



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM DE MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Intervenções de Enfermagem na Comunicação com a Família da
Pessoa em Situação Crítica – Scoping Review**

Inês Isabel Martins de Almeida

Coimbra, junho de 2023



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

XII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM MÉDICO-CIRÚRGICA

Intervenções de Enfermagem na Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica – Scoping Review

Inês Isabel Martins de Almeida

Orientadora: Professora Doutora Andréa Marques

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para
obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, junho de 2023

“...A simples possibilidade de se exprimir só por si alivia a pessoa; com efeito um sofrimento comunicado, é um pouco como um sentimento dividido...”

(Cheveau, s.d.)

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de mestrado é uma longa jornada, onde coexistem sentimentos de tristeza, de alegria, de incerteza e de medo. Acima de tudo é um processo interno extremamente solitário, onde não somos nós que encontramos as palavras, são as palavras que nos encontram, sendo por vezes uma demanda longa e dolorosa.

A realização deste trabalho só foi possível pelo apoio de algumas pessoas de destaque, que me energizaram sempre que o desânimo se instalou.

O meu primeiro agradecimento é dirigido à minha orientadora, Professora Doutora Andréa Marques, agradeço a orientação exemplar pautada pelo rigor científico, pela visão crítica e oportuna, e pelo empenho inexcedível, os quais contribuíram para enriquecer, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado. E fundamentalmente por ter acreditado sempre em mim, mesmo quando eu própria não acreditava.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

Aos amigos que fui fazendo neste percurso, em especial à Sandra Rito, à Carina Santos e à Joana Santos por toda a ajuda, apoio e amizade incondicional.

Aos enfermeiros tutores que me orientaram nos ensinamentos clínicos, em especial ao Enfermeiro Henrique Lopes, ao Enfermeiro Mauro Coelho e à Enfermeira Ana Teixeira, pela disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

E a ti, João, meu companheiro, meu pilar, meu amigo e meu amor. Foste e és a minha força motriz, sem ti seria tudo bem mais difícil e não teria o mesmo sabor.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BIS - Bispectral Index

CA – Conceito de Auto-Regulação

CVC – Catéter Venoso Central

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

CU – Catéter Urinário

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

DVE – Derivação Ventricular Externa

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EV – Endovenosa

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERC- Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

HIC – Hemorragia Intracraniana

HSA – Hemorragia Subaracnoideia

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

LA – Linha Arterial

MAV – Malformação Arteriovenosa

MC – Morte Cerebral

MRSA - Staphylococcus aureus resistente à Meticilina

NIRS - Near-infrared Spectroscopy

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAM – Pressão Arterial Média

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PbtO2 - Oxigenação do tecido cerebral

PIC – Pressão Intracraniana

PNSD – Plano Nacional de Segurança da pessoa

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

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

PRx - Índice de Reatividade à Pressão

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SABA - Soluções Antissépticas de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UDC – Unidade de decisão clínica

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

A pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos apresenta frequentemente limitações que interferem com o processo de comunicação, sendo na maioria das situações a família que assume o papel de interlocutor com a equipa interdisciplinar. Este processo é crucial tanto para o correto entendimento da situação clínica da pessoa, como também para o processo de tomada de decisão; assim torna-se essencial desenvolver estratégias e intervenções de enfermagem que facilitem e potenciem o processo de comunicação entre a família e a equipa interdisciplinar no contexto de cuidados intensivos.

Com o objetivo de dar resposta à questão da comunicação com a família, foi realizada uma scoping review e desenvolvidos trabalhos nesse sentido, com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados relativamente à família da pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos, que experiencia um processo de transição saúde-doença.

O presente relatório aborda ainda a análise e reflexão crítica da aquisição e desenvolvimento de competências, comuns e específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas em contexto de ensino clínico – serviço de urgência e serviço de neurocríticos.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Comunicação, Família, pessoa em situação crítica, cuidados intensivos

ABSTRACT

Critically ill patients hospitalised in intensive care units often have limitations that interfere with the communication process, and, in most situations, the family assumes the role of interlocutor with the interdisciplinary team. This process is crucial for both the correct understanding of the patient's clinical situation and the decision-making process; therefore, it is essential to develop nursing strategies and interventions to facilitate and enhance the communication process between the family and the interdisciplinary team in intensive care units.

In order to address the issue of communication with the family, a scoping review was conducted and works were developed to promote the safety and quality of the care provided to the family of critically ill patients admitted to an Intensive Care Unit who are experiencing a health-illness transition process.

This report also addresses the analysis and critical reflection on the acquisition and development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing acquired in a clinical teaching context - emergency service and neurocritical care service.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Communication, Family, critically ill person, intensive care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Monitorização neurológica e sistémica.....	63
Figura 2 - Fluxograma PRISMA-ScR de seleção e processo de inclusão dos estudos. Os resultados da análise dos artigos encontram-se sumariados na Tabela.....	84

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Fonte: adaptado Regulamento 140/2019)	33
Tabela 2 – Características e especificações dos estudos incluídos.....	85
Tabela 3 – Caracterização dos estudos por outcome.....	88

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	22
PARTE I - RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	26
1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ENSINO CLÍNICO.....	28
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU.....	28
1.2 SERVIÇO DE NEUROCRÍTICOS DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO.....	29
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	32
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	34
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	42
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	48
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL.....	53
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	60
3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	60
3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	69
3.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	69

PARTE II – Intervenções de Enfermagem na comunicação com a família da pessoa em situação crítica – scoping review.....	74
RESUMO.....	76
ABSTRACT.....	78
INTRODUÇÃO.....	80
1. MÉTODOS.....	82
1.1. LOCALIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	82
1.2. SELEÇÃO DOS ESTUDOS E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	82
1.3. EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS.....	83
2. RESULTADOS.....	84
3. DISCUSSÃO.....	90
CONCLUSÃO.....	94
REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS.....	96
CONCLUSÃO.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
APÊNDICES	
APÊNDICE I - PROJETO DE ENSINO CLÍNICO	
APÊNDICE II - GUIÃO CONFERÊNCIA FAMILIAR	
APÊNDICE III - <i>Journal Club</i>	
APÊNDICE IV - APRESENTAÇÃO JOURNAL CLUB	
APÊNDICE V - ABSTRACT CEMI	
APÊNDICE VI - E-PÓSTER	
APÊNDICE VII - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE HIGIENE DAS MÃOS	
ANEXOS	
ANEXO I - CURSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	
ANEXO II - CURSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA	

ANEXO III - CURSO PRINCIPALES CUIDADOS E INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EM URGENCIAS Y EMERGENCIAS

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Ensino clínico surge no âmbito da Unidade Curricular Ensino clínico com Relatório Final, integrada no plano de estudos do 2.º ano do XII curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a funcionar na Escola de Enfermagem de Coimbra.

O ciclo de estudo conducente ao grau de mestre na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge na sequência de um conjunto de orientações legais nomeadamente nas constantes no capítulo III do Decreto-Lei nº 63/2016 que revoga, altera e atualiza o Decreto-Lei 74/2006 e define capacidades e competências que conferem o grau de mestre e o Despacho nº 3034/2018 de 23 de março onde é publicada a sua estrutura e o seu plano de estudos.

Levando em consideração os objetivos solicitados para a consecução da Unidade Curricular Ensino Clínico com Relatório Final, foi elaborado um projeto de ensino clínico (Apêndice I), onde figuram as atividades a desenvolver, tendo como objetivo major a aquisição das competências estabelecidas no Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Numa lógica de enriquecimento do percurso formativo e reflexivo, foram contemplados dois locais de ensino clínico que fizeram parte do plano de estudos, nomeadamente, o Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) e o Serviço de Neurocríticos do Hospital de São João (nível III), onde decorreu o ensino clínico com maior carga horária, contribuindo de forma preponderante para a realização do presente trabalho.

A comunicação, e mais concretamente a comunicação com a família da pessoa em situação crítica, foi uma temática que foi emergindo como foco de inquietação e alvo de reflexão ao longo do percurso formativo, assumindo elevada importância na concretização deste relatório final. A comunicação terapêutica em enfermagem é considerada uma competência profissional fundamental, uma vez que todos nós nos relacionamos através da comunicação, sendo através dela que estabelecemos empatia uns com os outros (Matos, Mendes, Bispo, & Amendoeira, 2020). Torna-se por isso

primordial comunicarmos com a pessoa, numa relação bidirecional de troca de experiências, sensações e medos. Durante o processo de saúde /doença vivenciado pela pessoa e pela família a comunicação assume elevada importância, sendo o alicerce no estabelecimento de relações terapêuticas entre enfermeiro e família. Desta forma, é esperado que o enfermeiro na interação com a família a vivenciar um processo de transição saúde-doença, esteja preparado para uma implementação eficaz de estratégias e intervenções facilitadoras que potenciem o processo de comunicação. Este, deverá ser considerado pela equipa de enfermagem como a primeira e principal ferramenta na prática de cuidados de elevada qualidade que compõe a tríade pessoa-família-enfermeiro.

No contexto da pessoa em situação crítica, onde a presença de instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência são denominadores comuns, é na família que se centra o processo de comunicação, quer seja na transmissão de informação, como também no processo de tomada de decisão. Tendo em conta a importância do elemento família, torna-se fundamental que seja prestado apoio desde o primeiro momento, tendo ainda o cuidado de providenciar acompanhamento específico e direcionado em cada etapa do plano de cuidados. É consensual a importância na reflexão desta temática, no entanto ainda se verificam muitas resistências, quer na sua operacionalização, aplicabilidade e avaliação.

O presente relatório tem como objetivo dar ênfase e visibilidade às competências comuns e específicas do EEMC adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos, evidenciando o processo de consecução através da sua descrição e posterior reflexão. Para além do objetivo supracitado, será ainda dado enfoque à comunicação com a família da pessoa em situação crítica, assumindo-se assim como outro objetivo deste trabalho, dando o mote para a realização de uma investigação secundária na forma de scoping review sob o tema “Intervenções de Enfermagem na Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica – scoping review”. A pesquisa foi realizada em três bases de dados: PubMed, Cinahl e RCAAP.

Desta forma, para dar resposta ao planeado e de acordo com as orientações gerais para a elaboração do relatório de ensino clínico que constam no CTC informa nº46 de 21 de março de 2022, o presente documento será constituído por duas partes. Na parte I intitulada Ensino clínico de Natureza Profissional irão figurar conteúdos relativos à descrição sumária dos locais de ensino clínico realizados, bem como a descrição crítica das atividades desenvolvidas e do contributo da clínica para o desenvolvimento de

competências no domínio pessoal e profissional do enfermeiro especialista, recorrendo a evidências científicas na área de enfermagem e subárea de especialização. A parte II surge sob a designação de Investigação, onde será desenvolvida a componente de investigação em enfermagem, e onde figurarão os seguintes elementos: a identificação do problema de investigação, relacionado com a prática clínica em contexto de ensino clínico; planeamento metodológico para a resolução do problema identificado; e apresentação de resultados, discussão e conclusão.

Para a consecução deste relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico reflexiva, sustentada numa pesquisa bibliográfica abrangente, o que permitiu a fundamentação das reflexões e de todas as ações realizadas. Importa igualmente referir que as oportunidades de aprendizagem em contexto de ensino clínico, assim como a partilha e discussão de conhecimentos com os profissionais dos serviços, incluindo os enfermeiros tutores, assumiram elevada preponderância para a realização deste trabalho.

O presente relatório terá o seu término com uma conclusão, onde se fará uma síntese relativa ao percurso realizado nos locais de ensino clínicos. Serão abordadas as implicações para a prática, para a formação e investigação, bem como as sugestões de melhoria contínua. O documento será elaborado de acordo com as normas de realização de trabalhos escritos vigente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM**

1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os ensinamentos clínicos que serviram de substrato a este relatório tiveram lugar no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e no Serviço de Neurocríticos do Hospital de São João. Seguidamente irei caracterizar, de forma sumária, os contextos onde realizei os ensinamentos clínicos, tendo em consideração a sua tipologia de acordo com o disposto por lei.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU

Nos termos do disposto no artigo 6.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, alínea C, "Serviço de Urgência Polivalente (SUP)" é o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar e dispondo, para além de todos os recursos referidos na alínea d) do presente número - referente ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência – serviço de Urgência Médico-Cirúrgica é garantida a articulação com as urgências específicas de Pediatria, Obstetrícia e Psiquiatria segundo as respetivas redes de referência, e ainda das seguintes valências: Gastrenterologia, Cardiologia de intervenção, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia plástica e reconstrutiva, Cirurgia vascular, Neurocirurgia, Imagiologia com angiografia digital e RMN, e Patologia clínica com toxicologia.

O SU do CHTV é considerado um SUP (Direção-Geral de Saúde, 2001) e tem uma afluência diária média de cerca de duzentos e cinquenta doentes, referenciando ainda uma população direta e indireta de cerca de quinhentas mil pessoas, da região de Viseu, Guarda e Douro Sul, para prestação de cuidados urgentes de alta diferenciação para este território do interior. É dotado de uma vasta uma equipa interdisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, assistentes operacionais, administrativos, seguranças, entre outros.

O serviço é composto por várias valências, à semelhança de qualquer SUP, nomeadamente:

Área de Triage, onde se realiza a triagem pelo método de triagem de Manchester; Sala de Tratamentos Menos Urgentes (“Sala dos Verdes”); Sala de Tratamentos Urgentes (“Sala Aberta” e “Cirurgia”); Sala de Pequena Cirurgia; Sala de Emergência; Sala de Observação (SO) dotada de oito camas em *open space* e um quarto de isolamento, para internamentos curtos balizados entre as 24H e as 48H; Unidade de Decisão Clínica (UDC), que acolhe pessoas que necessitam de vigilância até à decisão clínica, tendo capacidade para seis doentes, com internamentos com a duração de seis a oito horas.

Existem igualmente vários consultórios médicos dedicados às especialidades e um posto de informações, assegurado por um enfermeiro, com o objetivo de manter patente o canal de comunicação entre a equipa interdisciplinar e a família.

À data da realização do ensino clínico, março de 2022, existia ainda uma valência dedicada aos doentes com sintomatologia de Covid-19, composta por equipa dedicada de enfermeiros e assistentes operacionais.

A equipa de Enfermagem do SU é uma equipa com cerca de cem elementos, distribuídos por seis subequipas, tornando a organização e distribuição dos elementos mais simplificada. Os elementos são distribuídos pelos três turnos de trabalho, manhã (8H-16H), tarde (16H-23h45) e noite (23h45h-8h). Em cada turno estão distribuídos vinte elementos, à exceção do turno da noite que é composto por quinze elementos, de ressaltar que em cada turno existe um enfermeiro com funções de coordenação.

O método de trabalho implementado é o método funcional, consiste num modo de organização em que o processo global de trabalho é segmentado em tarefas, e em que cada profissional é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Costa, 1995).

1.2. SERVIÇO DE NEUROCRÍTICOS DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO

O Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de São João é composta por três unidades funcionais, estando uma dessas unidades vocacionada para pessoas que carecem de cuidados intensivos no âmbito da Neurocirurgia – Serviço de Neurocríticos. A unidade tem lotação máxima de dezasseis camas, sendo dez camas de nível III de cuidados e seis camas de nível II de cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), o nível II de cuidados, “*tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior*”. Já o nível III de cuidados “*corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição, UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável*”.

O serviço de Neurocríticos cumpre os requisitos designados por lei, estando dotado das equipas necessárias, bem como dos equipamentos que são imprescindíveis para a neuromonitorização multimodal da pessoa em situação neurocrítica (sensor de pressão intracraniana, monitorização de temperatura cerebral, monitorização da oxigenação cerebral e monitorização de pressão de perfusão cerebral) e para a monitorização global da pessoa, garantido a sua estabilidade hemodinâmica. Assume-se como uma unidade de referência a nível nacional no tratamento de pessoas com este tipo de patologias, estando dotado de profissionais altamente especializados, formando assim uma equipa interdisciplinar com uma intervenção comum e efetiva.

Apesar do disposto no regulamento supracitado relativamente às dotações da equipa de enfermagem, devo denotar a lacuna que o serviço apresenta neste ponto. De acordo com a lei, nas unidades nível III o rácio enfermeiro/pessoa está balizado na proporção de 1:1, ao passo que nas unidades nível II este rácio é de 1:2. No serviço de Neurocríticos o número de enfermeiros por turno é sempre constante, sendo seis enfermeiros para dez pessoas internadas na unidade de nível III e dois enfermeiros para seis pessoas internadas na unidade de nível II em cada turno – manhã, tarde e noite. A equipa de enfermagem é composta por cerca de setenta elementos e encontra-se subdividida em seis equipas, tendo cada equipa um elemento que assume a posição de chefia, elemento que detém um nível de competências mais completo e diferenciado. Existe igualmente uma equipa de

enfermeiros especialistas em reabilitação que dá apoio à unidade. Apesar da filosofia de cuidados nesta unidade assentar no método individual de trabalho, a prestação de cuidados diretos à pessoa é realizada exclusivamente pela equipa de enfermagem, havendo, portanto, uma forte componente de trabalho em equipa.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Numa primeira abordagem no que concerne ao desenvolvimento das competências, tanto comuns como específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, importa definir a trajetória da conceptualização da Enfermagem e do Enfermeiro.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), regulamentado em Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, a Enfermagem é a profissão, na área da saúde, que tem como finalidade prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo durante o seu ciclo de vida, assim como à comunidade em que está inserido, de modo a preservar, melhorar ou restaurar a sua saúde e a atingir o máximo estado funcional tão depressa quanto possível.

Neste sentido, e de acordo com o Regulamento 140/2019, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui apresentam de acordo com as disposições do Estatuto em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), tem como alvo da sua ação conceber, implementar e avaliar planos de intervenção com o objetivo de dar resposta às necessidades das pessoas/famílias alvo dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que requerem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo assim complicações e eventos adversos, fomentando a promoção da saúde e a prevenção da doença em diversos contextos de ação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, o conteúdo funcional comum a todos os enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista encontra-se delimitado em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De acordo com o artigo 4º do Regulamento 140/2019 publicado em Diário da República, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes (tabela 1):

Domínios		Descrição
	Responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; • Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
	Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; • Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; • Garante um ambiente terapêutico e seguro.
	Gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; • Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Fonte: adaptado Regulamento 140/2019)

Em cada domínio indicado serão elencadas as atividades desenvolvidas ao longo de cada ensino clínico, tendo em conta as aprendizagens mais relevantes e impactantes que foram alvo de processo de reflexão, resumindo todo o trabalho desenvolvido para demonstrar o caminho percorrido na aquisição das competências comuns ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Importa referir que o processo de reflexão se baseou numa atividade conjunta que reuniu vários elementos de relevo, nomeadamente a

professora orientadora, os enfermeiros orientadores, as equipas de enfermagem e as equipas interdisciplinares. Será ainda realizada uma breve contextualização teórica às diferentes situações, sempre que considere necessário e enriquecedor para o desenvolvimento das temáticas.

Os ensinamentos clínicos incluídos na minha reflexão dizem respeito ao SU do CHTV, que decorreu entre o dia nove de maio e o dia um de julho de 2022, num total de 203h, e ao serviço de Neurocríticos do Hospital de São João que foi desenvolvido em dois blocos, de catorze de novembro de 2022 a três de fevereiro de 2023, e de treze de fevereiro a vinte e três de junho do corrente ano, num total de 498h.

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O âmago da ação da Enfermagem é o ato de cuidar a pessoa e a sua família numa lógica sistémica. Neste sentido, o ato de cuidar pressupõe respeito, pela pessoa no seu contexto, e pressupõem o conceito de dignidade humana que tantas vezes figura nos documentos que regem a profissão de Enfermagem.

A expressão “dignidade” deriva da palavra latina dignitas – que, por sua vez, é uma tradução do vocábulo grego axia – e é, amiúde, traduzida por “valor” ou “axioma”, seguindo a tradição aristotélica, ou então associada à ideia de algo que tem um valor intrínseco, “por si mesmo” (Botelho, 2017).

Levando em consideração o artigo 8º do REPE (1998), refere que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

Ainda de acordo com o Artigo 97.º do Estatuto da OE, os membros estão obrigados a “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

Nesta abordagem, podemos afirmar que a dignidade se relaciona sempre com a vida, o bem, a justiça e a verdade. Considerar a vida humana e os direitos a ela inerentes constituem as principais razões que têm levado à ênfase da reflexão sobre o problema da dignidade do homem e à criação de códigos internacionais de conduta (Botelho, 2017). Pela ótica da ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados regula-se por princípios e valores em que a dignidade humana é o verdadeiro alicerce e que deverá

estar presente, de forma evidente, em todas as tomadas de decisão e intervenções. No seu exercício profissional, o enfermeiro EEMC observa os valores humanos intrínsecos do indivíduo e dos grupos onde está inserido, assumindo o dever de respeitar e fazer respeitar o indivíduo em toda a sua dimensão (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005).

Serviço de Neurocríticos – Hospital de São João

Considerando o contexto da pessoa em situação crítica, tendo em conta a magnitude e a especificidade, tanto da pessoa, como do ambiente que o rodeia, é importante perceber como nós enfermeiros, devemos agir para prestar cuidados de enfermagem individualizados e de excelência, respeitando e promovendo a competência acima descrita.

Neste primeiro domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, devo afirmar que sempre procurei manter o meu foco numa prática clínica dirigida à pessoa em situação crítica e sua família, baseando-me sempre nos princípios fundamentais reguladores da profissão.

É inequívoco que o contexto de cuidados intensivos é altamente diferenciado comparativamente com outros serviços, quer ao nível dos recursos humanos que são altamente especializados, como também à disponibilidade de tecnologia de ponta que auxilia na consecução de diagnósticos e na manutenção das funções vitais. Uma pessoa que carece de tratamento em cuidados intensivos, é sinónimo de alguém que se encontra num nível de fragilidade elevado, que necessita de cuidados altamente especializados e individualizados, neste sentido, temos igualmente que considerar a sua família, formando-se assim uma tríade inexoravelmente indissociável – pessoa, família e enfermeiro. Tendo em conta a condição clínica de muitas destas pessoas internadas em unidade de cuidados intensivos, é imprescindível para a sua sobrevivência a conexão a suporte ventilatório através de ventilação mecânica invasiva (VMI), impossibilitando assim uma atividade básica e fundamental, a comunicação. Desta forma, a VMI assume-se como uma condicionante importante ao processo de comunicação da pessoa, durante o internamento na UCI.

No decorrer do ensino clínico e no decurso desta impossibilidade, importa referir que um dos aspetos mais preponderantes de reflexão com os vários intervenientes do meu processo de aprendizagem relacionou-se com a questão da autonomia e tomada de decisão consciente por parte da pessoa. Existem inúmeras questões que se poderão colocar neste âmbito, e que carecem de reflexão, nomeadamente: é compatível o estado da pessoa com

o exercício da sua autonomia? Na impossibilidade de a pessoa exercer o seu direito de autonomia na tomada de decisão informada e esclarecida, quem assume esse papel?

O conceito de autonomia assume-se como um conceito de elevada complexidade, que tem implicações num grande número de disciplinas, desde a política até à filosofia, tendo-se tornado preponderante no campo da bioética nos últimos anos, na medida em que durante décadas, na área da saúde a relação profissional de saúde-pessoa pautava-se pelo paradigma paternalista, assumindo a pessoa uma posição passiva no que diz respeito à tomada de decisão em relação ao seu plano de cuidados.

Na obra de Beauchamp e Childress estudada por Martins (2013) , os autores procuram contribuir para uma compreensão mais profunda do conceito de “autonomia” (de “autos”/eu e “nomos”/regra, lei) no contexto das tomadas de decisão biomédicas, distinguindo entre o valor moral da autonomia enquanto pré-requisito para o exercício da moralidade e o princípio *prima facie* do respeito pela autonomia. As “pessoas autónomas” são reconhecidas pela capacidade que têm de se autodeterminarem e de se governarem, de compreenderem, deliberarem, efetuarem escolhas independentes, já o respeito pela autonomia provém do reconhecimento do valor da pessoa enquanto sujeito que tem o direito de escolha e não o dever ou obrigatoriedade de escolher. A diferença entre autonomia e respeito pela autonomia tem por base a necessidade de atender àqueles cuja debilidade provocada por doença ou pela vulnerabilidade, inviabiliza o exercício pleno da sua autonomia. Ao contrário da pessoa autónoma, cuja capacidade de autodeterminação e de autocontrolo, perante os desejos mais básicos ou, mais complexos, lhe permite atuar livremente em conformidade com o plano de cuidados que escolheu – isento de controlo de influências externas - uma pessoa com a autonomia reduzida é aquela que, em alguns aspetos e circunstâncias, é controlada por outrem, por não se mostrar capaz de deliberar ou agir de acordo com o seu plano (Martins, 2013).

Quando uma pessoa não está capaz de exercer a sua autonomia devido ao seu quadro clínico que o impossibilita de toda e qualquer decisão, inviabilizando igualmente a obtenção do consentimento informado, como enfermeira EEMC, passo a refletir a existência de algumas opções que contornem esta impossibilidades, nomeadamente o consentimento presumido, a existência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) ou ainda a figura do procurador de cuidados de saúde.

Uma das razões fundamentais para a existência de consentimento informado é o respeito pela pessoa. O conceito de consentimento informado é composto por dois componentes fundamentais: Compreensão e Livre consentimento. A junção destes dois conceitos,

quando assumidos pela pessoa, figuram a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de autorresponsabilização e liberdade de escolha (Saúde, 2009).

O consentimento presumido encontra-se legislado tanto no código civil como no código penal, assim no domínio dos atos médicos devemos considerar o previsto no nº 2 do artigo 156º do CP. Esta norma legitima a intervenção sem consentimento, quando este:

“a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde;

b) Tiver sido realizado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado” (Saúde, 2009).

Ressalvo que o consentimento informado só pode ser substituído pelo consentimento presumido em situações em que a pessoa em situação crítica não pode providenciar o seu consentimento.

No que diz respeito à existência de uma DAV, de acordo com o artigo 2º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho:

“As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.”

No mesmo documento legal é feita a alusão à nomeação do procurador de cuidados de saúde, que deverá ser nomeado através de formalização legal.

No decurso do ensino clínico em contexto da pessoa em situação crítica, realizado no serviço de Neurocríticos do Hospital de São João, considereei fundamental a reflexão sobre uma situação em particular, situação esta que diz respeito ao consentimento informado/procurador de cuidados de saúde. Na realidade portuguesa, muito embora já se encontre legislado, esta temática da DAV ainda é pouco conhecida e aplicada, a maioria da população desconhece tanto a existência como o teor da lei, cabendo a todos os profissionais de saúde trabalhar na promoção da sua divulgação e no esclarecimento do seu corpo conceptual. Na pessoa em situação crítica, aquando da necessidade de

tomada de decisão sobre algum procedimento invasivo não urgente, – se urgente é aplicado o consentimento presumido, acima explanado – é assumida a família como agente decisor. Durante o meu período de ensino clínico, não foram raras as vezes em que família, familiar significativo (sem qualquer nomeação legal) foi impelido a tomar a decisão pela pessoa aquando da decisão de realizar traqueostomia. Relembrando que a pessoa e a sua família integram um sistema, é importante referir que a família vivencia momentos de temor, angústia, medo da perda e também se encontram num processo de transição saúde-doença. Ainda assim, são naturalmente incumbidos de tomar a decisão, de assinar o documento que autoriza a realização do procedimento, sem que na verdade possuam o conhecimento suficiente para tomar tamanha decisão. Assim, cabe ao enfermeiro EEMC liderar este processo e encetar estratégias de comunicação que possibilitem uma maior apropriação de conhecimento por parte do decisor, sempre com o objetivo major do bem-estar da pessoa alvo de cuidados. Descrevo de seguida uma das situações em que liderei este processo, no contexto da necessidade de substituição do tubo orotraqueal para a realização de uma traqueostomia dada a previsão de uma entubação prolongada. Nesta situação, expliquei de forma simples e clara em que consistia o procedimento e qual seria o seu objetivo, dando oportunidade e tempo para a colocação de dúvidas e inquietudes; muitas das vezes não é o conteúdo da mensagem, mas a forma como ele é transmitido e o tempo que se disponibiliza para a sua transmissão à família, bem como a disponibilidade demonstrada para dar resposta às dúvidas que são colocadas. Outro aspeto alvo de reflexão neste contexto diz respeito à privacidade da pessoa. Regra geral, os serviços de medicina intensiva são da tipologia de *open space*, encontrando-se as pessoas dispostas pelo espaço de acordo com as unidades de internamento disponíveis. A grande vantagem é permitir que haja uma vigilância apertada da pessoa quase ao segundo, permitindo atuar imediatamente sempre que se verifique uma situação de instabilidade. No entanto, este princípio pode colidir com o artigo 86 ° do Código Deontológico: “*Do respeito pela intimidade*”, em que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

Durante o ensino clínico e aquando da minha prestação de cuidados providenciei sempre material de apoio que permitisse a salvaguarda da privacidade e intimidade da pessoa, nomeadamente através da colocação de biombos sempre que a situação o exigisse. É importante assegurar igualmente que a pessoa está adequadamente coberta, com o

objetivo de minimizar a exposição. Houve sempre o cuidado aquando do transporte da pessoa para a realização de exames complementares de diagnóstico, salvaguardar esta questão da exposição e o respeito pela intimidade. Deste modo vamos ao encontro do disposto no Artigo 89.º do Código Deontológico, relativo aos deveres de humanização dos cuidados de enfermagem. Foi sempre considerada a privacidade da família/cuidadores aquando do período de visita.

Foi no decorrer da minha aprendizagem neste contexto inegável a importância da privacidade da pessoa, bem como o desafio de a manter dada a natureza e especificidade das UCI. É fundamental não negligenciar a pessoa considerando todo o contexto que o compõe, não descurando o quadro de valores que completam o ser humano hospitalizado.

Serviço de Urgência – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

De seguida irei debruçar-me sobre as minhas aprendizagens para a competência acima descrita na prestação de cuidados no SU uma das realidades mais agressivas e impactantes no contexto da prática de Enfermagem.

O SU encerra em si uma multiplicidade de ambientes em que se prestam cuidados de Enfermagem, com dinâmicas muito próprias exigindo do enfermeiro uma capacidade de adaptação constante. A admissão de uma pessoa no SU inicia-se sempre na triagem, aqui, o profissional que realiza a triagem, que na realidade portuguesa é um enfermeiro, com formação específica, pode marcar de forma indelével a sua passagem pela instituição. O desempenho desta função é de primordial importância e poderá fazer a diferença no percurso do utente no serviço (GTP, 2010).

Para já, detenho-me um pouco neste contexto, refletindo sobre a experiência que tive ao longo do ensino clínico, julgo ser importante debruçar-me sobre alguns aspetos. Primeiro a existência de dois postos de triagem, contíguos, sem insonorização, onde à partida a pessoa fica extremamente exposta e viola grandemente o seu direito sobre a privacidade e confidencialidade, obrigação ético-legal, e consagrados no artigo 85º e 86º do Código Deontológico “*do dever de sigilo*” e “*do respeito pela intimidade*”, respetivamente. Para além destas condicionantes, acresce ainda que se atravessava a época pandémica, existindo um acrílico que se entrepunha entre pessoa e o enfermeiro, sendo mais uma barreira à comunicação. Nesta situação as estratégias utilizadas basearam-se na colocação de uma cortina entre os dois postos e não foram raras as vezes que que colaborei no processo de triagem junto à pessoa, por forma a tornar mais efetivo o canal de comunicação, e explorar a comunicação não verbal.

Descrevo uma situação em particular, complexa do ponto de vista social e emocional, cuja intervenção foi pautada pela diferença, tendo posteriormente suscitado um período de reflexão entre mim, o meu enfermeiro tutor. Uma idosa entra em maca, acompanhada por dois bombeiros, apercebendo-se que sou a única mulher na sala começa a relatar o horror que passou às mãos do seu agressor sexual, com grande detalhe e pormenor. Senti-me perfeitamente impotente perante o desenrolar do discurso, mas ouvi a senhora atentamente, percebi que ali se sentia segura e escutei, mantendo-me sempre numa posição de proximidade. Enquanto isto o meu tutor libertou toda a sala de triagem, deixando-nos a sós, agilizando de forma segura a transferência da senhora para um local seguro e resguardado, como ditam as boas práticas, enquanto esperava pela observação do profissional da especialidade atribuída. A diferença encontra-se sempre nos pequenos pormenores, uma vez que estes podem ter um impacto gigantesco na vida das pessoas. As ações por nós encetadas podem parecer, à partida, desprovidas de grande importância, mas no final sei que fizemos a diferença com a simples, mas grandiosa ação de dignificar aquela pessoa e de humanizar os nossos cuidados.

Avançando no circuito da urgência, vou-me focar na sala aberta e na sala de cirurgia, as duas salas com conceito de *open space* e onde normalmente são alocadas inúmeras pessoas. Ora assim se começa a desenrolar uma enorme lista de dificuldades, onde mais uma vez a questão da privacidade e intimidade se encontram em risco constante. A não existência de lotação máxima estipulada, sendo as macas alocadas indiscriminadamente num lugar vago, mesmo que isso signifique que estejam contíguas umas às outras, a não existência de separação física entre homens e mulheres, a inexistência de instalações sanitárias em número suficiente, a falta de recursos humanos, a falta de recursos materiais leva uma situação limite de difícil resolução. Como futura enfermeira EEMC, fui desenvolvendo algumas estratégias com o objetivo de promover a privacidade e dignidade das pessoas, nomeadamente: organização da localização das macas tendo em consideração o espaço físico disponível; coordenação da equipa para a questão da gestão ótima do espaço; transferência das pessoas para lugares mais resguardados sempre que foi necessária uma intervenção que exigisse maior exposição; o recurso, sempre que necessário e possível, de cortinas ou dos biombos; o acompanhamento das pessoas ao sanitário, sempre que se reúnam condições, com o objetivo de minimizar o uso da arrastadeira/urinol, dado que a necessidade da sua utilização aumenta a exposição e diminui a privacidade do pessoa. Todas estas atividades permitiram promover a dignidade e a privacidade das pessoas que se encontravam no SU, aumentando assim a qualidade

dos cuidados. Outro aspecto sensível diz respeito aos momentos de passagem de turno e na transmissão de informação, por tudo o que já foi disposto anteriormente, são situações de pôr em causa o “*do dever do sigilo*” e influenciar o “*dever de informar*”, ambos deveres integrantes do Código Deontológico que rege a profissão de Enfermagem. Aqui assenta igualmente a importância da questão do consentimento informado, sempre que surgiu a necessidade de executar algum procedimento, procurei informar a pessoa de forma clara e concisa sobre o que foi planeado para si, permitindo assim que este tivesse a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e que se mostrasse proativo no cumprimento do seu plano de cuidados. Nem sempre se assume uma tarefa fácil, muitas das pessoas internadas em contexto de SU são pessoas idosas, dependentes e com alteração do nível de consciência, para atenuar esta variável, sempre que possível, a família foi chamada a colaborar com os cuidados, tanto para partilha de informação relevante acerca da pessoa, como na tomada de decisão acerca de procedimentos e/ou ações a realizar. Apesar de todas as vicissitudes inerentes a um SU, toda e qualquer pessoa deve existir para além de um número ou de uma pulseira, merece, pois, toda a atenção dos profissionais neste tipo de ações, que podendo ser considerados pormenores, no final marcam a diferença.

Sempre que uma pessoa dá entrada no SU com destino à sala de emergência, dada a complexidade do seu estado clínico, o fulcro da ação levada a cabo será sempre salvar a pessoa, levando os profissionais a um grande empenho nesta missão elevando os níveis de concentração e de rápida mobilização de conhecimentos e saberes com o objetivo de prestar cuidados efetivos e de qualidade. Assim, a questão da humanização de cuidados neste contexto torna-se ainda mais desafiante na sua aplicabilidade, a necessidade de uma estabilização rápida da pessoa contribui para que fique para segundo plano a gestão de emoções relacionadas com a vivência da situação. Esta dificuldade juntamente com o contexto pandémico vivenciado, em que as restrições ainda se tornam mais alargadas, ampliaram os níveis de ansiedade e descontentamento perante os cuidados de saúde. e concomitantemente com os profissionais. Neste sentido, a comunicação entre a equipa e a pessoa/família torna-se fundamental para o esclarecimento de dúvidas, aumento da confiança e consequentemente, a redução da ansiedade.

Ao longo do ensino clínico procurei desenvolver a minha ação sempre baseada no respeito pela autonomia e autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida, dando primazia ao princípio da dignidade dos cuidados de enfermagem. Como futura enfermeira EEMC, foi fundamental adotar uma prática de acordo com a ética e

deontologia profissional, respeitando a pessoa como ser humano único, com respeito pela sua dignidade, privacidade, crenças e valores.

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de Enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012).

A Enfermagem, à semelhança de outras ciências, vê assim o seu desenvolvimento alicerçado na qualidade, sempre com o objetivo, missão e visão na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A evolução para níveis mais exigentes e complexos do conhecimento específico da disciplina, em linha com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros (Campos, 2014).

De acordo com Donabedian (2003), a qualidade em saúde refere-se ao balanço final entre a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente; estes benefícios, são definidos em função do atingível de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Estabelece ainda três dimensões para a definição de qualidade em saúde: a dimensão técnica onde é feita referência à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal onde se alude à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que menciona condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

De acordo com o Regulamento nº 361 de 2015 da OE, sabe-se que a diversidade das problemáticas de saúde são cada vez mais complexas e, por outro lado, surge uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português (OE, 2015a).

Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional e da qualidade dos cuidados que presta, a OE define sete categorias de enunciados descritivos de qualidade

do exercício profissional dos enfermeiros, que correspondem aos padrões de qualidade presentes na profissão de enfermagem, sendo eles: a procura de elevados níveis de satisfação dos seus pessoas; promoção da saúde da pessoa em situação crítica; prevenção de complicações para a saúde da pessoa crítico; maximização do bem-estar do pessoa, complementando as atividades de vida diária em que a pessoa é dependente; desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; maximização da eficácia na organização dos cuidados; e ainda a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção. Estes enunciados visam explicitar a natureza da enfermagem e englobar os diferentes aspetos da profissão, pretendendo-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante na definição do papel do enfermeiro especialista perante os pessoas, famílias e comunidades, distinguindo-o assim de outras profissões (OE, 2015a).

Serviço de Neurocríticos – Hospital de São João

Um dos fulcros da melhoria contínua de cuidados assenta na segurança da pessoa, ao longo do ensino clínico procurei desenvolver uma prática dirigida à segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. A segurança da pessoa é uma prioridade de saúde pública e uma componente basilar para a qualidade dos cuidados de saúde, que depende do compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização (DGS, 2022a).

De acordo com Azevedo et al. (2017) a existência de procedimentos, bem como a sua divulgação institucional é extraordinariamente relevante quando se fala de qualidade em saúde, concluindo que os cuidados de saúde protocolados, quando aplicados no seio da equipa interdisciplinar, são fundamentais para uma uniformidade e qualidade dos mesmos, aumentando também a sua eficiência.

Em contexto de cuidados intensivos, dada a complexidade, abrangência e especificidade dos cuidados a prestar, já impera esta questão da protocolização de procedimentos e ações. Existe, portanto, um trabalho bem desenvolvido no que concerne à construção e atualização de protocolos, bem definidos e adequados à realidade do serviço, promovendo-se assim um ambiente seguro especialmente para quem se integra de novo no serviço. Quando iniciei o ensino clínico no serviço de Neurocríticos tive a preocupação de solicitar os protocolos existentes (protocolo de nutrição artificial, protocolo de controlo glicémico, protocolo de manuseamento de pessoa submetida a procedimentos

endovasculares, protocolo de administração intratecal de fármacos, protocolo de hipertensão intracraniana, protocolo de monitorização de oxigenação cerebral e protocolo de abordagem à pessoa com hemorragia subaracnoideia), com o objetivo de me inteirar das práticas realizadas e acima de tudo para fazer o meu percurso em segurança, e com segurança para a pessoa em situação crítica. Com a leitura dos protocolos e a sua bibliografia associada pude apropriar-me de conhecimentos mais profundos e complexos sobre como cuidar de uma pessoa com patologia neurocirúrgica, tendo em consideração todas as variáveis que influenciam a sua estabilidade, nomeadamente: o controlo da pressão arterial média, da pressão intracraniana, da pressão de perfusão cerebral, da temperatura, da glicémica, da pressão dos gases – oxigénio e dióxido de carbono -, e do equilíbrio de eletrólitos. Todo este conhecimento mune o enfermeiro de ferramentas valiosas na abordagem, estabilização e vigilância da pessoa em situação neurocrítica, proporcionando um ambiente seguro na prestação de cuidados, quer para o profissional que cuida, quer para a pessoa que é cuidada.

Considero que a comunicação é a base da enfermagem, é o pivô que permite prestar cuidados com a qualidade exigida, sendo a inclusão da família neste processo uma mais-valia e um direito que assiste à pessoa em situação crítica. Tendo em consideração esta temática e o contexto do presente relatório, importa referir que um dos pilares fundamentais do Plano Nacional de Segurança da Pessoa (PNSD) 2021-2026 se relaciona com a comunicação uma vez que “a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados(...)”, estando definido como objetivo estratégico “adequar a comunicação da informação clínica à pessoa, família e cuidador” (Diário da República, 2021).

Diferentes estudos evidenciam que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, as pessoas e seus familiares, é essencial na prevenção de eventos adversos. Deste modo, a comunicação em todo o percurso da pessoa, é vital para a qualidade e segurança da prestação de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, e onde se inclui a pessoa e a sua família/cuidador (DGS, 2022a).

A pessoa em situação crítica em contexto de internamento em UCI, usualmente apresenta instabilidade hemodinâmica com alteração do estado de consciência, estando incapacitadas de comunicar, por conseguinte, são os familiares que recebem informações clínicas nomeadamente, más notícias. Os profissionais de saúde devem ter presente se a informação transmitida ajudará a família a gerir o processo de transição, definir

estratégias e tomar decisões. Prestar apoio à família não requer apenas a discussão inicial de má notícia ou morte, pressupõe na mesma medida a informação que é fornecida diariamente ao longo do internamento para adequação do plano de cuidados. A comunicação de más notícias não se trata de um evento único, devendo os profissionais de saúde capacitar as famílias para processar as informações fornecidas e oferecer os esclarecimentos necessários para fomentar uma tomada de decisão consciente (Joekes, 2019).

O enfermeiro é um elemento-chave na equipa interdisciplinar de saúde, assume-se frequentemente como o primeiro profissional com quem as pessoas e família se cruzam quando se dirigem a uma instituição hospitalar, devendo por isso, estar sensibilizados e munidos de conhecimento no que concerne à transmissão de más notícias à pessoa e família, de forma a respeitar simultaneamente os seus códigos deontológicos e os princípios médico-legais.

A eficácia do processo de comunicação depende igualmente do corpo de conhecimentos que o enfermeiro possui para escolher e adequar as estratégias comunicacionais que melhor respondem a determinada circunstância.

Na literatura são vários os protocolos que vão sendo descritos para a comunicação e transmissão de informação. O protocolo SPIKES surge como uma estratégia para uma comunicação eficaz e adequada nos casos de notícias difíceis. Foi criado por um grupo de oncologistas americanos e canadianos, liderado por Robert Buckman, por isso em alguma literatura este protocolo surge sob a nomenclatura de protocolo de Buckman.

O principal objetivo do protocolo SPIKES (Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore Emotions; Strategy and Summary) é habilitar os profissionais de saúde a comunicar notícias difíceis, sendo este comumente utilizado por se focar nos principais pontos do processo de comunicação.

O primeiro passo do protocolo – *Setting up* – compreende o processo de preparação do ambiente com o objetivo de proporcionar bem-estar, privacidade e conforto. O profissional de saúde deve estar atento à pessoa e à sua família, bem como respeitar as suas crenças e valores questionando sempre se a pessoa pretende estar sozinha ou se deseja a companhia de um familiar. Preferencialmente este passo deve ocorrer em sala fechada, na sua impossibilidade, devem fechar-se as cortinas da unidade da pessoa. O profissional de saúde deve sentar-se, manter contacto visual com a pessoa, fazer uso do toque terapêutico e não deve ser interrompido durante este período (Baile et al., 2000).

No segundo ponto do protocolo – *Perception* – é o momento que permite ao profissional de saúde entender a percepção da pessoa em relação à sua condição. O profissional de saúde deve optar pela formulação de questões abertas, com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento que a pessoa possui acerca da sua condição. São exemplos de questões abertas: “O que é que já lhe foi transmitido acerca da sua situação clínica?”; “Sabe o porquê de ter realizado este exame?”. Os dados recolhidos são o ponto de partida para o profissional de saúde poder adaptar as informações a transmitir, tendo em consideração os conhecimentos que a pessoa já detém. Este é também um momento importante na compreensão do estado de aceitação da pessoa perante a realidade do processo saúde-doença.

O terceiro passo do protocolo – *Invitation* – possibilita a obtenção de dados acerca do desejo de obtenção de informação por parte da pessoa/família. Neste momento as pessoas e as suas famílias são abordadas com o intuito de se perceber o que desejam saber. As duas realidades coexistem, existem pessoas que pretendem saber todos os detalhes acerca da sua condição de saúde, como também existem outros que preferem não saber. O profissional de saúde deve estar preparado para os dois cenários, mostrando-se sempre disponível para responder às questões noutra momento. “Como gostaria que eu lhe desse informações sobre o resultado do último exame?”, é o exemplo de abordagem neste momento (Baile et al., 2000).

O quarto ponto do protocolo – *Knowledge* – é o momento onde a informação é fornecida à pessoa e à sua família. O diálogo é encetado com uma frase que permita que os intervenientes sejam preparados para o teor da informação a transmitir, nomeadamente: “Infelizmente, tenho uma má notícia para lhe dar”. A informação sobre a gravidade da situação bem como o plano de cuidados a instituir deve ser facultada de forma direta e o mais honesta possível. A linguagem a adotar deve ser clara, simples, sem termos técnicos específicos e que possam dificultar a sua compreensão. O profissional de saúde deve ainda certificar se a pessoa/família entenderam a informação partilhada e se necessitam de esclarecimento adicional. Deve ser dado espaço e tempo suficiente para que a informação seja assimilada antes de se colocar novas questões (Baile et al., 2000).

A quinta fase do protocolo – *Emotions* – consiste em fornecer uma resposta empática às emoções da pessoa/família. As reações emocionais podem ser muito variadas - choro, silêncio, negação e raiva - sendo por isso uma das fases mais complexas e impactante da transmissão de más notícias. Neste momento o profissional de saúde deve oferecer apoio emocional, mostrando-se disponível para a pessoa para a sua família. Podem ser utilizadas

frases como: “Também gostaria que as notícias fossem melhores”, a escuta ativa e o toque terapêutico são estratégias a ponderar neste ponto do processo (Baile et al., 2000).

O último ponto deste protocolo – *Strategy and summary* – prevê que o profissional de saúde possa ajudar a pessoa a minimizar a sua ansiedade, resumindo todas as informações apresentadas, através de uma linguagem clara e simples, com o objetivo de potenciar a compreensão e auxiliar na formulação de um plano de cuidados conjunto. Durante o discurso, poderão ser utilizadas frases como: “O que lhe dissemos faz sentido para si?”; “Está esclarecido sobre os próximos passos?”; “Possui informações suficientes para tomar a sua decisão?” (Baile et al., 2000).

No decurso do ensino clínico fui observando e partilhando algumas opiniões com o meu enfermeiro tutor e com a professora orientadora relativamente à temática da comunicação com a família. Sendo um ponto fulcral na questão da qualidade dos cuidados de saúde prestados, considero que ainda seja uma questão algo descurada. O enfoque na pessoa, as dotações insuficientes, a complexidade de cuidados, a não preparação dos profissionais, poderão ser algumas das razões que levam a que a comunicação com a família não seja realizada de forma consistente, sistemática e eficaz. Neste sentido, desafiei-me a melhorar esta questão criando um guião de conferência familiar (Apêndice II), com o objetivo de munir os enfermeiros com uma ferramenta importante que os auxilie aquando do processo de comunicação com a família. Considero que foi uma grande mais-valia em todo este processo de crescimento pessoal e profissional.

Serviço de Urgência – Centro Hospitalar Tondela-Visu

A segurança da pessoa é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde. A cultura de segurança é fundamental para reduzir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como para propiciar um ambiente seguro tanto para os profissionais de saúde, como para as pessoas alvo de cuidados. Atualmente, a inclusão das pessoas, familiares e cuidadores na cultura de segurança é cada vez mais significativa, considerando-se por isso, a literacia em saúde como uma das bases de sustentação deste pilar (DGS, 2022a).

Durante este ensino clínico uma das grandes reflexões associada à prestação de cuidados de qualidade, relaciona-se com o controlo de infeção e com a segurança da pessoa. O enfermeiro EEMC desempenha um papel fundamental no domínio da prevenção e controlo de infeção hospitalar, bem como na prevenção de incidentes. O cumprimento de algumas normas, tal como considerar a distribuição e alocação de pessoas, a higiene das

mãos, a utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, são medidas básicas, mas essenciais para uma melhoria dos cuidados de saúde.

É sobejamente conhecida a dinâmica atual de um SU, afluência ininterrupta de pessoas, dotações de profissionais insuficientes, falta de material, espaço físico reduzido, problemas comunicacionais dentro da tríade profissional/pessoa/família, o que torna o ambiente muitas vezes hostil para todos os intervenientes.

De acordo com a (DGS, 2012), as camas hospitalares devem estar distanciadas entre si cerca de um metro, estando a distância ideal pautada em 1,5m; assim, quanto maior a proximidade entre macas, maior será a probabilidade de se promover a propagação de infeções associadas aos cuidados de saúde. Tendo em conta a formação específica de EEMC foi fundamental colocar em ação uma prática baseada na gestão do espaço, estando sempre atenta à localização das macas, tentando evitar, sempre que possível, a aproximação física entre as pessoas e promovendo assim o controlo de infeção cruzada. Outro aspeto a ter em elevada consideração, diz respeito às boas práticas no que concerne à correta higiene das mãos. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2019), a higiene das mãos é uma técnica simples, de baixo custo, facilmente apreendida e que requer pouco tempo para a sua execução, reduzindo substancialmente a transmissão de infeção dos profissionais de saúde para as respetivas pessoas. São inúmeros os estudos que se debruçam sobre a não adesão dos profissionais de saúde à prática de higiene das mãos, sendo o número de pessoas a cargo e a falta de tempo as razões major para a justificação desta má prática (Faria, Santos, Faustino, Oliveira, & Cruz, 2019). Foi importante, portanto, a promoção e a sensibilização da equipa para a relevância das precauções básicas de controlo de infeção, nomeadamente da higienização das mãos, realizando este procedimento, e discutindo em equipa a sua extrema necessidade.

Tendo em conta o referido relativamente a esta competência, considero que prestei cuidados tendo em conta as boas práticas, criando um ambiente seguro; mostrei espírito crítico relativamente às situações com que me defrontei, tentando encontrar soluções viáveis e exequíveis e procurei sempre, na minha ação, a prestação de cuidados de qualidade à pessoa e à família.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O domínio da gestão de cuidados assenta em duas competências, assim, o enfermeiro especialista, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a

articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação. O saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos. Como tal, consideramos benéfico para o profissional que este tenha a oportunidade de, no seu percurso profissional, se deparar com o maior número possível de situações e experiências clínicas (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). Voltando a Benner, o seu modelo de aquisição de competências desenvolvido descreve as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências e identifica as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem dos enfermeiros, em cada nível. É através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado. Para a autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001).

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se assim num contexto de atuação multiprofissional. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o enfermeiro é autónomo na tomada de decisões, em que identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa/família para posterior intervenção de modo a evitar riscos, detetar precocemente os problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Diz-se, pois, que o seu exercício se centra na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família.

A comunicação é considerada como outro fator que pode influenciar a tomada de decisão, pelo que o enfermeiro deve ter a capacidade para contextualizar a informação, analisar e processar, colher os dados mais relevantes e reduzir as interferências individuais. A informação encontra-se muitas vezes dispersa e fragmentada, sendo que quando ocorre

trabalho em equipa, o processo de tomada de decisão torna-se mais efetivo (Nunes, 2007 cit por Lopes, et al. 2022).

Serviço de Neurocríticos – Hospital de São João

A equipa de enfermagem da UCI está inserida numa equipa interdisciplinar com conhecimentos de ponta, em que os cuidados de enfermagem são prestados em complementaridade com outros profissionais de saúde, dispondo de medidas de controlo contínuo de qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença e permitir a melhor recuperação funcional possível daquela pessoa. O REPE, no seu Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, define no seu artigo 8º e 9º que o enfermeiro tem uma atuação de complementaridade funcional com outros profissionais de saúde. Assim, a gestão dos cuidados de enfermagem pode distinguir-se em dois tipos de intervenções – autónomas e interdependentes.

Quando existe referência à questão da gestão de cuidados é inevitável abordar a questão das dotações seguras em Enfermagem. Com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, é recomendado que sejam utilizados os rácios enfermeiro/cliente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica, de acordo com o seu nível de cuidados – I, II ou III. Debruço-me sobre os rácios recomendados no nível III, uma vez que a Unidade de Neurocríticos do Centro Hospitalar de São João se insere neste nível. Por conseguinte, e de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, o nível III “ *Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Assim, sendo uma Unidade de Nível III com lotação de dez camas, seria expectável que o rácio pessoa/enfermeiro se mantivesse sempre na proporção de 1:1, no entanto não foi de todo essa a realidade, na rotação dos três turnos, o número de enfermeiros distribuídos fixou-se sempre em seis. Implica, portanto, que diariamente, houve enfermeiros com duas pessoas por turno a seu cargo; a distribuição para o turno da manhã foi sempre realizada pela Enfermeira-chefe ou quem estivesse no turno em sua substituição, sendo

que um dos seis colegas assumia a função de responsável de turno, tendo em consideração o grau de especialização e as competências demonstradas pelos elementos. Assim, observei que esta atribuição ocorria com maior frequência aos enfermeiros especialistas ou aos enfermeiros peritos, que pela sua experiência demonstraram competências e conhecimentos para o exercício das funções.

O enfermeiro responsável de turno deve “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço”, para que possa “antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Benner (2001) caracterizou os enfermeiros peritos como os que tem a capacidade de identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas. E que através de uma compreensão intuitiva compreendem a situação no seu todo atuando de forma rápida e eficiente.

Tive a oportunidade de acompanhar o meu enfermeiro tutor na função de responsável de turno, tendo este aspeto sido uma mais-valia para a partilha de conhecimento e experiência, que potenciou uma reflexão conjunta sobre a temática, permitindo-me ainda acompanhar a dinâmica de gestão do serviço, quer em termos de recursos materiais, como de recursos humanos. O responsável de turno tem que assumir um papel de liderança, é a pessoa de referência na tomada de decisão nas questões que impõem maior nível de conhecimentos e destreza na ação. É o elemento que assume a responsabilidade na gestão das vagas do serviço, no pedido de material necessário e da medicação em falta, sendo o elo entre os vários elementos da equipa interdisciplinar.

Outra experiência deveras enriquecedora foi poder acompanhar a visita interdisciplinar – equipa médica e enfermeiro responsável – tendo a oportunidade de partilhar informações pertinentes e úteis para a prestação de cuidados individualizada.

Compreendi a relevância do enfermeiro coordenador ser um EEMC na medida em que detém competências de gestão e liderança importantes, como a organização dos cuidados e dos recursos humanos e materiais assim como, a consciência crítica para os problemas da prática atual.

A liderança transformacional é a que se relaciona com a área da saúde e tem como características principais a motivação e a comunicação individual, por forma a dar a entender a importância de cada um e fomentar uma relação de confiança no trabalho.

Assim, o líder transformacional atua em parceria com a equipa para atingir os melhores resultados (Strapasson & Medeiros, 2009).

Serviço de Urgência – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

É de conhecimento geral que a dinâmica de um SU é deveras diferente da que estamos habituados em contexto de internamento. Esta diferença reside em diversas vertentes, quer pelo cálculo das dotações, quer pela alocação de profissionais, quer pela forma com que se aborda a pessoa e acima de tudo pela forma como se realiza a gestão, tanto dos cuidados como do próprio serviço. No SU onde realizei o meu ensino clínico, o número de profissionais por turno era sempre fixo, independentemente de afluência de pessoas, portanto, os turnos da manhã e da tarde eram assegurados por vinte enfermeiros e o turno da noite dotado com quinze enfermeiros. Em cada turno era nomeado um enfermeiro com a função de responsável de turno, este elemento estava incumbido de assegurar o bom funcionamento do serviço, no que diz respeito à alocação de enfermeiros pelos diversos locais, na gestão de stocks de medicação e material, e na resolução de conflitos. Por vezes o ambiente que reina num SU é de alguma tensão e nervosismo, o tempo de espera após a triagem costuma ser longo e penoso, levando à saturação das pessoas e familiares que buscam por informações e respostas. Por conseguinte, é importante que o enfermeiro que assume esta função, sendo especialista em EEMC, tenha competências comunicacionais, tanto entre pares, como com os familiares, com o objetivo de manter o bom funcionamento do serviço.

O método de trabalho de enfermagem em contexto de SU assenta essencialmente na realização de tarefas. Habitualmente o número de pessoas que se deslocam ao serviço é bastante considerável, pelo que se torna impossível a atribuição de pessoas a cada profissional, tal como acontece no contexto de internamento. Assim, aquando de uma prescrição médica, surge um aviso no sistema informático (Alert®), o procedimento surge a vermelho associado à pessoa a quem foi feita a prescrição. Nesse momento, o enfermeiro que está disponível e o primeiro a constatar a prescrição assume a responsabilidade pela execução do procedimento e não pela pessoa. O que significa que, se posteriormente surgir uma nova prescrição para a mesma pessoa, mas o profissional que primeiro observar esta indicação for outro, é este que executa o procedimento. Esta metodologia de trabalho tem como principal vantagem a realização de um elevado número de procedimentos num curto espaço de tempo, sendo igualmente mais fácil ter uma visão mais abrangente do trabalho a realizar por parte de todos os enfermeiros.

Todavia, este tipo de metodologia encerra em si um aumento na probabilidade na ocorrência do erro, uma vez que o foco da equipa se encontra na tarefa e não na pessoa com um todo, levando a perda na qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Costa (1995), o destaque desta metodologia de trabalho assenta na execução, levando a que os cuidados de enfermagem sejam prestados com base na tarefa, à semelhança de uma “linha de montagem”, no qual o enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas apenas pela concretização de tarefas automatizadas de natureza apenas executiva. A personalização e a individualização dos cuidados e o atendimento com qualidade pode estar assim comprometido, uma vez que não há uma definição clara de quem efetivamente assume a responsabilidade final pela pessoa. Apesar das inerências e da dinâmica do serviço, sendo extremamente complicado instituir mudanças basais, cada um de nós, enfermeiros especialistas em EMC, tem o dever de marcar a diferença, mesmo que aparentemente seja apenas uma gota no oceano. Aquando da realização do ensino clínico, em época pandémica, com restrições major no que concerne ao acompanhamento das pessoas por parte da família, constatei a grandeza do número de pessoas idosas que permaneciam no serviço. Não foram raras as vezes que não foi possível identificar a localização da pessoa, devido a várias razões, nomeadamente: alocações erradas, identificação deficitária da pessoa, limitações sensoriais da pessoa, estados confusionais, entre outros. À data, sugeri a criação de uma sinalética em forma de pulseira numa lógia de alertar os profissionais que aquela pessoa é portadora de uma alteração cognitiva que a pode potencialmente colocar em risco, quer por fuga ou por não conseguir verbalizar adequadamente as suas queixas. A sugestão foi recebida com recetividade, no entanto não houve a oportunidade de ser desenvolvida em tempo útil.

A constante mudança que assistimos diariamente associada ao aumento do nível de exigência da sociedade, é imperativo a construção de um novo perfil do profissional de enfermagem EEMC, com conhecimentos, habilidades e competências atualizados, adequados e inovadores.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Tendo por base a Lei n.º156/2015 de 16 de setembro, artigo 109º do Código Deontológico (OE, 2015b), O enfermeiro deve procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, quer através da análise regular do trabalho efetuado e do reconhecimento de lacunas que careçam da mudança de atitude; como também ser

responsável na atualização contínua dos seus conhecimentos, saber utilizar de forma competente as tecnologias, não descurando a formação contínua e aprofundada nas ciências humanas.

As competências dos profissionais desenvolvem-se de forma progressiva e temporal, o que nos leva a crer que o desenvolvimento mais ou menos rápido das competências se deve à capacidade de interiorização e reflexão, ligado às características individuais do sujeito e aos contextos de trabalho (Benner, 2001).

A reflexão sobre a prática e a produção de novos conhecimentos torna-se por isso um modo de estar na profissão. torna-se fundamental referir a importância que a reflexão crítica e a partilha de conhecimentos entre os vários profissionais, com diferentes características e experiências, tem na construção de um enfermeiro especialista, constituído de competências necessárias à prática baseada na evidência e à prestação de cuidados de excelência.

Serviço de Neurocríticos – Hospital de São João

O ensino clínico realizado no serviço de Neurocríticos do Hospital de São João foi absolutamente enriquecedor, desafiante e uma experiência deveras desejada. Nutro um gosto especial pela área da neurocirurgia, é a minha área de eleição e de trabalho há cerca de sete anos, pelo que pesou muito na minha decisão quando chegou o momento de decidir qual o meu ensino clínico opcional. Tive a oportunidade de ter como orientador um enfermeiro com um corpo de conhecimentos riquíssimo, e com disponibilidade para a promoção do meu desenvolvimento profissional e pessoal. O mundo do cuidado à pessoa com necessidade de cuidados Neurocríticos é um contexto de uma enorme tecnicidade, com a inclusão de novas tecnologias que nos obriga a integrar novos conhecimentos à velocidade da luz. É um serviço extremamente bem estruturado, com protocolos em permanente atualização, em linha com a melhor evidência, permitindo uma prática fundamentada e acima de tudo, segura.

O conhecimento que o enfermeiro deve ter de si, das suas aptidões, competências e limitações, vai-se refletir na sua evolução enquanto profissional, e na segurança que vai transmitir no seio da equipa interdisciplinar. É no conhecimento e nas competências que demonstramos que criamos o nosso caminho e potenciamos o crescimento da profissão.

Para além da questão da complexidade que é cuidar de uma pessoa em situação crítica, um aspeto que é a base da profissão, a comunicação, continua a ser uma premissa

colocada um pouco em segundo plano. Serão inúmeras as razões que concorrem para este facto, ainda assim, julgo que muitas das vezes, nós enfermeiros, nos escudamos numa lógica de auto-preservação. Lidar com emoções, com a dor, com a finitude da vida, não é uma tarefa simples e vai criando desgaste, levando a que cada profissional gira estas questões de forma muito própria e pessoal. Neste sentido, e numa lógica de auxiliar os enfermeiros nesta tarefa, propus-me a realizar um guião que facilitasse este processo de comunicação com a família das pessoas internadas neste contexto (Apêndice II).

Foi ainda elaborado um *Journal Club* (Apêndice III) sob a temática da comunicação com a família em contexto da pessoa em situação neurocrítica, onde esta questão foi pesquisada, estudada e documentada, tendo sido posteriormente apresentada, formalmente, à equipa de enfermagem do serviço. Revelou-se um momento de partilha profícuo, onde foi possível auscultar a opinião dos enfermeiros, tendo sido apontados os pontos fortes e os pontos a melhorar no seio da equipa, no que diz respeito à comunicação com a família e a sua integração nos cuidados (Apêndice IV).

Neste contexto e ainda sobre a temática da comunicação com a família da pessoa em situação crítica, em conjunto com a Professora Orientadora, foi elaborado e submetido um *abstract*, no âmbito do CEMI (Congresso de Enfermagem de Medicina Intensiva) (Apêndice V).

Tendo sido aceite, o trabalho foi apresentado em formato póster, presencialmente, aquando da realização do congresso, tendo obtido grande receptividade (Apêndice VI).

A realização destes encontros é o mote para a reflexão e autoscopia em relação à prática, a partilha de conhecimento é profícuo e salutar para o desenvolvimento de competências. Pude aprofundar conhecimentos sobre a abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente sobre neuromonitorização, sua aplicação e importância dos dados obtidos; conhecimentos sobre a pessoa em situação crítica e a família, as vivências da família e as vivências dos enfermeiros que atuam nestes contextos, e ainda conhecimentos sobre indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Frequentei igualmente um curso de comunicação em saúde, com vista a adquirir e aperfeiçoar competências na área da comunicação verbal e não verbal, na transmissão de más notícias e na relação com a equipa. Foi útil na aprendizagem de estratégias de comunicação assertiva e o seu processo, sendo enfatizado o momento da preparação como o ponto chave, isto é, antes de toda e qualquer interação com o outro, esta tem que ser

convenientemente preparada tendo em conta o interlocutor, a mensagem e o ambiente. Atualmente, incorporei esta estratégia na minha prática clínica, preparando cuidadosamente os momentos em que tenho que comunicar com a pessoa e os seus familiares. Aprendi igualmente estratégias para lidar com colegas considerados desafiantes, com o intuito de evitar o conflito e atingir os objetivos propostos, aqui mais uma vez foi apontada a preparação inicial como ponto chave, seguindo-se da inclusão dos colegas nos projetos, dando-lhes as possibilidades de participar e expressar as suas ideias e pontos de vista (Anexo I).

Ao longo deste processo senti igualmente a necessidade de aprender mais sobre VMNI (ventilação mecânica não invasiva), técnica disseminada durante o período pandémico e que é cada vez mais uma opção no tratamento do pessoa crítico. Deste modo frequentei um curso sobre a temática, reconhecido por uma instituição de ensino portuguesa. Adquiri aprendizagens sobre a fisiologia respiratória, sobre os ventiladores e suas interfaces, sobre os modos ventilatórios disponíveis, e ainda as indicações e contraindicações do uso de VMNI. Foi um conjunto de conhecimentos extremamente úteis que transporto para a minha prática clínica, muito embora exerça funções num serviço de internamento, é cada vez mais usual a adaptação da pessoa a VMNI com objetivo de otimizar a função ventilatória (Anexo II).

Desafiei-me ainda a frequentar um curso na modalidade e-learning ministrado pela Universidad de Valladolid, acerca dos princípios e intervenções de enfermagem em urgência e emergência. Nesta formação pude aprofundar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem à vítima de trauma, e os cuidados de enfermagem em emergências respiratórias, cardiovasculares e neurológicas. Foram ainda abordadas as temáticas de emergências por intoxicações e transporte de doente crítico, ampliando assim o meu corpo de conhecimentos neste domínio (Anexo III).

Foram muitas as oportunidades de aprendizagem durante este percurso o que permitiu, enquanto futura enfermeira EEMC, o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências técnicas, relacionais e comunicacionais nesta área de prestação de cuidados.

Serviço de Urgência – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

O contexto de SU foi para mim, sem dúvida, aquele que me obrigou a sair da minha zona de conforto. O lote de situações experienciadas foi muito variado, pondo à prova a minha capacidade de organização e de resposta sob pressão, levando ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas necessárias ao desempenho da enfermagem neste tipo de contexto. Numa fase inicial, a abordagem que me pareceu mais sensata assentou na observação constante da dinâmica do serviço, com o objetivo de integrar novos conhecimentos, levando ainda à reflexão sobre a prática da enfermagem em SU.

As duas áreas mais desafiantes para mim foram indubitavelmente a sala de emergência e a triagem; a primeira pela imprevisibilidade e complexidade, a segunda, pela dinâmica da aplicação dos fluxogramas e pela certeza que é a etapa fundamental para a pessoa que dá entrada no serviço, sendo ali ditada a sua trajetória pelo SU.

O método de triagem utilizado no SU baseia-se no sistema de triagem de Manchester, tendo este como objetivo principal gerar consenso entre médicos e enfermeiros dos SU. O enfermeiro responsável pela triagem deve seguir as indicações dos fluxogramas protocolados no serviço tendo em conta as diretivas do Grupo Português de Triagem (2015), sendo este também um vetor de juízo clínico, sendo assim fundamental que o enfermeiro seja detentor de competências que o capacite na tomada de decisões, sem, no entanto, emitir diagnósticos, para que a pessoa seja corretamente triada. O enfermeiro responsável pela triagem atribui assim à pessoa, de acordo com o fluxograma, um código de cor sob a forma de uma pulseira, que pode ser azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho, de acordo com a prioridade da situação - não urgente, pouco urgente, urgente, muito urgente ou emergente, respetivamente. É de salientar que um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (GTP, 2010).

Durante o ensino clínico realizado no SU, tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro tutor no processo de triagem, tendo sempre em conta as queixas da pessoa, alocando a informação de forma apropriada no sistema, com o objetivo de realizar uma triagem o mais acurada possível. A maior dificuldade reside no grau de relevância das informações que são transmitidas, sendo muitas vezes necessário reformular as questões, com o intuito de obter dados o mais objetivo possíveis para dar resposta às questões que

integram os fluxogramas. Torna-se essencial que neste processo o enfermeiro proceda à avaliação da pessoa, colha os dados de forma objetiva e estabeleça prioridades, apoiando-se numa boa capacidade de comunicação e de interpretação em que a tomada de decisão eficaz se torna fundamental, uma vez que a atribuição da prioridade influencia diretamente o percurso da pessoa no SU.

Uma grande percentagem dos turnos que realizei durante o meu ensino clínico de SU foram na sala de emergência. É uma área sensível dentro do ambiente do SU, é a porta de entrada e o último reduto da pessoa que dá entrada em estado crítico. Exige das equipas interdisciplinares um elevado grau de conhecimentos, competências, associados a uma ótima capacidade de articulação entre si, com o objetivo de prestar os melhores cuidados possíveis à pessoa em tempo útil. A sala de emergência é composta por quatro camas, cada unidade está munida com todo o material necessário para a abordagem à pessoa, havendo sempre material de suporte disponível e acessível. Em termos de recursos humanos a sala tem sempre um médico escalado, um assistente operacional, sendo a equipa de enfermagem formada por dois elementos. Estes elementos deverão ser preferencialmente enfermeiros detentores do título de EEMC, com curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) válido e com experiência reconhecida na área da emergência. Tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro tutor aquando de algumas situações de emergência, permitindo-me fazer parte da equipa, dando-me autonomia para realizar alguns procedimentos (monitorização, acesso venoso e permeabilização de via aérea), sendo que no final de cada situação era feita uma reflexão conjunta acerca das intervenções realizadas, pontos fortes e pontos a melhorar. Um ensinamento que me foi transmitido e que guardo até hoje, foi sem dúvida o autocontrolo sob pressão e a importância da abordagem sistemática da abordagem do ABCDE (A- airway, B- breathing, C- circulation, D- disability, E – exposure), dando uma enorme segurança na prestação dos cuidados de enfermagem.

Assim, deste modo, considero que demonstrei capacidade de integração na equipa interdisciplinar, mantendo, em continuum o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, aplicando os conhecimentos apreendidos na prestação de cuidados especializados, sempre com o objetivo de proporcionar os melhores cuidados à pessoa.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao iniciar este capítulo, importa clarificar alguns conceitos, nomeadamente o conceito de “competências específicas”, bem como o seu enquadramento dentro da função de enfermeiro EEMC em pessoa em situação crítica.

Assim, e de acordo com o Regulamento n.º 190/2019 as competências específicas são definidas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Para além do documento que regula as competências comuns do enfermeiro especialista, a OE através do Regulamento n.º 429/2018 estabelece as competências do EEEMC- PSC, nomeadamente:

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

3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/UIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Por definição, tendo em conta o Anexo II do Regulamento n.º 429/2018, a pessoa em situação crítica “...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.” Assim, e de acordo com o mesmo documento,

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica assumem-se como cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com o foco na sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O conceito transição tem sido utilizado de inúmeras formas na literatura de Enfermagem. As transições podem ter várias origens, recaindo no domínio da enfermagem quando estão relacionadas com questões de saúde e doença, ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. Para Afaf Meleis o conceito de transição define-se com uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Esses percursos ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações. A autora explica ainda que a transição denota uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades. A transição requer que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, defina seu contexto social, de um ser saudável ou pessoa, ou das necessidades internas e externas que afeta o estado de saúde (L. G. F. Costa, 2016; Meleis, 2010).

Assim, compete ao enfermeiro especialista perante a pessoa em situação crítica/família a vivenciar processos de transição complexos de doença crítica ou falência multiorgânica, mobilizar “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O ensino clínico realizado na unidade de Neurocríticos foi extremamente rico, tanto nas oportunidades de aprendizagem, como nos momentos de reflexão. Esta unidade prima pela especificidade e complexidade de cuidados que presta em contexto da pessoa em situação crítica do foro neurocirúrgico, sendo as patologias mais comuns a HSA (hemorragia subaracnoídea) aneurismática, o TCE (traumatismo cranioencefálico), a HIC (hemorragia intracraniana) e, a MAV (malformação arteriovenosa). Todas as pessoas que dão entrada nesta unidade, são considerados pessoas em estado crítico, exigindo de toda a equipa conhecimentos e competências específicos para a rigorosa gestão de cuidados. Foi comum a abordagem ABCDE como estratégia de avaliação da pessoa em situação

crítica e ainda na sistematização e documentação dos cuidados prestados, na transmissão de informação aquando da passagem de turno.

Ao longo desta trajetória foram desenvolvidas competências relacionadas com a prestação de cuidados de elevada complexidade, nomeadamente cuidados de enfermagem na entubação orotraqueal, manutenção de via aérea artificial, gestão da VMI e VMNI, colheita e interpretação de gasimetria arterial, monitorização hemodinâmica invasiva, intervenções de enfermagem à pessoa submetida a traqueostomia percutânea e broncofibroscopia, posicionamento da pessoa em situação crítica, nomeadamente decúbito ventral (*prone position*) na pessoa com patologia respiratória severa, otimização de pressão perfusão cerebral, avaliação de pressão intracraniana, intervenções de enfermagem na colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central e arterial, cuidados de enfermagem à pessoa com DVE (derivação ventricular externa). Ao longo do ensino clínico procurei documentar-me o mais possível, recorrendo a fontes que espelham a melhor evidência científica disponível, assim, foi realizada pesquisa de bibliografia em bases de dados, e foram ainda tidos em conta artigos aconselhados pelo meu enfermeiro orientador. Sendo este considerado um enfermeiro perito na área potenciou a aquisição de um vasto corpo de conhecimentos, proporcionando igualmente momentos de reflexão e crescimento profissional.

A lesão cerebral aguda, subdivide-se em dois tipos de lesão: a lesão primária que ocorre no momento da agressão direta do tecido cerebral com destruição de células, fibras nervosas e vasos sanguíneos, e a lesão secundária que se inicia após alguns minutos e pode ocorrer até alguns dias após, traduzindo-se em alterações do fluxo sanguíneo cerebral no tecido envolvente, por isquémia ou hiperémia e por ativação de cascatas bioquímicas locais e sistémicas, das quais resultam a destruição do tecido cerebral e consequente necrose e morte neuronal. Independentemente do diagnóstico de entrada da pessoa na UCI, o principal objetivo da equipa interdisciplinar reside na minimização do impacto induzido pela lesão secundária – mantendo a viabilidade do tecido não lesado e otimizando condições que potenciem as condições de viabilidade do tecido em risco (Dias et al., 2015).

A grande ferramenta disponível na atualidade na vigilância e controlo da pessoa em situação neurocrítica é a neuromonitorização multimodal, sendo o enfermeiro um elemento-chave nesta cadeia. Este conceito de neuromonitorização foi evoluindo ao longo das décadas, sendo que atualmente se traduz na leitura dada por vários dispositivos

médicos criados para o efeito, nomeadamente: sensor de PIC (pressão intracraniana), NIRS (near-infrared spectroscopy), PbtO2 (oxigenação do tecido cerebral), temperatura cerebral, pressão arterial invasiva e BIS (bispectral index – monitorização de consciência sob anestesia geral). Esta monitorização multimodal cerebral não dispensa a monitorização sistémica clínica, de parâmetros vitais e exames laboratoriais (Dias et al., 2015).

De acordo com Yang (2020), a neuromonitorização multimodal é um cuidado de extrema importância na abordagem à pessoa em situação neurocrítica. As principais razões para este tipo de monitorização são: detetar precocemente deterioração neurológica antes da ocorrência de dano cerebral irreversível; individualizar planos de cuidados; acompanhamento da evolução clínica; monitorizar a resposta terapêutica a algumas intervenções e evitar quaisquer efeitos adversos consequentes; e melhorar o resultado neurológico e qualidade de vida em sobreviventes de lesões cerebrais graves (Figura 1).

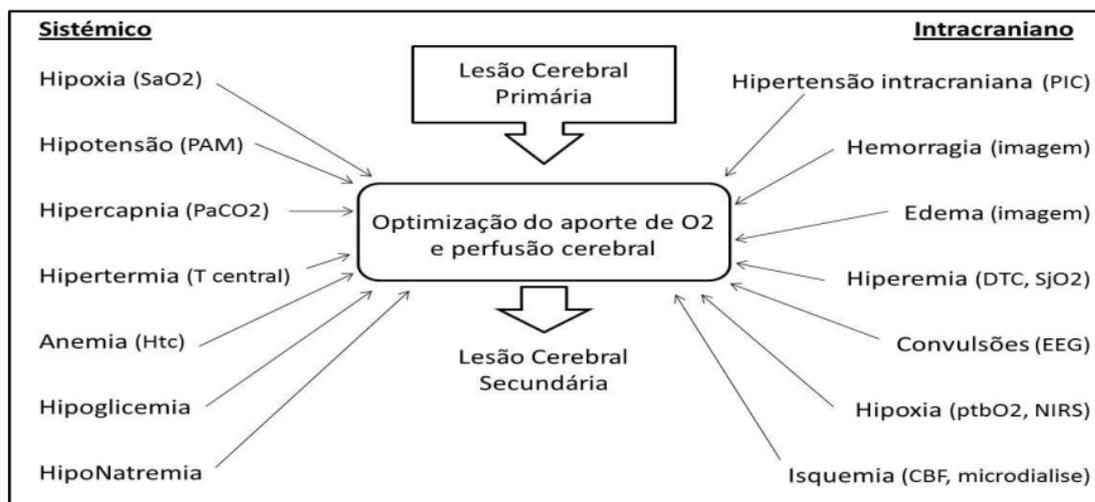


Figura 1 – Monitorização neurológica e sistémica

A capacidade do cérebro de manter um fluxo sanguíneo constante, apesar alterações na pressão de perfusão cerebral (PPC) é denominada de capacidade de autorregulação (CA).

A importância da monitorização da capacidade de autorregulação assenta na definição de pressão arterial média ideal (PAM) - PAM ou PPC ideal – com o objetivo de prevenir quadros de a hipo ou hiperperfusão. A CA é obtida através da monitorização invasiva do oxigénio cerebral e da PIC. Os índices de CA mais precisos para prever o resultado em pessoas com trauma cerebral agudo são: o índice de reatividade à pressão (PRx), o índice de velocidade média (Mx) e o índice de reatividade autorregulatória. O PRx depende da correlação (+1 a -1) entre sangue arterial pressão e PIC, com valores negativos indicando

CA preservada e valores positivos indicando AC não preservada. Um PRx positivo tem sido associado a uma maior taxa de mortalidade trauma cerebral agudo. O PRx pode determinar a PCC ideal, no entanto, se clinicamente este valor não for favorável à condição da pessoa, sofrerá os ajustes necessários (Yang, 2020).

É neste contexto de neuromonitorização multimodal à cabeceira da pessoa que o enfermeiro desenvolve um papel de extrema importância. O enfermeiro deve deter os conhecimentos que lhes permita ler e interpretar os dados em tempo real, e daí proceder às alterações necessárias, ou solicitar a colaboração médica sempre que assim seja necessário.

No decurso do ensino clínico, houve a oportunidade de acompanhar alguns transportes intra-hospitalares de pessoas em situação neurocrítica ao serviço de neurorradiologia, para tratamento de vasoespamo, com administração de verapamilo (bloqueador dos canais de cálcio) através de introdutor colocado na artéria femoral. O vasoespamo é a constrição arterial cerebral prolongada causada pela contração do músculo liso que compõe a rede vascular (Findlay, Nisar, & Darsaut, 2015), sendo potencialmente fatal, é importante que a abordagem seja célere e eficaz. Assim, a realização deste tipo de transporte foi um momento importante para colocar em prática as recomendações da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no que diz respeito ao planeamento e realização do transporte da pessoa em situação crítica. Então este procedimento deve ser realizado com acompanhamento de equipa médica e de enfermagem tendo como elementos-chave base aspetos como a coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento e documentação. A preparação do transporte passa por certificar a presença dos equipamentos médicos necessários, testados e com bateria suficiente para a deslocação; a preparação de fármacos suficientes e a otimização de todos os dispositivos invasivos, bem como a sua vigilância contínua (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Para além do cumprimento de protocolo complexos no que concerne à gestão de cuidados da pessoa em situação neurocrítica, nomeadamente otimização de padrão de glicémia, otimização de PIC e PPC, otimização de pressão arterial média através da gestão criteriosa de aminos, controlo apertado de balanço hídrico, houve uma situação em particular que foi alvo de reflexão, tanto por mim como em conjunto com o enfermeiro tutor e professora orientadora.

Uma das pessoas internadas, transferida de outro hospital, tinha completado 18 anos aquando da instalação da sintomatologia. Prostração, com queda acentuada na pontuação da Escala de Coma de Glasgow, havendo a necessidade de colocar sob suporte ventilatório e com neuromonitorização multimodal. Manteve-se hemodinamicamente estável, no entanto com oscilações severas na PIC e concomitantemente na PPC, refratária à medicação anti-edematosa (NaCl a 20% por via EV). No decurso deste quadro realizou exames complementares de diagnóstico que levaram ao diagnóstico de morte cerebral (MC).

Atualmente, Morte Cerebral é definida como um estado de coma não reativo, com ausência total de reflexos do tronco cerebral e de respiração espontânea verificada pelo teste da apneia. Para assegurar a irreversibilidade do quadro clínico a causa de coma deve ser conhecida, sendo obrigatório excluir causas reversíveis que mimetizem o estado de não reatividade, devendo a pessoa ser observada por algum tempo para excluir erros na apreciação da evolução do quadro clínico (Hwang, Gilmore, & Greer, 2013).

Em Portugal os critérios essenciais ao diagnóstico de Morte Cerebral foram publicados em Diário da República, em 1994, como complemento da Lei n.º 12/93, de 22 de abril que previa, no artigo 12.º, uma publicação da Ordem dos Médicos que estabelecesse um conjunto de regras e critérios para a verificação de MC. Assim, e de acordo com o decreto supracitado “A certificação de morte cerebral requer a demonstração de cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (p.6160). Para tal, e em linha com o quadro legal, têm que se encontrar reunidos três fatores: as condições prévias, a aplicação das regras de semiologia e a definição da metodologia a seguir, para que seja decretado o diagnóstico de morte cerebral.

No fator condições prévias, é necessário que se conheça a causa e a irreversibilidade da situação clínica, a manutenção do estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa, ausência de respiração espontânea e constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de fatores que possam ser responsáveis pela supressão das funções previamente referidas. No que diz respeito às regras de semiologia, este diagnóstico implica a ausência integral de um conjunto de reflexos do tronco cerebral, sendo eles: reflexos fotomotores com pupila de diâmetro fixo, reflexos oculocefálicos, reflexos oculovestibulares, reflexos corneopalpebrais e reflexo faríngeo. Além da avaliação destes aos reflexos, é igualmente realizada a prova de apneia, que vai comprovar a presença ou ausência de respiração espontânea. E finalmente,

metodologicamente, a certificação da morte cerebral, requer no mínimo, dois conjuntos de provas, respeitando o intervalo adequado à idade e à situação clínica. A execução das provas deve ser feita por dois médicos especialistas (neurologia, neurocirurgia ou com experiência em cuidados intensivos), sendo que nenhum poderá estar ligado a equipas de transplante de órgãos, e pelo menos um deverá ser externo ao serviço onde a pessoa se encontra internada. Em caso de dúvida, a lei prevê igualmente a realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que se considere relevante (Ministério da Saúde, 1994).

O papel do enfermeiro é fundamental, tanto na colaboração da realização das provas, conhecendo o material necessário e a metodologia a seguir, bem como no apoio a prestar à família enlutada. O cuidado à pessoa em morte cerebral caracteriza-se como uma tarefa complexa, executada pela equipa interdisciplinar que atua em contexto de cuidados intensivos. Destaca-se, nessa atuação, o papel do Enfermeiro na prestação dos cuidados diretos à pessoa, bem como aos seus familiares, revelando grande importância na otimização das repercussões fisiopatológicas próprias da morte cerebral, na monitorização hemodinâmica e na prestação de cuidados individualizados (Cavalcante, L; Ramos, I; Araújo, M; Alves, 2014).

Neste sentido, também tive oportunidade de consolidar conhecimentos sobre o processo de dignificação da morte e processo de luto, embora considere que o acompanhamento do profissional no momento da morte acaba por estar muito restrito à comunicação da notícia do óbito, sem assim se realizar um acompanhamento e uma avaliação do impacto desta situação no seio familiar. Reconheço que seria muito difícil este tipo de acompanhamento ser feito pelas equipas, ainda assim considero que seria uma mais-valia para a instituição os familiares/cuidadores das pessoas que não sobrevivem serem acompanhados por profissionais habilitados, em período necessário à situação e, por exemplo, mediante referência da equipa de saúde que acompanhou o caso e recorrendo à estratégia das conferências familiares. Segundo a proposta de Kentish-Barnes et. al (2022), o uso das conferências familiares traz ganhos às famílias a atravessar um processo de luto, através da estratégia da criação de três momentos de acompanhamento das famílias, sob a forma de conferências familiares. A primeira conferência surge aquando da necessidade de uma decisão terapêutica, ou seja, na decisão de investir ou cancelar medidas, a segunda no momento de acompanhamento do processo de morte e a terceira no acompanhamento da família no pós-morte, existindo um *follow up* estruturado com o

objetivo de acompanhar efetivamente as famílias no seu processo de luto. Neste sentido, foi realizado um abstract e um póster sobre a temática, tendo sido apresentado no Congresso de Enfermagem de Medicina Intensiva (CEMI), em março do corrente ano, em Coimbra (Apêndice IV e V).

Tive ainda a oportunidade de estabelecer e manter relações terapêuticas com os familiares das pessoas internadas no serviço, sendo que a vivência desta experiência foi muito enriquecedora. Desenvolvi estratégias comunicacionais e procurei adequar a minha intervenção às necessidades da pessoa, de acordo com os diferentes momentos, bem como à complexidade de cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Estes momentos permitiram-me desenvolver conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família/cuidador em situações críticas e de prognóstico reservado, tendo sido interessante e enriquecedor refletir sobre as mais diversas formas do ser humano em lidar com a dor e a perda, e ainda o quão importante é a intervenção do profissional de saúde no acompanhamento deste momento de incerteza e de imprevisibilidade.

Serviço de Urgência – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Existem autores que destacam a importância do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, defendendo que existem intervenções realizadas por estes que contribuem na melhoria da qualidade de vida das vítimas, nomeadamente, através da estabilização fisiológica e resposta adequada face às lesões, diagnóstico e tratamento rápido e eficiente, prevenção de complicações, abordagem diferenciada da dor, promoção do auto cuidado e antecipação de possíveis complicações (Richmond & Aitken, 2011).

A DGS implementou a nível nacional a Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes à pessoa Traumatizada, a fim de seguir as recomendações do Departamento da Qualidade em Saúde, a qual defende a existência de uma equipa de trauma organizada em todos os SU (Direção Geral de Saúde, 2022).

Perante uma pessoa vítima de trauma, é fundamental a existência de trabalho em equipa interdisciplinar, sendo que cada um dos seus elementos deve compreender qual o seu papel e atividades a desenvolver em cada momento, existindo assim uma intervenção rápida para deteção de possíveis ocorrências e tratamento imediato das mesmas. A otimização dos cuidados à pessoa politraumatizada é alcançada através do trabalho em

equipa, sendo que, o número de casos de mortalidade e morbidade pode ser diminuído através da capacitação dos enfermeiros, por meio da realização de sessões de formação ou da existência e utilização de guias orientadores da boa prática. Assim sendo, na abordagem à pessoa vítima de trauma, o enfermeiro deve, em primeira instância e em discussão com a restante equipa multidisciplinar, conhecer a cinemática e biomecânica envolvida no evento, conseguindo assim, prever possíveis lesões que possam ter ocorrido. Posteriormente, todos os elementos da equipa multidisciplinar envolvidos nos cuidados à vítima devem colocar o equipamento de proteção individual e iniciar a Avaliação Primária da Vítima, através da mnemónica ABCDE, desenvolvida pela American College of Surgeons e universalmente aceite e recomendada, sendo que esta avaliação visa a identificação e tratamento de lesões que possam colocar a vida da pessoa em risco iminente (Borges & Brasileiro, 2018).

Após a realização da avaliação primária da vítima, a equipa multidisciplinar, nomeadamente, o enfermeiro, deve continuar a observação do estado da pessoa realizando a Avaliação Secundária da Vítima, um exame minucioso a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal, iniciado na região da face, crânio, pescoço, coluna cervical, tórax anterior, abdómen, região pélvica, membros superiores e inferiores e região dorsal. Tanto a avaliação primária como a avaliação secundária da vítima, devem ser repetidas frequentemente, detetando precocemente possíveis deteriorações do estado da vítima. Sendo todo este processo de avaliação bastante minucioso, mas que requer concomitantemente alguma rapidez por parte de quem o executa, é crucial que os elementos da equipa multidisciplinar envolvidos nos cuidados à vítima, nomeadamente o enfermeiro, possuam habilidades e elevada competência técnico-científica (Borges & Brasileiro, 2018).

O SU onde realizei o meu ensino clínico não tem implementada a via verde trauma, por conseguinte, todas as pessoas consideradas em estado grave eram imediatamente encaminhadas à sala de emergência. Este setor da urgência tem em permanência um médico e dois enfermeiros EEMC com curso de suporte avançado de vida (SAV). Com o meu enfermeiro tutor tive a oportunidade de vivenciar algumas situações de trauma, nomeadamente a de uma pessoa helitransportada, em paragem cardiorrespiratória, com suporte de dispositivo mecânico de compressões torácicas e já com via aérea artificial e em SAV, tendo revertido para pulso compatível com vida já na sala de emergência. Desde o momento da sua chegada a equipa interdisciplinar trabalhou em conjunto de modo a

proceder a uma avaliação primária célere e assertiva. O médico de serviço assumiu a liderança, tendo os enfermeiros assumido imediatamente as funções de controlo de todas as variáveis que estariam a comprometer a viabilidade da pessoa, seguindo a estratégia do ABCDE. Foi um momento de grande aprendizagem para mim, perceber a importância do trabalho em equipa e da concertação de esforços para um fim comum, sem nunca esquecer a real e verdadeira relevância de uma boa comunicação entre os elementos da equipa.

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Nos contextos onde realizei os ensinamentos clínicos não desenvolvi esta vertente clínica, tendo, no entanto, tomado conhecimento dos planos de emergência e catástrofe das diferentes instituições, tendo inclusivamente os planos de intervenção sido discutidos com os enfermeiros tutores.

3.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A emergência da resistência aos antimicrobianos (RAM) acontece em todo o mundo, implicando agentes microbianos que são ameaças à saúde humana e animal. Tal, reduz as opções de tratamento das doenças provocadas por estes agentes, com consequências graves no aumento de morbilidade, mortalidade e de custos dos cuidados de saúde e sociais associados. Especialistas estimam que a RAM será responsável pela morte de dez milhões de pessoas por ano em todo o mundo em 2050 (DGS, 2019).

Nos sistemas de saúde modernos e melhor financiados, com tratamentos de segunda e terceira linha acessíveis, a mortalidade em pessoas com infeções causadas por bactérias multirresistentes tem aumentado, tal como os custos de tratamento (DGS, 2019). Deste modo, a OE através do regulamento n.º 429/2018, refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) deve considerar o risco de infeção tendo em consideração os diversos contextos de atuação bem como a complexidade das mesmas e a “diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde

eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (p. 19364).

De acordo com (DGS, 2012) as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são definidas como uma condição localizada ou sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos, que ocorre durante a hospitalização, para a qual não existe evidência que estivesse presente no momento da admissão e que corresponde às definições de infeção específicas quanto à sua localização.

Ao longo dos anos as IACS tem assumido relevância acrescida, com aumento da esperança média de vida e o avanço tecnológico, tem-se desenvolvido e utilizado técnicas mais invasivas que por conseguinte, crescem maiores riscos de infeção. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com contacto mais próximo, direto e permanente com a pessoa, por isso assumem um papel preponderante na prevenção de IACS.

À semelhança do que realizámos relativamente as restantes competências, no início do ensino clínico, optámos por rever documentos relacionados com a temática, nomeadamente, planos e relatórios de âmbito nacional e internacional, publicados no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Ministério da Saúde, 2022), bem como as diretivas e normas emanadas pela DGS, relativas aos feixes de intervenção para prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2022c), prevenção de infeção do local cirúrgico (DGS, 2015), prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2017a) e prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2022b).

Serviço de Neurocríticos – Hospital de São João

Com o objetivo de desenvolver as competências relativas ao controlo de IACS, houve a preocupação de realizar pesquisa bibliográfica acerca da manutenção e otimização dos dispositivos médicos mais comumente utilizados em UCI, nomeadamente: cateter venoso central (CVC), linha arterial (LA), tubo orotraqueal (TOT), derivação ventricular externa (DVE), sensor de pressão intracraniana (PIC) e cateter urinário (CU). Paralelamente a esta pesquisa, procurei inteirar-me da documentação existente no serviço, em forma de normas e protocolos, sabendo que esta temática é uma preocupação crescente nos serviços de saúde, existindo, portanto, recomendações tanto a nível nacional como a nível internacional. Importa ainda ressaltar a preocupação no uso de equipamento

de proteção individual e da higiene das mãos como prática comum e disseminada por todos os profissionais de saúde.

O serviço dispõe de vários pontos de lavagem das mãos, colocados em sítios estratégicos, bem como dispensadores de soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) em todas as unidades. Cada unidade dispõe de material individual para cada pessoa com o objetivo de minimizar as infeções cruzadas.

Para além do cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), emanadas pela norma 129/2012 da DGS (DGS, 2012) nos seus dez itens: Colocação de pessoas, Higiene das mãos, Etiqueta respiratória, Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), Descontaminação do Equipamento Clínico, Controlo Ambiental, Manuseamento Seguro da Roupa, Recolha segura de resíduos, Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e Exposição a agentes microbianos no local de trabalho; é uma preocupação da unidade o cumprimento dos feixes de intervenção para a prevenção de infeções, normas igualmente emanadas pela DGS e já em enunciadas.

O aumento da incidência de colonização e infeção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) nas unidades de saúde portuguesas preocupa justificadamente profissionais e estruturas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos. Embora seja colocado especial ênfase na implementação de rastreios no momento da admissão, estes só por si serão inúteis se não forem complementados por procedimentos de isolamento e pelo adequado cumprimento das precauções básicas, de que a higienização das mãos é a que apresenta melhor relação benefício-custo (DGS, 2017b). Considerei importante refletir sobre esta temática, tentando perceber de facto o que motiva e perpetua este tipo de comportamentos, para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL), que se encontra em apêndice (Apêndice VII), tendo permitido retirar ilações sobre a questão.

As medidas de prevenção da transmissão cruzada por ERC, para além do cumprimento das PBCI, implicam a sinalização das pessoas portadoras de ERC, a realização de rastreios microbiológicos a grupos de risco. Os rastreios devem ser efetuados na admissão para internamento, deverá ainda ser efetuado um rastreio obrigatório aos contactos próximos de pessoas colonizados ou infetados por ERC (pessoas internadas que partilharam enfermaria durante pelo menos 24 horas, mesmo se, entretanto, tiverem saído do serviço por alta ou transferência). Deve ser efetuada uma zaragatoa retal por pessoa, sendo a adequada técnica de colheita e de transporte essenciais para aumentar a

sensibilidade dos exames. É de fundamental importância que exista nas unidades de saúde a noção clara que a realização de rastreios só por si não é suficiente para prevenir e controlar a transmissão do agente, devendo obrigatoriamente ser complementada pelo conjunto alargado de medidas recomendadas, entre as quais a correta alocação das pessoas, nomeadamente ao decretar a necessidade de isolamento de contacto (DGS, 2017b).

A bactéria *Staphylococcus aureus* permanece uma das principais causas de infeções da comunidade e sobretudo associadas a cuidados de saúde. A emergência da resistência a meticilina transformou este agente patogénico num desafio terapêutico à escala global. Atualmente, *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) é o agente etiológico mais frequente de infeções associadas a cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos no mundo (DGS, 2014).

Todas as pessoas, internadas em unidades de cuidados intensivos por um período previsível superior a 48 horas devem ser submetidas a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão, devendo ser ainda a higiene oral, realizada pelo menos três vezes por dia com gluconato de clorhexidina a 0,2%, durante o período de internamento (DGS, 2014).

Logo numa fase inicial do ensino clínico apercebi-me do cumprimento apertado das normas de controlo de infeção existentes no serviço, tornando-se práticas padrão. Todas as pessoas admitidas foram alvo de rastreio, tanto para MRSA como para ERC, procedendo-se ao seu isolamento sempre que fosse aplicável, existindo uma sinalética de alerta no exterior dos quartos de isolamento. Relativamente ao MRSA foi sempre cumprido o protocolo profilático da realização da higiene corporal com os toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2%, bem como a higiene oral com o mesmo princípio ativo três vezes durante o dia. Fui elemento ativo nesta dinâmica envolvendo-me em todas as etapas do processo, desde o cumprimento das PBCI, bem como no rastreio e intervenções profiláticas.

Serviço de Urgência – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

O SU, recebe diariamente centenas de pessoas que recorrem ao serviço pelas mais variadas razões, desde trauma, a doença aguda ou mesmo a doença crónica agudizada.

Sabemos que a pressão que é exercida neste serviço é desmesurada, estando as dotações claramente aquém do aconselhável, reduzindo a qualidade dos cuidados prestados e potenciando as infeções associadas aos cuidados de saúde. A quantidade de pessoas, a sua alocação e o ritmo frenético inerente ao serviço, pode levar a que os profissionais, para dar resposta à demanda, saltem etapas na questão da correta utilização das PBCI. Deste modo, e apesar de uma prática simples, como a higiene das mãos, continua a ser uma das práticas com imensas falhas, potenciando a infeção cruzada. São inúmeros os estudos que ao longo dos anos têm sido realizados neste âmbito, denotando as falhas que vão ocorrendo, a grande justificação reside na carga de trabalho, no número insuficiente de profissionais e na escassez de tempo para realizar todas as tarefas programadas (Barreto et al., 2009; Gama Júnior et al., 2022).

Assim é imperativo que se repense e se redimensione a resposta que é dada em contexto de SU. Urge que se dotem os serviços com o rácio ideal de enfermeiros, que se aposte nas infraestruturas e que se enraíze a utilização das PBCI na prática diária, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade e com segurança.

PARTE II – Intervenções de Enfermagem na comunicação com a família da pessoa em situação crítica – scoping review

Intervenções de Enfermagem na comunicação com a família da pessoa em situação crítica – scoping review

Nursing interventions in communication with the family of the person in critical situation – scoping review

RESUMO

Introdução: A vivência da doença crítica, com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, é um momento avassalador para a pessoa e a sua família. Uma elevada percentagem de pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos apresentam a comunicação comprometida, pondo em causa a sua capacidade de tomada de decisão, sendo esse papel atribuído frequentemente à família. Torna-se pertinente que os Enfermeiros de cuidados intensivos promovam e desempenhem intervenções que ajudem a família no processo de comunicação com qualidade e eficácia.

Objetivos: Mapear o conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem no processo de comunicação com a família da pessoa em situação crítica.

Métodos: Foi realizada uma *scoping review* (SR) segundo a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada na MEDLINE, CINAHL, e RCAAP, sem limitações. Os artigos foram examinados ao nível do título, do resumo, e do texto integral por dois revisores.

Resultados: Dos 966 artigos encontrados foram incluídos 8 nesta SR. Os resultados evidenciam a importância do cuidado centrado na família, relevando as intervenções que potenciem e melhorem o processo de comunicação entre a família e o enfermeiro. A utilização de modelos comunicacionais que guiem o processo de comunicação, a inclusão da família nas visitas interdisciplinares e o acompanhamento efetivo dos elementos da família, por parte do enfermeiro, no âmbito do apoio emocional, são os elementos-chave desta revisão.

Conclusões: O enfermeiro tem um papel preponderante na vivência do processo de saúde-doença das famílias da pessoa em situação crítica. Através da implementação de intervenções que majorem e otimizem o processo de comunicação, o enfermeiro é

considerado como uma figura de relevo, estabelecendo a ponte entre a família e a restante equipa interdisciplinar.

Palavras-Chave: família, intervenções de enfermagem, comunicação, pessoa crítico

ABSTRACT

Introduction: The experience of critical illness, requiring admission to an Intensive Care Unit, is an overwhelming moment for the patient and his/her family. A high percentage of patients admitted to intensive care units have impaired communication, jeopardizing their decision-making ability, and this role is often attributed to the family. The relatives of critically ill patients require honest, accurate and updated information; thus, the Intensive Care Nurse plays a crucial role in helping families to control anxiety and their ability to cope with the stress of the situation, acting as a facilitator of the whole process through the implementation of nursing interventions that promote a quality and effective communication process.

Objectives: To map the existing knowledge about nursing interventions in the process of communication with the family of the critically ill patient

Methods: A scoping review was performed according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. The research was performed in MEDLINE, CINAHL, and RCAAP without limitations. Critical evaluation, data extraction and synthesis was performed by two independent reviewers.

Results: Eight studies were included. The results highlight the importance of family-centered care, emphasizing the interventions that enhance and improve the communication process between the family and the nurse. The use of communication models that guide the communication process, the inclusion of the family in interdisciplinary visits, and the effective monitoring of family members by nurses in terms of emotional support are the key elements of this review.

Conclusion: Nurses play a key role in the health-illness process of critically ill patients' families. Through the implementation of interventions that enhance and optimize the communication process, the nurse is considered as an important figure, bridging the gap between the family and the remaining interdisciplinary team.

Keywords: family, nursing interventions, communication, critically ill patient

INTRODUÇÃO

A vivência da doença crítica, com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), é um momento avassalador para a pessoa e a sua família. As famílias vivem uma profunda incerteza e angústia durante a doença crítica dos seus familiares, enfrentando um alto risco de suscetibilidade no que concerne à saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e stress. (Alfheim, Rosseland, Hofsvø, Småstuen, & Rustøen, 2018)

Uma elevada percentagem de pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos apresenta a comunicação comprometida, tanto decorrente da sua patologia, como do efeito das intervenções ligadas à sedação e à ventilação mecânica, colocando em causa a sua capacidade de tomada de decisão. Assim, e neste sentido, é frequentemente solicitado à família que assuma a posição de substituir a pessoa na tomada de decisão inerente às questões de saúde. (Kodali et al., 2014; Wong, Liamputtong, Koch, & Rawson, 2015)

O ambiente de UCI, altamente movimentado e tecnológico, leva a que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros a dirigir a sua ação e a priorizar os cuidados prestados com o objetivo de atingir, e ou, manter a estabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica. Muitas são as vezes em que a necessidade de apoio emocional e psicológico das famílias torna-se secundária, atendida apenas se o tempo disponível assim o permitir. No entanto, é reconhecido que as famílias desempenham um papel importante no fornecimento de apoio psicossocial à pessoa e também se encontram suscetíveis ao risco de sofrimento emocional se não forem devidamente acompanhadas e apoiadas. (Wong et al., 2015)

Muitas vezes, as informações básicas sobre o diagnóstico, prognóstico ou tratamento da pessoa internada em UCI, são desfasadas do nível de entendimento que as famílias detêm. Assim, a equipa interdisciplinar perde, frequentemente, a oportunidade de ouvir, reconhecer e abordar as emoções das famílias e não explicam a tomada de decisão substituta. A diminuição da eficácia da comunicação na equipa interdisciplinar e a má coordenação dos cuidados estão correlacionadas com a redução da satisfação da família com os cuidados. Por outro lado, os fatores associados à maior satisfação da família incluem comunicação de alta qualidade e colaboração entre a equipa de enfermagem e os provedores. (Kodali et al., 2014)

As famílias de pessoas em situação crítica requerem informações honestas, precisas e atualizadas; querem estar perto da pessoa, querem ser notificados sobre qualquer alteração na condição do seu familiar e acima de tudo precisam de se certificar de que a pessoa está a receber os cuidados necessários e com a qualidade exigida. (Söderström, Saveman, & Benzein, 2006; Wong et al., 2015)

Assim, o Enfermeiro de cuidados intensivos desempenha um papel crucial em ajudar as famílias a controlar sua ansiedade e sua capacidade de lidar com o stress da situação e, portanto, facilitar o papel de apoio que as famílias fornecem à pessoa através de intervenções de enfermagem que potenciem um processo de comunicação de qualidade e efetivo. (Wong et al., 2015)

O objetivo da presente scoping review é mapear o conhecimento existente relativamente às intervenções de enfermagem no âmbito da comunicação com a família da pessoa em situação crítica.

1. MÉTODOS

Esta revisão *scoping* foi conduzida tendo por base o método proposto pela Colaboração *Joanna Briggs* (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020a) e foi redigida cumprindo o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). (Tricco et al., 2018)

1.1. LOCALIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Nesta revisão foi conduzida a pesquisa em três bases de dados MEDLINE (via PubMed), a CINAHL (via EBSCO) e o RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) para identificar a literatura cinzenta.

Foram incluídos estudos realizados em português, inglês, e espanhol, sem qualquer limite temporal aplicado à pesquisa por se pretender ter uma visão integrada de toda a evidência disponível sobre o tema em estudo. As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas no Apêndice I.

1.2. SELEÇÃO DOS ESTUDOS E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Nesta *scoping review* definiram-se os seguintes critérios de inclusão de acordo com o quadro de População, Conceito e Contexto (PCC) (Peters et al., 2020b):

- Participantes: Foram considerados todos os estudos que considerasse os termos “family” e “caregivers”. Foram considerados todos os familiares com idade superior ou igual a 19 anos, com capacidade de tomada de decisão preservada.
- Conceito(s): Foram considerados estudos que abordassem os conceitos: “communication”, “nursing intervention” e “communication strategies”.
- Contexto: Foram considerados todos os estudos onde se incluíam os termos “intensive care units” e “critical care”.
- Tipo(s) de estudos: Todos os tipos de estudos quantitativos (por exemplo, experimental, quase-experimental, coorte, controlo de casos, transversal, séries de casos, estudos de casos individuais, estudos descritivos transversais). Serão incluídos estudos de métodos mistos e revisões sistemáticas apenas para extração de componentes quantitativos. Isto permitirá uma maior sensibilidade na pesquisa, o que é desejável para esta tipologia de revisões.

Após a pesquisa, todos os registos identificados foram recolhidos e transferidos para o Mendeley Desktop® e os duplicados removidos. Os títulos e resumos foram revistos por dois revisores independentes (IA e AM) para avaliar a elegibilidade dos estudos em relação aos critérios de inclusão inicialmente definidos. (Peters et al., 2020b)

De seguida procedeu-se à análise do texto integral que foi realizada por dois revisores (IA e AM) independentes. Quaisquer desacordos entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram mitigados através de uma discussão construtiva ou por recurso a um terceiro revisor (SR). O processo de seleção e revisão dos estudos foi operacionalizado com recurso ao Mendeley Desktop®. Finalmente, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para eventual adição de estudos potencialmente relevantes.

Os resultados da pesquisa foram comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma. (Peters et al., 2020b)

1.3. EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS

Os dados foram extraídos dos estudos incluídos na revisão por dois revisores independentes (IA e AM), utilizando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores. A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor (SR). Os dados extraídos incluíram detalhes sobre a população, o conceito, o contexto, métodos de estudo e objetivos específicos.

Em todo o processo mencionado nesta seção, e sempre que necessário, os autores dos estudos incluídos foram contactados para providenciar mais informações ou esclarecimento de dados. Por fim, os dados extraídos foram apresentados em forma de tabela e foi realizada uma síntese narrativa, descrevendo como os resultados se relacionam com o objetivo e a questão formulada para esta revisão.

2. RESULTADOS

Após a identificação dos estudos e da aplicação da metodologia referida anteriormente, foram selecionados 8 artigos para inclusão na revisão scoping. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na figura 1 que contempla o fluxograma PRISMA-ScR.

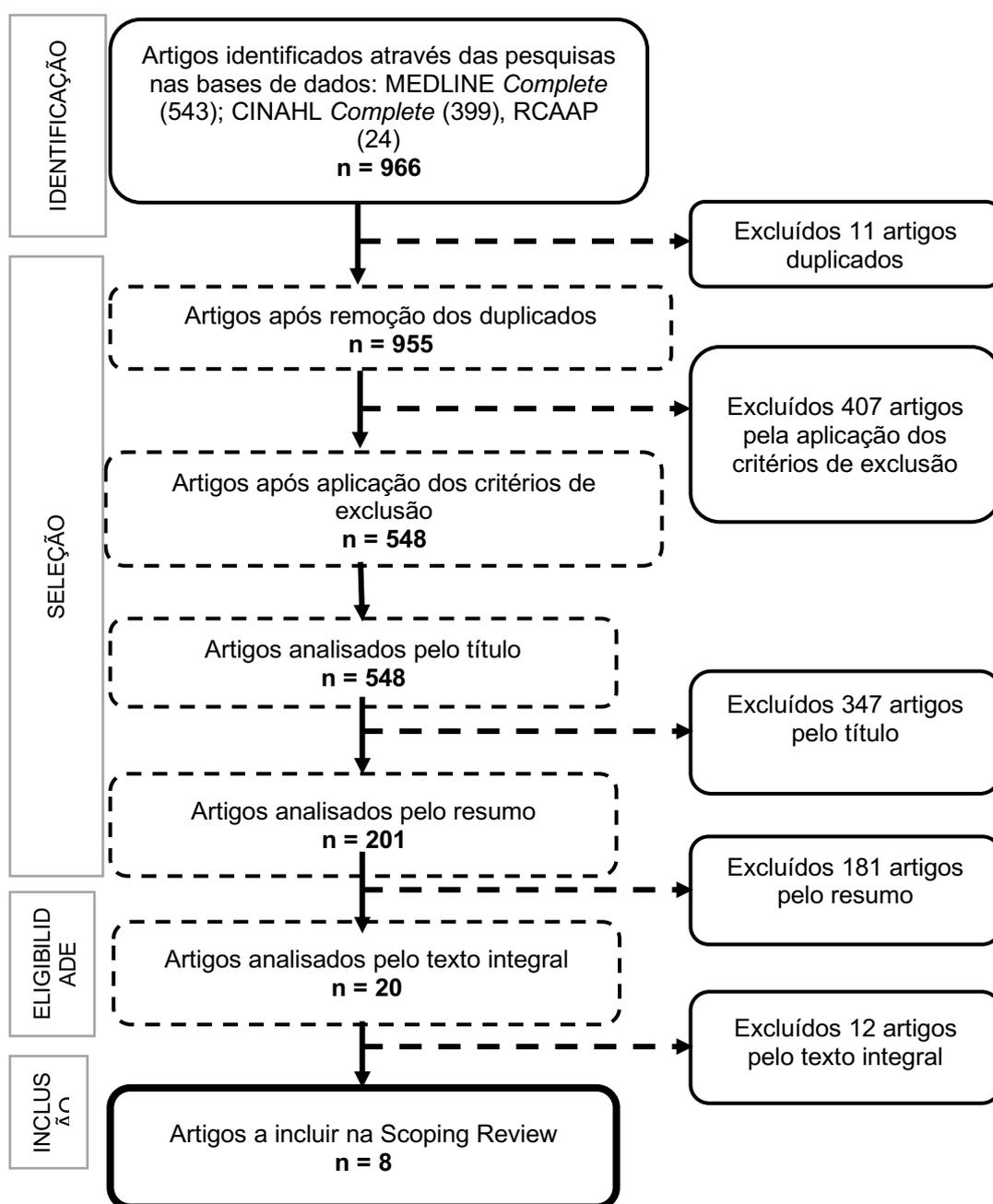


Figura 2 - Fluxograma PRISMA-ScR de seleção e processo de inclusão dos estudos. Os resultados da análise dos artigos encontram-se sumariados na Tabela 2

Tabela 2 – Características e especificações dos estudos incluídos

Autor, ano, país	Tipo de estudo	Participantes /contexto	Intervenção/ protocolo	Outcomes	Resultados
Chen, et al., 2021, EUA	A single-centre two-group pretest-posttest quasi-experiment.	41 familiares de pessoas internadas em UCI	Grupo experimental: 21 participantes receberam sessão diária de 20 minutos, via telefone, de acordo com o modelo em estudo Grupo controlo: 20 participantes receberam os cuidados habituais	Satisfação, Ansiedade, Depressão, Conflito decisório e Comunicação	A implementação da intervenção é viável, aceitável e favorável entre os familiares para melhorar a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde
Au, et al., 2019, Canadá	A point prevalence study	143 familiares de pessoas internadas em UCI	Observação sobre o tipo de abordagem que o profissional de saúde tem com a família	A comunicação interpessoal ocorreu em 71% das vezes: durante as visitas (23%, 33/143), reuniões formais (24%, 34/143) e/ou em atualizações informais (71%, 102/143). Os enfermeiros forneceram a maior porção de atualizações informais à beira do leito (83%) e a comunicação via telefone tabelou-se para 22%	As UCI adotam múltiplas formas de comunicação com a família da pessoa, com muitas das interações informais a ocorrer fora das reuniões familiares. Assim, são necessárias mais ferramentas para apoiar as melhores práticas e combinar abordagens de comunicação para as novas necessidades dos pessoas e familiares em ambiente de UCI
Maestri, et al., 2011, Brasil	Estudo qualitativo, exploratório descritivo	6 enfermeiros de UCI	Entrevista semiestruturada e observação não participante a 6 enfermeiros no que concerne ao processo de comunicação com a família da pessoa em UCI	Receção dos familiares na admissão; contacto telefónico com os familiares e a comunicação interpessoal na hora da visita.	Melhoria no processo de comunicação, com reflexo na satisfação e qualidade dos cuidados
Naef, et al., 2020, Suíça	Qualitative evaluation study	Estudo realizado a partir de RCT onde foram abordados os elementos que receberam pelo menos	38 pessoas (50% familiares, 45% enfermeiros e 5% médicos). Das 58 famílias que receberam a intervenção, 16 foram incluídas, sendo representadas por 19 familiares	Entender a experiência das famílias; identificar a experiência dos profissionais de saúde na implementação de um novo modelo de atendimento às famílias	As relações com as famílias tornaram-se mais eficaz. Maior interação, entendimento mútuo e compartilhamento da tomada de decisão é a chave para cuidados de UCI centrados na família com resultados de saúde positivos

		uma intervenção do enfermeiro de família com duração superior ou igual a 5 minutos			
Adams, et al., 2014, EUA	Prospective, qualitative descriptive study	17 famílias de pessoas internadas em UCI	Observação diária, por parte de um investigador, com duração de 4 horas/6 dias por semana das interações entre equipa, familiares e pessoas; envolvimento em conversas informais com a equipa e a família; e participação nas visitas interdisciplinares e reuniões familiares.	Demonstrar preocupação; construir relacionamento; demonstrar profissionalismo, fornecer informações factuais e apoio na tomada de decisão.	Os dados sugerem que os enfermeiros podem empregar estratégias de comunicação que servem como uma importante fonte de informação e apoio aos familiares de pessoas da UCI.
Inaba, et al., 2005, Brasil	Estudo exploratório e de campo	A população constituiu-se de 13 familiares de pessoas internadas numa UCI	Entrevista dos familiares, por parte das investigadoras com base nas seguintes questões: 1) Na sua opinião, como deveria ser a comunicação ideal da equipa de Enfermagem responsável pelo cuidado do paciente internado na UCI com a família deste? 2) O que é comunicação com a equipa de Enfermagem?	Comunicação como meio de informação, Comunicação como cuidado mais humanizado	Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objetivas.
Torke, et al., 2016, EUA	RCT	26 famílias: 13 Gcontrolo e 13 GExperimental	GE: Reunião Introdutória enfermeiro/família, Contato Diário Estruturado, Módulos de suporte informativo/emocional, Reuniões Familiares, Telefonemas pós-alta GC: O grupo controle recebeu os cuidados habituais.	Depressão, ansiedade, stress, qualidade comunicação	Embora os sintomas depressivos e a ansiedade não diferiram significativamente entre grupos na linha de base, o GExperimental teve melhores pontuações que o Gcontrolo. Apenas um RCT prévio forneceu evidência de que uma intervenção de

					enfermagem melhora os resultados do processo de comunicação.
Strathdee, et al., 2019 EUA	Estudo de caso	Perspetiva de um familiar de uma pessoa internada em UCI	Inclusão da esposa nas visitas interdisciplinares, permitindo que participasse nas decisões de tratamento.	Otimização da relação família/profissional de saúde, otimização da comunicação: menor ruído, maior assertividade.	A Comunicação em tempo real entre a enfermeira, família, e médico decorrente das visitas interdisciplinares, permitiu a construção de um plano de tratamento dirigido e personalizado, com sucesso em termos clínicos e comunicacionais.

Após a análise dos estudos incluídos nesta SR, foram identificados outcomes comuns, tendo sido agrupados de acordo com o autor e a temática na Tabela 3. Nos estudos selecionados, é dada ênfase a intervenções de comunicação – modelos comunicacionais, visitas interdisciplinares e presença junto à pessoa -, tendo em consideração a construção de uma relação terapêutica, com o objetivo final de propiciar um ambiente que fomente a saúde mental dos familiares, culminando com a preocupação na qualidade e satisfação dos cuidados prestados.

Tabela 3 – Caracterização dos estudos por outcome

Estudos	Intervenções de comunicação	Saúde mental	Relação terapêutica	Satisfação/qualidade
Chen, et al., 2021, EUA	x	x	x	x
Au, et al., 2019, Canadá	x		x	x
Maestri, et al., 2011, Brasil	x		x	x
Nacif, et al., 2020, Suíça	x	x	x	x
Adams, et al., 2014, EUA	x		x	x
Inaba, et al., 2005, Brasil	x		x	x
Torke, et al., 2016, EUA	x	x	x	x
Strathdee, et al., 2019 EUA	x	x	x	x

3. DISCUSSÃO

Ao longo da última década tem-se assistido a uma tentativa de reaproximar as famílias do ambiente hospitalar, numa lógica de parceiros de cuidados, de aliados da equipa multidisciplinar com o objetivo último de melhorar os outcomes de saúde no que concerne a a pessoa crítico. Em 2014 surgem os primeiros estudos usando o bundle ABCDEF (“assessment”, “prevent and manage pain”, “both spontaneous awakening and spontaneous breathing trials”, “choice of analgesia and sedation”, “assess, prevent and manage delirium”, “early mobility and exercise”, “family engagement”) com foco na inclusão da família nos cuidados. Embora essas intervenções sejam o resultado de pesquisas e recomendações que melhoram a qualidade dos serviços, nem sempre são traduzidas adequadamente na prática. Esta problemática tem origem em vários fatores, representando um obstáculo para a implementação de intervenções e mudanças na prática clínica. (Moraes et al., 2022)

Os estudos incluídos nesta RS reportam a preocupação da inclusão da família no processo de comunicação com a equipa interdisciplinar, apontando várias intervenções de enfermagem nesse sentido.

Embora os enfermeiros comuniquem constantemente com a família, quer pessoalmente junto à pessoa, quer por via telefónica (Au, Roze des Ordon, Amir Ali, Soo, & Stelfox, 2019), é comum encontrar relatos dando conta da falta de desenvolvimento e treino das habilidades de comunicação, hipotecando a qualidade da comunicação e dos cuidados prestados. (Chen et al., 2022)

Neste sentido, o estudo desenvolvido por este grupo de autores, reflete sobre a importância da intervenção de um enfermeiro líder na implementação de um modelo de comunicação, o COMFORT, baseado no trabalho de Wittenberg et al. (2020), em que é dando ênfase a três pontos chave no processo de comunicação com a família, sendo eles: Connect (C), Options (O) e family caregivers (F). Estes três conceitos visam guiar o processo de comunicação de forma efetiva e sistemática, permitindo ao enfermeiro conduzir a sua intervenção com o objetivo de melhorar a compreensão e de mitigar as alterações emocionais sentidas por parte das famílias, decorrentes do internamento em unidade de cuidados intensivos. Assim, este estudo mostrou grande potencial para

melhorar a comunicação entre familiares e profissionais de saúde, preenchendo ainda uma lacuna na literatura sobre intervenções guiadas pela teoria da comunicação e um método alternativo de comunicação. Os achados indicam que os enfermeiros estão idealmente posicionados para conduzir o modelo COMFORT com o objetivo de providenciar informações claras e consistentes e expressar empatia com os familiares, melhorando a comunicação e a qualidade dos cuidados prestados. (Chen et al., 2022)

Outra abordagem que tem vindo a ser desenvolvida assenta no modelo de cuidados centrado na família, como no estudo dirigido por (Naef, Massarotto, & Petry, 2020), onde a figura enfermeiro de referência assume extrema importância, sendo considerado o mediador entre a família e equipa interdisciplinar. É o responsável pelas intervenções relativas à transmissão de informação – uni e bidirecional -, sendo igualmente responsável pela prestação de apoio emocional e sinalização para outros cuidados, se assim o considerar. Para que estas ações se desenrolem de forma articulada e efetiva, é deveras importante que os enfermeiros detenham competências comunicacionais aprimoradas e bem treinadas.

O estudo de Torke et al. (2016) mostrou igualmente a importância de ter uma figura que guie o processo de comunicação entre a família e a equipa interdisciplinar – o enfermeiro. Assume dois papéis centrais no processo de comunicação, que se refletem nas intervenções realizadas pelo enfermeiro responsável por acompanhar a família neste percurso, sendo eles a transmissão/divulgação de informação e suporte emocional. Para que este processo seja corretamente desenvolvido, é importante que sejam cumpridas cinco intervenções que vão potenciar os dois elementos centrais anteriormente elencados; as referidas intervenções são: reunião inicial entre enfermeiro e família, contacto diário, informação e apoio emocional, reuniões familiares e acompanhamento.

Inaba, Silva, & Telles (2005) e Maestri, Nascimento, Bertocello, & Martins (2012) acreditam na importância da presença dos familiares ao lado da pessoa e reiteram que a evidência teórica e prática do significado que a família atribui ao bem estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de Enfermagem, considerando a comunicação como meio de informação e como meio de humanização dos cuidados.

O estudo dirigido por Adams et al. (2013) procurou conhecer as estratégias de comunicação, por parte dos enfermeiros, sob a perspetiva da família, tendo em conta a

realização de 42 entrevistas numa amostra de 32 familiares. As descrições dos familiares sobre as estratégias de comunicação dos enfermeiros foram agrupadas em cinco categorias: demonstrar preocupação, construção de relação terapêutica, profissionalismo, fornecimento de informação fidedigna e apoio na tomada de decisão. Estes achados apoiam e ampliam dados prévios da literatura de enfermagem, indicando que os membros da família confiam nos enfermeiros durante a vivência da difícil transição do processo saúde-doença dos seus familiares.

Outra estratégia que permite aplicar intervenções no âmbito da enfermagem é a integração da família nas visitas interdisciplinares, permitindo que seja um elemento ativo nas tomadas de decisão relativamente ao plano a seguir para a pessoa. O trabalho de Strathdee et al. (2019), utilizando a metodologia de estudo de caso, relata a importância da presença da família nas visitas interdisciplinares, assumindo-se a comunicação como ponto fulcral no sucesso da implementação desta intervenção. O envolvimento da família nas visitas interdisciplinares forneceu informações únicas sobre a resposta da pessoa aos tratamentos e sugestões valiosas para o plano de tratamento. A comunicação em tempo real entre o enfermeiro, a família e o médico durante a construção do plano de cuidados, melhorou a precisão e a qualidade da comunicação, bem como potenciou a melhoria dos cuidados prestados.

A recomendação redigida pela organização de cuidados centrados na família, em 2017, faz referência ao facto de que os familiares da pessoa em situação crítica devem ter a opção de participar nas equipas interdisciplinares, com o objetivo de melhorar a satisfação com a comunicação e aumentar o envolvimento da família. (Strathdee et al., 2019)

CONCLUSÃO

A comunicação é um componente primordial no processo de cuidar da pessoa em situação crítica, sendo que o enfermeiro deve desenvolver competências para estabelecer uma boa comunicação com a família. Contribui para a excelência da prática da Enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para os familiares, fomentando o sentimento de confiança entre a tríade enfermeiro/família/pessoa, levando a que se desenvolvam sentimentos de segurança e satisfação. As intervenções de enfermagem podem assumir várias formas, nomeadamente através da aplicação de modelos de comunicação – pessoalmente ou via telefone, através da inclusão das famílias nas visitas interdisciplinares, e no convite e à presença da família junto da pessoa. O âmago deste conjunto de intervenções visa o cuidado centrado na família, com especial preocupação na qualidade da comunicação, no apoio emocional fornecido e na qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. A., Bailey, D. E. J., Anderson, R. A., & Thygeson, M. (2013). Finding your way through EOL challenges in the ICU using Adaptive Leadership behaviours: A qualitative descriptive case study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(6), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.05.004>
- Alfheim, H. B., Rosseland, L. A., Hofsø, K., Småstuen, M. C., & Rustøen, T. (2018). Multiple Symptoms in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 387–394. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.018>
- Au, S. S., Roze des Ordon, A. L., Amir Ali, A., Soo, A., & Stelfox, H. T. (2019). Communication with patients' families in the intensive care unit: A point prevalence study. *Journal of Critical Care*, 54, 235–238. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.031>
- Chen, C., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., Wittenberg, E., Li, C.-S., & Chang, Y.-P. (2022). COMFORT communication in the ICU: Pilot test of a nurse-led communication intervention for surrogates. *Journal of Clinical Nursing*, 31(21–22), 3076–3088. <https://doi.org/10.1111/jocn.16132>
- Inaba, L., Silva, M., & Telles, S. (2005). The critical patient and communication: the vision of the family regarding the nursing team. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(4), 423–429. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000400008>
- Kodali, S., Stametz, R. A., Bengier, A. C., Clarke, D. N., Layon, A. J., & Darer, J. D. (2014). Family experience with intensive care unit care: association of self-reported family conferences and family satisfaction. *Journal of Critical Care*, 29(4), 641–644. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.03.012>
- Maestri, E., Nascimento, E., Bertoncillo, K., & Martins, J. (2012). Strategies for the reception of relatives of patients in the intensive care unit. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(1), 73–78. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108124592&lang=pt-pt&site=ehost-live>

- Moraes, F. D. S., Marengo, L. L., Moura, M. D. G., Bergamaschi, C. D. C., De Sá Del Fiol, F., Lopes, L. C., ... Barberato-Filho, S. (2022). ABCDE and ABCDEF care bundles: A systematic review of the implementation process in intensive care units. *Medicine (United States)*, *101*(25), E29499. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029499>
- Naef, R., Massarotto, P., & Petry, H. (2020). Family and health professional experience with a nurse-led family support intervention in ICU: A qualitative evaluation study. *Intensive & Critical Care Nursing*, *61*, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102916>
- Khalil, H., Bennett, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., & Peters, M. (2020). Evaluation of the JBI scoping reviews methodology by current users. *International journal of evidence-based healthcare*, *18*(1), 95–100. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000202>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020b). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available online: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., . . . Khalil, H. (2020a). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, *18*(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, *13*(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
- Söderström, I.-M., Saveman, B.-I., & Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units--an observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(6), 707–716. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.005>
- Strathdee, S. A., Hellyar, M., Montesa, C., & Davidson, J. E. (2019). The Power of Family Engagement in Rounds: An Exemplar With Global Outcomes. *Critical Care Nurse*, *39*(5), 14–20. <https://doi.org/10.4037/ccn2019647>

- Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research, 18*(8), 1115-1123. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5>
- Torke, A. M., Wocial, L. D., Johns, S. A., Sachs, G. A., Callahan, C. M., Bosslet, G. T., ... Burke, E. S. (2016). The Family Navigator: A Pilot Intervention to Support Intensive Care Unit Family Surrogates. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 25*(6), 498–507. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016730>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med, 169*(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing, 31*(1), 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>

APÊNDICE I – scoping review

Estratégia de Pesquisa MEDLINE *Complete* via PubMed

	<i>Pesquisa</i>	<i>Frases</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitadores</i>
<i>MEDLINE Complete via PubMed</i>	S4	S1 AND S2 AND S3	543	Restrição de idioma: Espanhol, inglês e Português
	S3	critical care[MeSH Terms] OR intensive care units[MeSH Terms] OR critical care[Title/Abstract] OR intensive care units[Title/Abstract]	57,320	
	S2	communication[MeSH Terms] OR OR communications strategies[Title/Abstract] OR nurse interventions[Title/Abstract]	105,202	
	S1	family[MeSH Terms] OR caregivers [MeSH Terms] OR family [Title/Abstract] OR caregivers"[Title/Abstract]	343,526	

Estratégia de Pesquisa CINAHL *Complete* via EBSCO

	<i>Pesquisa</i>	<i>Frases</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitadores</i>
CINAHL Complete via EBSCO	S4	S1 AND S2 AND S3	399	Restrição de idioma: Espanhol, inglês e Português
	S3	MH Intensive Care Units OR MH Critical Care	63,000	
	S2	MH Communication OR OR MH Nursing Interventions OR Communication strategies	103,528	
	S1	MH Family OR MH Caregivers	82,858	

CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume um papel crucial nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, quer pelas suas competências acrescidas na área, quer pelo reconhecimento precoce dos sinais de alerta e de situações de risco, e ainda pela sua capacidade de gestão e liderança.

Para além da pessoa que carece de cuidados, é crucial a inclusão da família na dinâmica e no processo de cuidar, assumindo a comunicação um papel preponderante para o sucesso do plano delineado. Foi, portanto, a temática que norteou a minha aprendizagem e aguçou o meu sentido crítico, levando à aquisição de novas competências neste âmbito.

Assim, como enfermeira especialista pretendi atualizar conhecimentos, boas práticas tendo em conta as recomendações, normas e evidência científica mais atual e pertinente. Considero ter atingido os objetivos inicialmente propostos para este relatório final de ensino clínico e, sem dúvida, os objetivos impostos diariamente em cada ensino clínico. Os ensinamentos clínicos e as experiências neles proporcionadas foram promotores e substrato de reflexão. A reflexão, por si só, possibilita um maior alcance na aprendizagem, assenta na análise e compreensão das situações e permite ainda uma maior consciencialização relativamente a uma problemática identificada na prática clínica. Ao problematizar-se as práticas, o potencial formativo é reforçado pela discussão e explicação teórica correspondente, proporcionando mudanças positivas que visam a melhoria das práticas. Afirmo sem qualquer reserva, que a consecução deste relatório me permitiu desenvolver competências, competências estas que se encontram explanadas ao longo do presente trabalho, tendo todo este percurso potenciado o meu crescimento pessoal e profissional.

Importa referir também o conhecimento adquirido na vertente de investigação. Realizar uma revisão scoping, apresentar trabalhos científicos desenvolvidos ao longo deste percurso em congressos foi uma experiência deveras desafiante e enriquecedora.

Considero ter cumprido o objetivo definido com este trabalho de investigação, relatando a evidência científica existente da temática em análise, bem como, refletir sobre as práticas profissionais atuais. As dificuldades encontradas ao longo da sua realização foram facilmente colmatadas pelos esclarecimentos fornecidos pelo professor orientador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, C. da S., Sá, M. de C., Cunha, M., Matta, G. C., Miranda, L., & Grabois, V. (2017). Racionalização e construção de sentido na gestão do cuidado: Uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(6), 1991–2002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13312016>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barreto, R. A. dos S. S., Rocha, L. O., Souza, A. C. S. e, Tipple, A. F. V., Suzuki, K., & Bisinoto, S. A. (2009). Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica TT - Handwashing: the adhesion among nursing professional on post-anesthetic recovery room TT - Higienização de las manos: la adhesión entre los p. *Rev. Eletrônica Enferm*, 11(2), 334–340. Retrieved from <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Q. Editora, Ed.). Coimbra.
- Borges, C; Brasileiro, M. (2018). Atuação do Enfermeiro no Atendimento ao Paciente Politraumatizado: Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 2. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-305>
- Botelho, C. S. (2017). A dignidade da pessoa humana –Direito subjetivo ou princípio axial? *Revista Jurídica Portucalense*, 21, 256–282.
- Campos, L. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. *Direção Geral Da Saúde*, 35. Retrieved from http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergência_e_Urgência.pdf
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro da pessoa crítico: A scoping review Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermeria Global*, 19(4), 557–572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Cavalcante, L; Ramos, I; Araújo, M; Alves, M. B. V. (2014). Cuidados de enfermagem

- ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul Enferm*, 27(6), 567–572. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400092>
- Costa, J. D. S. (1995). Métodos de prestação de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 234–251. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- DGS. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção Geral Da Saúde*, 1–4.
- DGS. (2014). Norma 018/2014. Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. *Direcção Geral de Saúde*, 1–24. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (2015). Norma DGS 020/2015 atualizada a 17/11/22 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Normas DGS - Direção Geral de Saúde, Ministério Da Saúde, Governo de Portugal*, 1–24. Retrieved from <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0312013-de-31122013-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- DGS. (2017a). Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Normas Clinicas*, 1–12. Retrieved from <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- DGS. (2017b). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. *Direção-Geral Da Saúde*, 20. Retrieved from <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>
- DGS. (2019). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos. *Direção-Geral Da Saúde*, 53(9), 1689–1699. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023.aspx>
- DGS. (2022a). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a*

- Segurança dos Pessoas 2021-2026.* 2–66. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-pessoas-2021-2026-pdf.aspx>
- DGS. (2022b). *Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.* 2, 1–14.
- DGS. (2022c). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. *Norma Clínica: 022/2015*, 1–26. Retrieved from www.dgs.pt
- Diário da República. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Pessoas 2021 -2026. *Diário Da República, II Série — N.º 187 — 24 de Setembro de 2021*, 96–103. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Dias, C., Silva, M. J., Pereira, E., Monteiro, E., Maia, I., Barbosa, S., ... Czosnyka, M. (2015). Optimal Cerebral Perfusion Pressure Management at Bedside: A Single-Center Pilot Study. *Neurocritical Care*, 23(1), 92–102. <https://doi.org/10.1007/s12028-014-0103-8>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma N° 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral Da Saúde, (CDC)*, 46. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Norma 12/2022 - Via Verde Trauma.* 1–37.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care.* Oxford:University Press.
- Faria, L. B. G. de, Santos, C. T. B. dos, Faustino, A. M., Oliveira, L. M. de A. C., & Cruz, K. C. T. da. (2019). Conhecimento e adesão do enfermeiro às precauções padrão em unidades críticas. *Texto & Contexto -UFSC*, 15, 1–16. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0144>
- Findlay, J. M., Nisar, J., & Darsaut, T. (2015). *Cerebral Vasospasm : A Review.* 15–32. <https://doi.org/10.1017/cjn.2015.288>
- Gama Junior, W. O., Monteiro, C. B., Miranda, R. de C. M. de, Rêgo, A. S., Chagas, M. R., & Loyola, C. M. D. (2022). Lavagem das mãos: profissionais de saúde, práticas e narrativas. *Research, Society and Development*, 11(11), e76111133443. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33443>
- GTP. (2010). *Triagem no Ser viço de Urgência (2ª Edição; G. P. de Triagem, Ed.).*
- Gwinnutt, C. L., & Driscoll, P. (1993). Advanced trauma life support. In *Anaesthesia*

(Vol. 48). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1993.tb07026.x>

Hwang, D. Y., Gilmore, E. J., & Greer, D. M. (2013). Assessment of Brain Death in the Neurocritical Care Unit Brain death Intensive care unit Organ donation Ethics Communication. *Neurosurg Clin N Am*, 24, 469–482. <https://doi.org/10.1016/j.nec.2013.02.003>

Joeke, K. (2019). Breaking bad news. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine: Third Edition*, 21(5), 371–374. <https://doi.org/10.1201/9781315384917-14>

Kentish-Barnes, N; Chevret, S; Valade, S; Jaber, S; Kerhuel, I; Guisset, O; Martin, M; Mazaud, A; Papazian, L; Argaud, L; Demoule, A; Schnell, D; Lebas, E; Ethuin, F; Hammad, E; Merceron, S; Audibert, J; Blayau, C; Delannoy, O; Azoulay, E. (2022). A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 399, 656–664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02176-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02176-0)

Lopes, I; Gonçalves, M; Melo, M; Gouveia, M. (2022). *a Tomada De Decisão Na Gestão De Cuidados Em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa Da Literatura Decision-Making in Nursing Care Management: a Narrative Review of the Literature*. 30, 557–578. Retrieved from <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Martins, I. (2013). *A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress Isabel Otilia Parreiral Pinheiro de Matos Martins Dissertação de Mestrado em Filosofia*.

Matos, A. D. de, Mendes, M. N., Bispo, S. M., & Amendoeira, J. (2020). a Influência Da Comunicação Terapêutica Em Enfermagem Na Transição Para O Estatuto Familiar-Cuidador: Uma Scoping Review. *Revista Da UIIPS - Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 31–41.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>

Ministério da Saúde. (1994). Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de abril. *Diário Da República - I Série - B, N.º 235 - 11-10-1994*, p. 6160. Retrieved from <http://dre.pt/pdfs/1994/10/235B00/61606160.pdf>

Ministério da Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022. *Diário Da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08, 2026*, 93–99. Retrieved from

- <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- OE. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.
- OE. (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2.^a Série N.º 123, 17240–17243.
- OE. (2015b). *REPE E ESTATUTO*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 1–24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer MCEEMC 10 / 2017*. 1–4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da República*, 2.^a Série, n.º 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.^a Série, n.º 26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República*, 2.^a série(184), 128–155.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Pessoas Críticas*. ((Comissão da Competência em Emergência Médica)), 1–30.
- Richmond, T. S., & Aitken, L. M. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2741–2753. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05749.x>
- Saúde, E. R. da. (2009). *Consentimento Informado - relatório final*.
- Strapasson, M., & Medeiros, C. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2).
- Yang, M. T. (2020). Multimodal neurocritical monitoring. *Biomedical Journal*, 43(3), 226–230. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.05.005>

APÊNDICES

APÊNDICE I

PROJETO DE ENSINO CLÍNICO



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

XII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA

INÊS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA

- PROJETO DE ENSINO CLÍNICO -

*Comunicação com a família em contexto da pessoa em
situação crítica*

Coimbra, 2023



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

XII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA

INÊS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA

- PROJETO DE ENSINO CLÍNICO -

Comunicação com a família em contexto da pessoa em situação crítica

Trabalho realizado no âmbito do XII Curso de Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

Sob Orientação pedagógica da Professora Andréa Marque e tutoria do Enfermeiro Henrique Lopes da Unidade de Neurocríticos do Hospital de São João.

SIGLAS

CEMI – Congresso de Enfermagem em Medicina Intensiva

UPCIRA - Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

SUMÁRIO	Pág
INTRODUÇÃO	7
DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	9
NOTA FINAL	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

INTRODUÇÃO

No âmbito do XII curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi proposta a realização de um Relatório Final de Ensino clínico com o objetivo de plasmar o processo, bem como a evolução na aquisição de competências específicas enquanto Enfermeira Especialista.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolve as suas competências em níveis distintos, quer ao nível da prestação de cuidados altamente diferenciados, como também ao nível da comunicação, gestão, formação e investigação, tendo sempre como objetivo máximo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Dentro do processo formativo em Enfermagem, o ensino clínico é um momento de aprendizagem por excelência no desenvolvimento de competências. Este não poderá nunca ser dissociado da teoria e da prática fundamentada na mais recente evidência, levando assim ao desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo que permite o crescimento pessoal e profissional.

O presente documento assume-se como um guia orientador que deverá nortear o período de aprendizagem decorrente do ensino clínico a realizar no serviço de Neurocríticos no Hospital de São João. Nele serão incluídos os objetivos gerais, os objetivos específicos, bem como a descrição das atividades e metodologias planeadas para a sua consecução. De ressaltar que um projeto nunca deverá ser estanque, havendo a possibilidade de afinar direções sempre que as experiências vividas e o contexto assim o proporcionarem.

Dentro das competências comuns e específicas que me proponho a desenvolver, pretendo dar um enfoque especial à questão da comunicação com a família. Sendo uma área sensível aos cuidados de Enfermagem e que muitas vezes é descurada em detrimento de questões mais tecnicistas, julgo ser fundamental voltar a dar a importância devida, neste contexto, à família e à comunicação com a família.

Por fim, figurarão os resultados esperados, tendo em conta as ações planeadas, experienciadas e refletidas.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Competência comum	Objetivo/Unidade de competência	Critérios de avaliação	Estratégia/Atividade
<p>Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crônica</p>	<p>❖ Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a detecção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos cuidados • Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que permita adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto; • Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos 	<p>Prestação de cuidados</p> <p>Comunicação terapêutica</p> <p>Realização de guia de comunicação com a família/ realização de folheto de integração à família/ scoping review sob a temática da comunicação com a família no contexto da pessoa crítico</p>

	<p>❖ Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</p>	<p>complexos, decorrentes de doença aguda;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores; • Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde -doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos • Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, 	<p>Prestação de cuidados</p> <p>Prestação de cuidados</p> <p>Comunicação terapêutica</p>
--	---	--	--

	<p>❖ Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.</p>	<p>decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador; • Reconhece os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress; • Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica; 	<p>Prestação de cuidados</p>
--	--	---	------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atua de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado; • Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados; • Documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos 	<p>Prestação de cuidados</p>
--	---	--	------------------------------

		médicos e/ou cirúrgicos complexos	
Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crônica	❖ Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crônica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos • Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos 	Prestação de cuidados/conhecimento de protocolos específicos do serviço/neuromonitorização multimodal
Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou	❖ Concebe Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos; 	Prestação de cuidados Atualização dos feixes de prevenção da infeção em contexto hospitalar pela UPCIRA

<p>cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica</p>	<p>diferentes contextos de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados. 	
<p>Competência específica</p>	<p>Objetivo/Unidade de competência</p>	<p>Crítérios de avaliação</p>	<p>Estratégia/Atividade</p>
<p>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</p>	<p>❖ Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica prontamente focos de instabilidade; • Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; • Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 	<p>Prestação de cuidados/conhecimento de protocolos específicos do serviço/ neuromonitorização multimodal</p> <p>Frequência de curso de VNI</p>

	<p>❖ Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; • Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; • Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; • Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. • Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; 	<p>Prestação de cuidados/conhecimento de protocolos específicos do serviço/neuromonitorização multimodal</p> <p>Comunicação terapêutica</p>
--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do estado de saúde. ❖ Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; • Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. • Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação; • Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica; 	<p>Prestação de cuidados</p> <p>Realização de guião de comunicação com a família/ realização de folheto de integração à família/ scoping review sob a temática da comunicação com a família no contexto da pessoa crítica</p> <p>Comunicação terapêutica</p>
--	--	---	--

	<p>❖ Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica; • Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica • Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; • Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto 	<p>Estudo de caso/ Realização comunicação livre noCEMI</p>
--	--	---	--

CRONOGRAMA	SEMANAS DE ENSINO CLÍNICO						
	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	5ª SEMANA	6ª SEMANA	7ª SEMANA
Elaboração do projeto de ensino clínico	x						
Apresentação do projeto de ensino clínico		x					
Elaboração de guião de comunicação à família da pessoacrítico		x	x	x	x	x	x
Elaboração folheto informativo à família da pessoa crítico		x	x	x	x	x	x
Realização de scoping review	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de estudo de caso	x	x	x	x	x	x	x
Frequência de congresso CEMI						x	
Frequência de curso de VNI							x

NOTA FINAL

O presente documento tem como objetivo nortear o meu percurso formativo no que concerne à aquisição e consolidação de competências enquanto Enfermeira Especialista. Pretendo dar ênfase à área da comunicação com a família da pessoa críticsopor considerar ser uma área com pouco investimento na prática, muito embora com importância reconhecida.

No final do ensino clínico e com a realização do relatório pretendo incrementar o meu corpo de conhecimentos e fomentar o meu espírito crítico e reflexivo, com o objetivo último de aumentar a qualidade dos cuidados por mim prestados.

BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário Da República, 2a Série, n°135, 19359–19370.
Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

APÊNDICE II

GUIÃO CONFERÊNCIA FAMILIAR

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA

- Guia Orientador-

Em situações de internamento em unidade de cuidados intensivos, onde existe instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência e/ou comunicacionais na maioria dos clientes, é na maioria dos casos a família quem recebe informações clínicas, nomeadamente, más notícias. Desta forma, os profissionais de saúde devem ter presente que esta informação irá ajudar a família a gerir a situação, definir estratégias e tomar decisões. O apoio à família não requer apenas a discussão inicial de má notícia ou morte, mas também pressupõe a informação que é fornecida diariamente ao longo do internamento para adequação do plano de cuidados. A comunicação de más notícias não se trata de um evento único, devendo os profissionais de saúde capacitar as famílias para processar as informações fornecidas e oferecer os esclarecimentos necessários (Bumb, Keefe, Miller, & Overcash, 2018).

A habilidade do profissional de saúde em comunicar uma má notícia pode gerar sentimentos negativos nas pessoas que a recebem, pelo que a forma, o local e as estratégias utilizadas na comunicação devem ser preparadas e ponderadas atempadamente. A comunicação verbal e a não-verbal são formas de emissão da mensagem e a habilidade em utilizá-las na comunicação de más notícias é uma importante competência a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde.

A comunicação de más notícias deve atender a quatro objetivos fundamentais (Baile et al., 2000), nomeadamente:

1. Reunir toda a informação sobre a pessoa e situação de saúde, permitindo determinar o conhecimento, as expectativas e preparação dos intervenientes para escutar a má notícia;
2. Transmitir informações clínicas de forma inteligível, de acordo com as necessidades e desejos da pessoa/família/convivente(s) significativo(s);
3. Prestar apoio à pessoa/família/convivente(s) significativo(s), utilizando competências comunicacionais apropriadas que reduzam o impacto emocional provocado pela má notícia;

4. Definir uma estratégia ou plano de cuidados em parceria.

Nas últimas décadas, têm sido desenvolvidos vários modelos baseados na evidência e adaptados para a prática clínica no que se refere à comunicação de más notícias. Um dos modelos mais amplamente representados na literatura científica é o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000), adaptado do protocolo de Buckman de 1992.

Mnemónica	Etapa	Objetivo
S	Setting up	Preparação e escolha do local mais adequado (Etapa 1)
P	Perception	Perceber o que o recetor da má notícia (já) sabe (Etapa 2)
I	Invitation	Perceber o que o recetor da má notícia quer saber (Etapa 3)
K	Knowledge	Compartilhar a informação (Etapa 4)
E	Emotions	Responder às emoções e às perguntas do recetor da má notícia de forma empática (Etapa 5)
S	Strategy and Summary	Planear o futuro e sintetizar a discussão (Etapa 6)

Orientações para a operacionalização de cada uma das etapas do protocolo SPIKES

Etapa 1 – Preparação e escolha do local mais adequado

- ✓ O profissional de saúde deve preparar-se previamente, assim como o ambiente físico onde irá comunicar a má notícia.
- ✓ A informação clínica a partilhar deve ser revista e o profissional de saúde deve preparar-se mentalmente para a resposta emocional, bem como para as possíveis questões a serem levantadas.

- ✓ O ambiente influencia a comunicação da má notícia, pelo que deverá ser utilizada uma sala adequada, que proporcione privacidade e conforto. Evitar fontes de distração e favorecer o diálogo.
- ✓ O profissional de saúde deverá adotar uma atitude recetiva, cumprimentar a pessoa, posicionar-se ao mesmo nível do recetor da má notícia, manter o contacto visual, evitar barreiras arquitetónicas entre os interlocutores, dar espaço ao outro e usar o toque terapêutico. É fundamental gerir o tempo e evitar as interrupções.
- ✓ Nos casos de restrição de tempo ou interrupções esperadas, dever-se-á informar previamente a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) sobre essa situação.
- ✓ Ter presente que embora a informação partilhada seja triste dá a oportunidade à pessoa/família/convivente(s) significativo(s) de planear(em) o futuro.

Pontos a reter:

- Conhecimento prévio de informação clínica relevante;
- Proporcionar privacidade;
- Envolver outras pessoas significativas (sempre que a pessoa manifestar essa vontade, ou esteja incapaz de tomar decisões)
- Cumprimentar e fazer apresentações;
- Avaliar se o momento é adequado (Questões-chave: “Como está?”; “Como se encontra/sente hoje?”).
- Manter contacto visual;
- Gerir o tempo e evitar interrupções.

Etapa 2 – Perceber o que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) (já) sabe /Avaliar a perceção

- ✓ O profissional de saúde deve determinar o nível de compreensão e perceção da pessoa/família/convivente(s) significativo(s) sobre a situação de saúde, antes de fornecer qualquer informação.
- ✓ Antes de informar, o profissional deve fazer perguntas abertas.
- ✓ Com base nas respostas obtidas, o profissional de saúde poderá corrigir informações incorretas, adaptar as informações aos conhecimentos que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) já detêm e determinar o nível de aceitação da situação de saúde.

- ✓ Este é também um momento em que o profissional de saúde pode aferir se a pessoa se encontra num estado de negação em relação à sua condição de saúde.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Perguntar, antes de informar (Questões-chave: “O que sabe sobre a situação de saúde até ao momento?”; “O que lhe foi transmitido da última vez que obteve informações?”; “Qual é o seu entendimento sobre a informação que lhe foi transmitida até ao momento? O que é que já lhe foi transmitido acerca da sua situação clínica?”; “Sabe o porquê de ter realizado este exame?”);
- Promover a escuta ativa;
- Concentrar-se no discurso narrativo do familiar, sem descurar a comunicação não verbal.

Etapa 3 – Perceber o que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) quer saber

✓

O profissional de saúde deve fazer perguntas primeiro e só depois informar a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) sobre a situação de saúde. Embora a maioria dos recetores expressem o desejo em obter informações clínicas completas, nem todos o fazem.

- ✓ Respeitar a vontade expressa e responder a quaisquer perguntas ou esclarecimentos solicitados.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Perguntar, antes de informar (Questões-chave: “Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde?”; “O que pretende saber?”; “O que é importante falar hoje?”);
- Demonstrar recetividade para responder a perguntas (Questões-chave: “De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?”; “Gostaria de ver clarificado algum aspeto em particular?”; “Existem dúvidas?”).

Etapa 4 – Compartilhar a informação

- ✓ Antes de compartilhar a informação, o profissional de saúde deverá alertar para a comunicação de uma má notícia, de modo a evitar o choque e favorecer o processamento da informação.
- ✓ A linguagem a adotar deverá ser adequada conforme o nível de literacia da pessoa/família/convivente(s) significativo(s), devendo ser ponderada a utilização de termos técnicos. Sempre que possível, evitar metáforas, eufemismos ou termos que possam suscitar dúvida.
- ✓ A informação deve ser transmitida de forma fracionada, dando espaço à pessoa/família/convivente(s) significativo(s) para assimilar o que lhe é dito e, simultaneamente, verificar o nível de compreensão.
- ✓ As expressões inoportunas são desaconselhadas (e.g., de momento não temos mais nada para oferecer), pois os objetivos terapêuticos são individuais e únicos (e.g., o alívio e controlo de sintomatologia pode ser um objetivo e passível de ser realizado).
- ✓ Ter em atenção a comunicação verbal (i.e., palavras, entoação de voz e ritmo do discurso) e não verbal (i.e., movimento dos olhos, expressão facial, linguagem corporal).
- ✓ Deve ser dado espaço e tempo suficiente para que a informação seja assimilada antes de se colocar novas questões.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Enviar um sinal de alerta (“tiro de aviso”) (Afirmações-chave: “Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias.”, “Infelizmente, as notícias que tenho para lhe dar não são boas.”, “Infelizmente, tenho más notícias para lhe contar.”; “Receio que as notícias não sejam as melhores”);
- Ponderar a utilização de termos técnicos;
- Informar de forma direta e honesta, mas com sensibilidade;
- Transmitir a informação de forma fracionada;
- Evitar expressões inoportunas (e.g., “De momento não temos mais nada para oferecer.”).

Etapa 5 – Responder às emoções e às perguntas da pessoa/família/convivente(s) significativo(s) de forma empática

- ✓ Responder às emoções da pessoa/família/convivente(s) significativo(s) é um dos maiores desafios na comunicação das más notícias com o qual os profissionais de CCIV saúde são confrontados. As respostas emocionais são individuais e únicas, logo variáveis entre indivíduos e circunstâncias.
- ✓ O profissional de saúde deve oferecer apoio e demonstrar uma atitude empática.
- ✓ Além disso, é necessário dar tempo para que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) expresse as suas emoções, e só depois continuar a conversa.
- ✓ Se, porventura, a pessoa ficar em silêncio optar por utilizar perguntas abertas para tentar perceber o que a pessoa está a pensar ou a sentir.
- ✓ É importante identificar se a emoção manifestada está relacionada a notícia transmitida, pelo que se devem fazer questões.
- ✓ Por último, e depois de dar tempo à pessoa/família/convivente(s) significativo(s) para expressar os seus sentimentos, deixá-lo entender que o profissional de saúde associou a emoção manifestada à informação transmitida.
- ✓ O profissional de saúde deve oferecer apoio, mostrando-se disponível para a pessoa para a sua família.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Observar qualquer emoção manifestada (e.g., silêncio, choro, negação, raiva, descrença, tristeza, choque);
- Identificar a emoção manifestada (Questão-chave: “Quais os sentimentos que esta notícia lhe provoca?”).
- Identificar a causa da emoção (Questão-chave: “Eu consigo ver que a notícia que lhe transmiti está a causar-lhe sofrimento?”).
- Deixar que a emoção manifestada seja associada à informação transmitida.

Etapa 6 – Planear o futuro e sintetizar a discussão

- ✓ Perante uma má notícia, a existência de um plano concreto para o futuro diminui os níveis de ansiedade.
- ✓ Nesta etapa, os profissionais de saúde deverão realizar um resumo da informação transmitida numa linguagem que cliente/família/convivente(s) significativo(s) compreendam, clarificar as dúvidas e discutir o plano de cuidados.
- ✓ Nesta etapa devem ser criadas estratégias para a resolução de problemas que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) possam expressar e assegurar a continuidade dos cuidados através da formulação de um plano de cuidados conjunto

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Realizar um resumo final da informação transmitida, utilizando uma linguagem adequada;
- Clarificar dúvidas;
- Discutir o plano de cuidados;
- Ajudar a criar estratégias para a resolução de problemas;
- Assegurar a continuidade dos cuidados (e.g. (e.g., transmitir disponibilidade e apoio, transmitir informação sobre formas de contacto e horário de visitas, agendar contacto futuro).
- Durante o discurso, poderão ser utilizadas frases como: “O que lhe dissemos faz sentido para si?”; “Está esclarecido sobre os próximos passos?”; “Possui informações suficientes para tomar a sua decisão?”

BIBLIOGRAFIA

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2018). Breaking bad news. *CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING*, 21(5), 537–580. <https://doi.org/10.1002/9781118728130.ch15>

APÊNDICE III

Journal Club



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

XVI CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA

INÊS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA

- JOURNAL CLUB -

**COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DA PESSOA EM
SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA**

Coimbra, 2023



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

XVI CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA

INÊS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA

- JOURNAL CLUB -

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA

Documento elaborado no âmbito do ensino clínico de opção desenvolvido em contexto de Cuidados Intensivos, integrado nos Cursos XII CMEMC e XVI CPLEEMC, no Serviço de Neurocríticos do Hospital de São João sob orientação pedagógica da Professora Andréa Marques e tutoria do Enfermeiro Henrique Lopes

Coimbra, 2023

ABREVIATURAS E SIGLAS

FICS – Family ICU Communications Survey

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

CCPF – Cuidado Centrado na pessoa e na Família

CES-D - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção na Família

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	7
2. ANÁLISE DO ARTIGO	10
2.2.DESCRICÃO DO ESTUDO	10
2.3.ESTRUTURA CONCEPTUAL	12
2.4.REVISÃO DA LITERATURA	13
2.5.RESULTADOS	15
2.6.DISCUSSÃO	16
NOTA FINAL	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

ANEXOS

ANEXO I - *Artigo Including Family Members in Rounds to Improve Communication in Intensive Care*

ANEXO II - *Family ICU Communications Survey (FICS)*

ANEXO III - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

ANEXO IV - Dados demográficos e covariáveis

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge na sequência do desafio proposto para a realização de um *Journal Club*, inserido no âmbito do XVI Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto de ensino clínico, desenvolvido sob orientação pedagógica Professora Andréa Marques e tutoria do Enfermeiro Henrique Lopes da Unidade de Neurocríticos do Hospital de São João.

Atualmente encontramos-nos num friso social que exige cada vez mais e melhor dos profissionais de saúde, sendo o objetivo final norteado pela garantia da prestação de serviços de alta qualidade e seguros, que respondam com eficácia e eficiência à necessidade de saúde dos cidadãos. (Moreira, Lobão, Carrageta, & Gonçalves, 2022).

O *Journal Club* assume-se como uma estratégia de ensino considerada eficaz, tendo em conta a natureza informal que o caracteriza, permitindo ao estudante a liberdade de trabalhar num ambiente adequado à sua aprendizagem. É uma estratégia amplamente utilizada, tanto em ambiente clínico, como em ambiente académico, levando os estudantes a desenvolverem aptidões de pesquisa e de avaliação, potenciando a sua competência em práticas baseadas em evidências, pela necessidade de análise crítica do conhecimento produzido e pela discussão aberta entre pares. (Topf et al., 2017)

No decurso do ensino clínico, através do processo de observação e de troca informal de ideias com o meu enfermeiro Tutor, fui constatando a lacuna presente no que concerne ao envolvimento da família no processo de prestação de cuidados, bem como na dificuldade no processo de comunicação decorrente entre a família - família e equipa de enfermagem - em contexto da pessoa neurocrítico.

A situação de doença crítica com internamento em contexto de Unidade de cuidados intensivos (UCI), assume uma preponderância significativa para a família, tanto do ponto de vista físico, como do ponto de vista emocional. A vulnerabilidade em que a pessoa se encontra é, de um modo simultâneo e sequencial, vivida pela família em que se insere. O processo de transição saúde-doença revela-se altamente marcante, tanto pelas mudanças sentidas

individualmente, como também pelo comprometimento de dinâmica familiar. (Mendes, 2018)

Em 1992 surge, nos Estados Unidos da América, o modelo de Cuidado Centrado na pessoa e na Família (CCPF) que se define como uma abordagem para o planeamento, a prestação ea avaliação dos cuidados em saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados em saúde, pessoas e suas famílias. De acordo com o preconizado pelo modelo CCPF, o compartilhamento de informações implica a comunicação e a partilha em tempo útil de informações completas, verdadeiras e imparciais com pessoas e familiares, com o objetivo de alcançar uma participação efetiva e ativa nos cuidados, bem como na tomada de decisão. É reconhecido que uma das necessidades mais prementes das famílias durante a experiência de doença e hospitalização é receber informações acerca do estado de saúde da pessoa, bem como do plano de cuidados. (Cruz & Pedreira, 2020)

Neste sentido, o quadro legal vigente norteia-se pela importância do papel do Enfermeiro no cuidado a pessoa crítica e à sua família. De acordo com o artigo número 3 do Regulamento n.º 429/2018:

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica são: a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica. (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O fulcro da realização deste *journal club* assenta na partilha de conhecimento a partir da análise do estudo selecionado, levando à reflexão entre pares, com o objetivo final de mudança de comportamentos baseados na melhor evidência disponível.

A partir do exposto, imperam algumas questões que serviram de mote à pesquisa: A família tem voz para realizar suas perguntas? O profissional dá voz à família? O que inibe a família de questionar e falar sobre suas

necessidades? O que impede o profissional de dar as respostas que a família precisa?

A pesquisa foi levada a cabo via *Pubmed*, utilizando as palavras-chave “*family*”, “*communication*” e “*intensive care*” sendo considerados os artigos publicados nos últimos cinco anos. Após a análise dos artigos integrantes da pesquisa, foi selecionado o artigo com o título “***Including Family Members in Rounds to Improve Communication in Intensive Care***” por ser um artigo que dá resposta à temática em estudo, no contexto da pessoa neurocrítico. (Simon, Sankara, Gioe, & Newcomb, 2021)

No sentido de orientar a elaboração do presente trabalho, foi utilizado como suporte o documento de apreciação do *Journal Club* que integra o Guia Orientador do Ensino clínico de Opção do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (Esenfc, 2022)

Estruturalmente, o presente documento encontra-se planificado tendo em conta um capítulo principal, onde figurará a análise do artigo selecionado, sendo posteriormente subdividido em cinco subcapítulos: o primeiro fará alusão à descrição e análise do artigo em estudo, o segundo referir-se-á a estrutura concetual do artigo, no terceiro traçar-se-á uma breve revisão da literatura sobre a comunicação à família da pessoa crítico, no subcapítulo número quatro serão apresentados os resultados do estudo e por fim, será concretizada a discussão dos resultados, onde serão confrontados os resultados do estudo com a literatura atual e onde serão mencionadas as limitações do estudo, fazendo igualmente referência à pertinência do mesmo para os cuidados de enfermagem.

O trabalho terá o ser término com uma nota final onde serão apresentadas as principais conclusões, bem como a avaliação da sessão realizada em contexto de ensino clínico.

1.- ANÁLISE DO ARTIGO

O artigo em análise foi publicado em Abril de 2020 no *Journal of Nursing Care Quality (NCQ)*. O NCQ é citado no Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), International Nursing Index, MEDLINE, Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, Scopus, Academic OneFile, Expanded Academic ASAP, ProQuest Central, ProQuest Health Research Premium Collection e ProQuest Nursing & Allied Health Database.

O artigo tem como autores Kay Simon; Ishwara R. Sankara ; Christina Gioe e Patricia Newcomb (ANEXO I).

1.1.- DESCRIÇÃO DO ESTUDO

O artigo selecionado para partilha e discussão apresenta como principal objetivo testar um plano de intervenção, com vista a melhoria da perceção da pessoa e sua família sobre a comunicação com os profissionais de saúde, num serviço de neurocríticos no Texas (Estados Unidos da América), o artigo debruça-se igualmente sobre o impacto dos resultados desta intervenção quer no contexto de internamento, como no pós alta.

Trata-se de um estudo quantitativo, quase-experimental. Foi levado a cabo numa unidade de neurocríticos, de um hospital privado, sem fins lucrativos e sem componente académica, com lotação de 22 camas, entre abril de 2017 e junho de 2018. O projeto foi previamente avaliado pelo conselho de revisão institucional do sistema de saúde do estudo, funcionando como um comité de revisão ética. Foi obtido o consentimento informado por escrito de cada participante, ou na impossibilidade deste, do seu representante devidamente autorizado.

A política da passagem de turno interdisciplinar foi instituída nesta unidade um ano antes do início do estudo, ainda sem a inclusão da família. Incluir os membros da família na visita interdisciplinar, foi uma iniciativa fortemente sugerida pelo órgão de gestão do hospital.

Os familiares incluídos no estudo têm como características: pessoas adultas, fluentes na língua inglesa e com reconhecimento pela Lei de saúde local vigente como a pessoa autorizada a receber informações de saúde sobre a pessoa – cônjuge, filho adulto, irmão, pai, ou pessoa significativa.

Com o objetivo de minimizar a confusão entre a equipa interdisciplinar que integra a unidade de neurocríticos, o projeto foi desenhado numa lógica de comparação entre um grupo de controle (n=61) composto por familiares selecionado antes da implementação do projeto de visitas interdisciplinares centradas na família, com um grupo de intervenção (n=62) de familiares que participaram nas visitas interdisciplinares após o projeto ser iniciado.

A Enfermeira responsável pelo serviço, conduzia a uma triagem dos familiares com vista à identificação de potenciais candidatos ao estudo. Os dados do grupo de controlo foram colhidos através dos primeiros 70 familiares que consentiram entrar no estudo após a aprovação do projeto, antes da implementação da visita interdisciplinar centrada na família. Os participantes expostos à intervenção foram convidados a participar nas visitas interdisciplinares após o seu consentimento. Os familiares de ambos os grupos foram questionados sobre suas perceções sobre o processo de comunicação com a equipa de saúde. O instrumento utilizado para avaliar a perceção da comunicação, *Family ICU Communications Survey (FICS)*, foi elaborado pela equipa de pesquisa usando itens modificados da ferramenta *Family Rounding* criada por Mangram et al (ANEXO II).

As respostas no FICS foram pontuadas de *concordo muito fortemente* (5) para *discordo fortemente* (0), sendo o intervalo de pontuação entre 0 e 45, com pontuações mais altas indicando maior satisfação com o processo de comunicação na unidade. Para além da comunicação, foram levados em conta outros dados que poderiam, potencialmente, interferir com os resultados do instrumento aplicado. Neste sentido, foi estudada a depressão do membro da família entrevistado, tendo esta sido medida usando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (ANEXO III). O CES-D, um instrumento de triagem para depressão tem sido usado com frequência e com sucesso numa ampla faixa etária. O intervalo de pontuação na CES-D é de 0 a 60, com pontuações mais altas indicando a propensão para desenvolvimento de quadro depressivo. Uma pontuação CES-D de 16 ou mais indica risco de depressão clínica com

boa sensibilidade, especificidade e consistência interna. A CES-D foi administrada e os dados demográficos foram colhidos em ambos os grupos (Anexo IV). Tanto para o grupo de controlo quanto para o grupo de intervenção, o FICS foi colhido no dia da alta ou no dia 6 do mês corrente. As visitas interdisciplinares ocorreram diariamente, sempre no mesmo horário (10h) e foram atendidas por todos os médicos disponíveis durante esse período de visita. A única mudança na estrutura organizacional da visita interdisciplinar centrada na família assentou na receção de um a dois membros da família no grupo de interdisciplinar. Todos os membros da equipa interdisciplinar observaram os membros da família em busca de sinais verbais ou não-verbais acerca do entendimento da informação transmitida. Caso em algum momento o familiar demonstrasse confusão, os membros da equipa paravam, questionavam e esclareciam. Se as questões se tornassem muito complexas ou demoradas, no final da visita seriam esclarecidas por um membro da equipa assim designado.

○ ESTRUTURA CONCEPTUAL

Os modelos conceituais em Enfermagem são definidos como um conjunto de ideias ou conceitos - elementos abstratos - que se correlacionam e simbolicamente representam um fenómeno, descrevendo as relações entre os conceitos que os compõem. Têm a sua génese em teorias ou através prática profissional, sendo instrumentalizados através do Processo de Enfermagem. (Enfermagem, 2001)

O artigo em estudo não faz referência a qualquer modelo conceitual de Enfermagem, no entanto, considerando a temática, e por inferência, emergiu como referencial o Modelo Calgary de Wright e Leahey, que incorpora o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o associado, Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF). Esta eleição prende-se por ser um modelo de estrutura multidimensional direccionado para a abordagem à família no âmbito da enfermagem.

Os enfermeiros têm a obrigação ética e moral de envolver a família no processo de cuidados, tem um impacto significativo na saúde e no bem-estar dos seus membros. Os cuidados centrados na família são alcançados de maneira responsável e respeitosa por práticas relacionais que consistem em

relacionamentos colaborativos entre enfermagem-família, juntamente com a avaliação da família e o conhecimento das suas capacidades.(Shajani & Snell, 2019)

O MCAF de Wright & Leahey enfatiza a importância de um olhar atento sobre a família. Através deste modelo de avaliação, como uma estrutura multidimensional, é reconhecida a complexidade dos relacionamentos que surgem dos vínculos entre os membros que a constituem. Lista a ideia de um paradigma da rede, como uma base útil para integrar as teorias do vínculo afetivo e de sistemas familiares, nos domínios estrutural, de desenvolvimento e funcional. A obtenção de dados de avaliação no domínio estrutural, por genograma e ecomapa, não necessariamente extensa e exaustiva, subsidia os enfermeiros na assunção de quem é significativo para aquela pessoa (Shajani & Snell, 2019).

Relativamente ao domínio do desenvolvimento, o modelo enfoca à fase do ciclo vital em que a família se encontra, sendo de extrema importância a sua sinalização, uma vez que a cada ciclo se atribuem necessidades diferentes. No que diz respeito à avaliação funcional o que importa aferir é a forma como os elementos interagem entre si. Estando a etapa da avaliação concluída, cabe ao enfermeiro encetar o processo de intervenção na família através do MCIF, que se materializa por intermédio de conversas terapêuticas entre o enfermeiro e a família. De acordo este modelo, as intervenções de enfermagem podem pertencer a três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental. O objetivo assenta na promoção, e sustentação de um funcionamento eficaz dentro da família, tendo impacto no alívio do seu sofrimento e na busca de novas soluções, considerando sempre o conhecimento as suas fragilidades e das suas potencialidades (Leahey & Wright, 2016)

Para além do Modelo de Calgary acima explanado, a teoria das transições de Afaf Meleis assume extrema importância no contexto do presente trabalho.

As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes. A experiência de transição começa assim que um evento ou alteração é antecipado. Muito embora o ser humano vá enfrentando inúmeras mudanças ao longo da vida útil, são os enfermeiros que ficam cara a cara com as pessoas que estão a atravessar uma transição quando esta se relaciona com sua

saúde, bem-estar e sua capacidade de cuidar de si mesmos. Além disso, são os enfermeiros que lidam com os ambientes que apoiam ou dificultam transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais. Para capturar a definição, significado, condições e resultados de transições, ajuda a ter estruturas que fornecem coerência e direção a partir da qual fazer perguntas e desenvolver programas de pesquisa (Meleis, 2010).

Todo e qualquer processo de transição é motivo de atenção para a enfermagem pelo risco potencial que sua experiência pode causar aos seus intervenientes. Prevenir potenciais riscos, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado são estratégias que os enfermeiros utilizam no processo de cuidar e apoiar as pessoas, com o objetivo que estas alcancem processos de transição saudáveis e efetivos. Portanto, lidar com a transição é um processo dinâmico, que inclui vários seguimentos, alguns construídos de forma criativa e dinâmica e, ao mesmo tempo, adquirindo experiência e desenvolvendo competências no cuidado. (Costa, 2016; Meleis, 2010)

○ REVISÃO DA LITERATURA

As melhores práticas em cuidados intensivos abordam cada vez mais a questão de que os pessoas internados são membros integrantes de um grupo mais amplo, fazem parte de uma rede pessoa-família que funciona como um pequeno sistema social. O reconhecimento dos membros da família por este prisma, marca o ponto de partida no cuidado centrado na pessoa e na família, implicando esta díade nos cuidados prestados em ambiente de unidade de cuidados intensivos. (Olding et al., 2016)

A vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, por conseguinte, é imperativo que os cuidados não sejam limitados à interação entre o enfermeiro e a pessoa, mas que a família seja envolvida, não apenas como um recurso para ajudar a pessoa que está pessoa, mas também como alvo dos cuidados. Contudo, no contexto da pessoa em situação crítica, o cuidado dirigido aos familiares é ainda pouco visível, não sendo comum encontrar no processo da pessoa referências a diagnósticos ou intervenções de enfermagem que tenham por alvo as necessidades da família (Knapp, Sole, & Byers, 2013 cit por Cabete et al., 2019)).

Na última década tem-se assistido a uma preocupação em crescendo em melhorar a comunicação equipa interdisciplinar-família em unidades de cuidados intensivos, com o objetivo de potenciar a compreensão dos familiares sobre a condição de saúde do seu familiar, e quais as opções de tratamento. (Seaman, Arnold, Scheunemann, & White, 2017)

As diretrizes atuais recomendam o convite à família para participar nas visitas interdisciplinares como uma forma de melhorar a comunicação e aumentar satisfação. Ainda é parca a orientação sobre como a participação pode ser operacionalizada para que os membros da família se sintam valorizados como membros da equipa, garantindo a eficiência e a alta qualidade das visitas interdisciplinares. A literatura recente tem usado o termo “visitas centradas na família” quando as tradicionais visitas interdisciplinares são adaptadas com o intuito de fornecer à família um convite para participar, receber um resumo das informações discutidas, tendo ainda espaço e tempo disponível para levantar questões. (Au, Roze des Ordon, Blades, & Stelfox, 2021)

É igualmente importante ter em conta qual significado simbólico que a família tem para o profissional de saúde. Se ele acredita que a família é um membro essencial da equipa e, por consequência, uma parceira, a comunicação tende a ser mais fluida e interpretada como algo construtivo, que possibilita intervenção precoce e se mostra como uma oportunidade de aprendizagem e potencialização na melhoria dos cuidados. Por outro lado, se a família é vista como um elemento fiscalizador e ajuizador, a comunicação - o que é dito e como é dito - pode ser interpretada com hostilidade, o que denota falta de competência profissional, podendo implicar a não valorização da informação compartilhada. (Cruz & Pedreira, 2020)

Muitos são os estudos que abordam a temática, a sua importância e potencialidade na qualidade da prestação de cuidados, no entanto, ainda se denota uma grande resistência na inclusão da família no processo de cuidados, especialmente em cuidados intensivos, levando a processos comunicacionais frágeis e ineficazes. Sendo a comunicação um alicerce fundamental na prática de Enfermagem, urge debater estas temáticas e trilhar caminhos que contribuam para o objetivo maior da ciência, a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência.

○ RESULTADOS

No que diz respeito à amostra do estudo, sessenta e um familiares não compareceram às visitas interdisciplinares, tendo comparecido outros 62 familiares, completando o grupo de intervenção. Os membros da família que compareceram às visitas interdisciplinares incluíam cônjuges, filhos e (raramente) irmãos (ANEXO IV). Ao longo do estudo, sempre houve mais pessoas elegíveis na unidade do que familiares envolvidos devido a fatores como: horários de trabalho que não permitiam que os familiares estivessem presentes às 10h, recusa do familiar em participar ou família não disponível. A maioria dos membros da família que participaram eram mulheres brancas de meia-idade ou mais velhas e eram cônjuges ou filhos da pessoa internado. Menos da metade dos participantes tinha nível universitário. A maioria referiu estar em boa ou excelente saúde (86%), embora 41% da amostra tivesse um rastreio de depressão positivo. Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis demográficas medidas, scores da CES-D e do FICS; assim, os grupos foram tratados como comparáveis. A confiabilidade da consistência interna das ferramentas foi forte com o α Cronbach para o FICS em 0,92 e para o CES-D em 0,87.

Antes da implementação das visitas interdisciplinares centradas na família, o tempo médio utilizado em todos os pessoas elegíveis na unidade era de 86 minutos. O tempo médio gasto discutindo cada pessoa foi de 5,5 minutos. Após a implementação das visitas interdisciplinares centradas na família, o tempo médio para fazer as visitas interdisciplinares em todos os pessoas elegíveis na unidade foi de 92 minutos, e o tempo médio gasto discutindo cada pessoa foi de 9 minutos. Cada enfermeira apresentava tipicamente 2 pessoas; assim, a visita centrada na família consumiu em média cerca de 20 minutos do turno da enfermeira de cabeceira.

As pontuações do FICS variaram de 20 a 45 para os familiares do grupo de controlo e de 30 a 45 para o grupo de intervenção. As pontuações totais médias do FICS foram 38,7 (DP = 6,5) e 41,1 (DP = 4,3), respetivamente. Não se verificou, portanto, uma diferença significativa na satisfação com a comunicação em geral, conforme medido pelos scores totais da FICS (Mann-Whitney $ACIMA = .3$). No entanto, as pontuações obtidas pelos membros do grupo de controlo tenderam a ser mais baixas em todos os itens, e a diferença nas pontuações médias para o item 9 (“*Feel better informed when the health care team discusses care as a group*”) foi significativamente menor para os participantes do grupo de controlo. Ao avaliar o impacto das variáveis selecionadas nos

scores totais do FICS, os dados mostraram que o score CES-D eo número de visitas dos familiares predizem a satisfação com a comunicação. Quanto maior

o número de visitas do familiar, maior o score de satisfação com a comunicação, enquanto scores CES-D mais altos foram associados a scores mais baixos de satisfação com a comunicação. A observação mostrou que os familiares muitas vezes informavam a equipa interdisciplinar de forma assertiva providenciando informação importante e desconhecida nas histórias dos pessoas, incluindo consultas médicas anteriores, sintomas, sinais e medicamentos. De atentarque, na fase inicial do projeto, muitos funcionários se mostraram constrangidos em incluir os familiares nas visitas interdisciplinares por acreditarem que as famílias iriam desacelerar os processos de trabalho. A observação ao longo do tempo, no entanto, mostrou que, apesar dos preconceitos expressos, os membros da equipa, começaram a assumir uma abordagem mais orientada para o ensino dos familiares. Esse comportamento não foi treinado, parecia muito natural e foi bem recebido pelos familiares.

○ DISCUSSÃO

Em teoria, a inclusão de familiares nas visitas interdisciplinares em cuidados intensivos deveria beneficiar todos os intervenientes, equipa e próprios familiares, ao melhorar o processo de comunicação. Não é raro encontrar na literatura referências várias relativas a esta temática, enfocando a sua importância e preponderância na prestação de cuidados aa pessoa crítico internado em cuidados intensivos. Ainda assim, esta abordagem não demonstrou consistentemente uma melhora na satisfação da família com a comunicação ou a tomada de decisão compartilhada. (Au et al., 2021)

Existem inúmeras razões que podem interferir e até boicotar a dinâmica deste processo de comunicação, sendo tão valioso e ao mesmo tempo complexo. Assim, na prática, a equipa interdisciplinar teme que os familiares não entendam o que é discutido nas visitas, podendo ficar atemorizados, ansiosos, deprimidos ou revoltados com o que é transmitido. Refletem ainda o receio de que a inclusão dos familiares poderá atrasar e interferir com a dinâmica do serviço. Relativamente a este último ponto, e de acordo com o artigo em estudo, os autores, a inclusão de familiares nas visitas interdisciplinares aumentou, em

média, cerca de 3 a 4 minutos por pessoa. Isso resultou em cerca de 20 minutos/dia para cada enfermeiro integrada da equipa. Nesta amostra em particular, incluir membros da família resultou num tempo médio de cerca de 1,5 horas para discutir todos as pessoas elegíveis. O tempo despendido relativamente insignificante poder-se-á também dever ao facto de que, embora os membros da família sejam bem-vindos a participar todos os dias, não foram capazes de participar de forma consistente e regular. O argumento de que é caro para os enfermeiros serem incluídos nas visitas interdisciplinares não é apoiado pelo custo relativamente pequeno e pelos benefícios potenciais na comunicação entre a equipa e famílias. Em boa verdade, não poderão ser considerados minutos de trabalho “extra”, cada minuto gasto nas visitas é um minuto não gasto em alguma outra tarefa durante um determinado turno; portanto, seria ainda interessante determinar se a realização das visitas centradas na família afeta os minutos de tempo dedicados à comunicação com os membros da família em outros momentos. Se os familiares são convidados a participar nas visitas interdisciplinares, deverá ser pela importância que a sua participação traz para a experiência de cuidado.

O facto de as diferenças entre grupos não serem estatisticamente significativas, podemos inferir que, será importante tornar a inclusão dos familiares nas visitas interdisciplinares o mais individualizadas possível, por forma a avaliar, pelo menos informalmente o seu estado psicológico. É sabido que estados de depressão ou risco de depressão podem interferir como sucesso do processo de comunicação, sendo então fundamental este cuidado por parte da equipa aferir quais as necessidades reais da família, podendo necessitar de um acompanhamento mais diferenciado.

Pela complexidade do serviço e pelo ambiente altamente tecnológico inerente a uma unidade de cuidados intensivos, associado ao quadro de imprevisibilidade do curso da doença é exigido à família um mecanismo de *coping* quase imediato, pelo que é mandatório prestar apoio à família nessa transição. (Mendes, 2018) Contudo, a satisfação das necessidades da família constitui um desafio para os enfermeiros, que apontam como principais dificuldades, não só a gestão de informação honesta e clara sobre o estado clínico da pessoa, enquanto tentam, simultaneamente, manter a esperança, como também a falta de confiança ao abordar a família da pessoa em situação crítica. Assim, é importante reconhecer, dar suporte e ir ao encontro das necessidades

emocionais dos familiares da pessoa crítico. (Cabete et al., 2019)Embora haja uma quantidade considerável de literatura sobre comunicação entre familiares e profissionais de saúde, o número de estudos que foi realizado sobre o envolvimento diário de pessoas/família com os membros das equipas ainda é reduzido. (Olding et al., 2016)

O que potencialmente poderia colmatar esta lacuna, seria a criação e implementação de um documento que fornecesse ferramentas para que este processo decorresse de forma efetiva, sistematizada e bidirecional. (Au et al., 2021)

O recurso a um estudo quase-experimental pode constituir uma limitação uma vez que os grupos de controlo e experimental não apresentam as mesmas características, podendo introduzir viés no estudo. Como em todos os métodos, o quasi experimental tem pontos fortes e fracos, dependendo do problema e questões de investigação: o facto de poderem ser adequados para observar os efeitos de uma determinada alteração induzidos num sistema, permitindo trabalhar em simultâneo num número múltiplo de variáveis é um ponto forte. Já a questão de não envolver amostras aleatórias, pode levar a alguma limitação na generalização das conclusões, mostrando-se pobres neste ponto. (Traqueia et al., 2021).

No que diz respeito às limitações do estudo, podemos referir o tamanho da amostra, uma vez que não é suficientemente grande, o tipo de estudo, como acima referido e ainda o facto de o estudo ser concretizado noutro país com uma política de saúde muito díspar comparativamente com a realidade portuguesa.

NOTA FINAL

O âmago do presente trabalho assentou no estudo da importância da inclusão da família nas visitas interdisciplinares com vista à melhoria da comunicação. É sabido que a comunicação é a base da relação humana, assumindo elevada preponderância em contexto hospitalar no processo de saúde-doença. Quando alguém está pessoa, para além do próprio, a família sofre igualmente um processo de transição que pode abalar a estrutura familiar, deste modo é importante incluir nos cuidados não só a pessoa pessoa, mas ter em conta a díade – pessoa/família – como foco na prestação de cuidados.

À partida parece ser um processo simples de fácil implementação, mas na verdade assume-se como um processo de elevada complexidade que exige do enfermeiro um corpo de conhecimentos e *skills* bem acurados e treinados, que permitam que o processo comunicacional se concretize de forma real, efetiva e eficaz.

O *journal club* foi apresentado no serviço de Neurocríticos no Hospital de São João, no dia 19 de janeiro de 2023. Os colegas foram convidados a participar através da afixação de convite no placard do serviço, onde estava incluída a temática a debater. Participaram 9 colegas nesse momento formativo. Houve reconhecimento da importância da temática, afirmando ainda que existe um longo caminho a trilhar neste contexto. Ainda são muitos os entraves que limitam a inclusão da família em todo o processo, levando a processos comunicacionais débeis e pouco conseguidos.

BIBLIOGRAFIA

- Au, S. S., Roze des Ordon, A. L., Blades, K. G., & Stelfox, H. T. (2021). Best practices toolkit for family participation in ICU rounds. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(5), 1066–1075. <https://doi.org/10.1111/jep.13517>
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A. R., & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: Intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 129–138.
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Cruz, A. C., & Pedreira, M. da L. G. (2020). Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190672. Retrieved from <http://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?lang=pt&format=html>
- Enfermagem, D. D. E. M. D. E. (2001). *Modelos Assistencias Paraa PrátI Ca De Enfermagem*. 74–80.
- Esenfc. (2022). *Guia_ Orientador*.
- Leahey, M., & Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models: Reflections on the Reciprocity Between the Personal and the Professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450–459. <https://doi.org/10.1177/1074840716667972>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range ans Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>

- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(1), 182–189. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0170.pdf
- Moreira, I. M. P. B., Lobão, C. A. R. F., Carrageta, M. D. C. M., & Gonçalves, R. F. L. (2022). Evaluation of the Journal Club as a pedagogical strategy in nursing education: Students' perceptions. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2022(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21054>
- Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K., & Kitto, S. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*, 19(6), 1183–1202. <https://doi.org/10.1111/hex.12402>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da República*, 2ª Série, nº135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Seaman, J. B., Arnold, R. M., Scheunemann, L. P., & White, D. B. (2017). An integrated framework for effective and efficient communication with families in the adult intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(6), 1015–1020. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201612-965OI>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (p. 380). p. 380.
- Simon, K., Sankara, I. R., Gioe, C., & Newcomb, P. (2021). Including family members in rounds to improve communication in intensive care. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(1), 25–31. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000483>
- Topf, J. M., Sparks, M. A., Phelan, P. J., Shah, N., Lerma, E. V., Graham-Brown, M. P. M., ... Hiremath, S. (2017). The Evolution of the Journal Club: From Osler to Twitter. *American Journal of Kidney*

Diseases, 69(6), 827–836.
<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.12.012>

Traqueia, A., Euzébio, C., Soares, D., Pacheco, E., Taveira, E., Bernardo, I., ... Soares, T. (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: métodos (volume 1)*. <https://doi.org/10.34624/hmtj-qg49>

ANEXOS

ANEXO I – *Artigo Including Family Members in Rounds to Improve Communication in Intensive Care*

Including Family Members in Rounds to Improve Communication in Intensive Care

Kay Simon, MSN, RN; Ishwara R. Sankara, MD; Christina Gioe, MSN, RN, CNL; Patricia Newcomb, PhD, RN

ABSTRACT

Background: Family members frequently function as surrogate decision-makers in critical care settings. This role requires family to establish satisfactory communication with clinicians.

Local Problem: Posthospital patient satisfaction with communication scores were lower than desired. Investigators assumed family member satisfaction with communication could influence patient satisfaction scores.

Methods/Interventions: Including family members in multidisciplinary daily clinical rounds was implemented in a 22-bed neurointensive care unit (ICU). Family members who attended rounds were compared with those who did not. Changes in clinician time devoted to rounding were measured.

Results: The intervention increased time devoted to clinical rounds by 4 minutes per patient on average. Rounding dose correlated positively while depression correlated negatively with family satisfaction with communication. No harm, such as family member agitation, anxiety, or complaints, was found.

Conclusions: Including family in rounding in the ICU appears safe and can improve family satisfaction with communication, but whether it influences patient satisfaction remains an open question.

Keywords: communication, family, intensive care, interdisciplinary health team, patient satisfaction, rounds

Many patients in the intensive care unit (ICU) setting, particularly those with neurological disorders, are unable to make decisions for themselves; thus, family members frequently function as surrogate decision-makers. In other cases family members are actively involved with helping patients make decisions or understand the care that is delivered. In order for family members to assist with understanding the

clinical situation or making decisions, they must establish some level of satisfactory communication with clinicians. The complexity of care for the ICU patient, coupled with the involvement of multiple specialized physicians and clinicians, can present complicated challenges to communication with families.

Efforts to improve communication between the health care team and family members of patients are typically informed by a patient-family-centered model of care. Patient-family-centered care (PFCC) is an approach to care planning and delivery that is based on establishing a collaborative partnership among the health care team, patients, and families. The Institute for Patient- and Family-Centered Care defines PFCC as working with patients and families instead of simply doing things to them or for them.¹ PFCC assumes patient-family-clinician partnerships benefit clinicians as well as patients.¹ Core values of PFCC include the belief that information should be shared. Health care providers are expected to share information that is complete, unbiased, and useful, while patients and families share information about their knowledge and values that can be incorporated into the plan of care.²

Author Affiliations: Texas Health Harris Methodist Hospital, Fort Worth (Ms Simon and Gioe); Neurocritical Care Hospitalist, Neurocritical Care Associates of Fort Worth, Texas (Dr Sankara); INOVA Health System, Alexandria, Virginia (Ms Gioe); and Texas Health Resources, Arlington (Dr Newcomb).

The authors thank Genichero Fujioka, BSN, RN, CCRN, for his valuable help with observations and administrative tasks during the conduct of this study.

The authors declare no conflicts of interest.

Supplemental digital content is available for this article. Direct URL citations appear in the printed text and are provided in the HTML and PDF versions of this article on the journal's Web site (www.jncjournal.com).

Correspondence: Patricia Newcomb, PhD, RN, Nursing Operations, Texas Health Resources, Twelfth Floor, 612 E. Lamar Blvd, Arlington, TX 76011 (PatriciaNewcomb@texashealth.org).

Accepted for publication: February 17, 2020

Published ahead of print: April 6, 2020

DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000483

One strategy to genuinely include family members in ICU care processes is to include them in clinical rounding. Inviting family members to participate in clinical rounds has been endorsed by professional organizations, including the American Association of Critical Care Nurses, American College of Chest Physicians, World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, and American College of Critical Care Medicine (ACCM), among others. Recent ACCM guidelines for family-centered care in ICUs were developed as a result of a scoping review by an international team. Although evidence remains weak, the guidelines recommend including family members in multidisciplinary ICU rounds.³

Research has shown that many families prefer to be present at rounds.⁴ Participating in rounds allows family members to ask questions and offer their own insights about patient care. There is evidence that family involvement in care can improve patient outcomes,⁵⁻⁷ and although most studies of family rounds in the ICU were generated in pediatric ICUs, evidence suggests there are positive effects on communication of including families in ICU rounding.⁸⁻¹⁰ There is also evidence that family members of patients admitted to ICUs often experience posttraumatic stress and depression,¹¹⁻¹⁴ but the effect of family mood on communication between family and ICU clinicians, specifically, has not been well explored. Given evidence that depression is increasing in the United States¹⁵ and clinician-patient communication impairments are common among individuals with depression in other contexts,¹⁶ we included depression as a potential confounding variable in this study.

The broad goal of the project was to test an intervention to improve patient and family perception of communication with clinicians and was a response to lower-than-desired patient satisfaction scores in regard to communication on the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) postdischarge survey. Family members were targeted because of the preponderance of patients who are unable to fully participate in decision-making in the neurointensive care environment. An important, but untested, assumption was that family member satisfaction with communication correlates with patient satisfaction with communication as measured by postdischarge patient satisfaction surveys, such as the HCAHPS.

METHODS

This performance improvement pilot was conducted at a 22-bed neurosurgical ICU in a private, nonprofit, nonacademic urban hospital from April 2017 through June 2018 and is reported in compliance with SQUIRE guidelines.¹⁷ Prior to its initiation, the project was reviewed by the study health system's institutional review board functioning as an ethical review committee. Written informed consent was obtained from each subject or subject's authorized representative.

Multidisciplinary rounds had been implemented in the study ICU for a year prior to the start of the study, but family members were not included. Including family members was an initiative strongly suggested by hospital leadership. Family members included in the study were adults, English speakers, and either named on the admission Health Insurance Portability and Accountability Act document as a person permitted to receive protected health information for a patient or the patient's spouse, significant other, adult child, sibling, or parent. Patients associated with participating family members were required to have a neurological diagnosis, which excluded overflow patients with medical-surgical conditions.

To reduce confusion among staff in the ICU, the project was designed to compare a control group of family members encountered prior to implementing family-centered multidisciplinary rounds to an intervention group of family members who participated in multidisciplinary rounds after the family-centered rounding program was initiated. No benchmarks for family participation in rounds or family members' satisfaction with communication were suggested by hospital leadership who requested the project. Benchmarks are typically used in evaluating quality improvement (QI) projects, but in the absence of benchmarks recommended in the literature or by the organization, the project team decided to use inferential statistics to evaluate the effects of the new form of rounding on the unit rather than arbitrarily choosing benchmarks of their own.

Measures

Family members in both groups were surveyed about their perceptions of communication with the health care team. The tool used to assess perception of communication, the Family ICU

Communications Survey (FICS), was designed by the research team using modified items from the Family Rounding tool created by Mangram et al.¹⁸ The range of possible total scores on the FICS was 0 to 45, with higher scores indicating greater satisfaction with communication in the ICU. Responses to individual items on the FICS were scaled from *agree very strongly* (5) to *disagree very strongly* (0). Respondents were forced to agree or disagree with statements. FICS items are listed in the Table.

Data on potentially influential covariates were collected, including depression of family member respondent, as measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale.^{19,20} The CES-D, a screening instrument for depression, was originally designed for use among community-residing older adults, but has been used frequently and successfully across a wide range of ages.¹⁴ The possible range of scores on the CES-D is 0 to 60, with higher scores indicating the presence of more depressive symptoms. A CES-D score of 16 or more indicates risk for clinical depression with good sensitivity, specificity, and internal consistency.¹⁴

Procedures

The clinical nurse leader (CNL) on the unit reviewed the unit census each day to identify study candidates. Control data were collected from the

first 70 consenting family members who presented to the neuro-ICU to visit patients after project approval but prior to implementation of family-centered rounding. Participants exposed to the intervention were invited to attend multidisciplinary rounds following their enrollment and consent. The CES-D was administered and demographic data were collected from both groups on enrollment. For both the control and intervention groups, the FICS was collected on the day of discharge or day 6, whichever occurred first.

Multidisciplinary rounds were conducted in dead-end hallway areas of the ICU that were public, but situated out of traffic. Although the ICU is composed of private rooms, rounds were not held at the bedside due to lack of space. Rounds occurred at the same time (10 AM) daily and were attended by all clinicians available during that rounding period. Any visitors not attending rounds who arrived in the unit during rounding were guided away from the rounding group by the charge nurse. The only change to the organizational structure of rounding that occurred for family-centered rounds was to welcome 1 to 2 family members into the rounding group. The CNL located family members in patient rooms or the waiting room and escorted them to the rounding group.

Item	Intervention, n = 62		Control, n = 61	P Value ^a
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Well informed about my family member's medical condition	4.61 (0.61)	4.31 (0.90)		.08
Nurses give information about care in a way I understand	4.69 (0.53)	4.54 (0.74)		.37
Nurses understand my family member's health condition	4.66 (0.63)	4.5 (0.77)		.23
Physicians give information about care in a way I understand.	4.46 (0.77)	4.29 (0.87)		.26
ICU personnel care for my family member as a person, not a medical condition	4.74 (0.51)	4.56 (0.79)		.28
I feel comfortable asking questions of the health care team	4.69 (0.53)	4.58 (0.70)		.56
Health care providers in the neuro-ICU do not ignore my concerns	4.66 (0.51)	4.49 (0.83)		.62
Feel like a real partner with the people who care for my family member in ICU	4.56 (0.64)	4.31 (0.89)		.15
Feel better informed when the health care team discusses care as a group	4.21 (0.99)	3.78 (1.24)		.04

Abbreviations: FICS, Family ICU Communications Survey; ICU, intensive care unit; SD, standard deviation.

^aTested using Mann-Whitney U if variances were unequal and Student's t test if variances were equal.

Multidisciplinary family-centered rounds consisted of the following sequence, which was not invariant: The family member(s) were welcome to the group, and the patient's nurse reviewed his/her patient using a tool developed by 2 of the authors with nurses on the unit. Other disciplines then reported on the plan of care from their perspectives. The care team concluded by asking for questions or comments from family members. All members of the rounding team observed family members for verbal or nonverbal signs that subjects were misinterpreting information or becoming anxious. If at any point the family member appeared to be confused, members of the rounding team stopped, questioned, and clarified. If family questions became too complex or unreasonably time-consuming, a member of the clinical team made time to speak with family after rounds were concluded.

Analysis

Descriptive statistics were used to summarize attributes that characterized the sample. Internal consistency reliability of the tools was assessed using the Cronbach α . Differences in satisfaction with communication between groups were assessed in a univariate manner using a *t* test or Mann-Whitney *U* test. Multivariable linear regression was used to evaluate the impact of depression and rounding dose (number of rounds attended by family members) on FICS scores. Total FICS score was log transformed to improve distributional characteristics.

RESULTS

Sixty-one family members did not attend multidisciplinary rounds and 62 family members attended multidisciplinary rounds. Family members who attended rounds included spouses, children, and (rarely) siblings. Sample characteristics are shown in the Supplemental Digital Content Table (available at: <http://links.lww.com/JNCQ/A715>). There were no significant differences between groups in regard to any measured demographic variables, CES-D scores, or positive depression screens; thus, groups were treated as comparable. Internal consistency reliability of tools was strong with the Cronbach α for the FICS at 0.92 and for the CES-D at 0.87.

Prior to implementing family-centered rounds, the average time to make rounds on all eligible patients in the unit was 86 minutes. The average time spent discussing each patient was 5.5

minutes. After implementing the family-centered rounds, the average time to make rounds on all eligible patients in the unit was 92 minutes, and the average time spent discussing each patient was 9 minutes. Each nurse typically presented 2 patients; thus, family-centered rounding consumed about 20 minutes of the bedside nurse's shift on average. The compensation for critical care staff nurses in Texas is about \$32.36/hour.²¹ The additional 4 minutes per patient on average represents an estimated additional nursing cost of \$4.30 for family-centered rounding.

If allied health personnel remain in rounds to review all patients, costs for rounding time for them under the family-centered model on this unit would be roughly \$3.24 and \$4.45 per day/therapist for respiratory and physical therapists respectively, assuming average wages of \$32.15 and \$44.49/hour (personal communication, Human Resources, study hospital). The extra 6 minutes of rounding devoted to family-centered rounds would cost roughly \$6.78 for a pharmacist assuming the average wage of \$44.49/hour in the study locale (personal communication, Human Resources, study hospital).

The fact that a patient was eligible for family members to attend rounds did not guarantee a family member consented to participate. Throughout the study there were always more eligible patients in the unit than involved family members due to factors such as family work schedules that did not permit family members to be present at 10 AM, family member refusal to participate, or no available family. Most family members who participated were middle-aged or older adult white women and were either the spouse or child of the ICU patient. Fewer than half of the participants had a university-level education. Most reported they were in good or excellent health (86%), although 41% of the sample had a positive depression screening.

FICS scores ranged from 20 through 45 for the family members who did not attend rounding (controls) and 30 through 45 for attenders. Mean total FICS scores were 38.7 (SD = 6.5) and 41.1 (SD = 4.3), respectively, and group scores are shown in the Table. There was no significant difference in satisfaction with communication overall as measured by FICS total scores (Mann-Whitney *U P* = .3). However, item scores for members of the control group trended lower on every item, and the difference in mean scores for item 9 (feel better informed when the health

care team discusses care as a group) was significantly lower for participants in the control group. When evaluating the impact of selected variables on FICS total scores, data showed that CES-D score and number of rounds attended by family members predicted satisfaction with communication. The more rounds attended by the family member, the higher the satisfaction with communication score, while higher CES-D scores were associated with lower communication satisfaction scores.

To ensure fidelity to the intervention, random observations of the rounding process were conducted by monitors from the project health system who were not involved in rounding, patient care, or operations of the unit. Observations showed that rounds were conducted in a consistent manner. In rare cases nurses forgot to inform family members that rounds were being conducted, and the family member missed rounds for this reason. For the most part, however, missed rounds were due to family member challenges, such as work. Observation also showed that family members often informed the care team in a productive manner. Unknown “holes” in patient histories were often filled by family members, including past medical encounters, symptoms, signs, and medications. A better picture of postdischarge challenges that could be anticipated was also made possible at times by including family in rounding conversations.

It is notable that, at the beginning of the project, many staff members expressed dismay regarding including family members in rounding because they believed families would slow down work processes. The previous approach to rounding included recitation of facts in medical jargon with minimal discussion. Staff refused to consider changing their approach to sharing information during rounding, and they were not pressured to change. Observation over time, however, showed that, in spite of expressed prejudices, staff members, particularly physicians, began to assume a more teaching-oriented approach to family members and other staff members. This behavior was uncoached, seemed very natural, and was well received by family members.

DISCUSSION

In theory, including family members in patient clinical rounds should benefit patients, clinicians, and the family members themselves by

improving communication. In practice, clinicians worry that family members will not understand what is discussed in rounds; may become frightened, anxious, depressed, or angry by the discussions; or will delay the business of the unit unduly. The fact that there was no significant difference in satisfaction with communication between treatment and control groups supports the contention that including family members in ICU rounds does not generate undue frustration with the communication between family and clinicians. It may improve communication in individual cases, but in aggregate, does not result in an obvious improvement (ie, it is not likely to produce desired improvements in selected items on patient satisfaction surveys), thus probably will not affect reimbursement.

On the other hand, when adjusting for dose of rounding and depression, the picture is more complex. Both rounding dose and depression influenced satisfaction with communication, though in opposite directions. The more doses of rounding the family member received, the better pleased he/she was with communication in the unit, but family member depression (as measured by the CES-D) tended to decrease satisfaction with communication. Obvious recommendations based on this finding include making rounding as convenient as possible for family members who agree to attend and assessing, at least informally, family members' mood. Providing access or referrals to some form of short-term counseling to family members with positive depression screens could indirectly help both patients and staff.

Including family members in rounding increased clinician time in rounds by about 3 to 4 minutes per patient on average. This resulted in about 20 minutes/day for each nurse to attend rounds (about \$10.80 nursing cost for rounding); other participants, such as the hospitalist physician or nurse practitioner, will devote more time to the rounding process when family members are included, since they will be present for review of every patient. In this sample, including family members resulted in an average time of about 1.5 hours to discuss all eligible patients. This was still only about 10 to 15 minutes longer than making rounds in the traditional manner. The relatively negligible extended time is due to the fact that, although family members were welcome to participate every day, they were not actually able to consistently participate due to

competing demands on their time. The argument that it is expensive for nurses to be included in multidisciplinary rounds is not supported by the relatively small cost and the potential benefits to communication between clinicians and families.

Estimates for costs for nurses, therapists, and pharmacists presented earlier represent the simple cost work minutes. In reality, this is not minutes of “extra” work. Every minute spent in rounds is a minute not spent doing some other task during a given shift; therefore, it would be of interest to determine whether conducting family-centered rounds affects the minutes of time devoted to communicating with family members at other times. Answering that question, however, was beyond the scope of this study.

Finally, the assumption that family member satisfaction with communication is relevant to scores on HCAHPS communication items is open to question. It is often presumed that family members complete HCAHPS surveys on behalf of patients or that family members inform patients about how communication proceeded during the ICU admission. There is no evidence to support either of these notions. If family members are invited to participate in clinical rounds, it must be because their participation brings something positive to the care experience, not because they are being manipulated to raise patient satisfaction scores.

Limitations

The project found effects of moderately large magnitude but was not powered well enough to find small effects. The sample was limited to family members of patients admitted into a single critical care unit within a private, nonprofit, nonteaching hospital. Populations and practices associated with public or academic institutions may differ substantially from the project institution. As QI, the findings are primarily relevant to the project unit and should be translated cautiously if the intervention is trialed elsewhere. The intervention should be tailored to the demands and cultures of individual units. Further family-centered rounding trials, conducted as QI initiatives or formal research, should explore changes such as adding evening rounds, conducting rounds in more private spaces, such as conference rooms, or opening rounds to family members electronically through conference calls or digital programs.

CONCLUSIONS

From the perspective of clinicians who value family-centered care, interventions that improve the participation of family members in care and decision-making are inherently useful. Inviting family members to attend rounds in the neuro-ICU is a feasible and simple intervention that can improve family members’ perception of the communication they have with clinicians. It also has the potential to improve care when family members are able to provide additional meaningful information that affects care and when they are involved in discharge planning. The simplicity of the intervention promotes sustainability, but thoughtful attention to the way rounds are organized is critical. Having an individual, such as a CNL, who is responsible for maintaining the integrity of the rounding structure may be necessary for sustainability as well.

REFERENCES

1. Institute for Patient and Family Centered Care. Patient and family centered care. <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>. Published May 30, 2019.
2. Institute for Patient and Family Centered Care. Advancing the practice of patient-and-family-centered care in hospitals: how to get started. https://ipfcc.org/resources/getting_started.pdf. Published January 15, 2020.
3. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Family-centered care in the ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128.
4. Davidson JE. Family presence on rounds in neonatal, pediatric, and adult intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2013;10(2):152-156.
5. Melnyk BM, Feinstein NF. Reducing hospital expenditures with the COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) program for parents and premature infants: an analysis of direct healthcare neonatal intensive care unit costs and savings. *Nurs Adm Q*. 2009;33(1):32-37.
6. Davidson JE, Daly BJ, Agan D, et al. Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2010; 33(2):177-189.
7. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient centered intensive care unit. American College of Critical Care Medicine task force. *Crit Care Med*. 2007;35(2):605-622.
8. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, et al. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2010;19(5):421-430.
9. Rotman-Pikielny P, Rabin B, Amoyal S, et al. Participation of family members in ward rounds: attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient Educ Couns*. 2007;65(2):166-170.
10. Cameron M, Schleen C, Morris M. Parental presence on pediatric intensive care unit rounds. *J Pediatr*. 2009; 155(4):522-528.
11. Komachi MH, Kamibeppu K. Posttraumatic stress symptoms in families of cancer patients admitted to the intensive care unit: a longitudinal study. *J Crit Care*. 2016;4:47. doi:10.1186/s40560-016-0162-3.
12. Ludmir J, Netzer G. Family-centered care in the intensive care unit—what does best practice tell us? *Semin Respir Crit Care Med*. 2019;40(5):648-654.

13. Cairns PL, Buck HG, Kip KE, Rodriguez CS, Liang Z, Munro CL. Stress management intervention to prevent post-intensive care syndrome—family in patients' spouses. *Am J Crit Care*. 2019;28(6):471-476.
14. Ruckholdt M, Tofler GH, Randall S, Buckley T. Coping by family members of critically ill hospitalised patients: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2019;97:40-54.
15. Weinberger AH, Gbedemah M, Martinez AM, Nash D. Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychol Med*. 2018;48(8):1308-1315.
16. Swenson SL, Rose M, Vittinghoff E, Stewart A, Schillinger D. The influence of depressive symptoms on clinician-patient communication among patients with type 2 diabetes. *Med Care*. 2008;46(3):257-265.
17. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, et al. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2015;25(12):986-992.
18. Mangram AJ, McCauley T, Villareal D, et al. Families' perception of the value of timed daily "family rounds" in a trauma ICU. *Am Surg*. 2005;71(10):886-891.
19. Radloff LS. The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385-401.
20. Lewinson PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging*. 1997;12(2):277-287.
21. Anonymous. Nurse, intensive care unit (ICU) hourly pay in Austin, Texas. PayScale. [https://www.payscale.com/research/US/Job=Nurse%2C_Intensive_Care_Unit_\(ICU\)/Hourly_Rate/2e36e16f/Austin-TX](https://www.payscale.com/research/US/Job=Nurse%2C_Intensive_Care_Unit_(ICU)/Hourly_Rate/2e36e16f/Austin-TX). Published 2019. Accessed December 11, 2019.

ANEXO II - *Family ICU Communications Survey (FICS)*

Table. Scores for Items on FICS			
Item	Intervention, n = 62 Mean (SD)	Control, n = 61 Mean (SD)	P Value^a
Well informed about my family member's medical condition	4.61 (0.61)	4.31 (0.90)	.08
Nurses give information about care in a way I understand	4.69 (0.53)	4.54 (0.74)	.37
Nurses understand my family member's health condition	4.66 (0.63)	4.5 (0.77)	.23
Physicians give information about care in a way I understand.	4.46 (0.77)	4.29 (0.87)	.26
ICU personnel care for my family member as a person, not a medical condition	4.74 (0.51)	4.56 (0.79)	.28
I feel comfortable asking questions of the health care team	4.69 (0.53)	4.58 (0.70)	.56
Health care providers in the neuro-ICU do not ignore my concerns	4.66 (0.51)	4.49 (0.83)	.62
Feel like a real partner with the people who care for my family member in ICU	4.56 (0.64)	4.31 (0.89)	.15
Feel better informed when the health care team discusses care as a group	4.21 (0.99)	3.78 (1.24)	.04

Abbreviations: FICS, Family ICU Communications Survey; ICU, intensive care unit; SD, standard deviation.

^aTested using Mann-Whitney U if variances were unequal and Student's t test if variances were equal.

ANEXO III - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), NIMH

Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the past week.

Week	During the Past			
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I did not feel like eating; my appetite was poor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I felt I was just as good as other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I felt depressed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I felt that everything I did was an effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I felt hopeful about the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I thought my life had been a failure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I felt fearful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. My sleep was restless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I was happy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I talked less than usual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I felt lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. People were unfriendly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I enjoyed life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I had crying spells.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I felt sad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I felt that people dislike me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I could not get "going."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORING: zero for answers in the first column, 1 for answers in the second column, 2 for answers in the third column, 3 for answers in the fourth column. The scoring of positive items is reversed. Possible range of scores is zero to 60, with the higher scores indicating the presence of more symptomatology.

ANEXO IV – Dados demográficos e covariáveis

Attribute (nominal measures)	Intervention Group	Control Group
	n (%)	n (%)
Age 18-39 years	13 (21)	10 (16)
Age 40-59 years	26 (42)	23 (38)
Age 60-79 years	21 (34)	26 (43)
Age \geq 80 years	2 (3)	2 (3)
Female	47 (76)	39 (63)
White Race	46 (74)	44 (73)
Patient's Spouse	30 (48)	30 (50)
Patient's Child	27 (44)	24 (40)
Education High School or less	26 (42)	27 (45)
Associate Degree	8 (13)	13 (22)
Bachelor's Degree or higher	28 (45)	20 (33)
Self-reported "good" or "excellent" health	56 (92)	47 (80)
Positive depression screen	26 (43)	24 (39)
Attribute (continuous measures)	Intervention Grp Mean (SD)	Control Grp Mean (SD)
FCIS Scores	41.1 (4.3)	38.7 (6.5)
CES-D Scores	13.7 (8.3)	14.4 (10.4)

APÊNDICE IV

APRESENTAÇÃO JOURNAL CLUB



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

XVI CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

JOURNAL CLUB

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DO DOENTE NEUROCRÍTICO

Inês Almeida

Documento elaborado no âmbito do estágio de opção desenvolvido no serviço de Neurocríticos do Hospital de São João, sob orientação pedagógica da Professora Andréa Marques e tutoria do Enfermeiro Henrique Lopes

Janeiro, 2023

NOTA INTRODUTÓRIA

As diretrizes atuais recomendam convidar a família para participar nas visitas interdisciplinares como uma forma de melhorar a comunicação e aumentar satisfação do doente/família.



Significado simbólico da família



ARTIGO SELECIONADO

“Including Family Members in Rounds to Improve Communication in Intensive Care”

Kay Simon; Ishwara R. Sankara; Christina Gioe; Patricia Newcomb



ANÁLISE DO ARTIGO

Objetivo

Testar uma intervenção para melhorar a percepção do doente e da família sobre a comunicação com a equipa interdisciplinar .

Tipo de estudo

Quantitativo, quase-experimental

ANÁLISE DO ARTIGO

- ✓ As visitas interdisciplinares foram implementadas na unidade um ano antes do início do estudo, sem a inclusão dos familiares.
- ✓ Incluir os familiares foi uma iniciativa fortemente sugerida pela liderança do hospital.

Critérios inclusão

Família: adultos, fluentes em inglês, com reconhecimento legal para receber informações de saúde acerca do doente

Doente: com diagnóstico neurológico

ANÁLISE DO ARTIGO

Grupo de controlo

- N=61
- Dados demográficos
- Aplicação CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* – início do estudo
- Aplicação FICS, *Family ICU Communications Survey* – dia da alta ou no dia 6 de cada mês

Grupo intervenção (pós-intervenção)

- N=62
- Dados demográficos
- Aplicação CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* – início do estudo
- Aplicação FICS, *Family ICU Communications Survey* – dia da alta ou no dia 6 de cada mês

ANÁLISE DO ARTIGO

Descrição da ação



Observação dos membros da família
sinais verbais ou não-verbais de
entendimento/ansiedade.

Sinais de confusão – esclarecimento
por parte da equipa.



Visitas interdisciplinares diárias (10H) – em local próprio;

As visitas interdisciplinares centradas na família consistiam na seguinte sequência:

- ✓ Acolhimento da família no grupo;
- ✓ O enfermeiro do doente faz um briefing do estado de saúde atual e sua evolução;
- ✓ Outros profissionais da equipa dão o seu parecer em relação ao plano de cuidados.

A equipa concluiu o processo solicitando perguntas ou comentários dos familiares.

ANÁLISE DO ARTIGO

Variáveis demográficas:

- Mulheres brancas de meia-idade ou mais velhas - cônjuges ou filhos
- Menos da metade dos participantes tinha nível universitário.
- A maioria referiu estar em boa ou excelente saúde (86%), embora 41% da amostra tivesse um rastreio de depressão positivo.

Tempo médio gasto nas visitas interdisciplinares

- ✓ 86 min/ 5,5 min (Pré-intervenção)
- ✓ 92 min/ 9 min (Durante intervenção)

TEMPO?
CUSTO?

ANÁLISE DO ARTIGO

Family ICU Communications Survey (FICS)

✓ As pontuações do FICS:

- [25 a 45] – grupo controlo
 - [30 a 45] – grupo intervenção
- ✓ Não houve diferença significativa na satisfação com a comunicação em geral
- ✓ As pontuações dos itens para membros do grupo de intervenção tenderam a ser mais elevadas em todos os itens

ITEM 9

Item	Intervention, n = 62 Mean (SD)	Control, n = 61 Mean (SD)	P Value ^a
Well informed about my family member's medical condition	4.61 (0.61)	4.31 (0.90)	.08
Nurses give information about care in a way I understand	4.69 (0.53)	4.54 (0.74)	.37
Nurses understand my family member's health condition	4.66 (0.63)	4.5 (0.77)	.23
Physicians give information about care in a way I understand.	4.46 (0.77)	4.29 (0.87)	.26
ICU personnel care for my family member as a person, not a medical condition	4.74 (0.51)	4.56 (0.79)	.28
I feel comfortable asking questions of the health care team	4.69 (0.53)	4.58 (0.70)	.56
Health care providers in the neuro-ICU do not ignore my concerns	4.66 (0.51)	4.49 (0.83)	.62
Feel like a real partner with the people who care for my family member in ICU	4.56 (0.64)	4.31 (0.89)	.15
Feel better informed when the health care team discusses care as a group	4.21 (0.99)	3.78 (1.24)	.04

Abbreviations: FICS, Family ICU Communications Survey; ICU, intensive care unit; SD, standard deviation.
^a Tested using Mann-Whitney U if variances were unequal and Student's t test if variances were equal.

Score [0-45] – Escala de Lickert concordo fortemente (5), discordo fortemente (0)

ANÁLISE DO ARTIGO

Os dados mostram que...

- ✓ O score CES-D e o número de visitas dos familiares predizem a satisfação com a comunicação
- ↓
- > número de visitas do familiar > score de satisfação com a comunicação;
 - scores CES-D mais altos foram associados a scores mais baixos de satisfação com a comunicação.

Score [0 a 60] - ≥ 16 risco de depressão

Escala de Lickert [0-3]

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), NIMH

Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the past week.

Week	During the Past			
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I did not feel like eating; my appetite was poor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I felt I was just as good as other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I felt depressed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I felt that everything I did was an effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I felt hopeful about the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I thought my life had been a failure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I felt fearful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. My sleep was restless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I was happy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I talked less than usual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I felt lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. People were unfriendly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I enjoyed life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I had crying spells.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I felt sad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I felt that people dislike me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I could not get "going."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORING: zero for answers in the first column, 1 for answers in the second column, 2 for answers in the third column, 3 for answers in the fourth column. The scoring of positive items is reversed. Possible range of scores is zero to 60, with the higher scores indicating the presence of more symptomatology.

ANÁLISE DO ARTIGO

No início do projeto, muitos dos profissionais de saúde mostraram renitência em incluir os familiares nas visitas interdisciplinares por acreditarem que as famílias iriam desacelerar os processos de trabalho.

Apesar dos preconceitos expressos, os membros da equipe, principalmente os médicos, começaram a assumir uma abordagem mais orientada para o ensino dos familiares e outros membros da equipa.

ANÁLISE DO ARTIGO

Limitações:

- Inclusão de apenas uma unidade de neurocríticos, de um hospital privado, sem fins lucrativos e não universitário;
- Tamanho da amostra;
- Duração do estudo/tempo de desenvolvimento da intervenção;
- Estudo realizado nos Estados Unidos da América – diferenças na cultura de cuidados.

CONCLUSÃO

Convidar os familiares para as visitas interdisciplinares é uma intervenção viável e simples que pode melhorar a percepção dos familiares sobre a comunicação que têm com a equipa interdisciplinar.

Também tem o potencial de melhorar a prestação dos cuidados quando os familiares são capazes de fornecer informações adicionais significativas, influenciando a qualidade dos cuidados e o planeamento da alta.

QUESTÕES

1. Tendo em consideração o papel da família nos cuidados de Enfermagem ao doente crítico, porque continua a ser tão difícil, para nós enfermeiros, assumi-la como uma mais valia?
2. Na vossa realidade, consideram importante e pertinente a criação da figura de Enfermeiro de referência?

BIBLIOGRAFIA

- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Cruz, A. C., & Pedreira, M. da L. G. (2020). Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190672. Retrieved from <http://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PKRBvH1XcK?lang=pt&format=html>
- Enfermagem, D. D. E. M. D. E. (2001). *Modelos Assistencias Paraa Prát1Ca De Enfermagem*. 74–80.
- Esefic. (2022). *Guia_Orientador*.
- Leahey, M., & Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models: Reflections on the Reciprocity Between the Personal and the Professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450–459. <https://doi.org/10.1177/1074840716667972>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range ans Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(1), 182–189. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0170.pdf
- Moreira, I. M. P. B., Lobão, C. A. R. F., Carrageta, M. D. C. M., & Gonçalves, R. F. L. (2022). Evaluation of the Journal Club as a pedagogical strategy in nursing education: Students' perceptions. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2022(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21054>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da República*, 2ª Série, nº135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families : a guide to family assessment and intervention* (p. 380). p. 380.
- Simon, K., Sankara, I. R., Goe, C., & Newcomb, P. (2021). Including family members in rounds to improve communication in intensive care. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(1), 25–31. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000483>
- Topf, J. M., Sparks, M. A., Phelan, P. J., Shah, N., Lerma, E. V., Graham-Brown, M. P. M., ... Hiremath, S. (2017). The Evolution of the Journal Club: From Osler to Twitter. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(6), 827–836. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.12.012>



GRATA PELA ATENÇÃO....

APÊNDICE V

ABSTRACT CEMI

Título: Pessoa neurocrítico em fim de vida: Comunicação com a família – reflexões para a prática e trabalho em equipa

Introdução: A comunicação com a família da pessoa neurocrítico em fim de vida é uma dificuldade das equipas de enfermagem e nas equipas interdisciplinares. Traduzindo-se por vezes em inadequada qualidade de informação, falta de empatia, de apoio e má utilização da comunicação verbal e não verbal. São necessárias estratégias lideradas por enfermeiros para a melhoria do processo de comunicação das más notícias e do processo de luto que se segue.

Objetivos: Descrever o caso clínico da pessoa X, e o processo de comunicação com a família e entre a equipa interdisciplinar. Refletir sobre as intervenções realizadas.

Metodologia: Estudo caso, com a caracterização da situação clínica da pessoa X e sua família numa unidade de cuidados neurocríticos em Portugal. A colheita de dados foi realizada em forma de entrevista em vários momentos à família, e observado a dinâmica de cuidados e interação da equipa de enfermagem e da equipa interdisciplinar. Foi consultada a história clínica anterior e atual. Refletimos sobre a necessidade da equipa de enfermagem ter uma abordagem estruturada e protocolizada à família que vivencia este processo, bem como a articulação com a restante equipa de saúde. Foi assegurado o consentimento livre esclarecido e confidencialidade dos dados.

Resultados/ Discussão: No decurso do período de internamento verificaram-se dificuldades na comunicação entre equipas (enfermagem/médicos) e como a família, aquando da situação de fim de vida em pessoa em estado crítico. A M. jovem de 18 anos, independente, é admitida no hospital com sintomatologia inespecífica havendo necessidade de EOT por crise convulsiva. Esteve sob VMI durante 4 dias, sem melhoria clínica. Após avaliação confirma-se mau prognóstico vital, discutido entre a família e a equipa médica. Inicia-se o processo de confirmação de morte cerebral de acordo com a norma de diagnóstico clínico da morte cerebral. Confirma-se morte cerebral da jovem que é comunicada à família pela equipa médica. A equipa de enfermagem permite que os pais permaneçam junto da jovem, sem outras intervenções.

Este caso permite-nos realizar uma reflexão sobre a necessidade de uma avaliação e intervenção conjunta dos diferentes profissionais que prestam cuidados nestas situações

a pessoas em fim de vida, nomeadamente a necessidade de criação de protocolos de atuação conjunta na transmissão da informação e estabelecimento de estratégias a seguir considerando sempre os desejos da família. Uma abordagem bastante estudada nos últimos anos é a implementação de conferências familiares, lideradas por enfermeiros, onde existe um acompanhamento desde o momento do mau prognóstico vital até meio ano após a morte. Proporcionando à família a oportunidade de ter uma transição adequada do processo de perda do familiar, esta intervenção está descrita em...

Conclusão:

A comunicação assume-se como um dos aspetos preponderantes a melhorar em contexto de fim de vida em unidades de neurocríticos. Uma estratégia para abordar o problema são as conferências familiares e acompanhamento pela equipa no processo de luto.

APÊNDICE VI

E-PÓSTER

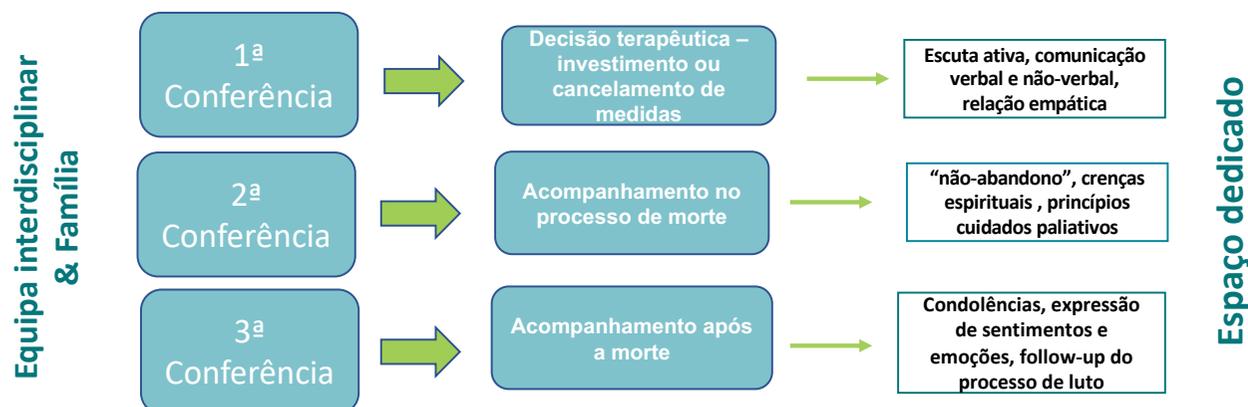
Doente neurocrítico em fim de vida: Comunicação com a família – reflexões para a prática e trabalho em equipa

Inês Almeida
Serviço de Neurocirurgia B, CHUC

Introdução: A comunicação com a família do doente neurocrítico em fim de vida é uma dificuldade das equipas de enfermagem e nas equipas interdisciplinares. Traduz-se por vezes numa inadequada qualidade de informação, falta de empatia, de apoio e má utilização da comunicação verbal e não verbal. São necessárias estratégias lideradas por enfermeiros para a melhoria do processo de comunicação das más notícias e do processo de luto que se segue. (Chen et al., 2021)

Objetivo: Descrever o processo de comunicação com a família e entre a equipa interdisciplinar. Apresentar o modelo de conferência familiar de Kentish-Barnes et al. (2022) **Metodologia:** Estudo de caso.

Caso em estudo: A M. jovem de 18 anos, independente, é admitida no hospital com sintomatologia inespecífica havendo necessidade de EOT por crise convulsiva. Esteve sob VMI durante 4 dias, sem melhoria clínica. Após avaliação confirma-se mau prognóstico vital, discutido entre a família e a equipa médica. Confirma-se morte cerebral da jovem que é comunicada à família pela equipa médica. A equipa de enfermagem permite que os pais permaneçam junto da jovem, sem outras intervenções.



Conclusão: A comunicação assume-se como um dos aspetos preponderantes a melhorar em contexto de fim de vida em unidades de neurocríticos. Uma estratégia para abordar o problema são as conferências familiares e acompanhamento pela equipa no processo de luto.

Chen, C., Sullivan, S., Lorenz, R., Wittenberg, E., & Chang, Y. (2021). COMFORT communication in the ICU: Pilot test of a nurse-led communication intervention for surrogates. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.16132

Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Valade, S., Jaber, S., Kerhuel, L., Guisset, O., Martin, M., Mazaud, A., Papazian, L., Argaud, L., Demoule, A., Schnell, D., Lebas, E., Ethuin, F., Hammad, E., Merceron, S., Audibert, J., Blayau, C., Delannoy, P. (...) Azoulay, E. (2022). A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 399, 656-64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02176-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02176-0)

APÊNDICE VII

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE HIGIENE DAS MÃOS



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

XVI CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
XII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

INÊS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA

**HIGIENE DAS MÃOS: ADESÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS
INTENSIVOS**

Coimbra, 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

XVI CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

XII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

INÊS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA

HIGIENE DAS MÃOS: ADESÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS INTENSIVOS

Revisão Integrativa da Literatura realizada no âmbito da unidade curricular de Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada em Emergência, sob orientação do Professor Rui Baptista e da Professora Verónica Coutinho, integrada no XVI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e XII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, 2022

SIGLAS

DGS - Direção Geral da Saúde

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

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

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	7
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2 – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	15
2.1 – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	16
2.2 – DISCUSSÃO.....	17
NOTA CONCLUSIVA	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

ANEXOS

ANEXO I – 5 Momentos para a Higiene das Mãos

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégia de Pesquisa *MEDLINE Complete* via PubMed

APÊNDICE II – Estratégia de Pesquisa *CINAHL Complete* via EBSCOhost

APÊNDICE III – Fluxograma PRISMA-ScR

APÊNDICE IV – Instrumento de Extração dos Dados

APÊNDICE V – Síntese dos Artigos

NOTA INTRODUTÓRIA

A segurança da pessoa surgiu, nas últimas décadas, como uma questão primordial nas agendas de inúmeros países da Europa e um pouco por todo o mundo, sendo atualmente internacionalmente reconhecida como um indicador fulcral para a qualidade na saúde (DGS, 2022a).

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) assumem uma enorme preocupação e representam um impacto económico significativo na pessoa pessoa e nos sistemas de saúde à escala mundial. Constituindo uma problemática real, as IACS devem ser motivo de uma atenção particular, cabendo aos enfermeiros, prestadores de cuidados de saúde, um importante contributo na prevenção deste tipo de infeções (DGS, 2017; WHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a par com União Europeia, encetou a discussão acerca do paradigma da segurança da pessoa, definindo assim orientações e políticas, através de projetos e programas de financiamento, incentivando os países a integrarem este movimento à escala global. Em Portugal, a segurança da pessoa foi incluída na agenda nacional, ao ser definida pela primeira vez como uma das prioridades da melhoria da qualidade organizacional no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 da DGS (DGS, 2022a).

Segundo a OMS a higiene das mãos é considerada a primeira medida universal no controlo desta problemática (WHO, 2009), demonstrando-se uma estratégia eficaz, simples e económica para a redução das IACS (Belela-Anacleto, Peterlini, & Pedreira, 2017). Devido a este facto, tem sido vista como um alicerce fundamental na prevenção e controlo de infeções nos serviços de saúde, no que diz particular respeito às infeções decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes (Hoffmann et al., 2020a).

Apesar dos conhecimentos acerca da importância da higiene das mãos ser um tema bastante debatido pelos enfermeiros e da técnica se demonstrar simples e eficaz, não se tem demonstrado fácil garantir a adesão a esta medida ao longo do tempo, de forma

consistente. Por este motivo, surgiu o interesse em pesquisar e debater esta temática de forma mais sistemática, baseando-nos nas evidências dos últimos cinco anos.

Para este efeito, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a qual apresenta como objetivo sintetizar o estado da arte em relação à adesão dos enfermeiros à higiene das mãos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). De forma a orientar a pesquisa, foi definida a questão de revisão: *Qual a evidência científica sobre a adesão dos enfermeiros à higiene das mãos em UCI?*

Estruturalmente, este documento encontra-se dividido em três partes. Na nota introdutória figurará a referência e contextualização da temática em estudo, conceitos e objetivo da RIL; o desenvolvimento será constituído por duas partes: uma primeira relativa ao enquadramento teórico e uma segunda que remete à revisão desenvolvida, incluindo a metodologia, análise e discussão dos resultados; por fim, segue-se a nota conclusiva. Como último elemento, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas no desenvolvimento do trabalho.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cada etapa no processo de cuidar pode ter inerente a si o risco. A natureza e a escala do risco variam de acordo com alguns fatores, nomeadamente o contexto da prestação de cuidados e a sua disponibilidade, bem como as infraestruturas e os recursos dentro e entre países. O grande desafio para os sistemas de saúde é manter um elevado nível de alerta com vista à deteção precoce de potenciais riscos que ponham em causa a segurança dos cuidados (WHO, 2021).

A segurança da pessoa é uma prioridade estratégica para a saúde moderna, demonstrando-se fundamental que os países trabalhem em conjunto, com o objetivo de atingir uma cobertura de saúde universal (WHO, 2021). Tem-se vindo a assumir como temática central no decorrer das últimas duas décadas. Surge como tema central na discussão de políticas de saúde, sofrendo mutações de acordo com o novo conhecimento produzido e com a evolução da sociedade. Assim, em 2009, o Ministério da Saúde, através do organismo da Direção Geral da Saúde (DGS), criou o Departamento de Qualidade na Saúde, tendo como principal objetivo a coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, onde figura o Plano Nacional para a Segurança dos Pessoas (DGS, 2022a).

Para além de prioridade de saúde pública, a segurança da pessoa é uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde, a qual depende de fatores como o compromisso, a liderança, a transparência, a comunicação, a aprendizagem consequente ao erro, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e a assunção de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização. A cultura de segurança é essencial para a redução dos incidentes na prestação de cuidados de saúde, pretendendo proporcionar um ambiente seguro, tanto para os profissionais de saúde como para os pessoas. Esta cultura implica uma mudança transformacional, num ambiente que potencie a recolha sistemática e contínua de dados, tendo como foco o respeito e a transparência. A promoção de uma cultura de segurança, a par com um processo de melhoria contínua, não deverá consistir numa simples escolha, mas sim um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão das instituições prestadoras de cuidados de saúde, exigindo a responsabilidade de todos os intervenientes (DGS, 2022a).

Uma das áreas que tem merecido grande destaque, no que respeita a esta temática, é o controlo da infeção. As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) assumem-se como temáticas centrais de elevada relevância à escala mundial. De acordo com o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2019 *Antimicrobial Resistance Tackling the Burden in the European Union*, a RAM é uma problemática de grande complexidade, com consequências potencialmente dramáticas para a saúde e para a economia dos países (DGS, 2017, 2022a; Hoffmann et al., 2020).

Presentemente, o estudo das implicações das IACS e do seu impacto para as pessoas, a comunidade e as unidades de saúde surge como uma exigência a qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde. Estas concorrem para o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongam os tempos de internamento, agravam os custos em saúde e acentuam a pressão geradora de RAM, pelo maior uso de antibióticos, inviabilizando assim a qualidade dos cuidados e constituindo uma das principais ameaças à segurança dos cidadãos. De acordo com previsões internacionais, as mortes atribuíveis às RAM comparativamente com outras causas de morte, podem chegar, no ano 2050, a cerca de 10 milhões mortes (DGS, 2017).

Neste âmbito, a DGS tem vindo a emanar normas e orientações, com o objetivo final de melhoria da qualidade e segurança da prestação de cuidados. Desde 1998, Portugal participa nos vários programas de vigilância epidemiológica de resultados de IACS, consumos e resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022a).

Como programa prioritário em saúde, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), debruça-se na prevenção e no controlo de IACS, bem como na promoção do bom uso de antimicrobianos e na redução das RAM. Decorrente desta preocupação, tem-se vindo a assistir à melhoria nas boas práticas no que concerne à higiene das mãos, Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), redução do consumo de carbapenemes em meio hospitalar e de quinolonas em ambulatório e redução da taxa de resistência à maioria dos microrganismos monitorizados (DGS, 2022a).

De acordo com as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o Enfermeiro: “*Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos*

médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em Portugal, a monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde começou em 2009, após a adesão à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela OMS. Em 2014, o PPCIRA deu início à promoção global das PBCI. A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção têm permitido reduzir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo as situações em que é necessária prescrição antibiótica e o seu consumo e, conseqüentemente, a geração de resistências.

Segundo a DGS (2017), as PBCI assentam regras de boas práticas que deverão ser apropriadas e executadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo a minimização do risco de infeção e da transmissão cruzada, incidindo sobre dez padrões de qualidade:

1. Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
2. Higiene das mãos;
3. Etiqueta respiratória;
4. Utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
5. Descontaminação do equipamento clínico;
6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
7. Manuseamento seguro da roupa;
8. Gestão adequada dos resíduos;
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

A higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS, surgindo sempre em associação às outras medidas que integram as PBCI (DGS, 2017, 2019; Hoffmann et al., 2020).

É unânime, entre a bibliografia disponível sobre a temática, que uma das principais vias de transmissão de microrganismos, tanto entre os profissionais de saúde e as pessoas alvos de cuidados, como entre pessoas, é o contacto, direto ou indireto, através das mãos. Na

globalidade, a maioria dos casos de transmissão cruzada de infeções acontece através das mãos dos profissionais de saúde, constituindo-se assim como o principal veículo de transmissão de microrganismos para locais indesejáveis. A higiene das mãos integrada no conjunto das PBCI, assume-se como a medida mais significativa na prevenção e no controlo da infeção, sendo igualmente uma medida que pode ter impacto no controlo das RAM.

A implementação da estratégia multimodal das PBCI a nível nacional, tendo como referência a proposta da OMS, constitui a abordagem mais eficaz para a promoção da higiene das mãos. Os exemplos de sucesso dos países que implementam esta estratégia demonstram a sua eficiência na redução das IACS (DGS, 2017).

De acordo com o mesmo autor, existem cinco componentes fundamentais na campanha de Higiene das Mãos, que incluem: a formação e atividades de motivação dos profissionais, a valorização da Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) na higiene das mãos e a sensibilização dos profissionais para o seu uso, a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo. Constitui um dever ético e deontológico dos profissionais de saúde higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, de acordo com o modelo dos “5 momentos para a higiene das mãos” (Anexo I) recomendado pela OMS (DGS, 2019).

A avaliação da adesão dos profissionais de saúde à Higiene das Mãos, deve ser realizada através da implementação da metodologia padrão da OMS, que deve nortear as ações de todas as unidades de saúde. Auditar de forma aleatória, com feedback de retorno, assume-se como elemento-chave dos programas multimodais para a apropriação de novos conhecimentos e conseqüente mudança de comportamentos. A promoção da literacia em saúde inclui o envolvimento e a participação dos vários atores, nomeadamente: pessoas alvo de cuidados, visitas, acompanhantes, fornecedores, voluntários, entre outros, assumindo-se como elementos fundamentais na implementação das medidas básicas de prevenção das IACS e das RAM (DGS, 2019).

Pretende-se que a pessoa e os seus familiares ou pessoas significativas sejam igualmente integrados e treinados nas medidas e técnicas da higiene das mãos, com o objetivo final de se consciencializarem para a importância do papel desempenhado na sua própria segurança e na segurança dos seus familiares e restantes pares (DGS, 2019).

São vários os estudos que têm demonstrado que as infecções hospitalares em contexto de UCI são mais comuns, comparativamente com outros ambientes hospitalares. Neste contexto, o foco deve-se fundamentalmente à epidemiologia específica e às características de alto risco dos pessoas internados nessas unidades. As pessoas internadas em UCI apresentam, tendencialmente, um sistema imunológico enfraquecido devido à sua condição de saúde, ao uso de corticoterapia e ao uso de vários equipamentos e dispositivos médicos invasivos; apresentam, igualmente, alto risco de infecções nosocomiais devido à necessidade do uso de antibióticos de amplo espectro para o controlo de microrganismos resistentes. A complexidade destes pessoas exige uma abordagem musculada por parte dos profissionais de saúde, de forma que sua a exposição às IACS possa ser minimizada (Goodarzi, Haghani, Rezazade, Abdolalizade, & Khachian, 2020).

De acordo com Kim & Hwang (2020), apesar da consciência de que a prevenção e o controlo da infeção são fatores de extrema importância, a baixa adesão às precauções padrão continua a ser um problema em contexto hospitalar. Vários estudos identificaram razões para o não cumprimento das PBCI por parte dos profissionais, onde se incluem fatores individuais como conhecimento, atitude e experiências, recursos humanos e materiais e ainda gestão institucional.

De entre as precauções básicas no cumprimento de boas práticas, a higiene das mãos é considerada uma medida de elevado impacto e comprovada eficácia na prevenção de IACS, pelo facto de impedir a transmissão cruzada de microrganismos. A OMS lançou o desafio *Clean Care is Safer Care* com o objetivo de prevenir as IACS. Neste, preconiza-se, entre outras ações, a higiene das mãos como uma das medidas de maior relevância na redução das infeções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos em saúde (DGS, 2019).

2 – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Uma RIL apresenta uma metodologia de investigação que permite a procura, análise e síntese de evidências sobre um determinado tema em investigação, em que o produto final constitui o estado da arte sobre a temática em estudo, permitindo a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e a identificação de fragilidades que poderão conduzir ao desenvolvimento de novas investigações, com potenciais consequências para a qualidade dos cuidados (Mendes et al. citado por Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

Como principal objetivo, esta revisão pretende sintetizar o estado da arte em relação à adesão dos enfermeiros à higiene das mãos nas UCI. Neste sentido, foi definida a questão de revisão: *Qual a evidência científica sobre a adesão dos enfermeiros à higiene das mãos em UCI?* Como objetivos específicos, pretende-se perceber a coexistência de diferenças na adesão entre os momentos de proteção da pessoa e do profissional e detalhar os motivos que justificam a não adesão dos profissionais à higiene das mãos.

A estratégia de pesquisa da presente RIL foi orientada pela estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), onde a População (P) corresponde aos enfermeiros, o Conceito (C) representa a adesão à higiene das mãos e o Contexto (C) corresponde às UCI (Aromataris & Munn, 2020).

Os critérios de inclusão para esta revisão remetem aos componentes definidos na questão de revisão. Como critério de exclusão foi definido o contexto pediátrico. Serão considerados estudos primários, qualitativos e quantitativos, conforme a sua pertinência para a mesma, publicados nos últimos cinco anos.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa simples no motor de busca Google para seleção de artigos de interesse sobre a temática, com o propósito de definir as palavras-chave e descritores mais adequados a utilizar na pesquisa. Definiram-se as palavras-chave enfermeiros, higiene das mãos e UCI. Os termos a utilizar na pesquisa foram conjugados de acordo com a base de dados utilizada e sob os limites temporal de 5 anos, de 2017 a 2022, e de idioma, para publicações integralmente disponíveis em espanhol, inglês e português.

Antecipadamente, realizou-se ainda uma pesquisa preliminar na PROSPERO, *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Review and Implementation Reports* e outras bases de dados, a qual revelou a inexistência de qualquer tipo de revisão, publicada ou a ser realizada, sobre a adesão dos enfermeiros à higiene das mãos em UCI.

Nos apêndices I e II apresentam-se, respetivamente, a estratégia e os resultados das pesquisas efetuadas nas bases de dados *MEDLINE Complete* via PubMed e *CINAHL Complete* via EBSCOhost, com *login* na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, datadas de 7 de outubro de 2022.

O processo de seleção dos estudos foi relatado com recurso ao fluxograma PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), representando o processo de refinamento dos resultados até ao número final de artigos incluídos na RIL (Apêndice III). Os documentos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra, com vista a uma análise mais detalhada.

Do processo de seleção dos estudos a integrar a revisão, restaram seis artigos. Estes foram incluídos tendo por base a sua pertinência para a temática em estudo. Os dados dos artigos selecionados foram extraídos com recurso ao formulário apresentado no apêndice IV, construído com base nas orientações do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020). A sua análise pormenorizada é apresentada no apêndice V, detalhando as especificidades relativas à metodologia do estudo e respetivos resultados e conclusões.

2.1 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a análise dos vários artigos selecionados (Apêndice V), verificou-se uma taxa de adesão à higiene das mãos inferior a 60% (Anwar & Elareed, 2019; Madden et al., 2021; Saharman et al., 2019). Comparativamente com os restantes profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, os enfermeiros são os que apresentam taxas de adesão mais elevadas (Madden et al., 2021; Saharman et al., 2019). No seu estudo, Madden et al. (2021) analisou a prática de higiene das mãos ao longo dos vários turnos, concluindo que a adesão é significativamente superior no turno noturno.

No que se refere aos 5 momentos para a higiene das mãos, preconizados pela OMS, grande parte dos autores referem uma taxa de adesão à higiene das mãos diminuta nos momentos 1 e 2, correspondentes ao período antes do contacto com a pessoa, em que se pretende a proteção da mesma. Por outro lado, esta adesão demonstrou-se

significativamente mais elevada nos momentos 3, 4 e 5, após o risco de contacto com fluídos e o contacto com a pessoa e o seu ambiente, revelando uma maior preocupação dos profissionais pela sua autoproteção (Anwar & Elareed, 2019; da Silva, Carreiro, Simões, & de Paula, 2018; Ghorbani, 2017; Luciano et al., 2017; Madden et al., 2021). Acrescentou ainda, Ghorbani (2017), que a taxa de adesão à higiene das mãos após a remoção de equipamento de proteção individual é igualmente superior, quando comparado com a prática antes da sua utilização.

No seu estudo, da Silva et al. (2018) conclui que os enfermeiros são os profissionais de saúde que realizam de forma mais consistente a correta higiene das mãos. No entanto, neste mesmo estudo, a adesão à higiene das mãos revela-se notoriamente baixa. Num outro estudo, Luciano et al. (2017) verificou que nenhum dos profissionais realizou a técnica correta de higiene das mãos.

As barreiras para a higiene das mãos foram identificadas nos estudos desenvolvidos por Ghorbani (2017) e Saharman et al. (2019). Segundo os mesmos, os profissionais de saúde verificam uma elevada incidência de secura da pele, dor, alergias e dermatites, relacionadas com a higiene frequente das mãos.

Dois dos estudos analisados refletem os resultados face à implementação de programas de formação. Ambos os estudos refletem um aumento das taxas de adesão à higiene das mãos após a aplicação das estratégias educacionais (Anwar & Elareed, 2019; Saharman et al., 2019). Por outro lado, quando avaliada a longo prazo, Saharman et al. (2019) refere uma regressão da adesão a esta prática. Já no que diz respeito ao conhecimento demonstrado pelos profissionais, não houve melhorias representativas após a implementação da formação, verificando-se a manutenção de um valor percentual elevado de repostas corretas ao questionário aplicado.

2.2 – DISCUSSÃO

Da análise dos estudos incluídos na presente RIL, independentemente do contexto socioeconómico vigente nos países representados, verificou-se a convergência de vários pontos relevantes para aquela que é a prática dos enfermeiros de cuidados intensivos na adesão à higiene das mãos como forma de garantir a prevenção de infeções cruzadas e promover a segurança da pessoa. Ainda assim, importa mencionar a ausência de estudos

recentemente publicados que representem de forma consistente a realidade europeia e, particularmente, a realidade portuguesa.

No que se refere ao contexto português, o último relatório anual do programa prioritário PPCIRA publicado (DGS, 2022b), revela uma taxa global de cumprimento da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde, relativa ao ano de 2020, de 82,7%. A mesma representa um aumento do cumprimento de 7% face ao ano anterior e 9,6% face aos últimos 5 anos. O crescimento significativo deste indicador surgiu do impacto positivo do contexto pandémico, pelo que o grande objetivo das estratégias institucionais passará por manter e melhorar os padrões atingidos.

Os momentos em que se revela uma maior adesão à higiene das mãos acabam por decorrer após o risco de contacto com fluídos e o contacto com a pessoa e o seu ambiente (Piras, Lauderdale, & Minnick, 2017). Este dado corrobora os resultados sintetizados nesta revisão e é neste sentido que o Plano Nacional para a Segurança dos Pessoas 2021-2026 (DGS, 2022a) pretende que, em 2026, 95% das unidades de saúde atinjam uma adesão de 90% ao primeiro momento da higiene das mãos preconizado pela OMS.

Tal como evidenciado por Saharman et al. (2019), também outros autores revelam que a grande maioria dos enfermeiros demonstram ter elevados conhecimentos acerca da higiene das mãos e da sua relevância para uma prestação de cuidados segura (Goodarzi et al., 2020; Piras et al., 2017).

As fragilidades referenciadas nos estudos analisados acabam por surgir na execução do procedimento, não só pelos problemas dermatológicos associados à lavagem frequente das mãos (Ghorbani, 2017; Saharman et al., 2019), como também pela localização distante ou inadequada de lavatórios e dispensadores e pela indisponibilidade temporal para a correta execução da higiene das mãos, aumentando o tempo de início, duração e conclusão de intervenções e procedimentos que, pela criticidade do contexto, nem sempre se proporciona ou está disponível (Piras et al., 2017).

A Norma n.º 007/2019 (DGS, 2019), para a higiene das mãos nas unidades de saúde, prevê a implementação de uma estratégia multimodal, adaptada da metodologia recomendada pela OMS, que inclui a formação e motivação dos profissionais de saúde para a correta execução da higiene das mãos, a valorização e sensibilização para a utilização da SABA na higiene das mãos, a criação das estruturas necessárias para o cumprimento das medidas, particularmente através da adequação de lavatórios e

dispensadores em locais estratégicos e acessíveis e do fornecimento dos produtos adequados, a monitorização das práticas, a utilização de indicadores de desempenho e a promoção do compromisso por parte de todos os envolvidos no processo de gestão e prestação de cuidados.

Preconiza-se que as auditorias à higiene das mãos ocorram de forma aleatória e que os resultados sejam partilhados dentro das equipas, com vista à sua discussão e à busca ativa por estratégias que visem uma mudança de comportamentos. Acrescidamente, a (DGS, 2019) recomenda ainda a monitorização dos consumos de sabão e solução antisséptica de base alcoólica como forma de avaliar a adesão à higiene das mãos e o efeito das intervenções formativas nesta área.

Neste sentido, após a implementação de uma estratégia formativa aos profissionais de saúde de uma UCI num hospital italiano, Battistella et al. (2022) realizou um estudo com vista à avaliação da eficácia a longo prazo das intervenções previamente concretizadas, através da verificação e comparação dos consumos de sabão SABA antes e após a formação. Os resultados demonstraram que, quatro anos após a intervenção educativa, o consumo mediano dos produtos necessários à adequada prática de higiene das mãos foi significativamente superior, corroborando a eficácia e pertinência das medidas implementadas.

NOTA CONCLUSIVA

A presente RIL surgiu após a necessidade de reflexão acerca da temática da higiene das mãos, por parte dos enfermeiros, em contexto de cuidados intensivos. Após uma primeira apreciação, torna-se imperativo salientar que, da análise dos artigos selecionados, foi concordante a opinião dos autores, onde defendem claramente a importância que a prática da higiene das mãos dos enfermeiros representa para a prestação de cuidados seguros.

Não obstante, constatou-se que, embora os enfermeiros reconheçam essa necessidade como fundamental, na realidade diária, o que se verifica é uma deficiente prática da higiene das mãos. De entre as razões que justificam essa má prática, surge a inexistência de instalações adequadas para lavar e secar as mãos no interior das áreas clínicas, a falta de recursos, o fator tempo, o surgimento de dermatites e soluções de continuidade nas mãos e o excesso de trabalho.

A realização deste trabalho permitiu aprofundar e consolidar conhecimentos relativamente à problemática da higienização das mãos, nomeadamente no que diz respeito à adesão da sua prática por parte dos enfermeiros em contexto de cuidados intensivos. Consequentemente, demonstra-se fulcral a atualização contínua, sistemática e consolidada dos conhecimentos, associada à monitorização e mobilização para a prática clínica da enfermagem, com o objetivo final de promover a segurança da pessoa e dos próprios profissionais de saúde.

A implementação de medidas standard de controlo de infeção, uma maior divulgação da importância da higiene das mãos, através de ações de formação, colocação de panfletos/cartazes em locais estratégicos capazes de facilitar a divulgação da informação, e a responsabilidade individual de cada enfermeiro são medidas exequíveis que, para além de diminuírem fortemente os custos no sistema de saúde, também reduzem significativamente as taxas de morbilidade e mortalidade associadas às infeções hospitalares (DGS, 2019).

As instituições de saúde deverão investir de forma sistemática e musculada na implementação, monitorização e avaliação de programas de formação através das comissões de controlo de infeção, previstas em todas as instituições de saúde, tendo como

objetivo a prevenção das IACS, como instrumento da redução dos custos de saúde e da melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em suma, consideramos que os resultados da presente RIL poderão contribuir para estimular o debate e incentivar a investigação nesta área. Seria importante que as entidades nacionais, para além da implementação de programas e normas, investisse na produção de conhecimento e documentação fidedigna representativa da realidade portuguesa, com o objetivo de alinhar a ação com as boas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anwar, M. M., & Elareed, H. R. (2019). Improvement of hand hygiene compliance among health care workers in intensive care units. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60(1), E1–E5. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.1.918>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Battistella, G., Berto, G., Gasparotto, U., Milana, M., Farnia, A., & Bazzo, S. (2022). Long-term effectiveness evaluation of an action-research intervention to improve hand hygiene in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69, 103165. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2021.103165>
- Belela-Anacleto, A. S. C., Peterlini, M. A. S., & Pedreira, M. da L. G. (2017). Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 442–445. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>
- da Silva, B. R., Carreiro, M. de A., Simões, B. F. T., & de Paula, D. G. (2018). Monitoring hand hygiene adherence in an intensive care unit. *Revista Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.12957/REUERJ.2018.33087>
- DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. 8, 24. Retrieved from <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-2017-dgs.pdf>
- DGS. (2019). Norma N° 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral Da Saúde*, (CDC), 46. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- DGS. (2022a). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Pessoas 2021-2026*. 2–66. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-pessoas-2021-2026-pdf.aspx>

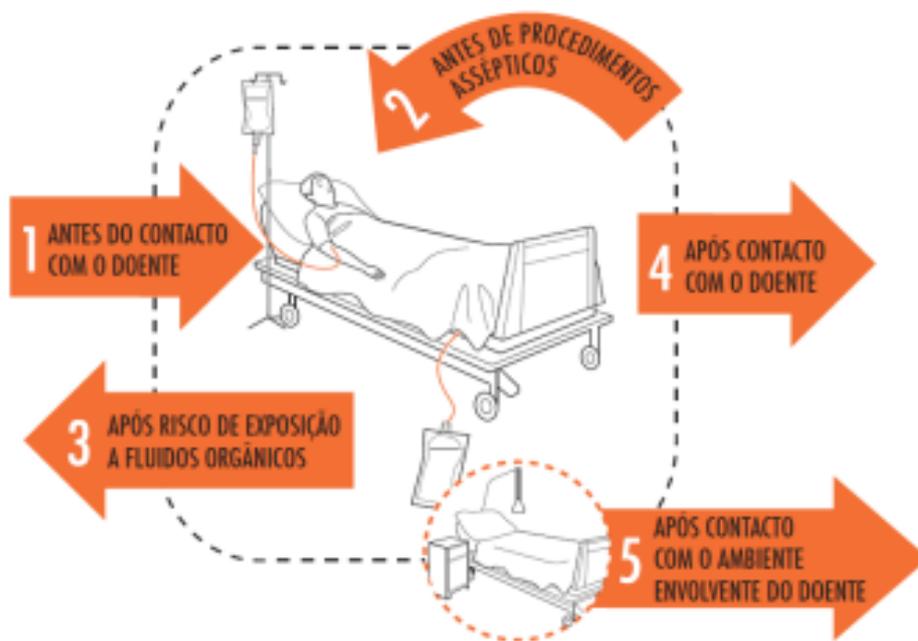
- DGS. (2022b). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário PPCIRA, 2021*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoos-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Ghorbani. (2017). Hand hygiene compliance before and after wearing gloves among intensive care unit nurses in Iran. *American Journal of Infection Control*, 45(10), 1174. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2017.08.009>
- Goodarzi, Z., Haghani, S., Rezazade, E., Abdolalizade, M., & Khachian, A. (2020). Investigating the Knowledge, Attitude and Perception of Hand Hygiene of Nursing Employees Working in Intensive Care Units of Iran University of Medical Sciences, 2018-2019. *MAEDICA – a Journal of Clinical Medicine*, 15(2), 230–237. <https://doi.org/10.38103/jcmhch.2020.64>
- Hoffmann, M., Sendlhofer, G., Gombotz, V., Pregartner, G., Zierler, R., Schwarz, C., ... Brunner, G. (2020). Hand hygiene compliance in intensive care units: An observational study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(2), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12789>
- Kim, H., & Hwang, Y. H. (2020). Factors contributing to clinical nurse compliance with infection prevention and control practices: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 22(1), 126–133. <https://doi.org/10.1111/nhs.12659>
- Luciano, M., do Nascimento, B., Nunes, E., Oliveira, L., Davim, R., & Alves, E. (2017). Adherence to hand hygiene by health professionals in an intensive care unit. *Journal of Nursing UFPE OnLine*, 11(10). <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201709>
- Madden, C., Lydon, S., Walsh, C., O’Dowd, E., Fox, S., Vellinga, A., ... O’Connor, P. (2021). What are the predictors of hand hygiene compliance in the intensive care unit? A cross-sectional observational study. *Journal of Infection Prevention*, 22(6), 252–258. <https://doi.org/10.1177/17571774211033351>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da República*, 2ª Série, nº 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

- Piras, S. E., Lauderdale, J., & Minnick, A. (2017). An elicitation study of critical care nurses' salient hand hygiene beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.012>
- Saharman, Y. R., Aoulad Fares, D., El-Atmani, S., Sedono, R., Aditiansih, D., Karuniawati, A., ... Severin, J. A. (2019). A multifaceted hand hygiene improvement program on the intensive care units of the National Referral Hospital of Indonesia in Jakarta. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0540-4>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17–26. Retrieved from <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1311?mode=full>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- WHO. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm e health care. In *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

ANEXOS

ANEXO I – 5 Momentos para a Higiene das Mãos

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



1	ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. PORQUÊ? Para proteger o doente de microorganismos que transportamos nas mãos.
2	ANTES DE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS	QUANDO? Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. PORQUÊ? Para proteger o doente de microorganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.
3	APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS	QUANDO? Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microorganismos do doente.
4	APÓS CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microorganismos do doente.
5	APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE	QUANDO? Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamentos, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente. PORQUÊ? Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microorganismos do doente.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Estratégia de Pesquisa MEDLINE *Complete* via PubMed

	<i>Pesquisa</i>	<i>Frases</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitadores</i>
MEDLINE Complete via PubMed	S5	S3 AND S4	107	Restrição temporal: 2017 - 2022 AND Restrição de idioma: Espanhol, Inglês e Português
	S4	S1 AND S2	702	
	S3	intensive care units [MeSH Terms] OR critical care [MeSH Terms] OR intensive care units [Title/Abstract] OR critical care [Title/Abstract] OR ICU [Title/Abstract]	77.045	
	S2	hand disinfection [MeSH Terms] OR hand disinfection [Title/Abstract] OR hand washing[Title/Abstract] OR handwashing[Title/Abstract] OR hand hygiene [Title/Abstract]	5.275	
	S1	nurses [MeSH Terms] OR nursing [MeSH Terms] OR nursing care [MeSH Terms] OR nurs* [Title/Abstract] OR nursing care [Title/Abstract]	131.372	

APÊNDICE II - Estratégia de Pesquisa CINAHL Complete via EBSCOhost

Pesquisa

Frase

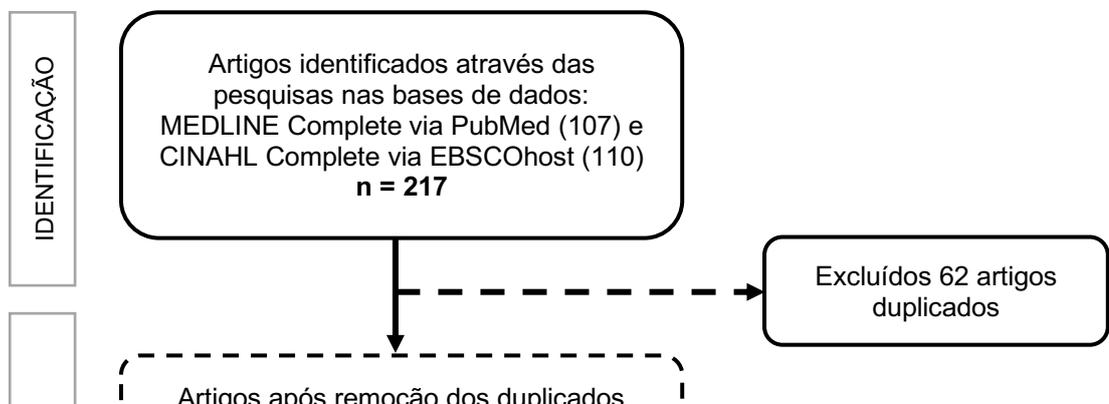
Resultados

Limitadores

CINAHL Complete via EBSCOhost

S5	S3 AND S4	110	Restrição temporal: 2017 - 2022 AND Restrição de idioma: Espanhol, Inglês e Português
S4	S1 AND S2	739	
S3	MH intensive care units OR MH critical care OR TI intensive care units OR AB intensive care units OR TI critical care OR AB critical care OR TI ICU OR AB ICU	46.963	
S2	MH handwashing OR TI hand disinfection OR AB hand disinfection OR TI hand washing OR AB hand washing OR TI handwashing OR AB handwashing OR TI hand hygiene OR AB hand hygiene	3.981	
S1	MH nurses OR MH nursing care OR TI nurs* OR AB nurs* OR TI nursing care OR AB nursing care	137.461	

APÊNDICE III – Fluxograma PRISMA-ScR



APÊNDICE IV – Instrumento de Extração dos Dados

<i>Título</i>	
<i>Autores</i>	
<i>Ano de Publicação</i>	
<i>País</i>	
<i>Tipo de Estudo</i>	
<i>Objetivo / Questão de investigação</i>	
<i>Amostra / População</i>	
<i>Resultados</i>	
<i>Conclusão</i>	

APÊNDICE V – Síntese dos Artigos

<i>Título</i>	<i>Adherence to hand hygiene by health professionals in an intensive care unit</i>
<i>Autores</i>	M. Luciano, B. Nascimento, E. Nunes, L. Oliveira, R. Davim e E. Alves
<i>Ano de Publicação</i>	2017
<i>País</i>	Brasil
<i>Tipo de Estudo</i>	Quantitativo, descritivo e observacional
<i>Objetivo / Questão de investigação</i>	De que forma os profissionais de saúde aderem à higiene das mãos na unidade de cuidados intensivos?
<i>Amostra / População</i>	27 funcionários do hospital (5 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 5 fisioterapeutas)
<i>Resultados</i>	<p>A adesão à higiene das mãos é superior após realização procedimentos invasivos e não invasivos por parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. No caso dos fisioterapeutas a adesão é igualmente alta antes e após ambos os procedimentos.</p> <p>Os resultados revelaram uma maior preocupação dos profissionais com a sua própria proteção do que com a do utente.</p> <p>O uso de luvas antes da realização dos procedimentos influenciou negativamente a adesão à higiene das mãos.</p> <p>Em nenhum momento foram realizadas corretamente as técnicas de higiene das mãos com solução de base alcoólica e com água e sabão (recomendações da ANVISA).</p>

Conclusão

No que se refere à higiene das mãos, a maior preocupação dos profissionais está na sua autoproteção e não na disseminação de microrganismos para o utente.

A falta de adesão à técnica correta leva a concluir que é necessário que os serviços de saúde implementem medidas educativas permanentes, a fim de incentivar e consciencializar sobre a importância da higiene das mãos. A adesão a este método proporciona segurança para o profissional e para o utente, o que reduz os riscos de infeção hospitalar.

<i>Título</i>	<i>Hand hygiene compliance before and after wearing gloves among intensive care unit nurses in Iran</i>
<i>Autores</i>	A. Ghorbani, L. Sadeghi, A. Shahrokhi, A. Mohammadpour, M. Addo e E. Khodadadi
<i>Ano de Publicação</i>	2016
<i>País</i>	Irão
<i>Tipo de Estudo</i>	Observacional
<i>Objetivo / Questão de investigação</i>	Medir a adesão à higiene das mãos baseada no antes e depois do uso de luvas pelos enfermeiros nas UCI
<i>Amostra / População</i>	200 enfermeiros de cuidados intensivos dos hospitais de ensino de Tabriz
<i>Resultados</i>	A taxa de adesão à higiene das mãos dos enfermeiros antes do contato com os utentes revelou-se particularmente baixa.

Conclusão

A taxa de adesão da higiene das mãos após a remoção das luvas foi significativamente maior do que antes do seu uso.

A adesão à higiene das mãos aumentou particularmente através do uso de uma solução de base alcoólica, dado os enfermeiros assumirem e acreditarem que a lavagem frequente das mãos com sabão provoca secura da pele, alergias de pele e dermatites.

O aumento da adesão à higiene das mãos revelou-se significativo quando os profissionais estão diante de uma ameaça à sua própria saúde e segurança (após contato com a pessoa, expostos a fluídos corporais, entre outros).

Denota-se a importância da implementação de programas de formação.

<i>Título</i>	Monitorização da adesão à higiene das mãos em uma unidade de cuidados intensivos
<i>Autores</i>	B. R. Silva, M. A. Carreiro, B. F. Simões e D. G. Paula
<i>Ano de Publicação</i>	2018
<i>País</i>	Brasil
<i>Tipo de Estudo</i>	Transversal, analítico, observacional
<i>Objetivo / Questão de investigação</i>	Caracterizar a adesão à prática de higiene das mãos nos profissionais de saúde na unidade de cuidados intensivos

<i>Amostra</i>	/
<i>População</i>	Equipa multidisciplinar da unidade de cuidados intensivos de um hospital do Rio de Janeiro
<i>Resultados</i>	<p>De um total de 165 observações, 13% realizaram corretamente a técnica de higiene das mãos. A equipa alcançou o padrão de ouro da higiene das mãos em 13%, antes e após o contato com a pessoa. No entanto, todas as categorias profissionais realizaram mais a higiene das mãos após o contato com a pessoa.</p> <p>Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais realizaram corretamente a técnica de higiene das mãos (60% de 100%) antes (43.5%) e após (56.5%) o contato com a pessoa.</p> <p>Do total das observações realizadas, apenas 13% executaram a técnica recomendada de higiene das mãos, antes e após o contato com a pessoa.</p>
<i>Conclusão</i>	<p>Chegou-se, ainda, à conclusão de que existe uma associação significativa entre a higiene das mãos e as categorias dos profissionais observados no estudo. A técnica correta de higiene das mãos está mais associada aos enfermeiros, sendo em termos percentuais a categoria de profissionais que realizam a técnica correta de higiene das mãos antes e após o contacto com a pessoa com maior frequência.</p>

<i>Título</i>	<i>Improvement of hand hygiene compliance among health care workers in intensive care units</i>
<i>Autores</i>	M. M. Anwar e R. H. Elareed

<i>Ano de Publicação</i>	2019
<i>País</i>	Egito
<i>Tipo de Estudo</i>	Prospetivo, intervencionista (com 3 fases: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção)
<i>Objetivo / Questão de investigação</i>	Medir a adesão às práticas de higiene das mãos entre os profissionais de saúde em contexto de medicina intensiva do <i>Beni-Suef University Hospital</i> , antes e após um programa de intervenção para a higiene das mãos, baseado nas estratégias da OMS
<i>Amostra / População</i>	Estudo realizado com 177 profissionais de saúde em contexto de medicina intensiva, em 6 serviços do <i>Beni-Suef University Hospital</i> : 106 Enfermeiros; 34 médicos e 23 técnicos.
<i>Resultados</i>	<p>O programa de intervenção realizado para os profissionais de saúde revelou-se positivo, mostrou uma melhoria significativa nas taxas de adesão à higiene das mãos evidenciada pelo aumento da taxa geral de adesão à higiene das mãos em todos os serviços de medicina intensiva, de 30,9% para 69,5% após a intervenção. A adesão à higiene das mãos mostrou-se mais robusta para os momentos 2,3 e 4 da lavagem das mãos e menos robusta para os momentos 1 e 5. A observação foi constante nas fases pré e pós intervenção.</p> <p>Momento 1: 22,1%-69%</p> <p>Momento 2: 40,5% - 73,3%</p> <p>Momento 3: 55,4% - 75,7%</p> <p>Momento 4: 35% - 72,8%</p>

Conclusão

Momento 5: 12,4% - 58,5% (crença dos profissionais de saúde em considerar o ambiente da pessoa menos suscetível de risco de infecções adquiridas).

A taxa de adesão à higiene das mãos entre os profissionais de saúde melhorou com o programa de ensino decorrente nos seis serviços de medicina intensiva. Os enfermeiros demonstraram maior adesão à prática de higiene das mãos, comparativamente com a classe médica e outros profissionais de saúde. As taxas de adesão foram significativamente maiores nos momentos 2, 3 e 4, comparativamente com os momentos 1 e 5. Segundo os autores, programas de melhoria contínua deverão ser implementados, bem como a realização de auditorias periódicas, com o objetivo de manter um ambiente adequado e seguro, tanto para os pessoas como para os profissionais de saúde.

<i>Título</i>	<i>A multifaceted hand hygiene improvement program on the intensive care units of the National Referral Hospital of Indonesia in Jakarta</i>
<i>Autores</i>	Y. R. Saharman, D. A. Fares, S. El-Atmani, R. Sedono, D. Aditiansih, A. Karuniawati, J. Rosmalen, H. A. Verbrugh e J. A. Severin
<i>Ano de Publicação</i>	2019
<i>País</i>	Indonésia
<i>Tipo de Estudo</i>	Observacional, prospetivo, de intervenção antes e depois

Objetivo / Questão de investigação | Melhorar o conhecimento e adesão à higiene das mãos dos médicos e enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos

Amostra / População | Médicos, enfermeiros e estudantes de medicina e enfermagem de duas unidades de cuidados intensivos do *Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital* em Jacarta

Perceções dos participantes:

Os participantes identificam como principal vantagem da higiene das mãos a prevenção de infeções cruzadas, referindo como principal desvantagem a secura e dor nas mãos após o procedimento.

Tanto médicos como enfermeiros percebem uma falta de controlo social para a higiene das mãos. Ao contrário dos enfermeiros, que demonstram não ter dificuldades em alertar os seus pares para a correta adesão à higiene das mãos, os médicos referem dificuldades em abordar a temática com elementos séniores.

Resultados | Conhecimento acerca da higiene das mãos:

Houve uma melhoria significativa na pontuação média geral de conhecimento acerca da higiene das mãos (percentagem de respostas corretas subiu de 71% para 89%) após a aplicação da estratégia educacional.

Mesmo após a estratégia educacional, cerca de metade dos participantes permaneceu convencido de que lavar as mãos com água e sabão é mais eficaz do que a desinfeção das mãos, correspondendo à questão com maior percentagem de respostas incorretas após intervenção.

Conformidade na higiene das mãos:

A taxa geral de adesão na fase inicial do estudo foi de 27%, tendo aumentado para 77% após a aplicação da estratégia educacional. Esta regrediu novamente para o nível basal, com 33%, quando avaliada no acompanhamento de longo prazo.

A adesão à higiene das mãos melhorou significativamente ao longo das várias fases do estudo para todos os momentos, à exceção do momento 3, em que já se demonstrava elevada na fase pré-intervenção.

Ao longo de todo o período de observação, a taxa de adesão à higiene das mãos foi superior entre enfermeiros do que entre médicos.

Conclusão

A aplicação de um programa de melhoria resultou em melhorias significativas no conhecimento e adesão à higiene das mãos. No entanto, para manter elevados níveis de adesão à higiene das mãos, demonstrou-se necessário a implementação de monitorização contínua e intervenções regulares.

<i>Título</i>	<i>What are the predictors of hand hygiene compliance in the intensive care unit? A cross-sectional observational study</i>
<i>Autores</i>	C. Madden, S. Lydon, C. Walsh, E. O'Dowd, S. Fox, A. Vellinga, K. Lambe, O. Tujjar, C. Greally, M. Power, J. Bates e P. O'Connor
<i>Ano de Publicação</i>	2021
<i>País</i>	Irlanda
<i>Tipo de Estudo</i>	Observacional, transversal

Objetivo / Questão de investigação

Examinar as taxas de adesão à higiene das mãos em ambientes de unidade de cuidados intensivos;
Identificar a existência de diferenças estatísticas na adesão entre os momentos de higiene das mãos que protegem principalmente o utente e aqueles que protegem principalmente o profissional de saúde.

Amostra / População

Profissionais de saúde e pessoal técnico e auxiliar de quatro unidades de cuidados intensivos de três hospitais universitários

Resultados

A taxa de adesão à higiene das mãos foi de 56,9%. Os enfermeiros apresentaram a taxa de adesão mais elevada, correspondente a 61,1%. Comparativamente com outros turnos, a taxa de adesão à higiene das mãos foi mais elevada durante o turno noturno, correspondendo a 82,6%.

No que se refere aos 5 momentos preconizados pela OMS para a higiene das mãos, os momentos de autoproteção (momento 3, 4 e 5) apresentaram uma taxa de adesão (61,7%) mais elevada do que os momentos para proteção do utente (momentos 1 e 2; 42,5%).

Conclusão

O presente estudo evidenciou diferenças estatísticas significativas nos níveis de adesão à higiene das mãos entre diferentes grupos profissionais, ambientes, turnos e momentos. Assim, sugere-se uma abordagem mais direcionada para a adesão à higiene das mãos, com intervenções adaptadas ao contexto e população.

ANEXOS

ANEXO I

CURSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



Curso de Comunicação em Saúde

Certifica-se que

Inês Almeida

participou no Curso de Comunicação em Saúde organizado pela Speak and Lead, decorrido nos dias 24, 25 e 26 de Abril de 2023, totalizando 6 horas de formação.

O CEO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'David Mourão', is written over a horizontal line.

(David Mourão)

ANEXO II

CURSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

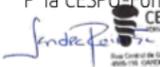
DECLARAÇÃO

Declara-se que Ines Isabel Martins de Almeida, portador/a do documento de identificação n.12057813, concluiu em 12/05/2023 o Curso de Ventilação Mecânica Não Invasiva, com classificação final de 20 valores.

O curso realizou-se na Fundação Bissaya Barreto, sita em Bencanta - Coimbra, nos dias 11 e 12 de maio de 2023, com um total 12 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai autenticada com o carimbo desta instituição.

Gandra, 22 de maio de 2023

P^ola CESPU-Formação


Associação CESPU - Associação de Centros de Estudos e Formação Profissional
Rua Central de Gandra, 1317
4505-116 Gandra, Portugal
Tel. 224 157 174 / 06
224 157 100 / 022

Sandra Reimão, Dra.
(Técnica Superior de Formação)

PLANO CURRICULAR

Curso de Ventilação Mecânica Não Invasiva.

- Introdução à Ventilação Não Invasiva (VNI)
- O que é a VNI / Modos ventilatórios
- Equipamentos / Vantagens e desvantagens da VNI
- Indicações e contra-indicações da VNI na insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada.
- VNI
- VNI em trauma (situações especiais).
- Monitorização do doente com Ventilação mecânica invasiva/não invasiva Ponto de vista de enfermagem
- Ventilação em Prone Position
- Importância da permeabilidade das vias aéreas
- Técnicas de aspiração de secreções e Cinesiterapia respiratória
- Cough Assist
- Logística essencial para utilização da VNI em doentes agudos
- Aplicação do CPAP de BOUSSIGNAC na sala de emergência e em contexto pré-hospitalar.

Bancas práticas

1- Ventilação com ventilador não invasivo - (Vison e BIPAP VPAP TTT ST)

Programação do ventilador e oxigenoterapia de acordo com a situação clínica.

Monitorização necessária.

2 - O que é um ventilador?

VNI em Trauma- aplicação de casos clínicos

3 - Protocolo para iniciar VNI

Saber escolher a interface de acordo com a situação e características do paciente.

Técnica de colocação e adaptação das máscaras de VNI.

CPAP de Boussignac.

Aplicação da VNI – casos clínicos

4 - Cough Assist

Exercícios de relaxamento e adaptação à VNI

Cinesiterapia Respiratória

ANEXO III

**CURSO DE PRINCIPAIS CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**



Universidad de Valladolid

Cursos de Extensión Universitaria y Formación Continuada

La **Universidad de Valladolid** hace constar que

D./Dña. INÉS ISABEL MARTINS DE ALMEIDA (CB115681.)

ha superado con éxito el curso online **PRINCIPALES CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**, con una duración de 250 horas, realizado del 20/03/2023 al 19/05/2023 y organizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

En Valladolid, a fecha de firma electrónica

El Rector
(Por delegación R.R. de 09/05/22
BOCyL de 18/07/22)

Fdo.: M^a del Carmen Vaquero López
Vicerrectora de Comunicación,
Cultura y Deporte

Fdo.: José María Jiménez Pérez
Director del curso

Código Seguro De Verificación	enrk1voYRccXho8DUCwonQ==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Maria del Carmen Vaquero Lopez - Vicerrectora de Comunicación, Cultura y Deporte	Firmado	09/06/2023 10:41:44	
	Jose Maria Jimenez Perez	Firmado	08/06/2023 14:36:00	
Observaciones		Página	1/2	
Url De Verificación	https://portal.sede.uva.es/validador-documentos?code=enrk1voYRccXho8DUCwonQ%3D%3D			
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			

PRINCIPALES CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Tema 1. Casos de urgencias para Enfermería.

Tema 2. Soporte vital básico y avanzado en adultos.

Tema 3. Actuación de Enfermería ante un paciente politraumatizado.

Tema 4. Actuación de Enfermería en urgencias y emergencias respiratorias.

Tema 5. Actuaciones de Enfermería en urgencias y emergencias cardiovasculares.

Tema 6. Actuaciones de Enfermería en urgencias y emergencias neurológicas.

Tema 7. Actuaciones de Enfermería en urgencias y emergencias por intoxicaciones.

Tema 8. Transporte del paciente crítico.

250 horas - 10 ECTS

Código Seguro De Verificación	enrk1voYRccXho8DUCwonQ==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Maria del Carmen Vaquero Lopez - Vicerrectora de Comunicación, Cultura y Deporte	Firmado	09/06/2023 10:41:44	
	Jose Maria Jimenez Perez	Firmado	08/06/2023 14:36:00	
Observaciones		Página	2/2	
Url De Verificación	https://portal.sede.uva.es/validador-documentos?code=enrk1voYRccXho8DUCwonQ%3D%3D			
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			