, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam ainda a garantia da confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada. A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e as vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro. Contudo verifica-se a existência de uma subnotificação de incidentes de segurança, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições

prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, 2015).

O ambiente de trabalho no SU é promotor de erro, nomeadamente, erro medicamentoso, uma vez que se verifica grande afluência de utentes e mesmo nas zonas em que supostamente existe maior resguardo dos profissionais, nomeadamente nas salas de tratamentos, onde estes se encontram a realizar os registos ou a preparar terapêutica, os enfermeiros são várias vezes interrompidos por outros profissionais, doentes e acompanhantes. É admirável a capacidade de controlo dos profissionais sobre aquele ambiente, principalmente na prevenção do erro medicamentoso. Fragata e Martins (2004) descrevem que na génese do erro existe o contributo de atitudes dos profissionais, mas que o maior contributo é das condições organizacionais onde estes profissionais atuam.

No que diz respeito à dor e ao conforto do doente crítico, sendo um utente que, muitas vezes, corre risco de vida, induz a que os profissionais intervenham primordialmente no sentido de satisfazer focos de enfermagem considerados prioritários. No entanto é importante ter em conta que a dor, para além de manifestações verbais, apresenta todo um conjunto de manifestações fisiológicas como taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea, que podem agravar o estado hemodinâmico do doente crítico (Freitas, Vieira, Torres & Pereira, 2009). Neste sentido é crucial que a dor seja avaliada de forma regular e sistemática. Em todos os serviços onde desenvolvi o meu EC a avaliação da dor é prática regular. A dor é reconhecida como 5º Sinal Vital pela DGS, que refere que o “controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes” (DGS, 2003 p.1).

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial, como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial (DGS, 2003). Logo, a sua avaliação deve ser efetuada pelos profissionais de forma sistemática, contínua e objetiva, como na avaliação dos outros sinais vitais para garantir à equipa multidisciplinar um adequado controlo terapêutico e uma prestação de cuidados humanizada, pela valorização das necessidades do utente. No SU, no SMI e na UCPC/PA fazem-no de forma sistemática, seguindo o protocolo da dor existente nos serviços. A escala numérica é a escala mais utilizada em todos os serviços onde desenvolvi o meu EC, caso estejamos perante um doente consciente e colaborante.

Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada (DGS, 2003). A escala numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo (DGS, 2003).

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (DGS, 2003). Para Rose, Smith, Gélinas, Haslam, Dale e Watt-Watson (2012) a maior parte dos enfermeiros não utilizam escalas de avaliação da dor para doentes que não comunicam. A Escala Behavioral Pain Scale (BPS) é a mais utilizada em doentes entubados, mecanicamente ventilados, que são incapazes de autoavaliar a sua dor. Esta é a escala utilizada no SMI e na UCPC/PA para doentes sedados e é geralmente avaliada uma vez por turno ou sempre que haja necessidade, por alteração do doente ou intervenção de enfermagem para controlo e alívio da dor. Avaliar a dor em doentes pós cirúrgicos, quase sempre sedados e incapazes de verbalizarem as suas experiências dolorosas, é dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver. Assim, a avaliação da dor e administração de analgesia é fundamental pois, tal como refere Li, Puntillo e Miaskowski (2008), a dor, ao induzir no utente um estado catabólico generalizado, não é inócua para a sua saúde e as suas repercussões são ainda mais graves nos doentes críticos. Minorar o seu sofrimento e promover a sua rápida recuperação exige uma avaliação válida, fidedigna e objetiva da dor.

Para que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem possam ser atingidos pelos serviços, é de relevar a importância da gestão dos recursos humanos e materiais, pois sem uma correta gestão não é possível a prestação de cuidados com elevada qualidade. Sendo que, às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que conduzam ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto,

as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O SMI dispõe de um sistema que tenta minimizar o erro terapêutico, através de um sistema de fornecimento de medicação automatizado - Pyxis®. Toda a medicação se encontra em armário fechado, disponível apenas mediante registo biométrico pela identificação da impressão digital do enfermeiro, nome do doente, médico prescritor, dosagem e via de administração do medicamento, apenas após se selecionarem estes campos é aberta a gaveta e respetivo compartimento. Para além disso, toda a terapêutica se encontra identificada com etiquetas impressas a partir do processo do doente. A desvantagem desta forma de apresentação poderia estar relacionada com a necessidade terapêutica em situação de emergência. Contudo, existem dois carros de emergência numa área central, próximos dos doentes com terapêutica urgente disponível. A maior parte dos erros é feita por profissionais dedicados e competentes, que a culpabilização quase nunca resolve ou prevê novos problemas, que toda a gente erra, sem exceção e que a segurança depende da criação de sistemas de antecipação e prevenção do erro (Carneiro, 2010).

Relativamente à gestão de recursos materiais, no SU e na UCPC/PA encontra-se implementado o Sistema de Armazéns Avançados. O Sistema de Armazéns Avançados é um sistema que funciona com armários e gavetas identificadas com um código de barras, que ao ser retirado algum artigo o enfermeiro regista o que retira num sistema informático, essa informação é automaticamente enviada ao serviço destinado e posteriormente será repostado o material consumido. Este é um método que se for utilizado corretamente evita a rutura de materiais e reduz a carga de trabalho para os responsáveis nesta área.

Um dos objetivos estratégicos no âmbito da segurança dos doentes é também a prevenção da ocorrência de quedas. Todos os serviços onde desenvolvi o EC têm implementado a Escala de Morse. Perspetiva-se que até 2020 95% das instituições de saúde adotem práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas. Outra das metas nacionais incide na diminuição de quedas em 50% em cada ano, face ao ano anterior (DGS, 2015).

À semelhança da prevenção da ocorrência de quedas, também a prevenção da ocorrência de úlceras de pressão é uma medida importante integrada no Plano Nacional

para a Segurança dos Doentes 2015-2020. As úlceras por pressão, em particular, e as feridas crónicas, em geral, causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte. A prevenção de úlceras por pressão é um desafio organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz.

A DGS (2015) sugere que as instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras por pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras por pressão. As instituições devem realizar, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras por pressão, de acordo com a realidade institucional, realizar auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas e implementar planos de comunicação/educação ao doente e ao cuidador.

No decorrer do EC, realizei a avaliação do risco de úlceras de pressão em todos os contextos assistenciais. Verifiquei que as orientações para o preenchimento da escala de Braden são cumpridas e são instituídas medidas preventivas do aparecimento de úlceras de pressão. Com regularidade cada serviço realiza auditorias aos processos clínicos no sentido de verificar se as escalas de Braden e de Morse foram corretamente preenchidas e nos tempos preconizados. Caso sejam identificadas falhas, com base nesses resultados, são criadas medidas corretivas que contribuem para a melhoria da qualidade.

A formação em serviço é cada vez mais reconhecida como um instrumento de atualização científica e melhoria da qualidade de cuidados. Contudo, este processo não pode resumir-se à simples passagem de informação, o mais importante são as implicações na prática diária e a atualização dessa prática com base na evidência científica. A busca da evidência para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. Durante o EC tive a oportunidade de consultar o plano de formação anual de cada serviço. O plano de formação anual é elaborado com base nas necessidades formativas manifestadas pelos profissionais da equipa. O enfermeiro especialista tem um papel primordial na atualização de conhecimentos, segundo o Regulamento 122/2011 p.8649 o enfermeiro especialista “Concebe, gere e colabora em programas de

melhoria contínua da qualidade”. É um elemento importante na área da formação, na medida em que mobiliza conhecimentos, partilha experiências e estimula a mudança, conduzindo ao crescimento e desenvolvimento de uma equipa. Em todos os serviços o Enfermeiro Chefe juntamente com um Enfermeiro Especialista do serviço é responsável pela elaboração do plano de formação, garantindo deste modo uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º76/2018).

No SMI são criados grupos de trabalho responsáveis pela atualização em áreas específicas do cuidar, nomeadamente: parametrizadores b-simple, gestão do risco, satisfação do utente e cuidador, emergência médica intra-hospitalar, técnicas dialíticas, sedoanalgesia e tratamento de feridas. Considerando que um dos principais objetivos da formação seja a satisfação de necessidades da equipa, os elementos responsáveis pela elaboração do plano de formação procuram conhecer a opinião dos pares acerca da formação em serviço e simultaneamente identificar as necessidades por estes manifestadas. Neste sentido, no final de cada ano é efetuado um inquérito *on-line* a todos os enfermeiros para identificar as necessidades formativas através da sua opinião expressa e desenvolver o plano de formação. Para além disso, os responsáveis pelo plano de formação têm o cuidado de alertar os diferentes grupos de trabalho da necessidade de se apresentarem trabalhos desenvolvidos ou atualizações dos mesmos. Contudo, nem sempre é possível prever com exatidão a globalidade das necessidades, nesse sentido o plano de formação apresenta um carácter dinâmico, sendo sempre possível adicionar as ações de formação que se mostrarem necessárias.

Foram várias as reflexões, partilha de experiências e artigos científicos com os enfermeiros orientadores, permitindo assim uma troca ativa de conhecimentos, contribuindo para a melhoria contínua de cuidados e para a pesquisa de novos conhecimentos e novas evidências científicas na busca da melhoria dos cuidados de enfermagem.

Ao longo de cada um dos ensinamentos clínicos, foi-nos proposta a realização de trabalhos utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) acerca de temáticas do nosso interesse. Um dos temas que gostaria de destacar e que me suscitou e continua a suscitar bastante interesse é a temática da transculturalidade devido ao crescimento do fenómeno transcultural que está a ocorrer na população portuguesa. Na minha opinião representa um significativo desafio para os enfermeiros que prestam

cuidados individualizados e holísticos aos seus utentes, pressupondo que o enfermeiro reconheça e valorize as diferenças culturais na área da saúde, adquirindo os conhecimentos necessários e competências tendo em conta as culturas dos utentes, ajudando a garantir a satisfação do utente e, conseqüentemente, atingir ganhos em saúde. Com este propósito o enfermeiro deverá englobar na sua prática uma perspectiva transcultural como componente chave da prestação de cuidados.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O enfermeiro com competências ao nível da gestão desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência com vista à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações (Regulamento n.º76/2018).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão dos cuidados, define que o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e promove a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º122, 2011).

Ao longo do ensino clínico no SMI e na UCPC/PA tive a oportunidade de realizar turnos com o Enfermeiro Chefe de cada um dos serviços e acompanhar o Enfermeiro Coordenador de turno no desempenho das suas funções. Nesse sentido, quer no acompanhamento direto, quer no indireto, foi bastante visível o trabalho desenvolvido na gestão de todos os problemas observados ao longo do turno. Camelo (2012), descreve o enfermeiro como um gestor de cuidados de excelência. Tive também a oportunidade de colaborar na realização das escalas mensais dos enfermeiros e assistentes operacionais. Uma boa planificação das tarefas que inclui uma boa gestão de tempo despendido para a execução das mesmas, de acordo com a sua complexidade são essenciais para a prestação de bons cuidados. Nesse sentido, o Enfermeiro chefe operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão,

através da utilização de um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança (Regulamento n.º76/2018).

No SMI e na UCPC/PA o Enfermeiro Chefe ou na sua ausência o Enfermeiro Coordenador de turno gere a equipa de enfermagem no início de cada turno, atribuindo a cada enfermeiro um ou dois doentes de acordo com a taxa de ocupação do serviço, na UMC do CHMT esta gestão é realizada semanalmente pela Enfermeira Chefe, o que exige um profundo conhecimento dos elementos da equipa uma vez que existem elementos que não asseguram determinadas áreas, como é o caso da Triagem e da Sala de Emergência, concretamente.

A gestão de recursos humanos abrange a dotação e cálculo do pessoal, recrutamento, seleção, integração, formação e ainda a avaliação do desempenho. A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade e segurança dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações. Para tal, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. O cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia, ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, simultaneamente, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento 533/2014).

Tendo em conta o Regulamento supra referido que define a norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem no SU a fórmula a utilizar é por “posto de trabalho adaptado ao conhecimento minucioso dos movimentos diários, semanais e mensais de cada SU. Devido à grande afluência de doentes na UMC do CHMT, frequentemente se encontram doentes em corredor que não são considerados “postos de trabalho” para o cálculo das dotações seguras, contudo estes doentes carecem de cuidados, exigindo a presença de um enfermeiro que esteja alocado a outra área de cuidados havendo, por isso, muitas vezes a necessidade de redistribuir a equipa de modo a assegurar os cuidados a todos os doentes. De acordo com a mesma norma o cálculo das dotações seguras em enfermagem para as Unidades de Cuidados Intensivos são estabelecidos com base nas horas de cuidados necessários por dias de internamento. No entanto, sempre que mais adequado para a segurança dos cuidados deve utilizar-se, em

alternativa, o valor de referência correspondente às horas de cuidados necessárias por dia de internamento que está preconizado para cada tipo de unidade, no caso das Unidades de Cuidados Intensivos Polivamente, como é o caso do SMI do HAL é de 16,94 horas.

O método trabalho utilizado na UMC e na UCPC/PA é o individual, que consiste na atribuição de um número de doentes, aos quais o enfermeiro deverá prestar todos os cuidados. O método individual pressupõe o cuidado global ao doente, e a prestação de cuidados de enfermagem individuais a um ou mais doentes num período de tempo, que corresponde normalmente ao trabalho de um turno (Mendes, 2012).

A UMC é também caracterizada pela existência de um elevado número de transferências hospitalares, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado. Essas transferências são asseguradas por elementos da equipa alocados a áreas específicas, verificando-se que sempre que um enfermeiro sai a acompanhar um doente, esse posto de trabalho fica desfalcado, sendo assegurado pelo Enfermeiro Coordenador de Turno, ou por outro enfermeiro por ele designado. Nesse sentido também verifiquei que, muitas vezes o acompanhamento desses doentes é feito por enfermeiros sem formação em Suporte Avançado de Vida e sem experiência em transporte do doente crítico. A premissa de que o nível e a qualidade de cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem tem de ser sempre considerada e é obrigatória. A Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos recomendam que o transporte do doente crítico deve ser idealmente, realizado por um enfermeiro com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento e com treino em transporte do doente crítico com vista à segurança do doente e dos profissionais que o acompanham (Ordem dos médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). A meu ver, como forma de colmatar esta situação, na distribuição semanal poderia ficar previamente definido quais os elementos responsáveis pela realização de transferências, que cumprissem os requisitos anteriormente descritos.

No SMI para a realização da distribuição dos elementos da equipa, o Enfermeiro Chefe ou, na sua ausência o Enfermeiro Responsável de Turno tem em conta o enfermeiro de referência do doente, isto é, sempre que o enfermeiro que tenha feito a admissão do

doente no SMI estiver escalado será o mesmo que ficará responsável por prestar cuidados a esse doente. Caso não esteja, ficará responsável pelo doente o enfermeiro que tenha prestado cuidados ao doente nos turnos anteriores. Nesse sentido, cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável respeitam o conceito de cuidados individualizados, onde cada utente está associado a um enfermeiro que é responsável pelos cuidados totais, vinte e quatro horas por dia, durante o internamento (Costa, 2004). Isto permite um melhor conhecimento do doente por parte do enfermeiro e, essencialmente torna-se um aspeto precioso tanto para o doente como para a família que estabelece uma relação desde o início com o enfermeiro de referência, que é quem faz o acompanhamento do doente durante todo o internamento no SMI. O principal objetivo deste método de trabalho é a humanização dos cuidados, nesse sentido o utente recebe cuidados individualizados de alta qualidade (Costa, 2004). A utilização desta metodologia de trabalho, não impede que seja fomentado o espírito de trabalho em equipa, sendo impreterível que cada enfermeiro seja conhecedor da situação dos restantes doentes por esse motivo a passagem de turno é feita com toda a equipa reunida. Ao enfermeiro de referência cabe-lhe a responsabilidade de efetuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados, assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos, planear a alta desde o momento de admissão, prestar cuidados durante o seu turno de trabalho, transmitir aos outros colegas toda a informação pertinente, respeitantes a cada cliente e avaliar as intervenções de enfermagem realizadas (Costa, 2004).

Os enfermeiros com rotatividade de horário estão distribuídos em cinco equipas de quatro elementos o que favorece o espírito de equipa e entreajuda. Relativamente aos chefes de equipa, este é um cargo temporário pois existe rotatividade, ou seja, com frequência, o enfermeiro chefe altera os chefes de equipa para que todos os enfermeiros desenvolvam competências na área da gestão e liderança. Um dos enfermeiros escalados é ainda responsável pelo acompanhamento das visitas e outro acumula a função de enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI).

No SU, SMI e UCPC/PA as funções do Enfermeiro Responsável de Turno de turno vão desde a gestão de vagas, o pedido de dietas para os utentes, pedidos de medicação da farmácia, controle de estupefacientes, manutenção e acondicionamento dos materiais e equipamentos do serviço e da gestão dos recursos humanos. No SU e na UCPC/PA a função de responsável de turno cabe ao enfermeiro mais antigo e/ou com categoria

profissional mais alta. No SMI o enfermeiro chefe escala aleatoriamente um enfermeiro por forma a rodar por todos os elementos da equipa a função de responsável de turno. Em cada contexto, os cuidados à população devem ser organizados para que sejam prestados em benefício da mesma, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017). No domínio da gestão o EE gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). “O profissional com melhor formação para ser responsável de turno é o EE “ (Ordem dos Enfermeiros, 2017 p.3).

No caso concreto do SMI e da UCPC/PA outra oportunidade de aprendizagem no âmbito da gestão de cuidados foi a da preparação da unidade do doente, testando a operacionalidade de equipamentos e fazendo a reposição dos materiais de acordo com os níveis estabelecidos, documentados num protocolo de reposição da unidade do doente. Verifiquei também o carro de emergência de acordo com o protocolo instituído e no caso do SMI o saco de emergência da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.

A *Escala de Therapeutic Intervention Score System (TISS-28)* e a *Nursing Activities Score (NAS)* são instrumentos que permitem avaliar a evolução do doente e a mensuração da carga de trabalho da equipa de enfermagem no SMI. Estes índices permitem otimizar os recursos materiais e humanos, reduzir custos efetivos, determinar o grau de gravidade dos clientes e prognóstico de mortalidade. No SMI esta avaliação é efetuada pelo enfermeiro responsável pelo doente no turno da tarde através da utilização da TISS-28. A utilização da Escala TISS-28 revela-se de grande importância na valorização e mensuração do trabalho de enfermagem, pois como referem Perão, Bub, Rodríguez e Zandonadi (2014, p.262) “Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) destaca-se como um instrumento técnico administrativo e avaliador do processo assistencial, pois trata-se de um índice existente que possibilita o dimensionamento de pessoal da enfermagem pela classificação dos pacientes de acordo com a complexidade assistencial”.

Estudos realizados neste âmbito vêm comprovar a “eficácia do NAS na avaliação da carga de trabalho em enfermagem e sensibilidade para as atividades de enfermagem” (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes, 2010, p. 12). Para Queijo e Padilha (2009, p.11), “o NAS apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das atividades de

enfermagem, superando a abrangência do TISS 28, que somente contempla 43,4%.” Apesar de ser um instrumento de gestão baseado na duração real das atividades de enfermagem, independentemente da gravidade da doença e necessidade de intervenções terapêuticas, verifica-se que um dos fatores associados à elevada carga de trabalho por este avaliado é a gravidade da doença.

Em qualquer um dos contextos onde realizei EC, nem sempre o processo de tomada de decisão foi um processo fácil, requerendo experiência, como também, conhecimentos teóricos da matéria e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Neste caso, pude constatar que nas passagens de turno da manhã, havia sempre uma reunião da equipa de enfermagem, onde na grande maioria das vezes estava presente o Enfermeiro Chefe de Serviço, para serem discutidos aspetos relativamente a algumas situações particulares inerentes ao serviço e aos doentes. Para além desta passagem de turno, pude constatar que os enfermeiros têm em qualquer altura, decisões conjuntamente com o clínico presente, revelando a união entre a equipa multidisciplinar, o que se revela como uma mais-valia para os cuidados de enfermagem e para o bom funcionamento da equipa.

Como futura enfermeira especialista considero que desenvolvi competências e conhecimentos que me permitem uma gestão de cuidados, que potencia a excelência dos mesmos.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No decorrer dos Ensinos Clínicos foram vários os momentos que possibilitaram o estímulo ao raciocínio e articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. Assim como a pesquisa bibliográfica se revelou enriquecedora no meu processo de aprendizagem, as reflexões e partilha de experiências com os Enfermeiros Orientadores e outros Enfermeiros dos serviços, que mostraram permanente disponibilidade, tornaram-se bastante enriquecedoras. Clemente (2013) refere que na prestação de cuidados, a formação, assume um papel crucial e permite ganhos substanciais em saúde. A melhoria contínua dos cuidados prestados associados à mudança da prática, é visivelmente uma dessas vantagens.

A UMC, a UCPC/PA e o SMI abrangem utentes com diversas patologias, pelo que estão direcionadas para assistir utentes com inumeráveis necessidades. Os enfermeiros

que exercem funções nestes serviços têm um vasto conhecimento em inúmeras áreas, preocupando-se em desenvolver os seus saberes, atitudes e habilidades, de modo a garantirem uma melhoria contínua na prática de cuidados. O contacto com as equipas onde desenvolvi o meu EC revelou-se um grande contributo para a minha formação profissional, pela aquisição de um vasto leque de conhecimentos e experiências bem como um aperfeiçoamento de competências.

O SMI encontra-se equipado com o sistema informático o B-ICU.Care, que para mim era novidade, sendo necessária dedicação para a perceção do mesmo, sendo que após me familiarizar com o sistema, rapidamente ultrapassei esta dificuldade.

O B-ICU.Care funciona como um integrador de sistemas, reunindo a informação obtida dos dispositivos médicos, como os sinais vitais, bombas perfusoras e dados laboratoriais. É um programa de fácil acesso que permite a consulta do diário clínico, do plano de cuidados e da terapêutica prescrita. Sempre que existe alteração da prescrição médica, são criados alertas automáticos. Outra das vantagens deste aplicativo é o facto de todos os fármacos com respetivas diluições estarem já introduzidos na sua base de dados, o que faz com que quando o enfermeiro assume que o fármaco é administrado, o seu volume em mililitros passa automaticamente a constar nos cálculos para o balanço hídrico. Do mesmo modo, sempre que o clínico faz alterações no ritmo das perfusões ou da fluidoterapia, cabe ao enfermeiro validar que tomou conhecimento desta alteração e, a partir de então, o programa atualizará os volumes fazendo um balanço hídrico preciso no final de cada turno. Como já referi anteriormente, também os dados dos parâmetros vitais do doente são descarregados automaticamente no programa carecendo apenas de validação horária por parte do enfermeiro. Em termos de plano de cuidados é utilizada uma linguagem CIPE.

Segundo Camelo (2012, p. 194),

“O enfermeiro, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, deve estar apto a cuidar de todos os doentes e, ao cuidar de pacientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves e recuperáveis, o enfermeiro e a sua equipa defrontam-se, constantemente, com o binómio vida/morte e, devido às características tecnológicas e científicas desse local, faz-se necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, fundamental para manter a vida do ser humano”.

A prestação de cuidados à PSC requer um domínio profundo de saberes, uma grande capacidade de saber lidar com o imprevisível, capacidade de observação e análise, bem como rapidez no estabelecimento de prioridades e ação. Nesse sentido, é fundamental a consciencialização da tomada de decisão para a qualidade dos cuidados prestados baseados em avaliações complexas, por vezes em ambientes adversos.

Segundo Clemente (2014) existem fatores, estratégias e recursos que são utilizados na tomada de decisão. Estes residem essencialmente em competências que se adquirem ao longo dos anos, através da experiência profissional, e no próprio contexto de trabalho. As oportunidades e experiências da aprendizagem relacionadas com o cuidar da pessoa em situação crítica, são fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de gestão e valorização de sinais, a ter em conta no planeamento do processo de tomada de decisão e implementação das intervenções de enfermagem. O recurso a colegas mais experientes, surge como uma estratégia facilitadora, pois traz vantagens no que se refere ao fator tempo e permite a discussão dos casos em tempo real. Fatores como a autonomia, os próprios sentimentos desencadeados pelo confronto com a situação/estado crítico da pessoa assistida e as questões do foro ético que surgem neste seguimento, assumem um papel preponderante nas decisões tomadas pelo enfermeiro. A formação contínua, proporcionada pelos elementos mais diferenciados e mais aptos nesta área, é uma mais-valia apresentando uma implicação importante para a prática dos cuidados. No decorrer do meu ensino clínico no SMI tive a oportunidade de participar em duas formações desenvolvidas no serviço: *Posicionamentos e Ergonomia* e *Dor e Analgesia no Doente Crítico*, que se revelaram como dois momentos de partilha e aprendizagem.

De acordo com o Regulamento 122/2011 (p.8653) o EE “assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação”. Desta forma, como futura enfermeira especialista, considero que o pensamento crítico é o pilar da tomada de decisão por forma a encarar a prática como um desafio constante e não como uma sucessão de acontecimentos rotineiros.

Foram várias as situações que levaram a momentos de reflexão, partilha de conhecimentos e de experiências e que se tornaram uma mais-valia. Dois dos aspetos que suscitaram o meu interesse foram: a importância da comunicação, concretamente

com o doente ventilado, quer por parte dos profissionais, quer por parte da família e a ansiedade inerente à PSC. A ventilação mecânica, com entubação orotraqueal, impede o doente de comunicar oralmente, assumindo-se, por isso, como uma das situações que torna os doentes mais vulneráveis durante um internamento. A PSC necessita de cuidados de excelência direcionados, não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física. Durante a ventilação mecânica com entubação orotraqueal, o doente fica impedido de utilizar a fala como meio para comunicar pois, devido às características do posicionamento do tubo orotraqueal, as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não conseguem desempenhar adequadamente as suas funções.

Cavaco, José e Lourenço (2013) salientam a existência de inúmeros estudos que afirmam que as pessoas sujeitadas a ventilação mecânica invasiva descrevem a comunicação como uma experiência negativa durante o internamento. A ventilação mecânica por meio de um tubo endotraqueal altera o normal funcionamento do aparelho fonético, impedindo a pessoa de produzir qualquer tipo de som, levando a que a fala, forma mais comum de comunicação verbal, fique comprometida. Por vezes, surge também a necessidade de se sedar o doente ventilado, pela sua própria condição de saúde e para promover a adaptação ao ventilador, alterando o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, limitando deste modo o recurso a determinadas estratégias de comunicação. Esta condição em que o doente se encontra surge como uma fonte de *stress*, somado à sua condição de saúde e às dificuldades em comunicar as suas necessidades. Cabe ao enfermeiro criar alternativas de forma a promover a comunicação.

Essas dificuldades de comunicação são também vivenciadas pela família que, por não conseguir descodificar o que o seu familiar deseja comunicar, vivenciam sentimentos de impotência e frustração. Por outro lado, também os profissionais de saúde afirmam sentirem-se desconfortáveis quando tentam comunicar com os doentes com entubação orotraqueal, limitando-se, por tal motivo, a comunicarem por meio de interações breves e associadas aos procedimentos clínicos. Adicionalmente, reconhece-se que as dificuldades de comunicação vivenciadas pelos doentes mecanicamente ventilados se encontram associadas ao aumento de emoções negativas e dos níveis de frustração e ansiedade (Martinho & Rodrigues, 2015).

O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar. Compreender o doente ventilado e impossibilitado de comunicar oralmente, deve constituir preocupação para os profissionais de saúde que com ele contactam diariamente. O facto de estarem impossibilitados de falar poderá funcionar como um impedimento a uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde (Rosário, 2009).

Martinho e Rodrigues (2015, p.133) referem que “as dificuldades de comunicação vividas pelos doentes mecanicamente ventilados são uma problemática atual e que pode ser atenuada utilizando-se programas de suporte à comunicação desenvolvidos por equipas multidisciplinares”. Durante o EC no SMI pude constatar que os métodos de comunicação preferenciais e mais utilizados pelo doente são: acenar com a cabeça, tentar verbalizar palavras, comunicação gestual e a escrita. Na comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva procurei sempre estabelecer contato visual com o doente, fazer perguntas de resposta simples como “sim e não”, utilização de gestos, acenos de cabeça, leitura de lábios, aperto de mãos, expressões faciais, papel e caneta, uso do alfabeto, linguagem corporal, toque, utilização de cartões com imagens referentes às atividades de vida e outras situações do quotidiano.

De facto, existem diversas estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, passíveis de serem criteriosamente escolhidas e adaptadas às necessidades e potencialidades de cada pessoa, quando em situação crítica. Perante as diferentes formas de comunicação – verbal e não-verbal – o enfermeiro poderá identificar a estratégia que melhor se adapta à circunstância atual da pessoa com “barreira à comunicação” (Cavaco, José & Lourenço, 2013). As alterações da comunicação verbal do doente tornam mais difícil a gestão da sua situação clínica, nomeadamente a transmissão de informação, de dificuldades e necessidades aos familiares e aos profissionais de saúde. Martinho e Rodrigues (2015), mencionam que relativamente aos parceiros de comunicação, se verifica que os doentes exprimem sentir mais dificuldades de comunicação com os médicos e com os enfermeiros do que com a família e amigos. Para melhorar as competências na comunicação com o doente ventilado é necessário que o profissional de saúde seja um comunicador eficiente nos diferentes contextos em que intervém (Rosário, 2009).

É indispensável estabelecer uma relação de confiança com o doente, onde a confidencialidade, a partilha, a segurança e o reforço positivo se tornem basilares. Deve promover-se a socialização, fomentando o recurso à sua rede de suporte social. A família da pessoa em situação crítica enfrenta desafios significativos. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com presença assídua e com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família devido à relação única que criam com ambos. Mauriti, Galdeano e Farah (2007, p.637) referem que “a falta de informação e a incerteza podem causar apreensão e ansiedade”.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, esforcei-me por colocar em prática todo o meu potencial, quer ao nível de conhecimentos teóricos desenvolvidos, como ao nível da relação interpessoal e ao nível da gestão de sentimentos e situações geradoras de stress. Nesse sentido, foi fundamental mobilizar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a componente teórica do curso e realizar pesquisa bibliográfica no sentido de adquirir e aprofundar conhecimentos. Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e desenvolvemos como pessoas, como profissionais. O enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Ao longo dos ensinamentos clínicos considero ter adquirido e desenvolvido uma quantidade significativa de novos conhecimentos científicos, que se revelaram como basilares no meu processo de desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, uma vez que me permitiram refletir acerca das mais recentes normas, *guidelines* e orientações científicas desenvolvidas como norteadoras da prestação de cuidados de saúde à PSC nos diferentes contextos.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa que se encontra em risco de vida iminente, em resposta às necessidades afetadas, e tem como objetivo manter as funções

básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades de forma a proporcionar uma recuperação total. Estes cuidados de enfermagem surgem através de uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, pressupõem o conhecimento contínuo da situação da pessoa a quem se dirigem os cuidados, assim como, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. O Enfermeiro Especialista em EPSC (Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) apresenta assim um conjunto de competências exclusivas desta área de especialidade, designadas por Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EPSC (Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Estas competências, juntamente com as competências comuns anteriormente descritas, formam um conjunto de competências clínicas especializadas destes profissionais.

Neste subcapítulo será realizada uma reflexão acerca das competências específicas desta especialidade, que foram desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No decorrer dos Ensinamentos Clínicos prestei cuidados ao doente crítico identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação dos mesmos. Segundo o Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p.8656), "a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística".

Na prestação de cuidados verifiquei que, na maioria das vezes, há uma uniformização na sua prática por parte dos enfermeiros baseados em protocolos complexos. De entre as técnicas mais específicas que desenvolvi, destaco: a prestação de cuidados a doentes com Linha Arterial e Cateter Venoso Central, incluindo realização dos respetivos pensos e avaliação da pressão arterial invasiva, a prestação de cuidados a doentes com necessidade de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) e de ventilação mecânica invasiva (VMI), nomeadamente ajuste de modos ventilatórios de acordo com evolução clínica do doente, a prestação de cuidados a doentes com entubação endotraqueal, a prestação de cuidados a doentes com necessidade de realizar técnicas dialíticas, com

recurso à máquina *Prismaflex*®, a prestação de cuidados a doentes submetidos a cirurgia nomeadamente realização pensos e vigilância de drenagens.

A panóplia de intervenções que tive oportunidade de acompanhar e executar na prestação de cuidados aos doentes em situação crítica conduz-me a ter uma opinião muito clara do papel desempenhado pelos enfermeiros na identificação de focos de instabilidade. De entre muitas situações, a título de exemplo, destaco no SMI a importância que a realização de gasometrias e posterior análise dos valores que levam muitas vezes à intervenção precoce na reposição de iões, proporcionando o reequilíbrio metabólico, e simultaneamente perceber a evolução ventilatória do doente. A colheita de sangue para gasometria é efetuada pelo enfermeiro de acordo com a prescrição médica.

Na UCPC/PA e no SMI, em todos os doentes internados há monitorização contínua de sinais vitais e débitos urinários o que permite detetar precocemente eventuais focos de instabilidade hemodinâmicos e hidroeletrólíticos. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação do doente, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento 124/2011).

Sendo a dor o 5º sinal vital de acordo com a DGS, além da monitorização da dor do doente, agi em conformidade através da administração de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Sousa (2009) refere que o controlo da dor se torna mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras). Estas últimas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil utilização podendo serem ensinadas aos doentes e cuidadores e aplicadas em meio hospitalar e no domicílio. Deste modo, a dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital (DGS, 2003).

As úlceras por pressão causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte. A prevenção de úlceras por pressão é um desafio

organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz (DGS, 2011).

Na UMC, na UCPC/PA e no SMI avalia-se diariamente a Escala de Braden a todos os doentes. Esta avaliação é feita diariamente no turno da manhã e permite monitorizar o risco de alteração da integridade da pele através da perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção. A DGS (2011) preconiza que esta avaliação seja realizada, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

No SMI o grau de sedação do doente é também um aspeto fundamental a ser avaliado. Para a sua avaliação a Escala utilizada é a Escala de Ramsay. A Escala de Ramsay é um tipo de escala subjetiva utilizada para avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva (colocando-o em risco de morte). A Escala de Ramsay baseia-se em critérios puramente clínicos para classificar o nível de sedação, seguindo a numeração de 1 a 6 para graduar de ansiedade, agitação ou ambas, até coma irresponsivo. Pelas suas características, a Escala de Ramsay aproxima-se do ideal esperado para uma escala de sedação: as definições são simples e intuitivas, o que garante uma fácil aprendizagem, pode ser aplicada à cabeceira do doente de forma simples e rápida, e possui sensibilidade e especificidade suficientes para ser considerada padrão de referência entre os scores de sedação existentes (Mendes et al., 2008).

No que se refere à assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que se encontram, foi uma preocupação minha manter uma relação terapêutica, e uma comunicação eficaz, tanto com o doente como com os seus familiares. Na ótica da PSC, a vivência de uma situação de doença grave, assume contornos de crise. Além de um aumento da sua sensibilidade e vulnerabilidade diretamente impulsionados pela doença e pelo ambiente que o circunda, o doente experiencia ao entrar neste tipo de serviços sentimentos de perda (do controle sobre a situação, da sua autoimagem), sentimentos de ameaça (da sua integridade, da sua autoestima) e sentimentos de temor (da morte ou de limitação do autocuidado).

Já para a família/pessoas significativas do doente, a parafernália de equipamentos sofisticados, a atividade frenética de profissionais eficientes e por vezes distantes e a brevidade das informações técnicas, lado a lado com a condição crítica do ente querido,

produzem diferentes níveis de ansiedade e conseqüente stress. A gestão de todo este processo de crise e ansiedade, dependerá muito do nível de preparação e comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde, o doente e os familiares/pessoas significativas. É importante ajudar ambos a estabelecerem defesas e estratégias de coping para poderem enfrentar positivamente este desafio protagonizado pela vida, vertido numa doença grave e ameaçadora da vida.

De acordo com o Regulamento n.º 361/2015, o enfermeiro especialista em EPSC deverá implementar técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa, bem como realizar a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica.

A abordagem da PSC normalmente é uma situação potenciadora de stress, em que as decisões devem ser tomadas de forma sistemática, rápida e numa sequência de prioridades. Durante o EC na UMC tive a oportunidade de vivenciar situações em que o enfermeiro tem de colher rapidamente dados essenciais junto do doente, para elaborar o plano de cuidados, sendo que muitas vezes este plano de cuidados é implementado e concluído em questão de minutos. No SU observa-se que os enfermeiros têm o cuidado de fazer os registos através de uma avaliação rápida das funções vitais, assente numa nomenclatura internacional de avaliação primária, sistemática e sequencial composta por A (via aérea), B (ventilação), C (Circulação), D (Disfunção neurológica), E (Exposição). Este tipo de avaliação facilita a rápida avaliação e a realização de registos completos.

É também frequente na UMC a realização de momentos de *debriefing* entre a equipa multidisciplinar. Rivera-Chiauzzi, Lee e Goffman (2016) referem que o processo de *debriefing* ajuda a conseguir uma cultura de segurança. Este processo consiste em permitir às pessoas a discussão do desempenho da equipa, identificar os erros e desenvolver um plano de melhoria para a próxima performance. O *debriefing* é uma reflexão estruturada pós-experiência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes. Assume especial importância nos serviços de urgência uma vez que estes dão resposta aos doentes críticos. Os profissionais que trabalham neste contexto lutam diariamente para transformar as situações quotidianas em oportunidades de aprendizagem, recorrendo ao *debriefing* como estratégia

fundamental na consolidação de conhecimentos e na formação contínua (Gregório, 2017).

A morte inesperada é de difícil aceitação e marcada pela inexplicabilidade. Os profissionais podem ajudar a família a construir um processo de luto adequado, através de uma comunicação efetiva, fazendo a diferença em todo este processo. Durante o EC na UMC tive a oportunidade de verificar essa diferença, até porque as situações de morte inesperadas foram uma realidade muito presente e, é o enfermeiro que está no GIF que por vezes assume este papel. Efetivamente, é ele que pede à família para se deslocar ao hospital, que acolhe a família e que, em conjunto com o médico, comunicam o óbito. No meu EC, houve um momento que me marcou por ter sido o ideal. Tratou-se de uma situação, em que o médico, juntamente com o enfermeiro, solicitou à esposa e ao filho que lhe contassem o que tinha acontecido antes do doente ter vindo para o hospital, tendo salientado aspetos de gravidade ao longo da história da esposa. Por fim, descreveu o que aconteceu no hospital e comunica o óbito. Neste caso, foram cumpridos todos os passos definidos por Buckman (2005), em que a comunicação de más notícias é composta por seis fases sequenciais (SPIKES strategy: Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy e Strategy). Contudo, também tive oportunidade de assistir a comunicações de óbito pouco cuidadas, nas quais normalmente os familiares ficam sem palavras, em choque como a informação é transmitida. Apesar do contexto do SU nem sempre ser o ideal à transmissão de más notícias, a verdade é que pequenas atitudes demarcam a diferença, apresentando o enfermeiro Especialista em EPSC responsabilidade acrescida neste sentido, uma vez que “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento 124/2011, p.8656).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, como já referi anteriormente, tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, adquirindo conhecimentos nesta área. Tive também a oportunidade de acompanhar o doente crítico sob ventilação mecânica para a realização de exames. Colaborei de forma ativa no desmame ventilatório de vários doentes. Como refere Nunes (2009) o desmame ventilatório, deve acontecer o mais precoce para diminuir o risco de complicações que elevam as taxas de morbilidade, mortalidade e conseqüentemente o aumento dos custos hospitalares. Esta foi uma área bastante explorada por mim, no sentido de compreender os modos ventilatórios e adequá-los a cada situação clínica específica, bem como

compreender os ajustes dos parâmetros ventilatórios em função dos valores de gasometria apresentados.

A UCPC/PA é um espaço criado para o cuidado ao doente submetido a um ato anestésico. Estas unidades são unidades altamente especializadas, com meios técnicos e humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante um curto período de tempo, mas crítico, imediatamente após a intervenção cirúrgica (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2012). O enfermeiro na UCPC/PA direciona a sua atenção para a prevenção de complicações decorrentes da anestesia ou da cirurgia, deteção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis, promovendo o equilíbrio fisiológico e o retorno das capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006).

Martins (2012) salienta que a construção da Enfermagem deve alicerçar-se no desenvolvimento de competências relacionais, sendo fundamentais na manutenção da boa relação entre a tríade doente/família/equipa, no sentido de não haver distorções de informação. Segundo o regulamento N° 124 (2011, p.8656) “se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas”.

Atendendo à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem à PSC assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português (Regulamento 361/2015).

2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, torna-se fundamental que diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima

referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (Oliveira et al., 2012).

O Enfermeiro Especialista em EPSC deverá intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Antecipando a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta (Regulamento 124/2011).

Nomeadamente a prestação de cuidados no SU implica a obrigatoriedade de estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação de exceção. Uma situação de exceção poderá ter origens diversas, tais como: acidentes rodoviários, fenómenos naturais como sismos, cheias, incêndios, ou ainda eventos de risco, os quais terão em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma. Nesse sentido, o Hospital poderá assumir dois papéis diferentes, o de vítima de uma catástrofe, e o de resposta a uma catástrofe, sendo este último o papel que a comunidade espera do hospital.

A situação geográfica, as características geológicas e climáticas e as atividades socioeconómicas ligadas à indústria ou aos transportes no Médio-Tejo, condicionam o tipo de acidentes e potenciais catástrofes nesse âmbito. Importa salientar três tipos de riscos: os riscos de origem natural (como é o caso dos sismos, inundações, cheias e incêndios florestais, entre outros), riscos derivados do desenvolvimento tecnológico (colapso de edifícios, acidentes de viação em cadeia, incêndios industriais e urbanos, entre outros) e catástrofes relacionadas com o comportamento humano (eventos de desportos motorizados, espetáculos pirotécnicos, entre outros).

A Emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e, conseqüentemente a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionando-lhes o melhor tratamento, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (Regulamento 361/2015). Considerando que o hospital é o local que recebe as vítimas de uma catástrofe, este deverá ter definido um Plano de Emergência, que possibilite a intervenção rápida e eficiente em situação de catástrofe.

De acordo com a Orientação n.º007/2010 da DGS, a elaboração do plano de emergência é da responsabilidade do Diretor Clínico/Diretor da Unidade de Saúde de cada instituição e tem como objetivo principal permitir a qualquer unidade de saúde fazer face a uma situação excepcional, mantendo a continuidade dos cuidados de saúde e preservando simultaneamente a segurança dos doentes e profissionais.

O CHMT apresenta definido um plano de emergência que deverá ser do conhecimento de todos os profissionais e que é ativado de acordo com a gravidade da situação por níveis de forma gradual e sequencialmente em três fases: alerta, alarme e execução. A fase do alerta pode ser declarada quando face à ocorrência de algum acidente grave e/ou catástrofe, ou na sua eminência, é reconhecida a necessidade de tomar medidas preventivas e/ou medidas especiais de reação à situação. O alerta poderá chegar ao SU através de comunicação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência Médica, bombeiros, proteção civil, forças de segurança, órgãos de comunicação social ou com a chegada das primeiras vítimas. Na fase do alarme, o responsável de turno promove a abertura do armário de catástrofe e contacta os vários intervenientes do gabinete de crise. A fase de execução tem em conta o tipo de catástrofe ocorrida, sendo que, a resposta hospitalar poderá ser de 3 níveis: nível 1 (resposta com meios permanentes disponíveis), nível 2 (resposta com recursos da unidade hospitalar, ativáveis em situações especiais) e nível 3 (resposta com recursos externos mobilizáveis em situações de emergência. Os níveis de resposta são definidos pelo gabinete de crise ou até à sua reunião pelo responsável de turno, de acordo com o número de vítimas previsto, o seu grau de gravidade e os recursos existentes a cada momento.

Neste âmbito, o Grupo Português de Triagem (GPT) criou uma folha de registo manual para a triagem de vítimas em situação de catástrofe. É uma triagem feita em dois momentos triagem primária e a triagem secundária, com o objetivo de triar rapidamente, o maior número de vítimas.

A triagem primária durante uma catástrofe tem uma metodologia completamente diferente da utilizada diariamente nos serviços de urgência. Para atingir o objetivo de, perante uma situação de múltiplas vitimas que inviabiliza o normal funcionamento do serviço, salvar tantas vidas como possível e assegurar a melhor prestação de cuidados tendo em conta os recursos existentes, tem que ser utilizado um método diferente. Nesse sentido, em vez de se seleccionar em primeiro lugar os doentes mais graves, seleccionam-

se os menos graves (verdes), subcategorizando-se os doentes de maior gravidade em vermelhos ou amarelos. Consideram-se verdes os doentes que andam, na medida em que isso significa que o seu ABC (via aérea, ventilação e circulação) se encontra minimamente assegurado. Não devem ser despendidos mais de 15 segundos por cada triagem (GPT, 2010).

A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa baseando-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS), que é uma maneira adequada para triar um grande número de feridos. Baseia-se na codificação de três variáveis: o estado de consciência, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica. Segundo o TRTS as prioridades são atribuídas da seguinte forma: se classificação entre 1 e 10, atribuída prioridade 1; se classificação de 11, atribuída prioridade 2; se classificação 12, atribuída prioridade 3; se classificação 0, atribuída prioridade 4. A pontuação do TRTS é calculada através da utilização da codificação da frequência respiratória (0-4), a pressão arterial sistólica (0-4) e a Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação total de 0-12 (GPT, 2010).

De forma a atuar prontamente numa situação de catástrofe, no CHMT existem *Kit's* de catástrofe, numerados de 1 a 150 (1 a 90 para utilização na UMC, 91 a 120 para utilização no serviço de urgência básica do hospital de Tomar e de 121 a 150 para utilização na urgência básica do hospital de Torres Novas) e constituídos por pulseiras de identificação de cores, requisição de análises numerada, tubos para colheita de sangue, requisições de exames complementares de diagnóstico numeradas e folha de catástrofe numerada, de modo a dar resposta a uma situação desta natureza. O *kit* de catástrofe deverá acompanhar sempre a vítima. Na UMC os Kits encontram-se acondicionados em armário fechado na sala de tratamentos da triagem e cuja chave está guardada no armário de estupefacientes. A desativação do plano de emergência interno é da responsabilidade do gabinete de crise e deverá ocorrer assim que esteja restabelecido o equilíbrio entre as necessidades e os recursos habituais do SU.

Felizmente, no decorrer dos Ensinos Clínicos não presenciei nenhuma situação de emergência/catástrofe em que estivessem ultrapassadas as capacidades imediatas de resposta. Contudo, os enfermeiros orientadores refletiram comigo acerca de algumas situações de emergência multi-vítima. Relativamente ao ensino clínico no SMI, o enfermeiro orientador relatou a existência de situações anteriores que levaram à abertura

de camas extra no serviço, sendo que o plano de emergência encontra-se ainda a ser desenvolvido por um grupo de trabalho do HAL.

O conhecimento sobre a forma de atuação em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima revela-se como essencial para o Enfermeiro Especialista em EPSC, devendo este tê-lo sempre presente e manter-se atualizado, de modo que em caso de necessidade, consiga atuar perante uma situação desta índole.

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Multiorgânica

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e aos custos associados, sendo fundamental a sua prevenção (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). Não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumentam a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção. Nesse sentido, as infeções hospitalares são uma realidade e representam um problema que os seus profissionais devem prestar atenção. Os enfermeiros, como são os que têm um contacto mais próximo com o doente, têm um papel determinante no combate a esta realidade.

Considerando que existe evidência que Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde e a maior taxa de resistência a antimicrobianos, o que é preocupante (DGS, 2013). Nesse sentido, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013, sendo assim objeto de fusão o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Sendo que os objetivos gerais deste programa são, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (DGS, 2013).

No que concerne à prevenção e controlo da infeção, foi-me possível travar conhecimentos e esclarecer dúvidas com os enfermeiros orientadores. Em todos os serviços onde desenvolvi os meus ensinios clínicos existe um dossiê que contém as normas definidas pela CCI (Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar). Tendo por base as normas instituídas adotei uma postura e comportamento de acordo com as mesmas.

O SMI e a UCPC/PA são locais propícios ao desenvolvimento da infeção uma vez que os doentes que aí se encontram, pela instabilidade hemodinâmica, exigem a realização de múltiplos procedimentos invasivos que quebram a barreira natural que separa o microorganismo do ambiente interno, havendo uma maior suscetibilidade para a infeção. Podem entender-se como dispositivos médicos invasivos que contribuem para o aumento das taxas de infeção os tubos orotraqueais, cateteres arteriais, sondas vesicais, drenos torácicos, entre outros.

As IACS são uma realidade bem patente nos cuidados de saúde, e a nossa estratégia de atuação deve ser também real, direcionada e incisiva. A prevenção e o controlo são o melhor caminho, uma vez que minimizam os riscos para o doente, para os profissionais e também diminuem os gastos em saúde. É, assim, uma realidade fulcral no cuidar da pessoa, principalmente da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A Organização Mundial de Saúde lançou um desafio à escala mundial, ao qual Portugal aderiu, *Clean Care is Safer Care*, com o objetivo de prevenir e controlar as IACS, incluindo as precauções básicas de controlo de infeção nas quais se integra a lavagem das mãos, uso adequado de instrumentos de proteção individual e controlo do ambiente nas unidades de saúde, como base fundamental e sólida para a melhoria do problema das infeções (DGS, 2014). As precauções adicionais encontram-se relacionadas com a via de transmissão do microorganismo e aplicam-se perante utentes com situações específicas de suspeita ou confirmação de colonização/infeção por microorganismos epidemiologicamente importantes.

No decorrer dos Ensinios Clínicos, cumpro as medidas de prevenção e controlo da infeção, baseada nos procedimentos internos existentes em cada serviço. Dos quais destaco no SMI a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, Prevenção de infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical e Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, desenvolvidos tendo em conta orientações descritas nos “feixes de intervenções” estabelecidos pela Direção Geral de Saúde (2015).

Nesse sentido, e com o objetivo da Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação adotei práticas como: a substituição diária do filtro de humidificação e acordeão com *swível* do circuito expiratório dos ventiladores; a substituição do filtro do circuito expiratório dos ventiladores artificiais de 48/48 horas; a substituição das traqueias dos ventiladores de 6/6 dias e a substituição dos sistemas de aspiração fechados de 72/72 horas (“Feixes de Intervenções” da Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, 2015). Com o objetivo da Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central constatei que o penso do cateter é apenas substituído quando visivelmente sujo, com sangue ou não aderente; 48 horas após a sua realização no caso do penso realizado com compressa e sete dias após a sua execução se penso transparente. A desinfecção da pele é sempre realizada com clorohexidina a 2% em álcool. A substituição dos sistemas de perfusão, prolongamentos, rampas de soros e torneiras de três vias é realizada de 96/96 horas, a substituição dos sistemas de perfusão de soluções com lípidos (Nutrição Parentérica e outras) é realizada diariamente e a substituição dos sistemas de perfusão de nutrição entérica de 48/48 horas (“Feixes de Intervenções” da Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central, 2015).

Cada unidade do doente no SMI e na UCPC/PA dispõe de material de uso clínico mediante níveis estabelecidos, material de proteção individual, equipamento de monitorização contínua, dois contentores de lixo permitindo a separação de lixo comum e lixo contaminado e, ainda, um computador onde são efetuados todos os registos relativos ao doente. Cada cama dispõe também de uma solução de base alcoólica para descontaminação mãos. Todo o material após a saída do doente do serviço é desperdiçado prevenindo a infecção cruzada. Pude observar a descontaminação de equipamentos e limpeza da respetiva unidade após a saída do doente. Todos os procedimentos descritos estão protocolados e são cumpridos minuciosamente. Verifiquei a preocupação do enfermeiro coordenador de turno ao realizar a distribuição de doentes, para que cada elemento da equipa ficasse responsável apenas por doentes infetados ou apenas por doentes não infetados. Foi minha preocupação a utilização de equipamentos de proteção individual no contacto com os doentes infetados.

Em todos os locais onde desenvolvi os ensinamentos clínicos é de salientar, o acompanhamento de familiares/pessoas significativas durante o período de visitas, onde são realizados ensinamentos relativamente à importância da desinfecção das mãos antes e após o contacto com o doente, bem como utilização de equipamento de proteção individual

de acordo com a situação clínica do doente. Os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar para a importância da lavagem das mãos, verificar o cumprimento da mesma e disponibilizar as soluções alcoólicas em locais estratégicos que sejam acessíveis a todos.

O SU quer pelas suas características, quer pela tipologia de utentes, exige estratégias de ação mais eficazes para a deteção e abordagem precoce do doente com colonização, infeção e desta forma reduzir a probabilidade de IACS (Domingues, Barros, Escada & Almeida, 2016). Nesse sentido a UMC do CHMT tem implementado o protocolo da Via Verde Sépsis com o objetivo de definir, sistematizar e uniformizar a abordagem inicial aos doentes com sépsis, dando cumprimento às orientações da DGS de 2017, acerca da criação da Via Verde Sépsis no Adulto nas unidades hospitalares. No decorrer do meu ensino clínico contactei com vários utentes aos quais foi ativada a Via Verde Sépsis e colaborei nos cuidados aos mesmos, cumprindo o protocolo vigente no serviço.

O ambiente do SU é um ambiente mais hostil e com recursos mais limitados, nesse sentido os enfermeiros utilizam maioritariamente a solução alcoólica para desinfecção das mãos em detrimento da lavagem das mãos. Não obstante, existe o cuidado de, quando é identificado um microrganismo num doente, este ser mobilizado para uma unidade estrategicamente mais afastada dos restantes doentes, por forma a prevenir a infeção cruzada. A unidade é isolada através da utilização de biombos, contudo não está definido um espaço específico para esse efeito e nem sempre esse espaço tem acesso a um local para lavagem das mãos. Considero que este tipo de isolamento não é o suficiente, opinião que partilhei com o enfermeiro orientador. Contudo, neste momento, dadas as condicionantes de espaço físico existentes na UMC do CHMT e elevada afluência de utentes é a solução encontrada. O enfermeiro responsável de turno tenta gerir as vagas por forma a encaminhar o utente com necessidade de isolamento com a maior brevidade para um serviço de internamento. Verifiquei nesse sentido o cuidado do enfermeiro responsável de turno em priorizar a atribuição de um quarto individual, se disponível, aos utentes com maior risco de transmissão de infeção para outros (por exemplo no caso de utentes com infeções gastro intestinais ou respiratórias), com maior probabilidade de contaminar o ambiente (por exemplo quando há dificuldade na contenção de secreções e excreções ou drenagens de feridas) ou quando existe maior risco do utente adquirir infeção.

Nos utentes nos quais são isolados, ou que têm antecedentes conhecidos de microrganismos epidemiologicamente importantes são necessárias precauções adicionais que contemplam as precauções básicas, segundo as vias de transmissão dos microrganismos: por exemplo a transmissão por via aérea (ex: tuberculose), transmissão por contacto (ex: *Stafilococcus Aureus Meticilino Resistente*) e transmissão por gotículas (ex: gripe). No CHMT foi ainda definido um 4º tipo de isolamento para os microrganismos que se transmitem por contacto mas que por terem formação de esporos, não são destruídos com solução alcoólica, necessitando assim da higienização com água e sabão (ex: *Clostridium Difficile*).

No CHMT e no HAL existe uma instrução de trabalho que define um código de cores a utilizar conforme a via de transmissão do microrganismo. A transmissão por via aérea encontra-se identificada com a cor azul, a transmissão por gotículas pela cor verde e a transmissão por contacto com a cor rosa. No CHMT existe ainda a cor amarela que identifica a transmissão por contacto específico. Nesse sentido, sempre que temos um doente em isolamento, deverá ser sublinhada a pulseira do utente com a cor correspondente e colocar-se o sinalizador em local visível antes da entrada no ambiente envolvente do doente. A infeção hospitalar está associada à contaminação, principalmente de materiais e equipamentos. Não podemos desconsiderar medidas imprescindíveis na prevenção e controle das infeções, tais como, higienização das mãos e uso de equipamento de proteção individual que devem ser um hábito entre os profissionais de saúde (Carvalho, 2011).

Os enfermeiros dos serviços onde desenvolvi os meus ensinamentos clínicos estão alerta para a problemática das infeções e para tal agem de forma a preveni-la. Nesta linha de pensamento, a higiene das mãos integra o conjunto de precauções básicas, constituindo uma medida relevante na prevenção e controlo da infeção (DGS, 2013).

No SU as zonas de lavagem das mãos encontram-se dispersas pelo serviço, no SMI existem três zonas de lavagem das mãos numa área central às unidades dos doentes e na UCPC/PA existem duas zonas de lavagem das mãos. Em cada um dos serviços encontra-se afixado na parede junto aos locais de lavagem das mãos as orientações para uma correta lavagem das mãos.

Na procura pela excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações bem como à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista em EPSC maximiza a

intervenção na prevenção e controlo da infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Considero ter desenvolvido esta competência ao longo dos ensinamentos clínicos, tendo sempre em consideração o impacto que as IACS têm nos cuidados de saúde, estando desperta para possíveis mudanças na atuação dos profissionais e atualizando os meus conhecimentos nesta área.

**PARTE II – BENEFÍCIOS PARA O UTENTE E PARA OS
ENFERMEIROS RESULTANTES DA INCLUSÃO DO
ACOMPANHANTE NO CUIDAR DO UTENTE EM SITUAÇÃO
CRÍTICA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

CAPÍTULO 1- CONTEXTUALIZAÇÃO

O aumento da esperança média de vida tem contribuído para o envelhecimento da população, uma realidade que conduz a crescentes preocupações sociais, económicas e, naturalmente, desafios no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Petronilho, 2010). Uma das consequências apontadas pelo mesmo autor centra-se no aumento de pessoas em situação de dependência no autocuidado, o que enfatiza o papel dos cuidadores, bem como a premência da mudança de paradigma na prática diária dos enfermeiros e das instituições de saúde perante a inclusão do familiar no cuidado ao doente, nomeadamente, a pessoa em situação crítica. Avaliar e intervir no doente crítico cria desafios complexos, devendo os cuidados a estes doentes serem prestados mediante uma abordagem organizada e bem fundamentada. Perante uma situação de emergência, o enfermeiro depara-se com o desafio de incluir a família no plano de cuidados, com o intuito de garantir a qualidade e humanização nos cuidados prestados.

Sendo a enfermagem uma profissão que tem como princípio a relação com os outros, torna-se inequívoco que um dos seus atos primordiais se centre no cuidar (Chambel, 2012). Na linha de pensamento de Silva (2012), cuidar é a essência da enfermagem caracterizada pelo verdadeiro encontro com o outro, pois, acrescenta Chambel (2012), reside no privilégio de estar presente. Significa, assim, “estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança” (Silva, 2012, p.27), apesar de não ser uma característica exclusiva da enfermagem. Já Collière definia o cuidar como um “ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (1989, p. 235).

Na perspetiva do enfermeiro, cuidar caracteriza-se pela sua atenção particular a uma pessoa (utente) e os seus familiares, no sentido de os auxiliar na situação específica em que se encontram, colocando em prática todas as competências e qualidades que os definem como profissionais de enfermagem (Collière, 1989; Hesbeen, 2000).

O conceito de enfermagem apresentado no REPE corrobora esta ideia, uma vez que nos diz que se trata de uma profissão com o objetivo de “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a

atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 2015, p.99 Neste sentido, e particularizando o doente crítico, cuidar pressupõe a dualidade entre salvar uma vida e respeitar os valores individuais (Vieira, 2010), partindo do pressuposto que respeitar a dignidade da pessoa cuidada integra o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa (Kérouac et al., 1995).

De acordo com a Lei n.º15/2014 de 21 de Março, todos os doentes têm direito a um acompanhante nos serviços de urgência, existindo um conjunto de exceções plasmadas no artigo 14º da mesma. Assim, o direito ao acompanhamento pode cessar nas seguintes situações: intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante (exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável); compromisso das condições e requisitos técnicos indispensáveis à prestação de cuidados médicos eficazes (por exemplo: limitação de espaço físico, compromisso de privacidade); o acompanhante não se comportar com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações dadas pelos profissionais e os utentes que se encontrem sob vigilância de autoridade policial.

Vivenciar uma situação crítica, na presença da finitude da vida, quer pelo doente, quer pela família, é experienciada de forma única (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Os autores explicam que o doente, por vezes inconsciente, muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. Por outro lado, a família, na maioria das situações, “vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e alterações no estado clínico do seu ente querido” (Sá et al., 2015, p. 33). Pode-se, assim, dizer que a doença não atinge apenas a própria pessoa que a experiencia, mas também a família ou as pessoas de referência que a acompanham (Almeida, 2005). Uma situação crítica que represente uma séria ameaça à vida, pode, assim, levar a alterações emocionais e comportamentais como choque, ansiedade, stress e medo. Pode ainda causar recusa, raiva e isolamento. Segundo Chambel (2012), estas são as reações comuns à presença de uma doença. Contudo, nos casos de vivência de uma situação crítica, a família experiencia uma angústia profunda e necessita, ela própria, do conforto de alguém que a escute e apoie. A equipa de saúde, e em particular os profissionais de enfermagem, assumem aqui um papel fundamental (Almeida, 2005; Phaneuf, 2005; Potter & Perry, 2006), isto porque a presença de familiares no serviço de urgência é uma realidade inevitável (Batista et al., 2017).

Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência deve ser centrada não apenas no utente, mas também na família (Kingsnorth-Hinrichs, 2011). No entanto, refere o mesmo autor, a complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica neste tipo de serviço pode, em alguns momentos, contribuir para que a família seja descurada. Por conseguinte, as necessidades familiares são muitas vezes negligenciadas uma vez que, num contexto de urgência, os enfermeiros tendem a priorizar e a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam (Fulbrook et al., 2007). Batista et al. (2017), na sua revisão da literatura, identifica estudos que descrevem os benefícios dos familiares estarem presentes durante uma situação crítica no serviço de urgência, enquanto outros estudos revelam que os enfermeiros têm atitudes negativas relativamente à presença dos familiares dos utentes. Batista et al. (2017), no estudo que levou a cabo com 233 enfermeiros dos quatro serviços de urgência polivalentes da região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2015, conclui que os enfermeiros da sua amostra têm uma opinião de discordância sobre a presença de familiares em situações de emergência e reanimação no serviço de urgência de adultos. Neste sentido, perante a diversidade de resultados, alguns discordantes, os autores são da opinião de que o tema ainda requer discussão, havendo necessidade de reunir esforços para sensibilizar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sobre a proximidade à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência.

O enfermeiro, na sua prática profissional, atua em função da excelência do exercício, assumindo o dever de adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De acordo com Sá et al. (2015), a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência tem mostrado evidências de avanços significativos nos últimos anos. Tal dever-se-á fundamentalmente devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área, mas também à prática competente do enfermeiro neste domínio. Os autores justificam que em serviços com pessoas em situação crítica, os cuidados de enfermagem caracterizam-se pela tecnicidade e agilidade dos procedimentos num ambiente imposto por ações complexas, onde o limiar da vida está presente, causando, inevitavelmente, ansiedade, tanto no doente e na família como também nos enfermeiros que aí desempenham funções. Daí que a dualidade competência do enfermeiro-tecnologia assumem-se como um modelo inseparável na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Num serviço de urgência que lida, muitas vezes, com doentes em situação crítica, esta dualidade está constantemente a ser colocada à prova.

Certo é que, como atrás referido, a confrontação com um serviço de urgência pode afetar, de forma negativa ou positiva, tanto o doente como os seus acompanhantes (Ferreira, Gomes & Martins, 2016). No entanto, nestes casos, a equipa de enfermagem deve ser capaz de avaliar e intervir nas necessidades dos doentes, e também da família acompanhante, no sentido de diminuir o impacto causado pela transição saúde-doença.

No estudo de revisão bibliográfica da literatura de Ferreira et al., em 2016, integrando artigos em português, entre 2010 e 2016, os investigadores destacam resultados positivos face aos benefícios, tanto para os enfermeiros como para os acompanhantes, quando estes últimos são integrados no serviço de urgência, assim como, descrevem os principais fatores que justificam por que na prática essa inclusão nem sempre é realizada (QUADRO 1 e QUADRO 2).

QUADRO 1: Benefícios da inclusão de acompanhantes no serviço de urgência.

Para os enfermeiros	Para os acompanhantes
- Doentes mais calmos;	- Reconhecido como direito;
- Fornece apoio;	- Providencia conforto;
- Facilita a transmissão de informação;	- Diminui o sofrimento.
- Promove segurança e confiança nas práticas.	

Fonte: Ferreira et al., 2016.

QUADRO 2: Fatores que justificam por que não se pratica a inclusão de acompanhantes no serviço de urgência.

Na perspetiva dos enfermeiros	Na perspetiva dos acompanhantes
- Acompanhantes impacientes e irritados;	- Escassez de recursos;
- Sobrecarga de trabalho;	- Falta de organização;
- Falta de recursos e espaço físico;	- Falta de formação;
- Falta de informação.	- Enfermeiros agressivos e distantes;
	- Elevado tempo de espera.

Fonte: Ferreira et al., 2016.

Perante os resultados, os investigadores concluem que a escuta ativa, disponibilidade, simpatia, acolhimento e acompanhamento, prontidão de informação e comunicação assertiva são práticas simples que podem contribuir para promover vivências positivas por parte do familiar ou pessoa de referência que acompanha o utente em situação crítica no serviço de urgência. Por outro lado, acrescentam os autores, ao nível

organizacional da instituição de saúde impõem-se mudanças urgentes. Estas podem passar por uma aposta na formação, na reflexão e partilha em equipa, no sentido de sensibilizar e envolver os profissionais de saúde, sendo estes os principais agentes da mudança pretendida que, naturalmente, também devem partilhar vivências positivas face à inclusão dos acompanhantes durante a sua prática especializada.

Para a pessoa em situação crítica, a presença da família ajuda-o a desenvolver capacidades para enfrentar a situação, gerindo, desta forma, o stress provocado pelo estado de vulnerabilidade e crise que enfrentam, assim como permite-lhes uma sensação de controlo e conforto psicológico (Chambel, 2012; Gameiro, 1999).

Neste sentido, o primeiro contacto entre o enfermeiro e o familiar é fundamental, atendendo a toda a envolvente que rodeia a pessoa em situação crítica (Oliveira, 2012). Contudo, Almeida et al. (2009), num estudo onde identificaram os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado numa unidade de cuidados intensivos, definem a ansiedade como sendo o sentimento mais frequente, para além de outros como preocupação, angústia e tristeza, demonstrando o quão negativa pode ser uma experiência para o familiar que acompanha a pessoa em situação crítica. Porém, e ainda neste sentido, Carvalhido (2014) refere que não se pode afirmar de forma absoluta que a família constitui em todas as ocasiões um fator de proteção, podendo esta ser, igualmente, um fator de adversidade no que toca aos processos de saúde e doença dos seus membros. Esta realidade, acrescenta o autor, evidencia a importância de, no primeiro contacto entre o enfermeiro e o familiar, existir uma avaliação do perfil social daquela família, que permita diagnosticar problemas disfuncionais, crises internas ou até famílias sem estratégias de *coping* definidas para adversidades, revelando-se estes como fatores prejudiciais para a evolução terapêutica da pessoa em situação crítica.

Em suma, o enfermeiro deverá ter em atenção todos os aspetos anteriormente mencionados, como forma de se sensibilizar para a importância que deve atribuir ao acolhimento da pessoa em situação crítica e também dos seus familiares (Cerqueira, 2017), contribuindo para que, no fim, a presença dos acompanhantes durante o processo terapêutico possa trazer benefícios tanto para a equipa de enfermagem como para os familiares do doente e, naturalmente, para o próprio utente em situação crítica. O mesmo autor conclui que a família, enquanto elo de ligação entre profissionais de saúde e a pessoa em situação crítica, e enquanto parceiro de cuidados, deve por isso, ser também alvo da prestação de cuidados por parte do enfermeiro.

CAPÍTULO 2- METODOLOGIA

No presente estudo foi realizada uma RSL como opção metodológica.

A RSL é definida “como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara” (Greenhalgh, 1997, p. 652) e que integra uma sequência de etapas, recorrendo a técnicas padronizáveis e reproduzíveis (Barroso, Sandelowski, Meynel & Collins, 2003; Evans & Persons, 2001). Uma revisão da literatura, acrescenta Fortin (2009, p.87), “permite delimitar o problema de investigação, verificar as lacunas e fixar objetivos do estudo”. Isto porque, segundo Galvão e Pereira (2014), um investigador que pesquise um determinado tema pode confrontar-se com resultados contraditórios, pelo que, no sentido de combater as controvérsias encontradas, pode apoiar-se apenas naqueles estudos que apresentam uma melhor qualidade metodológica sobre o assunto investigado. Polit, Beck e Hungler (2004) reforçam que este tipo de revisão permite:

- Identificar o problema de pesquisa e desenvolvimento ou refinamento das questões de pesquisa;
- Orientar para o que não é conhecido sobre uma área de investigação, para confirmar qual a pesquisa que poderá trazer mais e melhores contributos ao conhecimento;
- Identificar estruturas teóricas ou conceitos relevantes para o problema de investigação;
- Identificar o método de colheita de dados adequado para o estudo;
- Possibilitar auxílio na interpretação dos resultados e no desenvolvimento das implicações e recomendações.

O crescente interesse em procurar evidências científicas destinadas a resolver problemas complexos tem trazido importantes contributos para a área da enfermagem (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004). Por um lado, conduz a uma avaliação crítica sistemática das informações disponíveis, que contribuem para a posterior tomada de decisão e, por outro, promove a incorporação das evidências encontradas na ação profissional diária, abrindo novos caminhos para a melhoria da prática clínica, equilibrando-a com a experiência clínica individual (Mykhalovskiy, 2003). No final, na opinião de Pereira e Bachion (2006), ao avaliar a sua prática (evidências internas) e os conhecimentos reproduzidos em textos (evidências externas), os profissionais podem propor uma

intervenção mais adequada e segura para atender às necessidades individuais dos seus doentes, garantindo uma maior qualidade dos serviços prestados.

Após um breve enquadramento teórico sobre a opção metodológica aplicada no presente estudo, segue-se a apresentação da questão de investigação orientadora do trabalho, assim como os seus objetivos gerais e específicos. De seguida descrevem-se, detalhadamente, as várias fases que compõe a RSL, com a aplicação das orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2018), de acordo com as seguintes etapas (FIGURA 1).

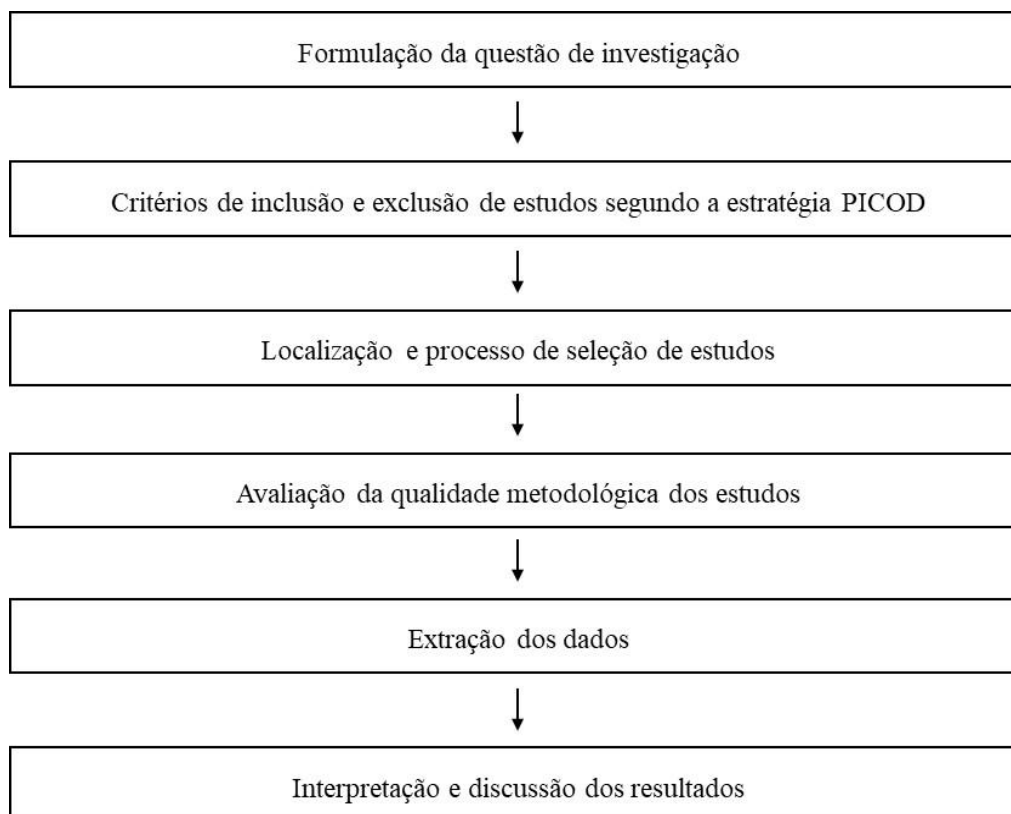


FIGURA 1: Orientações para a elaboração de uma RSL. Adaptado: Aromataris & Munn, 2017.

O JBI é um órgão internacional de investigação, desenvolvimento e organização, especializado na pesquisa em enfermagem baseada na evidência (Aromataris & Munn, 2017), pelo que, apesar de existirem outros institutos também especializados na RSL, foi escolhido o JBI tendo em consideração a área de conhecimento na qual o presente estudo se desenvolve.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Na linha de pensamento de Polit et al. (2004, p.107), “uma declaração de problema é a expressão de um dilema ou de uma situação perturbadora que necessita ser investigada.” Neste sentido, um trabalho de investigação e, particularmente, o objeto de estudo que se quer investigar, nasce, habitualmente, de uma inquietação face a uma determinada realidade ou evidência.

Como enfermeira, uma vivência que sempre me inquietou ao longo da minha experiência profissional com doentes em situação crítica, foi o facto de presenciar, na entrada do serviço de urgência, o corte na ligação entre o utente e o seu acompanhante (família ou pessoa de referência), com todas as implicações que essa rutura acarreta. Do ponto de vista do acompanhante (ou pessoa de referência), negar o acompanhamento do utente promove sentimentos de abandono, tanto no doente como no acompanhante, sabendo, no entanto, que esta decisão surge em consequência de procedimentos institucionais que não permitem a presença de “estranhos”, por poderem interferir negativamente na necessária e urgente prestação de cuidados (Perlini & Pilatto, 2008). No entanto, com a entrada em vigor da Lei n.º15/2014 esta é já uma realidade pouco frequente uma vez que cada doente tem direito à presença de um acompanhante, contudo alguns profissionais de saúde não se sentem à vontade para a prestação de cuidados ao doente crítico com a presença da família. Os acompanhantes, como seria expectável estão centrados nas pessoas que acompanham, constituindo estas na sua perspetiva os casos mais graves, emergentes e importantes, o que se traduz por vezes em apelos constantes. Estabelecer prioridades de acordo com a efetiva gravidade das situações, e ainda dar respostas às insistentes solicitações egocêntricas dos acompanhantes, representa um desafio e um desgaste significativo para os enfermeiros (Chambel, 2012). Perante esta realidade, e atendendo às diferentes formas institucionais de atuação face ao problema detetado, considerámos premente colocar a seguinte questão de investigação:

A inclusão do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência apresenta benefícios para o utente e para o enfermeiro?

De acordo com Peñaherrera e Soria (2015), existem várias estratégias que auxiliam a construção de investigação e um dos métodos mais simples e eficazes é desenvolvido através da aplicação da estratégia PICOD, descrita pela primeira vez por Richardson, Wilson, Nishikawa & Hayward em 1995. O acrónimo PICOD designa as palavras *participants* - participantes [P]; *interventions* - intervenções [I]; *comparators* – comparações [C], caso existam; *outcomes* – resultados [O] e *design*, desenho de investigação [D]. De seguida apresentam-se as respostas a estas componentes que permitiram a formulação da pergunta de investigação do presente estudo (QUADRO 3).

QUADRO 3: Construção da pergunta de investigação através da estratégia PICOD

P	- Enfermeiros a exercer funções no serviço de urgência. - Utentes em situação crítica que recorrem ao serviço de urgência. - Acompanhantes (familiar ou pessoa de referência) do utente em situação crítica.
I	- Inclusão do acompanhante no cuidar do utente em situação crítica no serviço de urgência.
C	- Não se aplica.
O	- Benefícios para o enfermeiro e para o utente em situação crítica perante a presença de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência; - Vivências do enfermeiro do serviço de urgência perante o cuidar do utente em situação crítica na presença do acompanhante; - Vivências do acompanhante (familiar ou pessoa de referência), perante a sua inclusão no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência; - Vivências do utente em situação crítica, perante a presença ou ausência de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência.
D	- Todo o tipo de estudos de investigação.

2.2. OBJETIVOS

No sentido de obter resposta à pergunta de investigação foi necessário elaborar objetivos que nos auxiliassem a enquadrar e a delimitar o alcance do estudo.

Assim, para este estudo foram formulados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Identificar os benefícios, tanto para o utente como para o enfermeiro, da inclusão do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.

Objetivos específicos:

- Conhecer as vivências do enfermeiro do serviço de urgência, perante o cuidar do utente em situação crítica na presença do acompanhante (familiar ou pessoa de referência).

- Conhecer as vivências do acompanhante (familiar ou pessoa de referência), perante a sua inclusão no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.

- Conhecer as vivências do utente em situação crítica, perante a presença ou ausência de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Dando seguimento às diferentes etapas definidas pelo JBI segue-se a definição e seleção dos estudos para a RSL, tendo-se iniciado este processo com a definição dos critérios de inclusão, para os quais foi também aplicada a estratégia PICOD (QUADRO 4).

QUADRO 4: Critérios de inclusão de artigos segundo a estratégia PICOD

P	- Profissionais de enfermagem a exercer funções no serviço de urgência. - Utentes com idade igual ou superior a 18 anos em situação crítica que recorrem ao serviço de urgência. - Acompanhantes (familiar ou pessoa de referência) dos utentes em situação crítica que recorrem ao serviço de urgência.
I	- Inclusão do acompanhante no cuidar do utente em situação crítica no serviço de urgência.
C	- Não se aplica.
O	- Benefícios para o enfermeiro e para o utente em situação crítica perante a presença de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência; - Vivências do enfermeiro do serviço de urgência perante o cuidar do utente em situação crítica na presença do acompanhante.

	- Vivências do acompanhante (familiar ou pessoa de referência), perante a sua inclusão no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.
	- Vivências do utente em situação crítica, perante a presença ou ausência de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência.

D	- Todo o tipo de estudos de investigação, que possam ser posteriormente analisados através de instrumentos de recolha de dados do JBI.
---	--

Após a definição dos critérios de elegibilidade dos estudos, acrescento ainda o facto desta RSL incluir todos os artigos escritos em inglês e português publicados nos últimos 10 anos e disponíveis gratuitamente, iniciou-se a etapa seguinte desta revisão, que consistiu na seleção das plataformas de pesquisa eletrónicas.

Por conseguinte, a pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed (*Public Medline*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

A seleção dos termos de pesquisa foi controlada com base nos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), recorrendo ao operador booleano de combinação restritiva AND. As palavras-chave incluídas na pesquisa foram especificamente: “Nursing care”, “Family”, “Emergency care”, “Caregiver” e “Nursing”.

Tal como em todas as investigações, o valor de uma revisão sistemática depende, entre várias variáveis, de como foi feita a pesquisa e do que foi encontrado (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The Prisma Group, 2010). Os mesmos autores desenvolveram um método – revelado na declaração PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) - que veio melhorar a forma de apresentação do processo de seleção dos estudos, através de um diagrama de fluxo, que se divide em quatro fases, nomeadamente, identificação, triagem, elegibilidade e inclusão.

Assim, apresenta-se de seguida o processo de seleção dos artigos deste estudo de acordo com as regras PRISMA (FIGURA 2).

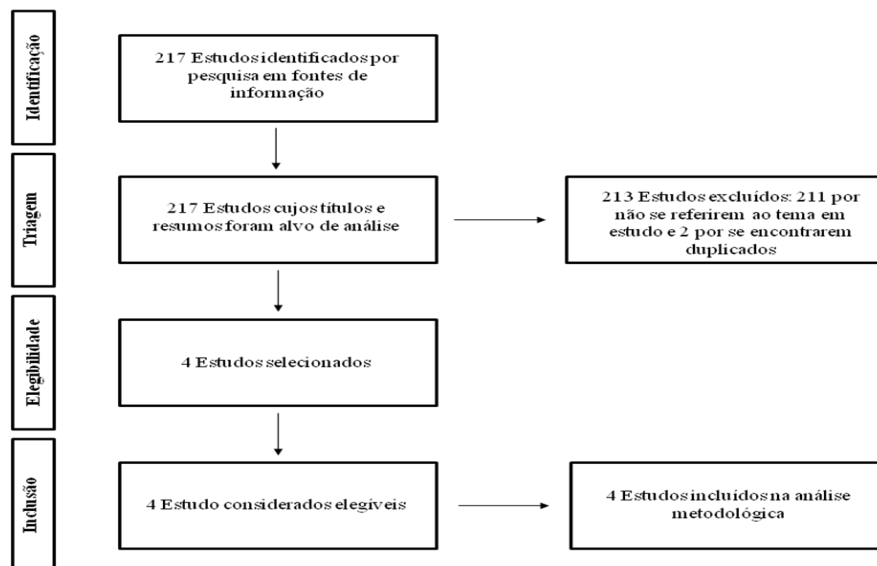


FIGURA 2: Fluxograma do processo de seleção dos estudos. Fonte: Moher et al., 2010.

Da aplicação dos critérios de inclusão e da pesquisa através das palavras-chave definidas nas três plataformas eletrônicas acima descritas, foram identificados, no total, 217 artigos, dos quais, após leitura e análise dos títulos e resumos, foram excluídos 211 por não se referirem ao tema em estudo e dois artigos por se encontrarem duplicados nas bases de dados, tendo sido selecionados quatro artigos, considerados elegíveis e incluídos na análise metodológica (ver QUADRO 5).

QUADRO 5: Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica.

Nº	Autores – Artigos	Base de dados
E1	Bhalla, Suri, Kaur & Kaur (2014) - <i>Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting</i>	CINAHL
E2	Fry, Gallagher, Chenoweth & Parburg (2014) - <i>Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department</i>	CINAHL
E3	Stein-Parbury, Gallagher, Fry, Chenoweth & Gallagher (2015) - <i>Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia</i>	PubMed
E4	Ekwall, Gerdtz & Manias (2009) - <i>Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons</i>	PubMed

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

Dando continuidade às orientações processuais do JBI, segue-se a etapa da avaliação metodológica dos artigos elegíveis através do processo de seleção implementado. Esta avaliação crítica consiste na análise do rigor metodológico, com a finalidade de aferir se os métodos, orientações e resultados dos estudos selecionados apresentam a qualidade desejada para serem incluídos na RSL (Galvão et al., 2004; Higgins & Green, 2011.) que pretende, naturalmente, integrar o maior número de estudos com alta qualidade, garantindo, desta forma, a fiabilidade dos resultados (Berwanger, Suzumura, Buehler & Oliveira, 2007).

Para se proceder à avaliação da qualidade metodológica dos quatro artigos foram aplicados os instrumentos de recolha de dados disponibilizados pelo JBI (2017). A escolha do instrumento está relacionada com o tipo de estudo/metodologia aplicados pelos autores nos seus estudos. Assim, dos estudos selecionados para RSL, em dois foram aplicados o *Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Transversais Analíticos* (E1- Bhalla et al., 2014 e E4- Ekwall et al., 2009) e em dois o *Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Qualitativos* (E2- Fry et al., 2014 e E3- Stein-Parbury et al., 2015) - ver resultados da avaliação da qualidade metodológica no Apêndice I.

Aplicados os instrumentos de recolha de dados, os estudos incluídos na avaliação da qualidade metodológica apresentam a seguinte pontuação e respetiva justificação (QUADRO 6):

QUADRO 6: Pontuação dos estudos obtida na avaliação da qualidade metodológica e respetiva justificação.

Estudo	Pontuação (pontuação obtida / pontuação máxima)	Justificação da avaliação atribuída
E1 (Bhalla et al., 2014)	5 pontos / 8 pontos	Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descrevem detalhadamente os sujeitos, através de uma caracterização sociodemográfica, assim como a caracterização do local/contexto onde o estudo foi aplicado (“emergency department of tertiary care center”). Os critérios usados para a medição da condição foram objetivos. Neste estudo, os autores aplicam uma entrevista com um guião pré-definido, no entanto,

		<p>não referem se este instrumento já existia ou se foi construído e testado/validado propositadamente para este estudo. Contudo, os autores comparam os seus resultados a outros estudos dos Estados Unidos da América, tendo encontrado semelhanças, pelo que fortalece a fiabilidade. Os autores aplicam testes estatísticos para aferir se há diferenças significativas entre as variáveis estudadas. No decorrer da exposição os autores não fazem referência à validade e fiabilidade nem identificam fatores de viés. Os autores não explicam, por exemplo, a diferença entre a amostra pretendida aplicando os critérios de inclusão (450) e a amostra real (429).</p>
E2 (Fry et al., 2014)	7 pontos / 10 pontos	<p>Existe congruência entre a finalidade, objetivos, técnica de recolha de dados (entrevista), tipo de análise dos dados (análise de conteúdo) e a interpretação dos resultados e a metodologia de investigação. No entanto, os autores não se posicionam cultural e teoricamente neste estudo nem abordam a sua (potencial) influência. A metodologia de investigação é qualitativa.</p> <p>Os participantes e as suas opiniões estão adequadamente representadas, através da colocação de excertos das entrevistas e, neste estudo, foram tidas em consideração as questões éticas.</p> <p>As conclusões dão resposta aos objetivos.</p>
E3 (Stein-Parbury et al., 2015)	8 pontos / 10 pontos	<p>Há congruência entre a perspetiva filosófica (interpretativa) e a metodologia de investigação (qualitativa).</p> <p>Existe congruência entre a finalidade, objetivos, técnica de recolha de dados (entrevista semiestruturada), tipo de análise dos dados (análise de conteúdo) e a interpretação dos resultados e a metodologia de investigação. No entanto, os autores não se posicionam cultural e teoricamente neste estudo nem abordam a sua (potencial) influência.</p> <p>Os participantes e as suas vozes estão adequadamente representadas, através da colocação de excertos das entrevistas e, neste estudo, foram tidas em consideração as questões éticas.</p> <p>As conclusões dão resposta aos objetivos.</p>
E4 (Ekwall et al., 2009)	8 pontos / 8 pontos	<p>Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descrevem detalhadamente os sujeitos e os critérios usados para a medição da condição foram objetivamente definidos.</p> <p>Os autores aplicam um questionário e fazem referência à validade de uma parte, assim como à utilização de uma escala já validada “VAS-A – Visual Analogue Scale for Anxiety”. Há, no entanto, questões que não foram previamente validadas. Os autores identificaram fatores de viés, tanto nas “considerações metodológicas” como nas “limitações”. Por exemplo, têm dúvidas que a escala VAS-A seja válida neste estudo específico, por nunca</p>

ter sido utilizada com os acompanhantes dos pacientes. Alguns vieses apontados foram assumidos pelos autores, por exemplo, usaram a escala VAS-A, tendo justificado que esses fatores não influenciam o propósito principal do estudo e os resultados que pretendem alcançar. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável, tendo aplicado vários testes estatísticos como o “qui-quadrado” para comparar o género e a triagem e os testes “Kruskal-Wallis”, Mann-Whitney e “Wilcoxon”, para fazerem comparações e encontrar resultados estatisticamente significativos.

Após a avaliação, considerámos que os quatro artigos possuem uma qualidade metodológica boa ou excelente, pelo que foram incluídos nesta RSL.

CAPÍTULO 3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A recolha dos dados é uma ponte entre o relato dos autores dos estudos primários e o relato final dos autores da revisão (Higgins & Green, 2011). Assim, após a avaliação da qualidade metodológica dos quatro estudos e dando seguimento às orientações processuais do JBI, procedemos à etapa da extração dos dados com a aplicação da estratégia PICOD (Apêndice II) que nos permitiu realizar uma análise detalhada de cada artigo.

O JBI (2017) preconiza que a secção dos resultados deve apresentar claramente os estudos integrados para a RSL. Desta forma, apresenta-se de seguida uma descrição sumária de cada um, seguindo-se uma apreciação crítica individual dos quatro artigos, dando resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos neste estudo.

Em primeiro lugar, apresentamos os principais objetivos de cada estudo analisado (QUADRO 7):

QUADRO 7: Principais objetivos dos estudos analisados.

Nº	Autores - Artigos	Objetivo(s)
E1	Bhalla, Suri, Kaur e Kaur (2014) - Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting	Aferir o papel dos membros da família no cuidar dos utentes internados numa unidade de urgência de um hospital terciário.
E2	Fry, Gallagher, Chenoweth e Parburg (2014) - Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department	Explorar as perceções e as expetativas dos enfermeiros do serviço de urgência em relação à família e cuidadores acompanhantes de utentes idosos.
E3	Stein-Parbury, Gallagher, Fry, Chenoweth e Gallagher (2015) - Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia	Explorar e divulgar informações que permitem melhorar a experiência do utente e do seu cuidador, através de melhores práticas.
E4	Ekwall, Gerdtz e Manias (2009) - Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons	Investigar os níveis de ansiedade dos indivíduos que acompanham os utentes ao SU durante a triagem e posterior encaminhamento. Explorar como os níveis de ansiedade dos acompanhantes influenciam o grau de satisfação

Seguidamente, explorámos e discutimos cada um dos artigos desta RSL, tendo por base os objetivos delineados para este estudo, geral e específicos.

Objetivo geral - *Identificar os benefícios, tanto para o utente como para o enfermeiro, da inclusão do acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.*

Da análise dos quatro artigos incluídos na RSL, apesar das experiências vivenciadas pelos enfermeiros, acompanhantes e utentes não serem sempre positivas e terem sido referenciados alguns problemas, mas também possíveis soluções, são identificados vários benefícios, tanto para o enfermeiro como para o utente, pelo facto do familiar ou pessoa de referência poder acompanhar o utente durante o todo o processo no serviço de urgência (QUADRO 8).

QUADRO 8: Benefícios para o enfermeiro e para o utente por incluir acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados.

Benefícios para o enfermeiro	Benefícios para o utente
- Facilita a transmissão de informação, o que economiza tempo e otimiza a tomada de decisões – E2 (Fry et al., 2014), E3 (Stein-Parbury et al., 2015);	- Assume a voz do utente / Age como seu representante – E3 (Stein Parbury et al., 2015);
- Cooperar com a equipa de enfermagem – E1 (Bhalla et al., 2014), E3 (Stein-Parbury et al., 2015);	- Fornece informações à equipa de enfermagem – E3 (Stein-Parbury et al., 2015);
- Proporciona a oportunidade de preparar e ensinar os acompanhantes para o cuidado dos doentes em casa / Função colaborativa – E1 (Bhalla et al., 2014), E2 (Fry et al., 2014);	- Auxilia na procura de informações – E3 (Stein-Parbury et al., 2015);
- Alivia o esforço dos enfermeiros – E1 (Bhalla et al., 2014).	- Aprende como pode auxiliar em casa (“parceiro de cuidados”) – E4 (Ekwall et al., 2009);
	- Fornece companhia – E3 (Stein-Parbury et al., 2015);
	- Diminui a ansiedade – E3 (Stein-Parbury et al., 2015), E4 (Ekwall et al., 2009);
	- Melhora o grau de satisfação sobre os cuidados prestados – E4 (Ekwall et al., 2009).

Os resultados mostram-nos evidências de que, indubitavelmente, existem benefícios, tanto para os enfermeiros como para os utentes, em integrar os acompanhantes (cuidadores) durante o processo de prestação de cuidados, especificamente quando

estamos perante doentes em situação crítica, por vezes sem “voz”, derivada da sua condição, assim como relacionados com a cooperação e ajuda nos cuidados necessários a prestar aos doentes, tanto em ambiente hospitalar como em casa. Nesse sentido, presença de acompanhantes no serviço de urgência representa também uma oportunidade dos enfermeiros exercerem o seu papel de educadores para a saúde, nomeadamente através dos ensinamentos ocasionais que realizam, o que certamente contribui para promover e melhorar a qualidade dos cuidados que os acompanhantes (frequentemente cuidadores) dispensam às pessoas de quem cuidam (Chambel, 2012).

Simultaneamente, foram referenciadas vivências negativas por parte dos enfermeiros, utentes e dos próprios acompanhantes que interferem com a qualidade das práticas diárias, com o nível de ansiedade de todos os intervenientes e, no final, com o grau de satisfação em relação aos cuidados prestados.

“Prestar cuidados em situações de urgência/emergência exige dos enfermeiros decisões complexas que necessitam de ser tomadas num curto espaço de tempo. Estas particularidades originam que por vezes aspectos relacionais sejam preteridos em relação aos aspectos técnicos sobretudo quando está em risco a vida de uma pessoa. Tais situações nem sempre são compreendidas, nem mesmo acatado pelos acompanhantes que observam estas movimentações e que se comportam como uma verdadeira esponja que tudo absorve, mas que por vezes não tem capacidade de assimilar a verdadeira dimensão do que as rodeia.”
(Chambel, 2012, p.141)

Por conseguinte, reforçamos que será necessário melhorar as interações enfermeiro-acompanhante no sentido de contribuir para o bem-estar do utente e, naturalmente, do próprio enfermeiro e do cuidador acompanhante. A literatura diz-nos que a presença do acompanhante no serviço de urgência, ao lado do utente, aumenta a sensação de conforto deste e diminui o seu sofrimento, pelo que será fundamental a equipa de enfermagem centrar a sua atenção não apenas no doente, mas também no familiar ou pessoa de referência que o acompanha, traduzindo-se, no final, no bem-estar de todos. Para além disso, o acompanhante (familiar ou pessoa de referência) pode ser detentor de informações que ajudem no processo de tomada de decisão, tendo em conta que muitas vezes o doente está inconsciente ou incapacitado de comunicar. Assim, o papel de suporte da família assume-se como relevante, devendo os profissionais de saúde despendem tempo a escutá-los (Alves, 2012).

Objetivo específico 1 - *Conhecer as vivências do enfermeiro do serviço de urgência, perante o cuidar do utente em situação crítica na presença do acompanhante (familiar ou pessoa de referência).*

O estudo da RSL que aborda em particular esta temática é o E2 (Fry et al., 2014), onde são exploradas as perceções e as expetativas dos enfermeiros em relação aos acompanhantes de utentes no serviço de urgência. Os enfermeiros entendem ser importante o papel dos acompanhantes, contudo, as suas experiências e expetativas estão diretamente relacionadas com o comportamento dos acompanhantes durante todo o processo. Consideram que existem comportamentos apropriados e inapropriados que contribuem para a sua resposta positiva ou negativa face à sua presença.

“não sabem como agir. Então, é isso...nós também temos expetativas sobre como consideramos que as pessoas devem agir quando estão aqui” (Fry et al., 2014, p.33) Neste sentido, os autores do estudo E2 (Fry et al., 2014) identificaram três temas principais relacionados com as experiências e as expetativas dos enfermeiros em relação ao papel e comportamentos dos acompanhantes no SU, nomeadamente, a importância do tempo, a família/cuidador como informante e por último o acompanhante como perturbador da relação enfermeiro-utente.

Relativamente ao tema da “importância do tempo”, os autores referem que um cuidador que invista pouco tempo com o utente pode causar um sentimento de frustração nos enfermeiros, no entanto, similarmente, um cuidador que esteja sempre presente implica um gasto excessivo de tempo para dar resposta às preocupações da família, limitando o tempo disponível para dar assistência ao utente.

“Há determinados tipos de cuidadores que visitam, talvez, uma ou duas vezes por semana... e estes são realmente exigentes, porque não sabem o que se está a passar com o doente... por isso estão continuamente a questionar para “fazer isto, fazer aquilo...”” (Fry et al., 2014, p.33)

“...as perguntas são contínuas e os questionamentos repetitivos. Eu tive um senhor na noite passada, que costuma tomar a medicação às 19 horas, e todas as noites às 19h ele toma a medicação... eram 20 horas e a sua esposa estava constantemente a perguntar pela medicação. Eu expliquei que o médico vinha ver o doente... expliquei isto umas cinco vezes e à décima eu pensei “eu não aguento mais isto”” (Fry et al., 2014, p.33)

Os autores reforçam o sentimento de frustração e aborrecimento por parte dos enfermeiros, também por vezes descrita como uma sensação de “erro”, motivados pela ausência, por um lado, e, por outro, pela presença dos acompanhantes durante a prestação dos cuidados de saúde ao utente. Esta dualidade de experiências vem reforçar a mais recente opinião de Batista et al. (2017) que referem que há uma diversidade de resultados, alguns contraditórios, pelo que se torna imperativa a discussão destes temas entre os profissionais e instituições de saúde. Relativamente ao tema “a família/cuidador como informante”, os enfermeiros são da opinião de que os cuidadores que prestam informações economizam tempo e otimizam a tomada de decisões pelo que, perante esta situação, reagem de forma positiva. Pelo contrário, quando os acompanhantes não estão presentes ou não fornecem as informações necessárias, os enfermeiros reagem de forma negativa.

“Eu acho que o papel da família passa por estarem lá a ajudar-nos, mas eles também estão lá...ou seja, estamos lá para eles também recorrerem a nós... Eu vi cuidadores que se sentem realmente esgotados, mas nós também precisamos de informação... se eles não compreendem ou não comunicam ou simplesmente não sabem o que se passa... Eu acho que a primeira fase seria ajudar-nos e, às vezes, isso não acontece, o que se torna bastante frustrante”. (Fry et al., 2014, p.33)

Como se pode constatar, o papel dos cuidadores como informantes assume especial relevo para os enfermeiros, assim como a partilha de informações por parte dos enfermeiros relacionada com as necessidades dos doentes. Desta forma, os cuidadores ficarão, também, mais informados e saberão lidar melhor com a situação em casa, o que, na opinião dos enfermeiros, pode resultar em menos visitas ao serviço de urgência e, em última análise, em menos tempo despendido com os enfermeiros. Se os profissionais conseguirem incutir nas famílias o sentimento de confiança de que todos os esforços foram empreendidos nos tratamentos, o processo de aceitação da doença ou do luto encontrar-se-á facilitado aos familiares (Ferreira & Coelho, 2013)

“Sim, eu concordo porque isso lhes dará uma ideia...ou seja, mais informações sobre o que está a acontecer com os seus entes queridos e como podem gerir melhor a situação em casa quando o doente sai do hospital”. (Fry et al., 2014, p.33)

Por fim, o tema acompanhante como perturbador da relação enfermeiro-utente vem dar resposta à questão da necessidade de informação sobre o doente para acelerar o processo, mas dentro de uma outra perspetiva. Os enfermeiros são da opinião que

preferem que a informação seja dada pelo próprio utente do que pelo acompanhante. Quando a família interrompe a comunicação enfermeiro-doente, os enfermeiros sentem que se estão a infringir os direitos do utente e a limitá-lo de poder reportar os seus sintomas. No estudo E2 (Fry et al., 2014), todos os enfermeiros entrevistados preferem obter informações do próprio doente, sempre que possível, no sentido de proteger os seus direitos. Este tema foi muito discutido pelos enfermeiros durante as entrevistas e, também aqui, expressaram frustração.

“...O doente pode dizer se lhe está a doer alguma coisa. Mas a filha foi inflexível, dizendo que era sua cuidadora e que eu não devia fazer nenhuma pergunta (ao doente). Ela estava a invadir e eu pensei “ele pode responder se está a sentir alguma dor, não é para você responder”, isto é realmente difícil.” (Fry et al., 2014, p.34)

“Você chega a um ponto em que se aproxima do doente e está a tentar perguntar-lhe como se sente e aí temos o cuidador... frequentemente estão fora da cortina, mas estão constantemente a interromper a dizer “eles sentem isto”... vejamos, é assim que pode pensar que eles se sentem... mas eu quero saber como eles se sentem.” (Fry et al., 2014, p.34)

Este “problema” também é relatado pelos enfermeiros durante a presença física do acompanhante durante a prestação de cuidados.

“Isso torna-se um problema quando há tantos... seis em torno de um doente. É um hospital com regras e regulamentos. É suposto só poderem estar dois acompanhantes por doente e às vezes está uma multidão e nem conseguimos entrar lá (para prestar cuidados)... mas eles ficam chateados... provoca discussão, os parentes insistem... você precisa de ter “muito jeito” para os conseguir tirar dali” (Fry et al., 2014, p.34)

Particularmente no que concerne ao direito à privacidade sempre foi difícil de se assegurar num SU, pelo elevado número de doentes que ocorrem diariamente a estes serviços em oposição à estrutura física, nomeadamente a escassez de espaço. Obviamente a presença dos acompanhantes torna a gestão do espaço disponível pelos enfermeiros ainda mais complexa (Chambel, 2014).

Neste estudo, os enfermeiros foram consistentes na perceção das suas expectativas e dos papéis apropriados dos acompanhantes. A violação de um papel pode levar a interações

negativas, onde a presença de cuidadores pode tornar-se num “problema”, na medida em que impede que os objetivos da prestação de cuidados sejam alcançados. Ferreira e Coelho (2013) referem como motivos para que não haja a presença das famílias nos serviços de urgência: o baixo nível de conhecimento dos acompanhantes (familiares ou pessoas de referência), as memórias traumáticas, a interferência no trabalho dos profissionais, a diminuta escassez de recursos humanos, o aumento do risco de infeção, o desconforto dos profissionais em se sentirem observados na sua atuação bem como o seu medo de falhar e o obstáculo à comunicação na equipa. Por outro lado, Sousa et al. (2011, p.204) referem que se os profissionais “querem o seu trabalho apreciado e valorizado têm de abrir as portas aos acompanhantes. Paralelamente os acompanhantes também terão de ser empáticos e aprender a ser respeitar e compreender o trabalho que está a ser feito.”.

Neste sentido, os autores do estudo concluem que as expectativas dos enfermeiros podem influenciar as relações entre os profissionais de saúde e os acompanhantes e, por isso, não é surpreendente que haja conflitos. Em relação a este fator, os enfermeiros expressam frustração, uma vez que eles idealizam padrões de comportamento dos acompanhantes que, na sua opinião, deveriam ser entendidos, transmitidos e praticados. Por isso, os investigadores alertam no seu estudo para a necessidade de explorar mais os padrões de julgamento de comportamentos, pensamentos e ações dos enfermeiros, no sentido de os ajudar a desenvolver uma abordagem colaborativa com os cuidadores para, naturalmente, poderem contrariar e, idealmente, eliminar o sentimento de frustração e desenvolver emoções positivas como a confiança, segurança e satisfação, que se revelam quando o enfermeiro se sente gratificado pelo seu desempenho e também quando as pessoas reconhecem o seu valor enquanto profissional (Chambel, 2014).

Em suma, e dando resposta ao objetivo deste estudo, os enfermeiros expressam ambivalência em relação à presença dos acompanhantes do utente no serviço de urgência. Por um lado, esperam que os cuidadores procurem informação, questionem, mas, por outro, são da opinião de que não devem insistir ou exigir a obtenção dessa informação. Da mesma forma, os enfermeiros esperam que os acompanhantes sejam úteis como meio de comunicação em nome do doente, particularmente quando a linguagem/comunicação é limitada, mas, não de forma a infringir os direitos do doente e a interferir na comunicação enfermeiro-doente. Nesta situação, os enfermeiros

identificam claramente os acompanhantes como barreiras por se manifestarem como perturbadores da relação enfermeiro-utente da comunicação e cuidados de saúde adequados. Tal como Sá et al. (2015) referem, a entrada num serviço de urgência é uma experiência única, mas também stressante, por isso, é expectável que o conflito ocorra. No entanto, os autores do estudo E2 (Fry et al., 2014) concluem que há um caminho que pode levar à redução do sentimento de frustração e conflito que pode passar por explorar melhor as interações enfermeiro-acompanhante, de que forma estas criam impacto no utente e, sobretudo, como os enfermeiros podem também apoiar a família.

Objetivo específico 2 - *Conhecer as vivências do acompanhante (familiar ou pessoa de referência), perante a sua inclusão no cuidar do utente em situação crítica que recorre ao serviço de urgência.*

“A enfermagem deve ter uma abordagem holística nos cuidados e deve envolver o paciente e a família, fundamentalmente nos momentos de crise, como é o caso da vivência de acompanhar um familiar num serviço de urgência com todas as particularidades que lhe estão associadas” (Ferreira & Coelho, p.71, 2013).

Na RSL há três estudos que abordam esta temática, nomeadamente o E1 (Bhalla et al., 2014), E3 (Stein-Parbury et al., 2015) e o E4 (Ekwall et al., 2009). No estudo E1 (Bhalla et al., 2014) é claramente identificado o papel dos cuidadores de utentes internados numa unidade de urgência e os problemas detetados durante o processo. No estudo E3 são relatadas experiências vivenciadas num serviço de urgência, tanto pelos acompanhantes como pelos utentes (as experiências dos segundos serão exploradas no objetivo seguinte). No estudo E4 (Ekwall et al., 2009), os autores apresentam os níveis de ansiedade experienciados pelos acompanhantes, o seu grau de satisfação e é medida a sua perceção sobre a urgência, assim como sobre o tempo de espera.

Em termos de análise dos resultados, seguimos exatamente a ordem dos estudos, começando pela identificação das principais tarefas realizadas pelos cuidadores durante o processo de internamento num serviço de urgência e os principais problemas detetados, seguindo-se relatos de experiências e, por fim, a medição, entre outras variáveis, do nível de ansiedade e do grau de satisfação dos acompanhantes.

Os autores do estudo E1 (Bhalla et al., 2014) levaram a cabo uma entrevista a 400 cuidadores (um cuidador por utente) para aferir qual o papel que desempenham durante o internamento do utente numa unidade de urgência. Assim, foi possível reunir as

principais atividades realizadas pelos cuidadores, assim como especificar aquelas que normalmente são desempenhadas por cuidadores mulheres e por cuidadores do género masculino.

Como principais tarefas realizadas pelos cuidadores os autores destacam: comunicar com os médicos/equipa de enfermagem (98%); limpar e vestir o doente (94%); alimentar o doente (90%); adquirir medicação e outros produtos (88%); administrar medicamentos orais (74%); auxiliar na mudança de posição e no atendimento (65%); deslocar os doentes para exames complementares (60%); recolher relatórios (35%) e assegurar a realização de fisioterapia (25%).

De salientar que, segundo este estudo, 70% dos utentes são totalmente dependentes dos cuidadores e 18% são dependentes parcialmente.

Relativamente às atividades desenvolvidas por género, os investigadores confirmam que há diferenças estatisticamente significativas. Habitualmente, as cuidadoras mulheres sentem-se mais confortáveis em prestar cuidados pessoais e ajudar os enfermeiros. Por sua vez, cuidadores homens assumem, particularmente, atividades como ir buscar amostras ao laboratório, ajudar a posicionar o doente e recolher relatórios. Independentemente do género cada vez mais os acompanhantes (familiares ou pessoa de referência se integram nos cuidados, verificando-se a existência de uma maior aproximação entre familiares e profissionais, fato esse devido a uma maior abertura das instituições às famílias e ao espírito dos profissionais que cada vez mais se disponibilizam a estar com as famílias, perdendo o medo da exposição, aumentando a sua autoconfiança, o que de certa forma, permitirá a valorização de uma imagem de um profissional com sentido humano e ético (Ferreira & Coelho, 2013).

De acordo com os resultados obtidos, os autores concluem que os cuidados informais realizados por familiares em primeiro grau aliviam o esforço dos profissionais de saúde e que, por conseguinte, o envolvimento da família no cenário de cuidados urgentes pode auxiliar a equipa de enfermagem a cuidar do doente, para além de possibilitar uma oportunidade de preparação e aprendizagem para o cuidado dos doentes em casa após a alta. Também este aspeto foi referenciado pelos enfermeiros entrevistados no estudo E2 (Fry et al., 2014), analisado anteriormente, que, segundo os profissionais possibilita, inclusive, um acompanhamento em casa mais eficiente, podendo resultar em menos visitas aos serviços de urgência, libertando tempo aos profissionais de enfermagem.

O estudo E1 (Bhalla et al., 2014) permitiu-nos conhecer as vivências práticas e diárias dos acompanhantes, em termos de apoio direto ao doente, cujos resultados vêm reforçar a importância da presença dos acompanhantes, pelo que, como refere Kingsnorth-Hinrichs (2011), é deveras primordial os enfermeiros centrarem a sua atenção não apenas no doente, mas também na família (acompanhantes).

Os autores do estudo E1(Bhalla et al., 2014) identificaram, simultaneamente, alguns problemas enfrentados pelos acompanhantes relacionados com a prestação de cuidados, em particular, referindo-se a: comunicação com médicos/equipa de enfermagem (71%); falta de indicações na admissão do doente (67%); falta de informação relacionada com a medicação prescrita (61%); pouca clareza na informação sobre o diagnóstico e tratamento (58%); respeito pela privacidade do doente (55%); falta de indicações na fase de alta do doente (40%); pouca preocupação em relação ao doente (30%) e demora na avaliação (20%). Ferreira et al (2013), referem que o SU é um local privilegiado no contacto com familiares que se encontram fragilizados e ansiosos, tornando-se, simultaneamente num local onde os dilemas dos profissionais perante a família são uma realidade. Sousa et al (2011) referem que os acompanhantes ficam agressivos ou dificultam os cuidados, porque estão muito tempo à espera, com pouca informação e sentem que os profissionais são distantes e/ou agressivos, “logo podem não estar” a cuidar do doente, por outro lado, os profissionais, por vezes, são mais distantes pois estão a fazer o seu trabalho e têm de atender muitos doentes, fazem o melhor que podem e os acompanhantes dificultam a sua eficácia ao querer informação.

Face a estes problemas identificados, os autores concluem que, genericamente, os acompanhantes necessitam de receber informações, apoio emocional, que alguém lhes transmita esperança, ver uma atitude de cuidado por parte dos profissionais de saúde e necessitam, sobretudo, de estar perto fisicamente do doente. O estudo E3 (Stein-Parbury et al., 2015) vem reforçar os problemas e necessidades vivenciados pelos acompanhantes durante o processo de prestação de cuidados num serviço de urgência, contudo, acrescenta soluções de melhores práticas que podem influenciar de forma positiva as experiências do utente e do seu cuidador. Neste estudo qualitativo, não generalizável por apenas incluir uma amostra de 10 utentes e respetivos cuidadores, os investigadores pretendem apresentar dados cujos resultados da sua análise, podem, por certo, representar uma realidade sentida por outros utentes/cuidadores não incluídos na amostra.

Da análise dos dados do estudo E3 (Stein-Parbury et al., 2015) resultaram quatro temas relacionados com as experiências num serviço de urgência, nomeadamente, “encaminhamento para a admissão no serviço de urgência”, “experiência no serviço de urgência”, “conselhos aos outros cuidadores” e “perceção sobre o *staff* do serviço de urgência”. Nesta apresentação dos resultados, incluímos apenas os dados referentes aos acompanhantes, uma vez que os dos utentes serão apresentados no objetivo seguinte.

Sobre o tema de como é feito o encaminhamento do utente para o serviço de urgência, a maioria dirige-se ao hospital porque o seu estado de saúde piora, sendo, habitualmente, encaminhados pelo médico de família. A maioria dos utentes opta por ir de ambulância, como estratégia para que o atendimento seja mais rápido, pois caso sejam transportados pelos cuidadores, estes terão que estacionar longe, deixando os doentes sozinhos.

“...o seu médico de família sempre nos disse, se ele tiver alguma dor parecida (a ataque cardíaco), para chamar a ambulância” (Stein-Parbury et al., 2015, p.479)

“Não, eu não consegui estacionar. Eu estacionei no local reservado à ambulância e apareceu um indivíduo com uma ambulância e eu pedi-lhe para me ajudar porque eu não consegui estacionar lá em baixo” (Stein-Parbury et al., 2015, p.479)

Em relação às experiências no serviço de urgência, os acompanhantes salientam: a falta de comunicação sobre a condição e o processo (exames e tratamento); o facto de não serem claros os planos médicos dentro do serviço de urgência bem como as pessoas não serem informadas do plano de cuidados.

Perante estes problemas, já evidenciados no estudo E1 (Bhalla et al., 2014), os autores concluem que as necessidades de informação não são devidamente atendidas, resultando em experiências negativas, tanto por parte dos acompanhantes como dos utentes.

Assim, a vivência destas experiências leva os entrevistados do estudo E3 (Stein-Parbury et al., 2015) a salientar alguns conselhos ou estratégias que podem ser usadas com os profissionais de saúde, no sentido de obterem a informação de que necessitam, em particular, salientam: fazerem perguntas de forma assertiva, agirem como representantes do utente na obtenção da informação, mas, ao mesmo tempo, agir como informante do profissional de saúde, não serem rudes e serem sempre educados e tentando obter mais informação por outras vias (por exemplo, através da internet).

“Não seja rude com eles, mas sim assertivo. E se você acha que o seu familiar precisa de algo fale. Esteja lá como seu representante... Você precisa de ser

respeitoso com o staff, e faça o seu pedido de forma educada, mas assertiva”.
(Stein-Parbury et al., 2015, p.480)

Estes conselhos resultam da percepção que os acompanhantes e utentes têm do *staff* que compõe o serviço de urgência. Sentem-se gratos pelos cuidados recebidos, contudo, têm a percepção que há falta de enfermeiros, que estão sobrecarregados de trabalho e sempre muito ocupados.

“Eu acho que não há enfermeiros suficientes. Todos são bons e tentam fazer o melhor, mas se não houver pessoas suficientes, torna-se difícil”. (Stein-Parbury et al., 2015, p.480)

Por estes motivos, acrescentam que tentam cooperar com a equipa de enfermagem, não interferindo, ou seja, sendo “bons pacientes”.

“Nós certamente não íamos atrapalhar...”(Stein-Parbury et al., 2015, p.480)

Os autores do estudo E3 (Stein-Parbury et al., 2015) perante os resultados das experiências relatadas concluem que os cuidadores assumem um papel fundamental na procura de informações e, igualmente, como informantes para os profissionais de saúde. Neste estudo é perentório, acrescentam, os esforços realizados pelos cuidadores na obtenção de todas as informações necessárias, tendo a consciência que os profissionais do serviço de urgência estavam sempre muito ocupados e sobrecarregados. Estes resultados são também evidenciados num estudo mais recente, Ferreira, Gomes e Martins (2016), cujos investigadores salientam a escuta ativa, disponibilidade, simpatia, a necessidade de uma informação mais pronta e comunicação assertiva como estratégias que podem contribuir para a promoção de vivências positivas por parte dos acompanhantes. Isto porque, segundo o estudo E4 (Ekwall et al., 2009), as vivências positivas ou negativas influenciam o nível de ansiedade e o seu grau de satisfação em relação aos cuidados prestados.

No referido estudo E4 (Ekwall et al., 2009), os investigadores aplicaram um questionário a 121 acompanhantes de utentes ao serviço de urgência, tendo medido o seu nível de ansiedade à chegada e à saída do serviço, através da aplicação da escala VAS-A (*Visual Analogue Scale for Anxiety*). No entanto, em termos de análise dos dados obtidos, optaram por analisar primeiramente o grau de satisfação dos acompanhantes e, a partir daí, comparar com o nível de ansiedade, que, por sua vez foi, depois, comparado com a percepção sobre a urgência e com o tempo de espera. Os

investigadores puderam aferir que a ansiedade é um sentimento comum entre as pessoas que acompanham utentes ao serviço de urgência e que pode influenciar o grau de satisfação em relação aos cuidados de saúde prestados. Neste sentido, recomendam a comunicação regular com os acompanhantes para garantir a redução dos níveis de ansiedade e, como consequência, melhorar o seu grau de satisfação. Por outro lado, o fornecimento de informação e apoio aos acompanhantes pode também reduzir o seu nível de ansiedade, colocando-os numa posição mais vantajosa para auxiliar os utentes em casa após a alta hospitalar, opinião já partilhada nos estudos E1 (Bhalla et al., 2014) e E2 (Fry et al., 2014) (neste caso, pelos próprios enfermeiros).

Também Almeida et al. (2009) definem a ansiedade como o sentimento mais frequente experienciado pelos acompanhantes, salientando que esta pode traduzir-se numa experiência negativa para o familiar que acompanha o utente em situação crítica. E, neste sentido, vários autores, incluindo mais recentemente Cerqueira (2017), concluem que o acompanhante deve ser visto como um parceiro de cuidados e deve, também, ser alvo da atenção do enfermeiro.

Objetivo específico 3 - *Conhecer as vivências do utente em situação crítica, perante a presença ou ausência de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) durante a prestação de cuidados no serviço de urgência.*

No estudo E3 (Stein-Parbury et al., 2015), como referido anteriormente, os autores realizaram uma entrevista a 10 cuidadores e a 10 utentes, em casa do utente ou do respetivo cuidador. Esta entrevista foi, inicialmente, conduzida em conjunto, utente-cuidador e, mais tarde, individualmente. Pretendemos com a análise das respostas dadas pelos utentes responder ao objetivo específico proposto.

Relativamente ao encaminhamento dos utentes para o serviço de urgência, a decisão da maioria, nove em dez, ocorreu porque os sintomas persistiram ou pioraram desde há alguns dias a duas semanas. Contudo, seis destes utentes seguiram o conselho do seu médico de família para se dirigirem ao serviço de urgência e sete optaram por chamar a ambulância pelo facto dos seus sintomas necessitarem de cuidados urgentes e imediatos.

“Eu estava aqui e tive problemas respiratórios, passei mal a noite e o médico mandou-me para o hospital”. (Stein-Parbury et al., 2015, p.478)

“O médico disse-me que se for de ambulância, atendem-me imediatamente”. (Stein-Parbury et al., 2015, p.479)

Em relação às experiências vivenciadas pelos utentes no serviço de urgência, o aspeto mais reportado foi, à semelhança dos acompanhantes, a falta de comunicação sobre a condição em que se encontram e os procedimentos que se seguem, tendo um dos idosos expressado que o *staff* não quis mantê-lo informado.

“...eles não me disseram nada. Disseram-me “a sua filha vai dizer-lhe””. (Stein-Parbury et al., 2015, p.480)

Também os utentes propõem conselhos para outros cuidadores, reconhecendo que o seu papel é fundamental e comprometido, dando ênfase que tanto podem agir como seus representantes, como informantes quando estão doentes.

“Bem (o meu conselho é) ter um casal de bons filhos e eles falam tudo por si”. (Stein-Parbury et al., 2015, p.480)

Também os utentes expressam gratidão e agradecimento pelos cuidados recebidos pelos profissionais de saúde. Esta gratidão, referem, torna-se ainda maior pelo facto de terem a percepção de que receberam cuidados de saúde prestados por profissionais muito atarefados e sobrecarregados de trabalho, em muitos casos tendo em mãos outras pessoas mais velhas e gravemente doentes. Para a pessoa doente, ter alguém que lhes seja familiar por perto, ajuda a colmatar um pouco o constrangimento da estadia no SU, minimizando o desconforto de permanecer num local, onde ocasionalmente se verifica alguma impessoalidade e indisponibilidade, de acordo com os picos de afluência que ocorrem (Chambel, 2012). Por isso, os idosos, referem que tentar cooperar e serem “bons” doentes são boas estratégias a implementar para conseguirem obter mais informação e uma atitude positiva por parte dos enfermeiros.

“Eu penso que você é conduzido a fazer o que eles pedem. Cooperar lá com eles.” (Stein-Parbury et al., 2015, p.480)

Com estes resultados podemos concluir que as experiências no serviço de urgência relatadas pelos utentes e pelos acompanhantes são similares. Ambos realçam que deve ser prestada especial atenção à necessidade de obtenção de informação útil, de forma bilateral, ou seja, tanto por parte dos enfermeiros para os doentes/acompanhantes, como por parte dos doentes/acompanhantes para a equipa de enfermagem.

Os utentes também salientam o importante papel dos seus acompanhantes durante todo o processo no serviço de urgência, por reconhecerem que são importantes fontes de informação para os profissionais de saúde, para além de proporcionarem companhia e

contribuírem para a diminuição da sua ansiedade, garantindo, no final, uma experiência, embora angustiante, mas o mais positiva possível. Sousa et al. (2011) referem que os acompanhantes facilitam os cuidados, por exemplo falando com o doente para aceitar os cuidados propostos ou ajudando-o a diminuir o seu grau de ansiedade.

Esta revisão da literatura é alvo de algumas limitações. Considera-se que a definição de um horizonte temporal de 10 anos limitou o número de artigos seleccionados, no entanto este critério torna possível a obtenção de conhecimento que traduz uma evidência mais atual do tema em estudo. Também o facto de realizarmos pesquisas em apenas duas línguas pode ter limitado o número de publicações. Outra limitação consiste no facto de, sendo um trabalho académico, a avaliação da qualidade metodológica dos artigos através dos critérios da JBI ter sido realizado apenas por um investigador.

CONCLUSÃO

A Enfermagem tem por base a essência do cuidar e da sua ciência, com o conhecimento científico em constante desenvolvimento e cuidados técnicos e humanos baseados na relação interpessoal. O avanço tecnológico veio criar novos desafios e horizontes e cabe aos enfermeiros articularem-se com os novos recursos, incorporando-os em abordagens humanas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e obtenção de ganhos em saúde. Ciente das exigências profissionais e da responsabilidade acrescida, foi com enorme agrado e convicção que realizei este percurso de formação, não só profissional, mas também pessoal.

Avaliar e intervir no cuidado à PSC cria desafios complexos, devendo os cuidados a este tipo de doentes ser prestados mediante uma abordagem fundamentada e organizada. Estes desafios incluem a identificação de patologias, a interligação de conhecimentos e, simultaneamente considerar a vertente social e familiar da PSC. Ao longo dos ensinamentos clínicos apercebi-me que os locais que prestam cuidados à PSC são locais com um dinamismo marcado e uma colaboração constante entre profissionais, por forma a consignar condições únicas para o doente crítico, em locais onde as condições de trabalho nem sempre são as ideais.

Após a realização deste relatório, pelo que foi exposto ao longo destes capítulos, o percurso realizado permitiu expor e consolidar a aquisição das várias competências direcionadas para o cuidar da pessoa/família em situação crítica nos diferentes contextos. Denoto que possuo um nível mais aprofundado de conhecimentos, uma maior capacidade de raciocínio clínico para a prestação dos cuidados de enfermagem e, proporcionalmente, uma maior motivação e aptidão para prosseguir na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas.

Na minha prática diária, num SU, é um desafio incluir o acompanhante (familiar ou pessoa de referência) no plano de cuidados, uma vez que cada família reage de forma diferente numa situação de urgência, a maior parte dos profissionais de saúde não se sente confortável para a prestação de cuidados ao doente crítico com a família presente, defendendo que a presença de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) pode interferir no desempenho do profissional e aumentar o stress da equipa aliando este facto à escassez de recursos humanos e à existência de condicionantes no espaço físico.

Não obstante, a qualidade dos cuidados de saúde deverá ser sempre promovida através de uma abordagem centrada no doente e na sua família, reconhecendo o papel integral da família e encorajando a colaboração mutuamente benéfica entre a PSC, a sua família e os profissionais de saúde, porque tudo o que acontece a um dos seus membros, como o adoecer inesperado e grave, repercute-se na vida dos restantes elementos, gerando instabilidade e sofrimento.

De acordo com a Lei n.º15/2014 todos os utentes têm direito a acompanhamento no SU por pessoa por si indicada. As conclusões demonstraram que existem benefícios para o utente e para os enfermeiros resultantes da inclusão do acompanhante no cuidar da PSC que recorre ao SU. Os acompanhantes podem ter uma função importante no apoio psicológico e afetivo dos doentes, fortalecendo o elo entre estes e a sua rede social e deste modo contribuindo para que o doente sinta de forma mais atenuada a situação de crise inerente a grande parte das admissões num SU. Também para o enfermeiro, o acompanhante (familiar ou pessoa de referência) pode funcionar como parceiro na prestação de cuidados.

Dada a escassez de estudos acerca desta temática, considero que esta RSL tenha sido uma mais-valia para a consciencialização dos benefícios quer para o utente quer para os enfermeiros resultantes da inclusão do acompanhante no cuidar da PSC que recorre ao SU, permitindo aprofundar conhecimentos na área, revelando evidência sobre o “estado da arte” e assegurando também a pertinência do estudo desta temática. Pois mesmo que as intervenções de enfermagem junto da família tenham por objetivo último promover os cuidados à pessoa, não estarão neste processo os enfermeiros a satisfazer simultaneamente as necessidades da família, otimizando assim a relação terapêutica entre a PSC, o acompanhante (familiar ou pessoa de referência) e o enfermeiro? Reconhecer e incluir a família na experiência da vivência de uma situação crítica não é cuidar dessa família? Os estudos analisados evidenciam a importância do papel do enfermeiro e contribuem para a construção da disciplina da enfermagem. Considera-se que o percurso para a concretização desta RSL despertou a consciencialização da necessidade dos enfermeiros e das próprias instituições refletirem sobre a sua prática, no que diz respeito a presença de acompanhante (familiar ou pessoa de referência) da PSC no SU, promovendo a formação nesta área. Na minha ótica, as implicações para a prática e para a investigação são a necessidade de mais estudos sobre a experiência vivida pelos enfermeiros no cuidar da família da PSC em contexto de urgência. Assim,

espera-se com estas breves páginas, deixar aberta uma porta para que possam desenvolver-se outras investigações neste sentido, dado que, sem dúvida que esta é uma temática a explorar.

Este *caminho no desenvolvimento de competências centradas na pessoa em situação crítica e sua família* foi marcado pela exigência de capacidade de conciliação entre os vários aspetos que compõem a minha vida, contudo considero que investi ao máximo e revisei as atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, com um olhar reflexivo, adquirindo e cimentando conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*, [Date accessed 29/10/2018]. Retrieved from <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*, [Date accessed 29/10/2018]. Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf.

Almeida, M. (2005) Intervenção em Grupo com Técnicos de Saúde da Unidade de Cuidados Intensivos. In M.P., Guerra; & L., Lima. *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. (211-227) Lisboa: Climepsi Editores.

Almeida, A.; Aragão, N.; Moura, E.; Lima, G.; Hora, E.; & Silva, L. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(6), 844-849. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.pdf>.

Alves, A. (2012). Quando a família do doente crítico entra no mundo da emergência: um estudo de revisão. *Sinais Vitais*, 115, 54-65.

Alves, K.; Salvador, P.; Tourinho, F.; & Santos, V. (2014). Análise do Conceito “Protocolos de Enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8 (1), 82-177.

Aromataris, E.; & Munn, Z. (Editors) (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, [Date accessed 23/09/2018]. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 972-8930-16-X.

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.

Barroso, J.; Gollop, CJ; Sandelowski, M.; Meynell, PF; & Collins, LJ. (2003) The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies. *West J Nurs Res*, 25(2), 153-78.

Batista, M.; Vasconcelos, P.; Miranda, R.; Amaral, T.; Geraldes, J.; & Fernandes, A.P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 83-92.

Berwanger, O.; Suzumura, E.; Buehler, A.; & Oliveira, J. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 475-480.

Bettinelli, L.; Pomatti, D.; & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes de UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*, (4), 44-50.

Bhalla, A.; Suri, V.; Kaur, P.; & Kaur, S. (2014). Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting. *Journal of Postgraduate Medicin*, 60 (4), 382-385.

Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology*, (2), 138-142.

Caetano, C.; Cabaço, E.; & Micaelo, F. (2014) *Referencial Normativo do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Amato Lusitano*.

Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1), 192-200, [Date accessed 29/01/2017]. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000100025&script=sci_arttext&lng=pt.

Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança do doente: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 3-10, [Date accessed 02/02/2017]. Retrieved from <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica323/artigo/o-erro-clinico-os-efeitos-adversos-terapeuticos-eX0870902510898082>.

Cavaco, S.; & Sousa, P. (2013). Passagem de turno em enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*. (115), 13-18.

Cavaco, V., José, H., Lourenço, I. (2013). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7 (5), 4535-4543. [Date accessed 02/02/2017]. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13920/1/Comunicar%20com%20a%20pessoa%20submetida%20a%20ventila%C3%A7%C3%A3o%20mec%C3%A2nica%20invasiva.pdf>.

Carvalhido, J. (2014). *Práticas Relacionais Dos Enfermeiros com a Família em Unidades de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Carvalho, A.; Oliveira, J.; Silva, P.; Brasileiro, M. & Lázara, C. (2011). A Enfermagem no atendimento emergencial: risco e medidas preventivas de infecção. *Revista Eletrónica de Enfermagem do Centro de Estudos e Nutrição*, 3 (3), 1-16.

Cerqueira, A. (2017). *O acolhimento dos enfermeiros aos familiares da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: estudo das perspetivas dos enfermeiros e dos familiares*. Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga.

Chambel, E. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Clemente, C. (2013). *Tomada de decisão na abordagem da pessoa em Situação Crítica: Um percurso Formativo na aquisição de competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Universidade Católica Portuguesa. [Date accessed 28/08/2018]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/Relat%C3%B3rio%20CMRC%202013%20-%20Mestrado%20UCP.pdf>.

Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida (Indústrias)*. Damaia: Indústrias Gráficas, Lda.

Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. [Date accessed 02/11/2018]. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.

Cunha, A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (1), 7-16.

Decreto-lei N.º 15/2014 de 21 de Março do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 57 (2014), [Date accessed 20/03/2018]. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/571943>.

Despacho n.º 15423 de 26 de Novembro 2013 do Ministério da Saúde. Diário da República: II Série. N.º 229 (2013), [Date accessed 06/09/2018]. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>.

Despacho n.º 5613/2015 (2015). Lisboa. [Date accessed 29/08/2018]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/i021877.pdf>.

Despacho n.º 9128/2012 (2012). *Estrutura Curricular e Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa. [Date accessed 07/01/2017]. Retrieved from https://www.ipleiria.pt/cursos/wp-content/uploads/sites/4/2014/11/Plano-de-Estudos-Despacho-n.%20BA-9128_2012-D.R.-n.%20BA-129-2.%20AA-s%C3%A9rie-de-5-de-julho.pdf.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015) do Ministério da Saúde. *Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020*. Diário da República: II Série, N.º 28 (2015), [Date accessed 02/02/2017]. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14/06/2003. [Date accessed 28/09/2018]. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar*. Circular Normativa N.º 15/DQS/DQCO de 22/06/2010, [Date accessed 31/01/2017]. Retrieved from <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=Circular+Normativa+da+DGS+N.%20BA+15/DQS/DQCO+de+22-062010+sobre+cria%C3%A7%C3%A3o+de+equipas+de+emerg%C3%A2ncia+m%C3%A9dica+intra-hospitalar>.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Elaboração de um plano de emergência nas Unidades de Saúde*. Norma n.º007/2010. [Date accessed 06/08/2018]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/i013428.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*, Norma n.º017/2011. [Date accessed 06/08/2018]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/i021925.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa de prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos*. Circular Normativa N.º029/2012 de 2012. [Date accessed 09/01/2017]. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Circular Normativa N.º 22/2015 de 2015. [Date accessed 20/11/2016]. Retrieved from http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Documents/normas/NORMA_22_2015_cateter%20venoso%20central.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Circular Normativa N.º019/2015 de 2015. [Date accessed 20/11/2016]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/i023711.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Circular Normativa N.º015/2013 de 2015, [Date accessed 08/09/2018]. Retrieved from [file:///C:/Users/User/Downloads/i021796%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/i021796%20(1).pdf).

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. [Date accessed 03/09/2018]. Retrieved from <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Via Verde Sepsis no Adulto*. Norma n.º010/2016 de 2016. [Date accessed 28/08/2018]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/i023642.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (2017)*. Lisboa. Date accessed 28/08/2018]. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/i024433.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos*, [Date accessed 28/09/2018]. Retrieved from [file:///C:/Users/User/Downloads/i020031%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/i020031%20(1).pdf).

Domingues, S, Barros, T, Escada, A & Almeida, E. (2016). O papel do Enfermeiro na prevenção e controlo das IACS no SU. *Revista Evidência*, (3), p.68. [Date accessed 06/09/2018]. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19336/1/SKMBT_C55017111315471.pdf.

Evans, D.; & Pearsons, A.1. (2001) *Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge*. *J Clin Nurs*,10(4), 593-9.

Ekwall, A.; Gerdtz, M.; & Manias, E. (2009). Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3489–3497.

Ferreira, A.; Gomes, J.; & Martins, C. (2016). Um (novo) cuidar: os acompanhantes no serviço de urgência. *I Congresso de Enfermagem JMS “Enfermagem: a ciência do cuidar”*, Braga, 26 e 27 de maio de 2016.

Ferreira, M.; Coelho, P. (2013) Presença das Famílias no serviço de urgência durante a reanimação e os procedimentos invasivos. *Sinais Vitais*, (115), 66-73.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata. 595 pp.

Fragata, J. & Martins, L. (2004). *Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.

Freitas, C.; Vieira, P.; Torres, G. & Pereira, C. (2009) Avaliação da Dor com uso das escalas unidimensionais. *Revista Dor*, 10 (1), 56-62.

Fry, M.; Gallagher, R.; Chenoweth, L.; & Stein-Parbury, J. (2014). Nurses’ experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 22, 31–36.

- Fulbrook, P.; Latour, J.; Albarran, J.; Graaf, W.; Lynch, F.; Devictor, D.; & Norekval, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: Join position statement. *World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86-88. [Date accessed 02/10/2018]. Retrieved from http://www.efccna.org/downloads/PS_Family_Presence_CPR.pdf.
- Garvão, T.; & Pereira, M. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 23(1), 183-184.
- Galvão, C.; Sawada, N.; & Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 3 (12), 549-556.
- Gameiro, M. (1999) *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto.
- Greenhalgh, T. (1997) Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). *BMJ*, 13(315), 672-675.
- Gregório, C. (2017). *O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória*. Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde. [Date accessed 18/10/2018]. Retrieved from https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_debriefing%2Bc%C3%A1tia%20greg%C3%B3rio.pdf.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Higgins, J.; & Green, S. (2011) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. ISBN 978-0-470-51845-8
- JBI (2017). *Critical Appraisal Tools*. The Joanna Briggs Institute, [Date accessed 23/09/2018]. Retrieved from <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- JBI (2018). *The Joanna Briggs Institute*, [Date accessed 23/09/2018]. Retrieved from <http://joannabriggs.org/>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1995). *El pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Kingsnorth-Hinrichs, J. (2011). Presença da família durante a reanimação. In P. K., Howard & R. A., Steinmann (Eds.), *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 160-167). Loures, Portugal: Lusociência.
- Lei nº 156/2015 (16 de setembro de 2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [Date accessed 02/10/2018]. Retrieved from <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/09/Novo-Estatuto-da-Ordem-dos-Enfermeiros-16-09-20151.pdf>.
- Li, D.; Puntillo, K.; & Miaskowski, C. (2008). A Review of Objective Pain Measures for Use With Critical Care Adult Patients Unable to Self-Report. *The Journal of Pain*, 9, 2-10. [Date accessed 28/08/2018]. Retrieved from <http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.08.009>.
- Marques, A.; & Freitas, P. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência-Protocolo de Triagem de Manchester*. Lisboa. Grupo Português de Triagem.
- Martinho, C.; & Rodrigues, I. (2015). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 28(2); 132-140. [Date accessed 20/01/2017]. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n2/0103-507X-rbti-28-020132.pdf>.
- Martins, M. (2012). *Enfermagem e Família: Conceções dos Enfermeiros em Unidades de Internamento. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Mauruitti M.; Galdeano L.; & Farah O.; (2007). *Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos*. Acta. 2007. [Date accessed 10/02/2017]. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Olga_Farah/publication/250049682_Ansiedade_e_depressao_em_familiares_de_pacientes_internados_em_unidade_de_cuidados_intensivos/links/55019ec20cf231de076a8c05.pdf.
- Maxson, P.; Derby, K.; Wroblewski, D.; & Foss, D. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *MedSurg Nursing* 21(3), 140-145.

Mendes, C.; Vasconcelos, L.; Tavares, J.; Fontan, S.; Ferreira, D.; & Diniz, L.; & Silva, S.. Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20. [Date accessed 10/02/2017]. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400005.

Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. República Portuguesa. [Date accessed 30/10/2018]. Retrieved from em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.

Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, DG.; & The PRISMA Group (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8, 336-341.

Moola, S.; Munn, Z.; Tufanaru, C.; Aromataris, E.; Sears, K.; Sfetcu, R.; ...; & Mu, P-F. (2017). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, [Date accessed 23/09/2018]. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Mykhalovskiy, E. (2003). Evidence-based medicine: ambivalente reading and the clincial recontextualization of science. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illnes and Medicine*, 7(3), 331-52.

Nunes, F. (2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Revista Nursing*. Lisboa. p. 7-11.

Oliveira, E. (2012). *O Primeiro Contacto da Família com a UCI*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Oliveira, M.; Meira, L.; Valente, M.; Catarino, R.; Cunha, S.; Brito, B.; & Borges, B. (2012). *Situação de Exceção*. [Date accessed 06/09/2018]. Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*, [Date accessed 31/01/2017]. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. Parecer CJ/20, [Date accessed 30/10/2018]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Consentimento informado para intervenções de enfermagem. Enunciado de Posição*, [Date accessed 08/09/2018]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, [Date accessed 28/08/2018]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Atribuição de Responsável de Turno*. Parecer conjunto N.º01/2017, [Date accessed 28/10/2018]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno.pdf

Peñaherrera, C. & Soria, J. (2015). Pregunta de investigación y estrategia PICOT. *Rev. Med. FCM-UCSG*, vol. 19, nº 1, 66-69. [Date accessed 25/09/2018]. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/299506151_Pregunta_de_investigacion_y_estrategia_PICOT.

Perão, O.; Bub, M.; Rodríguez, A.; & Zandonadi, G.; (2014). Gravidade de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 261–268, [Date accessed 21/01/2017]. Retrieved from <http://revistas.ufpr.br/cogitare/%20article/viewFile/33750/22732>.

Pereira AL; & Bachion M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre*, 27(4), 491-8.

Perlini, M.; & Pilatto, M.; (2008). Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (3), 721-732. [Date accessed 25/09/2018]. Retrieved from www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a18.pdf. ISSN 1518-1944.

Petronilho, F.A.S. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fev., 43-58.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. XXIII.

Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A.; & Matos, B.; (2010). Infecções associados aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde pública*, (10), [Date accessed 21/08/2018]. Retrieved from <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>.

Pinto, A. (2013). *Implementação da Via Verde Sepsis no Serviço de Urgência – promover a Saúde agilizando processos de cuidados*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, [Date accessed 06/09/2018]. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4999/1/Final%20para%20Impress%C3%A3o-Implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Via%20Verde%20S%C3%A9psis%20no%20Servi%C3%A7o%20de%20Urg%C3%Aancia.pdf>.

Polit, D.; Beck, CT.; & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.

Potter, P.; & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

Queijo, A, & Padilha, K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem USP*.43. 1018-1025. [Date accessed 08/07/2018]. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns>.

Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018). Lisboa. [Date accessed 09/09/2018]. Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>.

Regulamento da norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2014). Lisboa. [Date accessed 03/09/2018]. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/60651797/details/7/maximized?serie=II%2Fen%2Fen%2Fen&dreId=59423371>.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011). Lisboa. [Date accessed 09/09/2018]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011). Lisboa. [Date accessed 09/09/2018]. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (2018). Lisboa. [Date accessed 19/10/2018]. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). Lisboa. [Date accessed 10/09/2018]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>.

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015). Lisboa. [Date accessed 09/09/2018]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8109/regulamento_361_2015_padroesqualidadecuidadosespenfessoosituacaocritica.pdf.

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2011). Lisboa. [Date accessed 28/08/2018]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Richardson, WS; Wilson, MC; Nishikawa, J; & Hayward, RS (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*, 123(3): A12–3.

Riva, JJ; Malik, KMP; Burnie, SJ; Endicott, AR; & Busse, JW (2012). What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *J Can Chiropr Assoc*, 56(3):167–71.

Rivera-Chiauzzi, E.; Lee, C.; & Goffman, D. (2016). Debriefing after adverse outcomes: An opportunity to improve quality and patient safety. *Contemporary OB/GYN*. [Date accessed 29/04/2016]. Retrieved from <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/news/debriefingafter-adverse-outcomes-opportunity-improve-quality-and-patient-safeteye>.

Rosário, E. (2009). *Comunicação e Cuidados de Saúde, Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos*. Universidade Aberta, Lisboa. [Date accessed 20/01/2017]. Retrieved from <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf>.

Rose, L.; Smith, O.; Gélinas, C.; Haslam, L.; Dale, C.; & Watt-Watson, J. (2012). Critical Care Nurses' Pain Assessment and Management Practices: A Survey in Canada. *American Journal of Critical Care*, 21 (4).

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

Serviços Clínicos, UCIP. [Date accessed 31/01/2017]. Retrieved from <http://www2.ulsab.min-saude.pt/servi%C3%A7os-cl%C3%ADnicos/ucip>.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, (16). [Date accessed 17/08/2017]. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9208>.

Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. Universidade do porto faculdade de medicina.

Silva, A. (2009). *Triagem de Prioridades- Triagem de Manchester*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. [Date accessed 06/09/2018]. Retrieved from http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/tese_mestrado_triagem_prioridades%20triagem_manchester_v.pdf.

Silva, A. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos – vivências da família*. Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Silva, M. (2012). *Pessoa em Situação Crítica- Foco de Cuidados do Enfermeiro Especialista*. Universidade Católica Portuguesa do Porto – Instituto de Ciências da Saúde, [Date accessed 29/10/2018]. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16296/1/PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA%20E2%80%93%20FOCO%20DE%20CUIDADOS%20DO%20ENFERMEIRO%20ESPECIALISTA.pdf>.

Silva, N. (2007). *Análise e estruturas de sistemas de informação*, 1ª ed. São Paulo: Érica.

Simões, J; Alarcão, I & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. 2(6). 91-108.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. [Date accessed 06/09/2018]. Retrieved from https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.

Sousa, F. (2009). *O Enfermeiro e as Técnicas Não Farmacológicas no Controlo da Dor: informação/aplicação*. Universidade de Coimbra- Faculdade de Medicina. [Date accessed 02/08/2018]. Retrieved from https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_mestrado_F%C3%A1tima%20Sousa.pdf.

Sousa, L.; Almeida, A. & Simões, C. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde Soc. São Paulo*. 20(1), p.105-206. [Date accessed 31/10/2018]. Retrieved from https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v20n1/21.pdf

Stein.Parbury, J.; Gallagher, R.; Fry, M.; Chenoweth, L.; & Gallagher, P. (2015). Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia. *Nursing and Health Sciences*, 17, 476–482.

Vieira, S.R.O. (2010). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados*. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Wooden, J. (2001, Fevereiro). *A diferença entre vencer e ter sucesso*. [Date accessed 31/10/2018]. Retrieved from https://www.ted.com/talks/john_wooden_on_the_difference_between_winning_and_success/transcript?source=facebook&language=pt-br#t-15293.

ANEXOS

**ANEXO I - Quadros de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Artigos
Selecionados**

Avaliação da qualidade metodológica (Adaptado de JBI, 2017): E1 (Bhalla et al., 2014)

Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Transversais Analíticos	Sim	Não	Não claro	Não aplicado
Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?	x			
A exposição foi medida de forma válida e fiável?		x		
Foram utilizados critérios objetivos, padrão para a medição da condição?	x			
Foram identificados fatores de confundimento?		x		
Foram abordadas estratégias para lidar com fatores de confundimento?		x		
Os resultados foram medidos de forma válida e fiável?	x			
Foi utilizada a análise estatística apropriada?	x			

Avaliação geral: 5 pontos Incluir Excluir

Avaliação da qualidade metodológica (Adaptado de JBI, 2017): E2 (Fry et al., 2014)

Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos	Sim	Não	Não claro	Não aplicado
Existe congruência entre a perspetiva filosófica declarada e a metodologia de investigação?			x	
Existe congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou objetivos de investigação?	x			
Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados para a recolha de dados?	x			
Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise de dados?	x			
Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação de dados?	x			
Existe uma declaração que posicione o investigador cultural ou teoricamente?			x	
É abordada a influência do investigador na investigação, e vice-versa?			x	
Os participantes e as suas vozes estão adequadamente representados?	x			
Foram tidas em consideração questões éticas e há evidências de aprovação ética por um órgão apropriado?	x			
As conclusões obtidas no relatório de investigação resultam da análise ou interpretação dos dados?	x			

Avaliação geral: 7 pontos Incluir Excluir

Avaliação da qualidade metodológica (Adaptado de JBI, 2017): E3 (Stein-Parbury et al., 2015)

Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos	Sim	Não	Não claro	Não aplicado
Existe congruência entre a perspetiva filosófica declarada e a	x			

metodologia de investigação?	
Existe congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou objetivos de investigação?	x
Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados para a recolha de dados?	x
Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise de dados?	x
Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação de dados?	x
Existe uma declaração que posicione o investigador cultural ou teoricamente?	x
É abordada a influência do investigador na investigação, e vice-versa?	x
Os participantes e as suas vozes estão adequadamente representados?	x
Foram tidas em consideração questões éticas e há evidências de aprovação ética por um órgão apropriado?	x
As conclusões obtidas no relatório de investigação resultam da análise ou interpretação dos dados?	x

Avaliação geral: 8 pontos Incluir Excluir

Avaliação da qualidade metodológica (Adaptado de JBI, 2017): E4 (Ekwall et al., 2009)

Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Transversais Analíticos	Sim	Não	Não claro	Não aplicado
Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?	x			
A exposição foi medida de forma válida e fiável?	x			
Foram utilizados critérios objetivos, padrão para a medição da condição?	x			
Foram identificados fatores de confundimento?	x			
Foram abordadas estratégias para lidar com fatores de confundimento?	x			
Os resultados foram medidos de forma válida e fiável?	x			
Foi utilizada a análise estatística apropriada?	x			

Avaliação geral: 8 pontos Incluir Excluir

ANEXO II - Extração de dados através da aplicação da estratégia PICOD

Extração de dados dos estudos E1 (Bhalla et al., 2014), E2 (Fry et al., 2014), E3 (Stein-Parbury et al., 2015) e E4 (Ekwall et al., 2009)

Nº	Estudo / Objetivo	Participantes	Intervenção	Orientações metodológicas	Resultados	Principais conclusões
E1	Bhalla et al., 2014 Aferir o papel dos membros da família no cuidar dos utentes internados numa unidade de urgência de um hospital terciário.	- Amostra aleatória (N=400. 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino; - Foram incluídos utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos (média=38,27); - Caracterização sociodemográfica: 61% meio rural, 37% meio urbano; - 88% dos cuidadores são familiares em 1º grau, 9% em 2º grau e 2% em 3º grau; - 57% dos cuidadores habilitações entre a “5th class” e “10+2”, 13% são analfabetos, 10% são licenciados, 3% têm pós-graduação superior.	- 30 dias seguidos no “emergency department of tertiary care center”; - Entrevista com guião pré-estruturado aos cuidadores (um cuidador por utente).	- Estudo transversal (“cross sectional study”); - Estatística descritiva e inferencial; - Características sociodemográficas dos utentes e dos cuidadores; - Análise estatística comparativa entre as atividades levadas a cabo pelos cuidadores homens e cuidadores mulheres.	- Principais tarefas realizadas pelos cuidadores: comunicar com os médicos /equipa de enfermagem (98%); limpar e vestir o paciente (94%); alimentar o paciente (90%); adquirir medicação e outros produtos (88%); administrar medicamentos orais (74%); mudar de posição e ajudar no atendimento (65%); deslocar os pacientes para exames (60%); recolher relatórios (35%) e assegurar a fisioterapia (25%). - Tarefas desenvolvidas pelos cuidadores do gênero feminino: cuidados pessoais, ajudar os enfermeiros; Tarefas desenvolvidas por cuidadores do gênero masculino: buscar amostras ao laboratório, ajudar a virar o paciente, recolher relatórios. Estas diferenças são estatisticamente significativas (p = 0,028). - Não há diferenças de acordo com o gênero, considerando o local de residência (rural/urbano) e o nível de literacia.	- Cuidados informais realizados por parentes em 1º grau, aliviam o esforço dos profissionais de saúde. - O envolvimento da família no cenário de cuidados urgentes pode ajudar a equipa de enfermagem a cuidar do paciente e também oferece a oportunidade de preparação e aprendizagem para o cuidado dos pacientes em casa após a alta.
E2	Fry et al., 2014 Explorar as perceções e as expectativas dos enfermeiros do serviço de urgência em relação à família	- 27 enfermeiros: 89% do sexo feminino e 11% do sexo masculino; - Média de idades de 31 anos; - Média de 8 anos de experiência como enfermeiros;	- Entrevistas com grupos focais; - Guião semi-estruturado com perguntas abertas; - Uma entrevista por semana; - Duração da intervenção: 4	- Estatística descritiva (SPSS v.19) para tratar os dados demográficos e da experiência profissional; - Dados resultantes das entrevistas com os grupos focais	Foram identificados 3 temas principais: 1. <u>A importância do tempo</u> (um cuidador que invista pouco tempo com o utente causa frustração aos enfermeiros; tempo excessivo para responder às preocupações da família limita o tempo para assistência ao utente; cuidadores que cuidam do utente em casa, no serviço de urgência deixam-no ao cuidado dos enfermeiros, e estes sentem frustração e	- As experiências e as expectativas dos enfermeiros em relação ao papel da família estão relacionadas com o comportamento desta; - É necessário explorar mais os padrões de

e cuidadores acompanhantes de utentes idosos.	- Média de 5 anos de experiência em cuidados de emergência; - 37% possui pós-graduação.	semanas; - Aplicado um questionário com questões sociodemográficas; - Grupos focais entre 6 e 12 participantes, com duração de 45-60 minutos cada sessão; - Total: 4 sessões	foram analisados através do NVivo v9.2.	sensação de “erro”) 2. <u>A família/cuidador como informante</u> (cuidadores que prestam informações aos enfermeiros otimizam a tomada de decisão e estes reagem de forma positiva; quando não estão presentes ou não fornecem informações os enfermeiros reagem de forma negativa) 3. <u>“Meter-se no meio”</u> (os enfermeiros preferem que as informações sejam dadas pelo utente; quando a família interrompe esta comunicação, os enfermeiros sentem que se estão a infringir os direitos do utente e a limitá-lo de reportar os sintomas; este “problema” também acontece durante a presença física da família durante a prestação de cuidados).	julgamento de comportamentos, pensamentos e ações dos enfermeiros, para os ajudar a desenvolver uma abordagem colaborativa com os familiares e cuidadores; - É necessário explorar como as interações enfermeiro-cuidador criam impacto no utente e como os enfermeiros podem apoiar a família.
E3 Stein-Parbury et al., 2015 Explorar e divulgar informações que permitem melhorar a experiência do utente e do seu cuidador, através de melhores práticas.	- N=10 utentes e respetivos cuidadores; - Utesntes com idades compreendidas entre os 65 anos e os 94 anos (média de idades é de 81,30 anos); - Predominantemente do sexo masculino (n=6) e australianos (70%); - 5 utentes com dispneia e 5 utentes com dor torácica; - Cuidadores com idades compreendidas entre	- Entrevistas semi-estruturadas com o utente e cuidador; - Foram marcadas para um mês após a saída do hospital, na casa do utente ou do cuidador; - As entrevistas foram conduzidas em conjunto e posteriormente em separado; - Demoraram entre 23 a 58 minutos; - Método interpretativo.	- Os dados da entrevista foram transcritos na íntegra e analisados através de métodos interpretativos gerais; - Inicialmente, 2 investigadores independentes analisaram as transcrições e identificaram os temas gerais e as palavras-chave; - 3 investigadores independentes avaliaram esses temas e palavras-	- Foram codificados 4 temas relacionados com as experiências no serviço de urgência: 1. <u>Encaminhamento para a admissão do</u> serviço de urgência (a maioria vai porque se encontra pior, é encaminhada pelo seu médico de clínica geral; a maioria vai de ambulância para que o atendimento seja mais rápido e para o cuidador não ter que estacionar longe, deixando o utente sozinho); 2. <u>Experiência no serviço de urgência</u> (há falta de comunicação sobre condição clínica e o processo (exames e tratamentos); não é claro o plano de cuidados e os utentes não são informados do mesmo) 3. <u>Conselhos aos outros cuidadores</u> (fazer perguntas, serem assertivos, agir como defensor na obtenção da informação e como informante, não ser rude, ser educado, pesquisar informação na internet)	- As necessidades de informação não são devidamente atendidas; - Os cuidadores assumem um papel fundamental na busca de informações e como importantes informantes para a equipa de saúde; - Os cuidadores fizeram esforços para obter todas as informações necessárias, tendo consciência que os profissionais do serviço de urgência se

	os 52 e os 91 anos (média de idade de 65 anos), predominantemente do sexo feminino (n=9), das quais 4 são esposas e 4 são filhas.		chave e foi alcançado um consenso com a equipa de investigação.	4. <u>Perceção sobre os colaboradores do serviço de urgência</u> (os utentes sentem-se gratos pelos cuidados que receberam; têm a perceção que há falta de enfermeiros, que estão sobrecarregados de trabalho e por isso muito ocupados, nesse sentido tentam cooperar com a equipa, sendo “bons pacientes”)	encontram muito ocupados e sobrecarregados	
E4	<p>Ekwall et al. (2009)</p> <p>Investigar os níveis de ansiedade dos indivíduos que acompanham os utentes ao serviço de urgência durante a triagem e posterior encaminhamento</p> <p>Explorar como os níveis de ansiedade dos acompanhantes influenciam o grau de satisfação em relação aos cuidados prestados</p>	<p>- 128 acompanhantes 40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino;</p> <p>- média de idades dos acompanhantes: 40 anos sexo feminino e 39 anos sexo masculino;</p> <p>- Média de idades dos utentes: 44 anos;</p> <p>- 32% dos acompanhantes são cônjuges e 19,7% são amigos;</p> <p>- Os utentes esperaram em média 54 min para verem o médico (intervalo de 1 a 240 min.).</p> <p>- Foi medido o nível de ATS (Australian Triage Scale) como fator de exclusão;</p> <p>- É feita uma caracterização sociodemográfica da amostra de 121 participantes.</p>	<p>- Estudo realizado no “Australian metropolitan teaching hospital”</p> <p>- durante 5 semanas, de fevereiro a abril de 2006;</p> <p>- Questionário composto por 2 questões abertas e 57 fechadas (algumas foram validadas noutros estudos (grau de satisfação, através de escala de Likert com 5 opções de resposta);</p> <p>- O grau de ansiedade foi avaliado através VAS-A (“Visual Analogue Scale for Anxiety”);</p> <p>- A ansiedade foi medida à chegada e à saída do serviço de</p>	<p>- Desenho de investigação prospetivo transversal;</p> <p>- Estudo exploratório;</p> <p>- SPSS v. 14;</p> <p>- Teste do qui-quadrado para comparar o género com o código de triagem (atribuído pela enfermeira);</p> <p>- O teste de análise de variância unidirecional de Kruskal-Wallis foi utilizado na comparação entre tempo de espera, tempo de espera aceitável e ansiedade (medido duas vezes);</p> <p>- O teste Mann–Whitney U foi usado para minimizar o risco de cometer um erro</p>	<p><u>Grau de satisfação:</u></p> <p>- 1,7% totalmente insatisfeitos; 10,7% insatisfeitos; 15,7% nem satisfeitos nem insatisfeitos; 47,1% satisfeitos; 24,8% muito satisfeitos.</p> <p><u>Nível de ansiedade geral:</u></p> <p>- Entre 0-100mm à chegada e 0-99mm à saída</p> <p>- Média dos valores do VAS-A foram de 40,2 e 22,1mm, respetivamente</p> <p>- Os acompanhantes que não estavam satisfeitos não mostraram redução significativa nos níveis de ansiedade medidos (p=0,334)</p> <p>- o grupo neutro para o grau de satisfação não mostrou significativa descida no nível de ansiedade (p=0,114)</p> <p>- O grupo satisfeito reportou uma redução significativa (p<0,001)</p> <p>- 2% dos acompanhantes responderam que não estavam ansiosos à chegada ao serviço de urgência e 98% tinham algum nível de ansiedade sobre a condição do utente, à chegada ao serviço de urgência;</p> <p>- à saída do serviço de urgência 4% dos acompanhantes não estavam ansiosos.</p> <p><u>Perceção dos acompanhantes sobre a urgência:</u></p> <p>- Os níveis de ansiedade foram significativamente menores para aqueles cujo utente foi avaliado entre 10-30 min;</p>	<p>- Ansiedade é um sentimento comum entre as pessoas que acompanham utentes ao ED</p> <p>- A comunicação regular com os acompanhantes pode reduzir os níveis de ansiedade e melhorar o grau de satisfação</p> <p>- O fornecimento de informação e apoio aos acompanhantes pode reduzir o seu nível de ansiedade, colocando-os numa melhor posição para ajudar os utentes após a alta</p> <p>- Reduzir os níveis de ansiedade dos acompanhantes implica um maior grau de satisfação com o serviço de urgência.</p>

urgência; - Questões sobre a avaliação da urgência da condição e as experiências no serviço de urgência não foram validadas; - Questionário distribuído e respondido na sala de espera pelos acompanhantes.	tipo-1 devido a múltiplas comparações de resultados; - O teste de classificação Wilcoxon foi usado para avaliar a mudança nos níveis de ansiedade dos acompanhantes entre 2 momentos temporais (à chegada e à saída do serviço de urgência.	- Os acompanhantes com utentes não urgentes não tiveram um alto nível de ansiedade; - Os acompanhantes com utentes com categoria ATS entre 3 e 4 reduziram significativamente a sua ansiedade aquando a saída; o mesmo não aconteceu com utentes com categoria ATS 2 e 5. <u>Mantido atualizado sobre o tempo de espera:</u> - No grupo satisfeito, em 26% dos casos a enfermeira voltou a falar com o utente; 16% no grupo neutro e 0,07% no grupo insatisfeito (diferenças significativas entre os grupos, $p=0,028$); - No grupo satisfeito, 32% iam sido mantidos atualizados em relação ao tempo de espera; nenhum no grupo neutro e 7% no grupo insatisfeito (diferenças significativas entre os grupos, $p=0,007$).
---	--	--
