



4º Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica

Vanessa Alexandra Ga-
meiro da Costa Duarte

Relatório de Trabalho de Projeto

Conferência Familiar na prestação de
Cuidados à Pessoa em situação crítica.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica,
realizada sob a orientação científica da Professora Elsa
Monteiro.



4º Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica

Vanessa Alexandra Ga-
meiro da Costa Duarte nº
140519004

Relatório de Trabalho de Projeto

Conferência Familiar na prestação de
Cuidados à Pessoa em situação crítica.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, re-
alizada sob a orientação científica da Professora Elsa
Monteiro.

Setúbal, Julho de 2016



**DECLARAÇÃO DO(S)
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Conferência Familiar na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica, do estudante Vanessa Alexandra Gameiro da Costa Duarte, n.º 140519004, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 30-06-2016.

O(s) orientador(es).

Elsa Moutão

()

AGRADECIMENTO

A todos aqueles que me acompanharam neste percurso e contribuíram para o enriquecimento deste projeto.

Agradeço especialmente aos que me acompanharam e orientaram, Sra^a Enf^a Elsa Monteiro e a Sr^a Enf^a Patrícia Carvalho.

Aos Professores de 4^o Mestrado pela partilha e ensinamento.

A minha amiga Raquel Robalo pelo incentivo e pela parceria nesta aventura.

Finalmente, aqueles que habitam o meu coração e pensamento; o meu marido Nuno e minha filha Leonor, pois é por eles que tento contribuir para uma sociedade melhor, capaz de promover direitos e deveres de todos os cidadãos através de uma participação ativa e informada.

“Depois de milénios de civilizações e culturas, os deveres humanos encontram-se inscritos nas consciências, inclusivamente quando aparentamos ignorá-los ou desprezá-los. Não há que escrever uma Carta dos Deveres Humanos, há que apelar às consciências livres para que a manifestem e a assumam”.

José Saramago in *ABC* (Suplemento El Semanal), Madrid, 7-13 de Janeiro de 2001

Resumo:

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, do ano letivo 2014/2016 e a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre nesta área científica. Descreve o percurso realizado e analisa as aprendizagens efetuadas no seu decurso, que esperamos ter contribuído para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, numa prática fundamentada pela investigação; e para a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro de Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica [EEEMC] e de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Os profissionais que trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] têm como prioridade a manutenção do estado físico e biológico da Pessoa em situação crítica [PSC] utilizando para isso procedimentos complexos que implicam uma vigilância contínua e uma resposta imediata. Reconhecer as necessidades dos familiares da PSC, gerir informação e avaliar o seu grau de satisfação, permite envolver a Pessoa/Família, de forma eficaz no processo de Cuidar.

Da necessidade de gerir informação, surge a conferência familiar, uma estratégia que permite estabelecer uma comunicação eficaz com a família, reforçando a relação interpessoal e possibilitando ir de encontro às suas necessidades. Como resposta, desenvolvemos o Projeto de intervenção em serviço [PIS] “Conferência Familiar [CF] na prestação de Cuidados à Pessoa em situação crítica” de acordo com a Metodologia de Projeto. Após validação da equipa de enfermagem da UCI, definimos como estratégias: elaborar instrumentos orientadores da CF e formar a equipa nas áreas de comunicação e Direito em saúde. No decorrer dos estágios realizados no âmbito do curso supracitado desenvolvemos um Projeto de Aprendizagem Clínica [PAC] com o objetivo de adquirir competências específicas na área Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: Conferência Familiar, Interação, Comunicação, Competências, Metodologia de trabalho de projeto.

Summary:

The present work, its presentation and public discussion were performed in scope of 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica from Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, year of 2014/2016, and mean to obtain the Master's Degree It describes the journey made during this construction that allowed to evaluate acquired and consolidated skills in Medical-Surgical Nursing during the undergone internships, which contributed to the healthcare quality and to the excellence in the profession, supported on a research-based practice.

The wealth professionals who work in the Intensive Care Unit have as priority the maintenance physical and the biological health of the Adult Critical Patient; using for it complex procedures that demands a continued vigilance and an immediate response.

Recognize the needs, manage information; assess the overall level of satisfaction of the family members, allows effectively involved in the care process.

Of the need to manage information, arise the Family meeting; a strategic that allows a effectively communicate with the family, strengthening interpersonal relationship and meet needs. Following the project methodology emerge, an intervention project entitle “Family Meeting in Adult Critical Patient Care”.

After obtaining validation by the UCI nurse team, we define as strategies: develop guiding instruments of the FM; and forming the nurse team in health communications and Law. Through the internships, under the abovementioned of the specialization course, we develop a clinic learning project with the objective to acquire specific skills.

Key-word: Family meeting, Interaction, Communication, Skills, Design Methodology.

SIGLAS

CDE- Código Deontológico dos Enfermeiros

CF- Conferência Familiar

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

ENF^a- Enfermeira

ESS/IPS- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

GCLPPCIRA- Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

MEMC- Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

OE- Ordem dos Enfermeiros

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PAC- Projeto de aprendizagem clínica

PIS- Projeto de intervenção em serviço

PSC- Pessoa em situação crítica

START- Simple Triage and Rapid Treatment

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UT- Unidade temática

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: DOR TOTAL, SEGUNDO CICELY SAUNDERS ADAPTADO DE DOR TOTAL VS SOFRIMENTO: A INTERFACE COM OS CUIDADOS PALIATIVOS DE PAULA SAPETA IN:REVISTA DOR VOLUME 15 Nº1 DE 2007.....	86
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: SATISFAÇÃO COM O CONTEÚDO INFORMATIVO FORNECIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O INTERNAMENTO IN RELATÓRIO DO PROJETO DO ACOLHIMENTO A PESSOA/FAMÍLIA NA UCI DO ANO DE 2014.	47
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: PRIMEIRO OBJETIVO- ELABORAR UMA POLÍTICA SOBRE A CF.....	53
QUADRO 2: SEGUNDO OBJETIVO- ELABORAR NORMA SECTORIAL SOBRE A CF E RESPETIVA FOLHA DE PLANEAMENTO E REGISTO.	54
QUADRO 3: TERCEIRO OBJETIVO A- FORMAÇÃO EM TÉCNICAS COMUNICACIONAIS.	55
QUADRO 4: TERCEIRO OBJETIVO B- FORMAÇÃO SOBRE IMPLICAÇÕES LEGAIS NA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO.....	56
QUADRO 5: INDICADORES DO PRIMEIRO OBJETIVO- ELABORAR UMA POLÍTICA SOBRE A CF.	59
QUADRO 6: INDICADORES DO SEGUNDO OBJETIVO- ELABORAR NORMA SECTORIAL SOBRE A CF E RESPETIVA FOLHA DE PLANEAMENTO E REGISTO; E FOLHA DE AUDITORIA.	60
QUADRO 7: INDICADORES DO TERCEIRO OBJETIVO A- FORMAÇÃO EM TÉCNICAS COMUNICACIONAIS.	62
QUADRO 8: INDICADORES DO TERCEIRO OBJETIVO B- FORMAÇÃO SOBRE IMPLICAÇÕES LEGAIS NA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO.	65
QUADRO 9: PLANEAMENTO DA EXECUÇÃO DA NORMA INSTITUCIONAL DE CATETERISMO URINÁRIO DE CURTA DURAÇÃO.....	92
QUADRO 10: PLANEAMENTO DA REALIZAÇÃO DE UM ARTIGO SOBRE O IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA, INCAPACITANTE E TERMINAL NA DINÂMICA FAMILIAR.....	97

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO	25
1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	29
1.1- TEORIA DE TRAVELBEE.....	29
1.2- A CRISE NA FAMÍLIA	32
1.3- A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO- PESSOA/FAMÍLIA	36
1.4- A CONFERÊNCIA FAMILIAR COMO ESTRATÉGIA FORMAL DE COMUNICAÇÃO.	40
2- PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	45
2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	46
2.2- PLANEAMENTO.	52
2.3- EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.....	57
2.4- DIVULGAÇÃO.....	67
3- REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	69
3.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	70
3.1.1- Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:.....	71
3.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	74
3.1.3- Do domínio da gestão de cuidados:.....	77
3.1.4- Do domínio das aprendizagens profissionais:.....	79
3.2- ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	80
3.3- ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	95

4- REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	105
5- REFLEXÃO FINAL	115
APÊNDICES.....	131
APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO.....	133
APÊNDICE II- CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO.....	139
APÊNDICE III- ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO.....	143
APÊNDICE IV- ANÁLISE FMEA.....	161
APÊNDICE V- ANÁLISE SWOT.....	182
APÊNDICE VI- CRONOGRAMA.....	188
APÊNDICE VII- POLÍTICA DE CF.....	194
APÊNDICE VIII- NORMA, FOLHA DE PLANEAMENTO E REGISTO DA CF; E FOLHA DE AUDITORIA.....	206
APÊNDICE IX- PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE”.....	224
APÊNDICE X- DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE”.....	228
APÊNDICE XI- ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO.....	238
APÊNDICE XII- ARTIGO “ CONFERÊNCIA FAMILIAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA- PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO”.....	258
APÊNDICE XIII- PROCEDIMENTO PARA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERISMO VESICAL DE CURTA DURAÇÃO NA PESSOA ADULTA.....	272
APÊNDICE XIV- ARTIGO “IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA E AS ESTRATÉGIAS DE COPING NA ADAPTAÇÃO FAMILIAR”.....	290
APÊNDICE XV- RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	302
ANEXOS.....	316
ANEXO I- AUTORIZAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PIS.....	318
ANEXO II- GRELHA DE OBSERVAÇÃO.....	322

ANEXO III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO.....	326
ANEXO IV- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 9º PRÊMIO DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE.	330
ANEXO V- 3º CURSO AVANÇADO DE CUIDADOS PALIATIVOS: APERFEIÇOAR A COMUNICAÇÃO.	334
ANEXO VI- PRÉ-CURSO “GESTÃO DE RECURSOS EM SITUAÇÃO DE CRISE EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA” DO III CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.	338
ANEXO VII- CURSO “VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA”.....	342

0-INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal [ESS/IPS], que decorreu nos anos letivos 2014-2016; e a sua elaboração visa a descrição do percurso para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A importância do relatório; segundo Schiefer *et al* (2006) citado por Ruivo *et al* (2010), consiste em facilitar a sistematização, organização e interpretação de grandes quantidades de informação num documento de análise e de avaliação. Procura descrever o percurso efetuado, justificar as intervenções programadas e os seus possíveis desvios, avaliar os resultados e estruturar a informação relevante para o futuro próximo, permitindo a reflexão escrita acerca da aquisição, mobilização e descrição de competências e atividades desenvolvidas a nível técnico, científico e relacional que a prática proporcionou até ao momento da sua redação.

O projeto de Intervenção no Serviço [PIS] visou dar resposta a uma problemática identificada na nossa prática profissional diária. Teve como eixo estruturante; a necessidade de aumentar a adesão da equipa de Enfermagem, a uma estratégia de comunicação interdisciplinar, a **“Conferência Familiar [CF] na prestação de Cuidados à Pessoa em situação crítica [PSC]”**. Pretendeu-se contribuir para a melhoria da comunicação interdisciplinar e entre a Equipa/Pessoa/Família; potenciando a integração da família no processo de cuidar da PSC.

Para a realização do PIS foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, que se baseia no princípio da prática reflexiva, que visa a identificação sistematizada de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Ruivo *et al*, 2010).

“Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-

se bastante da investigação-ação” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.4).

Nesta perspetiva, efetivamos três períodos de estágio com diferentes objetivos. Segundo Bousso, Merighi, Rolim, Riesco, & Angelo, (2000), o estágio é essencial à formação do aluno, sendo um momento específico da sua aprendizagem, proporcionando reflexão sobre a ação profissional e uma visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional.

Os Estágios I e II, com um total de 432 horas; foram realizados no nosso contexto profissional, no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] de um Hospital Distrital, onde exercemos funções de Enfermeiro de Cuidados Gerais, desde Novembro de 2006. Os mesmos decorreram entre 20 de Março e 10 de Julho, com a supervisão da docente E.M. e a Enfª P.C., sendo desenvolvido neste período; o planeamento do PIS intitulado “CF na prestação de Cuidados à PSC”.

Efetuiu-se o Estágio III no mesmo contexto e com a mesma supervisão, entre 24 de Setembro de 2015 e 30 de Janeiro de 2016; com o objetivo de aplicar o planeamento proposto. Considerou-se pertinente o complemento com um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos com a duração de 38 horas, com a supervisão da Enfª F.O.; com o objetivo de observar a interação entre a Equipa interdisciplinar¹/Pessoa/Família, num contexto em que a comunicação é considerado um eixo estruturante da prática. Estes estágios perfizeram um total de 432 horas.

Ainda no decorrer destes estágios desenvolvemos um Projeto de Aprendizagem de Clínica [PAC] com vista à aquisição das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica [EEMC], particularmente nas áreas, que após análise e diagnóstico; identificámos a necessidade de desenvolvimento; e que se revelaram contributos importantes para o desempenho competente para agir em situação (Rua, 2009).

Expomos no presente relatório, as cinco etapas inerentes ao trabalho de projeto; enquadrando a problemática para melhor entendimento por parte do leitor: diagnóstico de situação, planeamento do trabalho proposto, com a definição de objetivos, atividades,

¹ A interação é interdisciplinar quando os profissionais de saúde discutem entre si aspetos comuns da situação da pessoa, baseados na complementaridade das suas ações (Hesbeen, 2003)

estratégias e meios; execução, com a discriminação dos aspetos planeados anteriormente, avaliação e divulgação de resultados.

Na consecução da avaliação do PIS; como resposta a problemática, traçam-se os seguintes objetivos:

- ✓ Expor do ponto de vista teórico e concetual, a problemática e as suas dimensões.
- ✓ Analisar a influência dos fatores do contexto na mesma.
- ✓ Descrever o PIS desenvolvido, utilizando as diferentes etapas: diagnóstico de situação e o plano de intervenção; fundamentando as suas diferentes etapas, desde o planeamento, à execução e avaliação.

Mas o objetivo deste relatório não termina nesta conceção, mas estende-se no processo de desenvolvimento e aquisição de competências do EEEMC, realizado através do PAC. Considera-se Cuidados Especializados, aqueles que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto do cliente (indivíduo, família e grupos) em situações de crise ou risco (Decreto-lei 437/91). Estabelecemos igualmente, com a elaboração deste relatório; os seguintes objetivos:

- ✓ Dar a conhecer competências comuns e específicas adquiridas neste percurso elencando saberes teórico-práticos em contexto da prática.
- ✓ Descrever respostas utilizadas no desenvolvimento das competências específicas do EEEMC identificadas anteriormente.

Tendo em conta que, “a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (Benner, 2001 p. 24) utilizou-se para a elaboração deste relatório, uma metodologia descritiva, sustentada na análise crítica e reflexiva sobre a prática clínica e nos conhecimentos científicos adquiridos através da partilha de saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo. Este processo concorreu e contribuiu para a aquisição de competências de Mestre. Tenciona-se:

- ✓ Efetuar uma análise critico-reflexiva sobre a aquisição de competências de mestre em Enfermagem médico-cirúrgica.

Para suporte deste relatório realizou-se uma pesquisa bibliográfica metódica, suportada em livros técnico-científicos e em artigos científicos acedidos através do motor

de busca Google e da base de dados informática: EBSCO Host, MEDLINE with Full Text e B-on.

Por reconhecer como fundamental que a disciplina de Enfermagem desenvolva um corpo de conhecimentos, expresso em conceitos e teorias, que dão apoio à sua prática, promovendo a identidade da profissão numa perspetiva da autonomia (Meleis, 2012); utilizamos como base de construção da nossa prática profissional; a Teoria das Relações Interpessoais de Travelbee.

Este trabalho apresenta-se estruturado em quatro partes.

Na primeira parte tenciona-se conceptualizar a problemática expondo as suas diferentes vertentes: a crise na família, a inferência da comunicação na relação Enfermeiro/Pessoa/Família; e a descrição do uso da CF como estratégia de comunicação. Argumenta-se no seu decorrer a pertinência e importância do desenvolvimento do projeto nesta área.

Na segunda parte descreve-se sucintamente o diagnóstico de situação, caracterizando a natureza da problemática e efetuando a análise do contexto. Incluímos neste capítulo, o planeamento das intervenções de acordo com a metodologia de trabalho de projeto, a resposta aos problemas parcelares identificados e a execução das intervenções propostas, a sua avaliação e disseminação.

A terça parte é dedicada ao trabalho efetuado para o desenvolvimento das competências do EEEMC. Descrimina-se o percurso realizado considerado como uma mais-valia para o crescimento profissional e estruturante da prática especializada. Descreve-se a aquisição de competências clínicas específicas de acordo com as necessidades pessoais identificadas, na Estágio II e desenvolvidas no Estágio III.

Por fim, especifica-se, na quarta parte, o percurso efetuado na aquisição de competências de Mestre.

Este relatório encontra-se redigido de acordo com as normas da American Psychological Association 6ª edição e segundo o novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.

Iniciamos este relatório, pela fase conceptual do processo de investigação, agregando os dados analisados na problemática que nos propusemos intervir. Como refere Fortin (1999) a pesquisa documental, permite delimitar um quadro conceptual que forneça uma perspetiva do estudo. É essencial à exploração de um domínio de investigação, permitindo determinar o nível atual dos conhecimentos relativamente ao problema e alargar entendimento do próprio investigador sobre a temática (Ibidem, 1999).

1.1-TEORIA DE TRAVELBEE.

A prática da profissão de enfermagem não é só a tradução de um quadro de referências de exercício profissional, mas engloba a expressão do conhecimento através do referencial teórico utilizado e a visão deontológica. A junção destas três grandes áreas são inseparáveis e originam a expressão visível e pessoal (forma como se desempenha): a Práxis (Vale, 2009).

Segundo Vale (2009, p.177) a práxis é “ uma união dialética da teoria e ação moral e ao mesmo tempo em que a razão (teoria) detenha o modo como os homens agem, também a ação humana (prática) é projetada, refletida, consciente, racionalizada...”

A importância da Epistemologia na Disciplina de Enfermagem reveste-se da possibilidade de explicação de conceitos e dos constructos teóricos que possibilitam a sistematização da conceção dos cuidados.

Os modelos conceptuais, são disso exemplo. São um conjunto de conceitos que explicam de maneira geral o fenómeno dos cuidados (Meleis, 2012), orientam as práticas clínicas e servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de

enfermagem. A sua conceitualização é articulada com o propósito de descrever, prever, explicar os fenômenos de enfermagem e prescrever cuidados de enfermagem.

As teorias de médio alcance direcionam-se a um fenômeno específico, menos abstrato que reflete a prática em contextos diferentes (Meleis, 2012). Embora tenham um âmbito limitado, são suficientemente estruturadas para estimular a investigação de um fenômeno no contexto particular, pois são concebidas essencialmente por conceitos e proposições, que explicam as relações do fenômeno em estudo (Fawcett, 2005); e por essa razão são mais facilmente testadas e aplicadas no exercício profissional.

A **teoria das relações interpessoais** utilizada como base teórica deste trabalho, descrita por Joyce Travelbee, teoriza a disciplina de Enfermagem, como um processo interativo em que o foco de atuação é o desenvolvimento da relação Enfermeiro-Pessoa na construção da confiança, fundamental para o Cuidar, com o sentido da promoção do potencial de saúde da Pessoa através da determinação de necessidades e recursos da mesma.

Esta relação possui a característica de ser uma experiência significativa mútua através da qual as necessidades são conhecidas, diferenciando-se de outro tipo de interações por ser planeada (Tomey & Aligood, 2004). Compreende atributos particulares: a perspectiva da Pessoa sobre o cuidado é reconhecida, e os valores e a percepção sobre o sofrimento são importantes para determinar as necessidades e a qualidade dos cuidados a elas associados.

Travelbee descreveu conceitos metaparadigmáticos transversais a disciplina de Enfermagem. Definiu **Enfermagem** como um processo interpessoal que acontece entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda. Pressupõe o envolvimento, o compromisso e a comunicação entre o Enfermeiro, a Pessoa e a sua família, necessários para se estabelecer uma relação de confiança. Esta relação tem como **objetivo** levar a Pessoa e a família, a encontrarem um significado na experiência do sofrimento e para as suas dúvidas e angústias, assistindo os mesmos a aceitar a sua humanidade. O **foco** da Enfermagem é a relação interpessoal centrada na doença como uma experiência com significado e um processo de auto atualização (Meleis, 2012).

O **Enfermeiro** é detentor de um corpo de conhecimentos especializados e possui a capacidade de os usar com o objetivo de prestar assistência a outros seres humanos, prevenindo a doença, promovendo a saúde e ajudando a pessoa a encontrar um sentido na vida, a partir de sua doença. Através do uso terapêutico de si e do conhecimento baseado

na evidência o Enfermeiro é capaz de prestar cuidados de qualidade que promovem a confiança da Pessoa (Parker & Smith, 2010).

Travelbee designou **a Pessoa** como um ser humano, um indivíduo único e insubstituível em constante evolução e mudança. A base da relação terapêutica está na compreensão e a aceitação da singularidade, limitações e potencialidades; e a compreensão do significado das experiências da Pessoa potenciando um melhor entendimento do sofrimento físico e emocional.

Ao falar sobre o conceito de **Saúde**, Travelbee defendeu que este está depende da natureza do ser humano, das normas culturais e dos comportamentos e regras instituídas na sociedade, ou seja, está dependente da sociedade na qual o ser humano está inserido. A saúde não constitui somente algo que a pessoa possui, mas antes algo que a pessoa é, que lhe é próprio, exprimindo-se através de comportamentos e atitudes.

A doença é um estereótipo útil que ajuda a Pessoa a compreender a sua condição humana. A experiência da doença, permite o reconhecimento das limitações e potencialidades individuais, contribuindo para a recuperação ou adaptação a uma condição de saúde diferente. Adaptar-se na visão da autora, não se refere ao conformismo, mas sim à compreensão e aceitação da realidade e limitação.

Essa compreensão é traduzida pelo conceito de **esperança**. A esperança é um estado mental caracterizado pelo desejo de obter um fim ou cumprir um objetivo com expectativa de que aquilo que se deseja ou que é procurado seja atingível (Tomey & Aligood, 2004). É um significado pessoal, construtivo e valorizado; que está intimamente ligado à escolha, ao desejo, à confiança, à perseverança e a uma perspectiva futura.

Travelbee não apresentou uma definição explícita do conceito, **Ambiente**. Considera-se que é o contexto (Tomey & Aligood, 2004) social, biológico, psicológico, cultural e físico no qual decorre a relação interpessoal, que define a condição humana e as experiências de vida enfrentadas.

A alocação do Enfermeiro na esfera dos cuidados implica **a intencionalidade do uso terapêutico de si** e de recursos terapêuticos de enfermagem na interação patentes em movimentos de aconselhamento, orientação e ensino que permitem desenvolver o potencial humano. Procura-se que a Pessoa encontre significado no sofrimento, na dor e na doença, desenvolva competências e se capacite para a manutenção da autonomia no desempenho dos seus papéis.

Sendo o Enfermeiro uma pessoa; este necessita de autorreflexão para compreender e ter consciência dos seus próprios valores e da percepção das suas experiências anteriores, no desenvolvimento do vínculo da relação. O **uso terapêutico do Self** é um conceito importante na obra desta teórica; referindo-se à capacidade de usar a sua personalidade conscientemente e com total conhecimento, no estabelecimento de uma relação e na estruturação das intervenções de enfermagem. Requer autoconhecimento, perspicácia, compreensão das dinâmicas de comportamento humano, capacidade de interpretação do próprio comportamento e o do outro assim como a capacidade de intervir eficazmente (Parker & Smith, 2010). Travelbee definiu, métodos de comunicação que apelidou de **recursos terapêuticos de enfermagem**².

Atingir uma relação genuína entre Enfermeiro-Pessoa é um pré-requisito para a finalidade do Cuidar. Conhecer a Pessoa representa o ponto de partida para as interações seguintes, num crescendo de potencial terapêutico traduzido por níveis. É uma atividade de Enfermagem válida e necessária para escolher e decidir procedimentos ao proceder ao cuidado físico.

Travelbee considerou que no cuidar importa ver a pessoa como um todo e integrado num contexto (Donna, 1979). Assim, com vista a um cuidado mais efetivo, não se cuida somente da Pessoa, mas da família, dado o ser humano não viver sozinho, mas num contexto social, em que a sua família³ é a sua rede de suporte mais próxima.

1.2-A CRISE NA FAMÍLIA

De acordo com o que se encontra regulamentado na Carreira de Enfermagem Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro, artigo 7º, as práticas clínicas assentam na

² Estes podem ser: de circuito ou indiretos (método da parábola, abordagem sem revelar o problema, utilização da experiência pessoal e partilha de experiências) e diretos (uso de humor, explicação e uso de perguntas e comentários abertos). Para a sua manutenção apresenta técnicas de comunicação como o silêncio, a validação de percepções, reflexão e uso de comentários abertos (Tomey & Aligood, 2004).

³ Assumiu-se para a construção deste relatório a definição de família constante na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] que define a mesma como um grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p.115).

interação entre o Enfermeiro e a Pessoa englobando uma perspectiva de integralidade Pessoa/Família como uma unidade de cuidados.

Williams (2005) descreve a família como uma estrutura de suporte importante para a Pessoa, que influencia o cuidado e têm um peso positivo na sua recuperação.

Esta concepção assenta numa visão da família como um contexto de vivência e de construção dos processos de saúde e de doença, derivados de fatores transacionais de informação e influência sobre o modo como se procura a saúde e dos processos de adaptação à doença (Bronfenbrenner, 1979). Estes processos estão enraizados em valores, crenças, atitudes e comportamentos consolidados na cultura familiar que traduzem o significado familiar do adoecer.

O internamento em UCI é geralmente abrupto e traumático, repercutindo-se na capacidade de mobilização e organização da família face à crise e ao sofrimento originando respostas emocionais que se manifestam por comportamentos de choque, ansiedade, raiva, culpa, desespero e medo (Söderström, Saveman, Hagberg, & Benzein, 2009; Eggenberg, 2010). Uma situação de internamento repentino, origina que “(...) as pessoas significativas têm pouco ou nenhum tempo para se prepararem e o resultado pode ser o aumento de stress, crise e ou mesmo a disfuncionalidade” (Stanhope, 2011, p. 613).

A UCI “(...) é considerada um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital, onde a morte é uma constante (...)” (Almeida & Ribeiro, 2008, p. 845). Da mesma forma que o ambiente tende a ser hostil para a Pessoa, é-o também para a família, uma vez que “(...) o processo do adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado, mas também toda a família, que vivencia a hospitalização diariamente” (Ibidem, p. 845). A resposta às suas necessidades irá condicionar a sua estruturação face ao internamento e o seu tipo de participação no mesmo.

Esta vivência de internamento é causadora de um processo de reajuste de papéis na Família, dos seus padrões de comunicação e das relações afetivas dos seus membros, podendo gerar sentimentos como impotência, insegurança e ansiedade, que influem na habilidade de exercitar estratégias de adaptação e mudança no padrão familiar (Söderström *et al*, 2009).

Estes estados podem manter-se para além da alta ou morte da PSC. McAdam & Puntillo (2010) referem na sua revisão sistemática, que não existe consenso sobre a prevalência de sintomas de ansiedade após o internamento, sendo que os vários estudos

consultados os situam num intervalo de 35% a 73%, e numa intensidade entre o nível moderado e alto. No entanto, existe consenso sobre os fatores de risco associados a manutenção destes estados⁴.

Devido a este impacto, o estudo das necessidades sentidas pela família e as respostas desenvolvidas na sua satisfação têm sido um tema recorrente ao longo das últimas quatro décadas. Nancy Molter (1979) definiu cinco domínios de necessidades da família da PSC: suporte, informação, conforto, proximidade e confiança.

A manutenção do laço familiar com a Pessoa internada através da representação do papel de promotor do respeito e da dignidade da mesma; a necessidade de compreensão e aceitação do processo de doença, e a manutenção da esperança são importantes para a Pessoa/Família.

A literatura indica-nos que conhecer e satisfazer a habilidade da família de fornecer suporte e conforto a PSC, aumenta a satisfação relativamente aos cuidados de saúde percebidos, promovendo a confiança na relação Enfermeiro-Pessoa/Família (Buckley & Andrews, 2011).

Desenvolver uma relação em que a comunicação permita à família compreender a situação da PSC responde a uma das suas principais necessidades, a da informação fidedigna, atempada e acessível; reduzindo risco de sentimentos de vulnerabilidade e incerteza e promovendo a coesão interna da mesma (Söderström *et al*, 2009). Em consequência permite igualmente responder a outra necessidade, a de ser ouvida (Adams, 2014). Mais do que a transmissão de informação é a forma como ela é partilhada que influencia a relação, o significado do sofrimento e o sentimento de esperança.

A ausência desta partilha origina sentimentos de raiva e hostilidade, ausência de confiança nos prestadores de cuidados, inabilidade de cumprir regras e diminuição da capacidade da Família de fornecer suporte à Pessoa doente (Sole, Klein & Moseley, 2013).

Este dever de resposta e integração é geralmente comprometido. Estudos como os realizados por Saveman, (2012) e Adams, Mannix, & Harrington (2015), sugerem-nos

⁴ Considera-se fator de risco ser cônjuge, ser do sexo feminino, vivenciar um internamento não previsto na UCI, ser familiar convivente da Pessoa que sobrevive ao internamento e ter um nível de literacia baixo (McAdam & Puntillo, 2010; Sole *et al*, 2013).

existir um desfasamento entre a percepção que os Enfermeiros têm das necessidades da Família; e o que a própria considera como necessidades, com implicações diretas na relação que se estabelece.

Outros referem que apesar dos Enfermeiros terem a capacidade de reconhecer as necessidades da Família, não oferecem obrigatoriamente respostas às mesmas, considerando que não são parte integrante do seu papel e esfera de cuidados (Blanchard & Alavi, 2008).

Comportamentos pouco refletidos dos profissionais de saúde, o excesso de burocracia e a comunicação deficitária constituem algumas das principais barreiras à humanização, que influenciam a capacidade de orientação, supervisão e liderança de processos de adaptação, tão importantes na teoria de Travelbee (Piedade, 2009).

Sendo a Pessoa o centro da ação do Enfermeiro, e a relação, o seu principal instrumento (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003), a humanização dos cuidados deveria convergir para a identificação de necessidades como um processo de melhoria da qualidade do atendimento global à Pessoa/Família, valorizando e o fomentando, a autonomia dos diferentes atores incluídos na prestação de cuidados.

Esta estreita ligação entre a satisfação com os cuidados a que se é alvo e a humanização como resposta é reconhecido pela OE (Ibidem, 2003 p.14), nos enunciados descritivos de qualidade nos cuidados, quando refere que “Na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, considerando elementos importantes neste processo, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual; numa perspetiva de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da Pessoa” (artigo 89º do Código Deontológico) como um ser único.

Assim, a OE (2001, p.12) menciona que “As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados”. Esta visão holística da Pessoa como ser social, sugere que a humanização dos cuidados só será possível mediante a adoção, pelos Enfermeiros, de práticas relacionais com a Pessoa/Família (Wright & Leahey, 2012) sobre a premissa da integralidade de cuidados de qualidade.

1.3-A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO- PESSOA/FAMÍLIA

A comunicação em saúde é um tema transversal com relevância em diferentes contextos. A comunicação entre a equipa de saúde na UCI e a Pessoa/Família é geralmente pobre, insuficiente e inconsistente (Fox, 2014).

Esta insuficiência está intimamente ligada a cultura biomédica; estando inerente o pressuposto que “...o processo comunicativo acontece no contexto das relações preestabelecidas por modelos de assistência cristalizados e acriticamente reproduzidos” (Deslandes & Mitre, 2009, p. 645).

Segundo as autoras (2009) existem dois fatores culturalmente presentes no contexto que afetam a comunicação: por um lado a hipervalorização da abordagem da doença no processo dos cuidados, diminuindo o valor daqueles que a sofrem e por outro a pouca valorização das experiências e construções da Pessoa e da sua Família.

A compreensão do significado do sofrimento permite a equipa entender as reações e os medos da Pessoa/Família; influencia a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde propostos e prestados, e condiciona a adaptação à condição clínica (Daly, Douglas, O’Toole & Gordon, 2014).

Adams, Anderson, Docherty, & Steinhauser (2014) referem que os Enfermeiros são os profissionais com maior influência na experiência familiar durante o internamento, resultante da sua situação de proximidade. Esta proximidade permite a construção de relações de confiança, o estabelecimento da relação terapêutica e a observação da resposta da Família as mudanças de condição da Pessoa.

“Este exercício de comunicar estabelece uma relação, e, nesse sentido exige treino, reflexão, aprendizagem, prática e sobretudo uma série de atitudes e comportamentos que envolvem as palavras, o sentido compreensivo e lógico da estrutura, mas também os gestos, toda a linguagem do corpo. (...) comunicar subentende relação” (Dias, 2011, p. 152).

Estabelecer uma relação terapêutica⁵, permitindo a manutenção da esperança e o encontrar significado no sofrimento, tal como foram construídos por Travelbee (Donna,

⁵ São várias as mnemónicas criadas nos últimos anos com o objetivo de integrar a prestação de cuidados à família e promover uma comunicação terapêutica. Destacamos a mnemónica VALUE, correspondente a V- Valuing family statements, A- acknowledging emotion, L- listening, U- understanding the patient as a person, E- eliciting questions, criado por Alexandre Lautrette *et al* (2007) num estudo sobre comunicação com familiares de

1979), traduz-se em indicadores da qualidade dos cuidados e num fator preditivo da satisfação familiar.

O conhecimento da coesão familiar, da sua capacidade interna de comunicação de suporte e dos recursos sociais que têm disponíveis, são importantes para planear e responder às necessidades identificadas contribuindo para a mobilização de capacidades e recursos da Pessoa/Família durante e após o internamento. Esta mobilização é facilitadora da mudança e adaptação a uma nova dinâmica familiar que na maioria das vezes implica a alteração do desempenho de papéis e de responsabilidades (Eggenberg, 2010).

A evidência científica oferece-nos domínios de atuação dos Enfermeiros na resposta as necessidades da Família da PSC. Centram-se na gestão da comunicação, e no fornecimento de apoio e suporte (Adams *et al*, 2015).

Nestes domínios identificamos o desempenho dos seguintes papéis:

- Capacidade de fornecer uma visão globalizante do estado da Pessoa à Família (White, *et al.*, 2013),
- Elo facilitador na comunicação entre a equipa interdisciplinar e multidisciplinar e a Pessoa/Família (Gutierrez, 2012),
- Capacidade de «advogar» na discussão de cuidados de fim de vida (Sorensen & Iedema, 2006),
- Capacidade do reconhecimento aprofundado sobre desejos, perspetivas e significados da Pessoa/Família sobre os cuidados prestados (Engstrom & Soderberg, 2007).

Encontram-se igualmente atitudes promotoras da interação. As **atitudes comunicativas**, vinculadas na predisposição e capacidade de escuta; na disponibilidade e interesse na interação com a Pessoa/Família e a na prontidão de resposta às questões colocadas na promoção da relação. As de **conforto** demonstradas através da promoção do sentimento de proximidade pelo uso do toque; e as atitudes promotoras de **segurança** evidentes na projeção da competência técnica (Söderstrom *et al*, 2009; Adams *et al*, 2014; Adams *et al*, 2015).

Pessoas em fim de vida numa UCI em França e amplamente usado como referência nos estudos consultados.

Apesar da prestação de cuidados centrada na Família ser intrínseca à prática de Enfermagem, a maioria dos Enfermeiros que prestam cuidados a PSC subestimam a sua capacidade de informar e desempenhar comportamentos de suporte (Nelms & Eggenberger, 2010).

Estudos como os realizados por Slatore, *et al.*, (2012) e Bloomer, Morphet, O'Connor, Lee & Griffiths (2013) referem um fenómeno interessante: apesar dos enfermeiros serem a classe profissional continuamente presente e com menos rotatividade na prestação de cuidados, geralmente não são incluídos nas estratégias formais de comunicação Equipa-Família.⁶

Descriminam-se **fatores inferentes** associados à prática e contexto profissional dos Enfermeiros⁷ que promovem a assimetria de informação:

- O contexto clínico e o tipo de cuidados prestados, considerados emergentes (Blanchard & Alavi, 2008);
- Fatores organizacionais, como a estrutura física do serviço, os horários e o ambiente inerente a este nível de cuidado; e a ausência de políticas institucionais promotoras do envolvimento familiar (Bloomer *et al.*, 2013);
- A comunicação interprofissional e a forma como se processa a partilha de conhecimento relevante para a congruência da transmissão de informação ao alvo de cuidados (Popejoy, Brandt, Beck & Antal, 2009; Adams *et al.*, 2015);
- Falta de tempo para a abordagem da Família e esclarecimento de dúvidas; e as limitações inerentes ao sigilo profissional (Engström & Söderberg, 2004; Bloomer *et al.*, 2013);
- Ausência de discussão multidisciplinar sobre comunicação de más notícias (Stayt, 2009; Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011);

⁶ Os autores descreveram as razões associadas a este comportamento como sendo intrínsecas a valores culturais e organizacionais que anulam o papel dos Enfermeiros na gestão de informação. O papel de tradutor de informação fornecida pela equipa médica, a reserva em manifestar uma opinião sobre planos de cuidados instituídos pelos pares e/ou pela equipa médica que considera desajustados ou obstinação em terapêuticas inúteis, e o sentimento marcado que a comunicação de más notícias é papel exclusivo da equipa médica são barreiras a construção deste papel e à comunicação (Gay, Pronovost, Basset & Nelson, 2009).

⁷ Apesar dos profissionais de saúde apontarem questões como a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo como os principais fatores limitantes na comunicação, a maioria dos estudos referem outras razões; fatores como os sentimentos de espelho e a exaustão emocional originam o uso de estratégias de distanciamento comunicativas como: comportamentos de bloqueio e focalização excessiva em aspetos biomédicos; ou estratégias inerentes ao próprio diálogo como mudança repentina de conversa, tentativa de tranquilização através de clichés ou o uso de jargões técnicos (Deslandes & Mitre, 2009).

- Falta de confiança na transmissão de informação por inexistência de formação específica e receio de ultrapassar a sua competência (Engstrom & Soderberg, 2007; Söderström *et al*, 2009);
- E a ausência de reflexão e discussão dentro da equipa interdisciplinar de questões associadas aos planos de cuidados e aos cuidados em fim da vida (Engstrom & Soderberg, 2007; Adams *et al*, 2014).

Então como o fazemos? Existe uma escassez de evidência científica que caracterize a perspetiva dos Enfermeiros portugueses relativamente à integração da Família nos processos de cuidar da PSC, bem como, das estratégias e práticas adotadas na interação com a mesma.

Adams (2014) refere que existe pouca evidência na utilização de estratégias efetivas na comunicação com a Pessoa/Família o que faz com que os Enfermeiros se apoiem na sua intuição e nas suas preferências para estabelecer uma comunicação considerada eficaz. Adams *et al* (2015) referem outra componente de aprendizagem para além da integração de comportamentos por experiência pessoal ou profissional; a observação de papéis considerados de referência.

Mas são vários os autores que afirmam que as competências comunicacionais não se desenvolvem com a experiência. Possuem uma série de competências básicas que podem ser apreendidas e ensinadas (Nelson & Krimshstein, 2011). Logo existe uma necessidade de serem treinadas e avaliadas, mas esta avaliação tem ficado aquém por escassez de investigação (Fox, 2014).

Mas apesar desta ausência; a flexibilidade, motivação e a capacidade de autorreflexão são fatores interferentes nesta aquisição (Kruijver & Francke, 2000).

O ensino de Enfermagem promove competências comunicacionais como a escuta ativa, empatia, toque e assertividade (Fox, 2014). O uso de reformulações, de questões circulares, estratégias e de reflexão; e comportamentos de suporte, como expressar valores e emoções são estratégias cada vez mais utilizadas (Nelms & Eggenberger, 2010).

1.4- A CONFERÊNCIA FAMILIAR COMO ESTRATÉGIA FORMAL DE COMUNICAÇÃO.

O aparecimento da estratégia de CF nas UCI surge como resposta as necessidades e integração da Família como alvo de cuidados; mas igualmente na emergência de abordar os processos de saúde/doença em termos de qualidade de vida⁸ e potencial de saúde (Fox, 2014). Perspetiva-se uma mudança na abordagem à PSC associada ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crónicas (Vincent & Curtis, 2010).

Uma vez, que na maioria das vezes, a Pessoa se encontra incapacitada de decidir, a Família representa junto dos profissionais uma fonte de informação sobre valores e preferências da mesma.

O grau de envolvimento da família no planeamento de cuidados e nos processos de decisão varia de acordo com a cultura, legislação, País, atitudes dos profissionais e com a cultura interna dos diferentes serviços e das instituições (Vincent & Curtis, 2010)⁹.

Sendo a comunicação interprofissional e entre a Equipa e Pessoa/Família importante; é considerada boa prática, o seu uso planeado e estruturado, como forma de evitar ruídos comunicativos.

A CF é uma estratégia de comunicação com recurso a uma entrevista semiestruturada pré-planeada, facilitadora da transmissão e compreensão de informação entre a equipa interdisciplinar- Pessoa/Família (Gay *et al*, 2009). Consiste numa reunião efetuada em espaço próprio entre o médico, enfermeiro e a Pessoa/Familiar de referência com o **obje-**
tivo de: (Gay *et al*, 2009; Nelms & Eggenberger, 2010; Daly *et al*, 2014):

- Ajudar a compreender a condição e prognóstico da Pessoa, clarificando objetivos de cuidados;
- Partilhar conhecimentos sobre valores e preferências da mesma;
- Gerir conflitos por exemplo o pedido de conspiração do silêncio;

⁸ A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial de Saúde, 1997 citado por Canavarro *et al.*, 2006, p.16)

⁹ Os mesmos autores afirmam que os Países do Norte da América têm uma longa tradição no envolvimento da Família na tomada de decisão, contrariamente aos Países Europeus, sendo este antagonismo mais marcado nos Países do Sul da Europa. Apoiam-se no estudo «Ethicus» realizado em 2003, que demonstra as discrepâncias nos comportamentos dos profissionais na prestação de cuidados em fim de vida, muito associada a fatores culturais e legislativos.

- Colocar questões e expressar dúvidas e preocupações, promovendo a adaptação emocional;
- Obter suporte emocional;
- Preparar para a perda e prevenção de um luto patológico.

Apesar de ser uma estratégia amplamente discutida, são poucos os consensos sobre como se proceder na sua implementação e a estrutura do seu processo. O estudo de como se processa a formação dos profissionais para a condução da mesma é praticamente inexistente (Hudson, 2008).

Vários autores apontam que as CF são efetivas no acolhimento, no agravamento do quadro clínico, na resolução de tensões entre a Família e a equipa; e nas transferências de nível de cuidados, mas não é consensual o período em que devem ser iniciadas, oscilando o mesmo na literatura consultada entre as 48 horas e os 5 dias. Não é considerada boa prática a utilização da CF em situação de crise. Deve ocorrer ao longo do internamento e ser antecipatória numa reação preventiva e não reativa (Hudson, 2008).

Hudson (2008); Gay *et al* (2009) e Powazki, Walsh, Hauser & Davis (2014) são concordantes em que deve existir um planeamento antecipado da mesma, permitindo a consistência da informação fornecida pelos profissionais de saúde na resposta às questões da Família, potenciando o uso eficiente de tempo e uma comunicação mais efetiva. Pressupõe a discussão prévia, e troca de conhecimento e a reflexão pelos diferentes elementos que asseguram a prestação de cuidados, importante no trabalho de equipa.

Considera-se a ausência do planeamento e da determinação de objetivos ou temas a serem abordados como associada a insatisfação com a CF (Hudson, 2008).

A pro-atividade dos profissionais de saúde na comunicação formal é considerada uma mais-valia na construção da relação de confiança, uma vez que traduzem um compromisso (Daly *et al*, 2014).

O papel de facilitador é importante nesta estratégia. Deste, está dependente o planeamento através da deteção da necessidade da sua realização, a promoção e organização do decurso da CF. Este papel deve ser desempenhado dentro da equipa de saúde pelo profissional com competências comunicativas reconhecidas (Hudson, 2008).

A determinação dos elementos constituintes da mesma deve ser concordante com o tipo de necessidade detetada e numa relação de «um para dois», ou seja a proporção de um profissional da equipa interdisciplinar para dois familiares.

O uso da escuta ativa, o incentivo à verbalização de sentimentos e a promoção de incremento de tempo em que a família fala são consideradas boas práticas no desempenho da estratégia (Vincent & Curtis, 2010).

Foram igualmente identificadas **barreiras** a esta estratégia de comunicação formal. São elas: falta de tempo, treino inadequado dos prestadores de cuidados, o “*stress*” desses prestadores, a ausência de espaço adequado e a inexistência de objetivos definidos na CF. No entanto refere Gay *et al* (2009), que a existência e importância das barreiras está relacionado com a cultura institucional. O papel do enfermeiro necessita de valorização e aculturação na equipa de saúde.

Na literatura consultada (Hudson, 2008; Gay *et al*, 2009; Daly *et al*, 2014) considera-se emergente a promoção e integração do **enfermeiro** nesta estratégia, pelas seguintes razões:

- Capacidade de detetar a necessidade de realização da CF, pelo seu papel de proximidade;
- Capacidade de organizar e integrar a informação de vários prestadores e providenciar consistência e coerência à informação fornecida;
- Capacidade de atuar no papel de facilitador e promotor da qualidade e efetividade da comunicação formal;
- Capacidade de monitorizar e advogar as necessidades da família após a CF.

Em 2009, foi solicitado à Equipa de Enfermagem, o desenvolvimento de um projeto na área do Acolhimento à Pessoa internada, procedente da necessidade de responder a um critério de qualidade institucional.

Cedo, se percebeu que o acolhimento diferia muito, dos desempenhados na prática institucional. Fatores como: a imprevisibilidade do internamento; a emergência dos cuidados; e a alteração do estado de consciência do alvo de cuidados, impedia que em quase todos os casos; a estratégia fosse dirigida à Pessoa. Mas era evidente, a necessidade

de informação à Família, que geralmente verbalizavam sentimentos de desorganização, incerteza e ansiedade.

Não obstante da realidade vivida, iniciou-se o projeto, utilizando duas estratégias que serviram de base para a sua implementação: por um lado o acolhimento inicial, por outro a identificação do Familiar de referência.

O acolhimento inicial foi encarado como um cartão-de-visita da UCI, promotor de uma imagem de abertura para o diálogo. Atualmente, enraizado na prática do contexto, tem como objetivo principal: diminuir a ansiedade da família na primeira entrada no espaço físico da Unidade. São realizadas nessa atividade, as seguintes intervenções: a explicação sucinta do estado da Pessoa, como o objetivo de preparação para o primeiro contato Pessoa/Família no internamento; explicação das regras da UCI e forma de obtenção de informação; ensino de comportamentos promotores da segurança da Pessoa, como a higienização das mãos; e o ensino sobre o papel da Familiar de Referência.

A necessidade de criação do papel de Familiar de Referência é uma consequência da necessidade de sigilo profissional. Anterior, a esta decisão as informações eram fornecidas a qualquer familiar, originando muitas vezes compreensões contraditórias por partes dos elementos da Família sobre o estado da Pessoa internada e criando conflitos com a equipa. Atualmente, o Familiar de Referência é escolhido, ou pela Pessoa quando capaz de decidir; ou pela Família em conjunto, na incapacidade da Pessoa tomar a decisão; o que se tem revelado uma forma de diminuição do atrito no interior da mesma. A informação só é fornecida a este elemento, que tem como responsabilidade a transmissão da mesma à restante família.

Como forma de manter a consistência da informação, e originado pelos sentimentos de exclusão da Equipa de Enfermagem; o responsável pela coordenação da Equipa de Enfermagem, foi incluído na discussão diária da situação clínica dos doentes, efetuada pela equipa médica.

No entanto, com o desenvolvimento da atividade; a Equipa interdisciplinar constatou que, em algumas situações, a transmissão de informação devia ser efetuada, pela Equipa à Família e não só ao familiar de referência, originando as primeiras CF.

Assim, por tudo o que foi dito e também pelo interesse nesta temática desenvolvemos um PIS na área da CF que iremos descrever no próximo capítulo.

2- PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.

A OE, no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC define PSC como “(...)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” (OE, 2010,p.1). As UCI são “(...) locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p.6).

O internamento em UCI é, por definição, um tempo transitório para os doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si (*Ibidem*, 2003).

O Serviço de Cuidados Intensivos em que se desenvolveu o PIS que irá ser descrito neste capítulo é uma unidade polivalente de nível III; de acordo com a classificação emanada pela DGS (2003). Este tem como missão, prestar cuidados de saúde diferenciados a doentes com alterações fisiopatológicas urgentes, potencialmente reversíveis, com implicação de um ou mais órgãos vitais, sendo os cuidados prestados de natureza multidisciplinar; e como valores a excelência da prática médica e de enfermagem, a ética profissional, o respeito pela confidencialidade e dignidade do doente e a atenção às necessidades dos familiares.

No âmbito do 4º Mestrado foi-nos solicitado a realização de um PIS de acordo com a metodologia de projeto, que segundo Ruivo *et al*, “consiste num conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real, isto é permite prever uma mudança” (2010, p.3).

Neste sentido iremos descrever o PIS de acordo com as etapas que constitui a metodologia de projeto: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação de resultados.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A Equipa de Enfermagem afeta a UCI tem nos últimos anos investido na humanização e na integração da Família nos cuidados. No entanto, parece ter existido uma estagnação no desenvolvimento de estratégias; e nas respostas dadas, às necessidades sentidas pela Pessoa/Família sobre a prestação de cuidados de saúde e à experiência de internamento.

A implementação do Projeto intitulado de “Acolhimento à pessoa significativa na unidade de cuidados intensivos” em 2009; do qual fazemos parte como elemento dinamizador, permitiu à equipa interdisciplinar¹⁰ da UCI, o desenvolvimento da prestação humanizada de cuidados. Neste processo, a identificação do familiar de referência, tem favorecido a comunicação entre a equipa e a Pessoa/Família contribuindo para uma diminuição da ansiedade, relativamente ao internamento e ao ambiente complexo que o rodeia.

Ao analisarmos os dados obtidos através da aplicação do inquérito de satisfação sobre o acolhimento na UCI ao familiar de referência; nos últimos três anos, salientamos a importância de manter intervenções de gestão de informação e apoio, ao longo do internamento, sendo que a conferência familiar é uma estratégia passível de utilização.

No gráfico abaixo referenciado (Gráfico 1) podemos concluir que o ano em que se obteve melhores resultados relativamente à satisfação do familiar de referência no que respeita à gestão de informação ao longo do internamento, foi o de 2012, o que curiosamente coincidiu com a formação da equipa de saúde sobre a Técnica SPIKES. Os anos seguintes apresentam uma flutuação discreta dos resultados obtidos, com a possibilidade de melhoria do desempenho.

¹⁰ Neste período torna-se imperioso diferenciar os termos multidisciplinar e interdisciplinar; abordados por Hesbeen em 2003. Denomina-se equipa multidisciplinar, aquela constituída por vários profissionais com especificidades distintas que avaliam a Pessoa Doente e executam os seus planos de tratamento de forma independente. A equipa multidisciplinar tem a sua génese na necessidade de evidenciar a capacidade de discussão entre os vários profissionais de aspetos comuns da situação da Pessoa, baseados na complementaridade das suas ações. Pretende-se no decorrer deste relatório, o uso do termo, equipa interdisciplinar; já que se coloca o apelo a uma atuação numa perspetiva global dos cuidados à Pessoa/Família. No entanto, reserva-se o uso do termo multidisciplinar, nos instrumentos diagnóstico por ser um termo de fácil reconhecimento pela Equipa de Enfermagem.

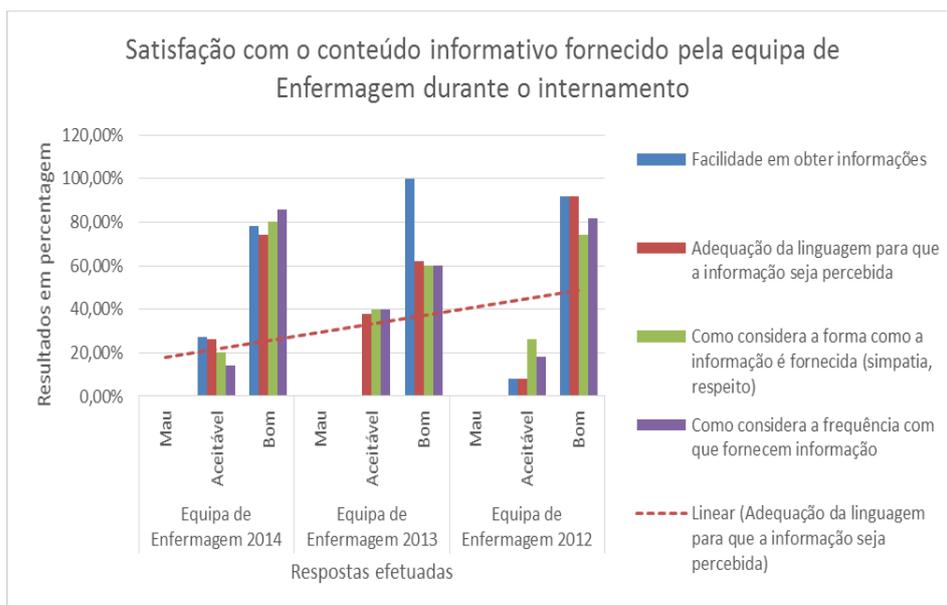


Gráfico 1: Satisfação com o conteúdo informativo fornecido pela equipa de enfermagem durante o internamento in Relatório do projeto do Acolhimento a Pessoa/Família na UCI do ano de 2014.

Assim, em 2014 decidiu-se implementar a CF, como resposta a necessidade de melhoria da qualidade da informação fornecida. A CF segundo Gay *et al* (2009), é uma discussão com recurso a uma entrevista semiestruturada pré-planeada, facilitadora da transmissão e compreensão de informação entre a equipa interdisciplinar/Pessoa/Família em que o Enfermeiro têm um papel importante; uma vez que a sua perspetiva da Pessoa/Família é única dentro da equipa, pela proximidade e relação que desenvolve na prestação dos seus cuidados.

Têm como objetivo de informar sobre estado de saúde, esclarecer dúvidas, apoiar a família e encaminhar se necessário, para outros prestadores de cuidados.

Em 2014, realizaram-se 95 CF sempre em contexto do acolhimento inicial à Pessoa/Família; o que corresponde a 33% dos internamentos desse mesmo ano. Dos registos efetuados inferimos que o tempo médio despendido pelos profissionais na sua realização foi de 23 minutos.

Uma vez que a CF já era realizada informalmente em algumas situações específica como na comunicação de más notícias, criou-se uma *check-list* com base na literatura disponível na tentativa de entender como as mesmas eram realizadas, ou seja quais as similaridades na sua condução.

Contudo, das CF realizadas e documentadas concluímos que existiam algumas áreas a melhorar principalmente no que se referia à área da comunicação, e mais especificamente a criação de instrumentos, que possam ajudar a equipa de enfermagem a definir o seu papel nestas conferências.

Apesar dos familiares as considerarem importantes, a Equipa de Enfermagem sentia algumas dúvidas relativamente às mesmas; referindo a importância de definir bem o seu papel no seio destas conferências, o que vai ao encontro do que Nelms e Eggenberger (2010) e Fox (2014) defendem quando afirmam existir necessidade de aculturação do papel dos Enfermeiros como intervenientes proactivos desta estratégia formal, devido à sua visão única e holística da PSC.

Definimos então como **problema** a pouca adesão à CF por parte da Equipa de Enfermagem do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Distrital X. Tendo em conta a missão, os valores e os padrões de qualidade da UCI; onde está englobada a satisfação do cliente; a resolução do mesmo pareceu-nos relevante para a melhoria da prática dos cuidados.

No sentido de aumentar a adesão dos enfermeiros à CF decidimos desenvolver um PIS nesta área o que foi validado, através de uma entrevista parcialmente estruturada junto da Enfermeira Coordenadora da UCI, a Diretora Clínica e dos restantes elementos do Grupo de Acolhimento. Escolhemos este tipo de entrevista, pois permite formular questões a partir de uma lista de temas a cobrir segundo a ordem que convém ao entrevistador, oferecendo uma maior flexibilidade de condução (Fortin, 1999). Esta génese de construção esta associada, a necessidade de compreender o fenómeno na perspetiva dos participantes (Ibidem, 1999). Após análise do seu conteúdo concluímos; que os profissionais consultados consideraram este projeto pertinente.

Face a anterior análise surgiram-nos as seguintes questões:

- ✓ Qual a importância atribuída pela equipa de enfermagem à CF?
- ✓ Quais as limitações sentidas pela equipa de enfermagem no desempenho da CF?
- ✓ Será que os fatores considerados interferentes na literatura apresentam uma expressão importante nesta equipa?
- ✓ As próprias características da equipa serão relevantes?

De forma a obter respostas as nossas questões, foi aplicado um instrumento diagnóstico, tendo-se optado por um questionário, com questões fechadas; construído para esse fim; com o objetivo de recolher dados, de modo a conhecer a opinião e as necessidades dos Enfermeiros da UCI do Hospital Distrital sobre realização da CF (Apêndice I). Segundo Fortin (1999), o questionário é um método de recolha de dados, que permite avaliar as atitudes, e as opiniões dos sujeitos; e que traduz os objetivos de um estudo em variáveis mensuráveis.

Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos Enfermeiros da UCI, após informação sobre as vantagens e inconvenientes passíveis de ocorrer durante e após a aplicação do instrumento (Fortin, 1999), e garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo no que concerne à confidencialidade e anonimato. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência; pois a mesma foi constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que correspondiam aos critérios de inclusão (Ibidem, 1999), ou seja Enfermeiros que prestavam cuidados nesta UCI e que na sua prática profissional desempenham esta atividade.

O questionário foi aplicado, após autorização da implementação do PIS pela Instituição (Anexo I) aos Enfermeiros que consentiram a participação, no seu local de trabalho durante o período de 1 de Maio e 17 de Maio de 2015 (Apêndice II).

Depois dos resultados obtidos, submeteu-se os mesmos ao tratamento de dados com o recurso ao programa informático Excel, procedendo-se a uma representação gráfica dos dados e à sua análise (Apêndice III). Salientamos as seguintes conclusões:

- ✓ Os enfermeiros com mais anos de profissão são os que referiram maior satisfação relativamente ao desempenho da estratégia; apesar de manifestarem um sentimento antagónico de medo, sentimento negativo mais comum na equipa. Na amostra são mais evidentes sentimentos negativos na execução da mesma.
- ✓ A maior dificuldade associada a execução da CF, referia-se à ausência de formação específica.
- ✓ Independentemente de terem suporte formativo anterior, todos os respondentes consideraram importante formação na área da comunicação e nos aspetos legais associados a mesma.

- ✓ Considerámos que os respondentes concordavam com os objetivos da CF, mas que o fato de ser uma atividade interdisciplinar afetava de alguma forma o seu desempenho.
- ✓ Todos afirmaram que existia a necessidade de criar instrumentos condutores da mesma, sendo que a maioria não tinha opinião formada sobre os registos inerentes ao seu desempenho.
- ✓ A opinião obtida sobre os limites de competência, levaram-nos a apontar a necessidade de definir os papéis dos intervenientes.

Foi desenvolvida, posteriormente uma **análise FMEA** para determinar **as falhas da CF como Processo** e as possíveis medidas para a sua redução; e seguidamente uma avaliação estratégica do plano de intervenção, utilizando a **análise SWOT**, que nos deu uma **visão global da problemática**, das suas relações e possíveis estratégias.

De acordo com a análise efetuada com recurso a análise FMEA (Apêndice IV), verificamos que:

- O RPN mais elevado (com 160 pontos) situava-se na fase de realização; pela possível dificuldade de compreensão da informação pelo familiar de referência; por dificuldade da equipa interdisciplinar, em adequar a linguagem ao interlocutor.
- Com 144 pontos, a inexistência de discussão anterior à realização da CF pelos profissionais; referente ao planeamento prévio da atividade, era o problema mais relevante.

Determinámos as seguintes prioridades relativamente a CF como processo:

1. Elaborar documentos orientadores que servissem de suporte ao desempenho da estratégia, de acordo com a evidência científica recolhida na pesquisa bibliográfica.
2. Formar/treinar a equipa na área de técnicas de comunicação e implicações legais na transmissão de informação através de formação/treino.

Na análise SWOT (Apêndice V), determinamos como pontos fortes: a existência do processo de acolhimento inicial; as relações interdisciplinares, o custo associado à estratégia, a existência de um elemento dinamizador do projeto do Acolhimento por equipa de

enfermagem. Como pontos fracos: a fraca adesão à estratégia, a inexistência de formação específica, o desconhecimento das implicações legais e a sobrecarga de trabalho.

Definimos como oportunidades: a satisfação da Pessoa/Família como indicador de qualidade, a informação à Pessoa/Família como uma necessidade prioritária; e a satisfação com a informação fornecida pelos Enfermeiros, referida pelos familiares. Como ameaças: a desmotivação da equipa, as prioridades da mesma e as condições estruturais do serviço.

Do uso da análise SWOT, definimos as seguintes estratégias:

1. O investimento na formação/treino dos Enfermeiros de acordo com as necessidades sentidas.
2. O feedback dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação ao familiar de referência.
3. Criação de instrumentos estruturantes da estratégia.

Após triangulação dos dados obtidos; que segundo Fortin (2009, p.376) consiste num “método de verificação dos dados consistindo em empregar várias fontes de informação ou vários métodos de colheita de dados”, estabelecemos como **problemas parcelares**:

- ✓ Necessidade sentida pela equipa; de formação nas duas áreas consideradas importantes na CF: técnicas de comunicação e aspetos legais na transmissão.
- ✓ Ausência de instrumentos normalizadores e condutores com definição exata da estrutura e dos papéis e áreas de competência dos intervenientes.

Determinamos como **prioridades**:

- ✓ Formar a equipa na área de técnicas de comunicação e implicações legais na transmissão de informação.
- ✓ Criar instrumentos estruturantes e condutores da estratégia.

Os objetivos definem a orientação do trabalho; na medida em que o objetivo geral é mais abrangente visando o todo, e os objetivos específicos como o nome indica são mais precisos, direcionais e operacionais (Ruivo *et al*, 2010). Estipulamos como **objetivo geral**:

- Aumentar a adesão à CF, como estratégia de comunicação eficaz com a Pessoa/Família das Pessoas internadas na UCI.

Definimos os seguintes **objetivos específicos**:

1. Elaborar uma política sobre a CF.
2. Elaborar norma sectorial sobre a CF, folha de planeamento e registo da estratégia.
3. Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre comunicação e implicações legais na transmissão de informação.

2.2- PLANEAMENTO.

O Planeamento constitui a segunda etapa da metodologia de projeto que consiste num plano detalhado do projeto que cobre várias vertentes da sua gestão (Ruivo *et al*, 2010). Como tal, planeamos um conjunto de atividades/estratégias, enumerámos recursos e indicadores de avaliação, os quais passaremos a descrever por objetivos.

Elaborar uma política sobre a CF.

Como anteriormente referido, constatamos a importância de elaborar documentos condutores da estratégia.

Devido às questões éticas e legais que a mesma pode originar, principiou-se o planeamento pela construção de uma política (Quadro um). A política pressupõem o envolvimento, informação, reconhecimento e suporte da atividade de quem está na operacionalização (Bastos & Saraiva, 2011 citando Rocha, 2006).

Como tal o nosso objetivo centrou-se no que é singular na estratégia: o enquadramento legal, na descrição dos valores e responsabilidades inerentes a sua execução e a sua estrutura organizacional.

Atividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática.	Enf ^o Orientador docente: E.M.,	Biblioteca da Escola.	4ª semana de Setembro a 1ª semana de Outubro	<u>DE ESTRUTURA:</u> Existência da Política.
- Elaboração da proposta de Política.	Grupo do acolhimento: Dr. I.G,	Bloco de notas.	1º semana de Outubro	
-Discussão da Política com o Docente orientador.	Enf. A.C.,	Folha de sugestões.	2ª semana de Outubro	<u>DE PROCESSO:</u>
- Reunião com os elementos do grupo de Acolhimento para discussão da Política.	Enf. A.R.,	Folha de leitura.	2ª semana de Outubro	Nº de alterações propostas à Política.
- Discussão da proposta com a equipe de enfermagem para recolha de sugestões.	Enf C.S.,		3ª semana de Outubro	<u>DE RESULTADO:</u>
Realização das alterações necessárias.	Enf S.M.		4ª semana de Outubro	Nº de registos de leitura da Política/ Nº total de enfermeiros que exercem funções no Serviço de Cuidados Intensivos.
- Elaboração da Política final.			4ª semana de Outubro	
- Envio da Política para o Gabinete de Qualidade para codificação.			4ª semana de Outubro	
- Disponibilização da Política final para leitura da equipa de Enfermagem.			4ª semana de Outubro e 1ª de Novembro	

Quadro 1:Primeiro objetivo- Elaborar uma política sobre a CF.

Elaborar norma sectorial sobre a CF e respetiva folha de planeamento e registo.

Simultaneamente, tencionou-se elaborar uma norma sobre a condução da CF. A norma é uma definição válida e aceitável de qualidade dos cuidados, que permite descrever os cuidados prestados, os recursos necessários para prestar esse cuidado e qual o resultado esperado. Só têm valor se contiver critérios que permitam uma medição e avaliação (Bastos & Saraiva, 2011).

Assim contrariamente à Política pretendeu-se a operacionalização da estratégia, abordando o processo – o como executar (Quadro dois). Criou-se simultaneamente, uma folha de planeamento e registo, passível de ser auditada.

Atividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática.	Enf ^o Orientador docente: E.M.,	Biblioteca da Escola.	4ª semana de Setembro a 1ª semana de Outubro	<u>DE ESTRUTURA:</u> Existência da Norma e respetiva lista de verificação.
-Elaboração da proposta de Norma e respetiva lista de verificação.	Grupo do acolhimento: Dr. I.G,	Bloco de notas.	2ª semana de Outubro	
-Discussão da Norma com o Docente orientador.	Enf. A.C.,	Folha de sugestões.	3ª semana de Outubro	Documento de leitura.
- Reunião com os elementos do grupo de Acolhimento para discussão da Política.	Enf. A.R., Enf C.S.,	Folha de leitura.	3ª semana de Outubro	<u>DE PROCESSO:</u> Nº de alterações proposta à Norma e lista de verificação.
- Discussão da proposta com a equipe de enfermagem para recolha de sugestões.	Enf S.M.		4ª semana de Outubro e 1ª de Novembro	<u>DE RESULTADO:</u> Nº de registos de leitura da Norma e respetiva lista de verificação/ Nº total de enfermeiros que exercem funções no Serviço de Cuidados Intensivos.
Realização das alterações necessárias.			1ª semana de Novembro	
- Elaboração da Norma final.			2ª semana de Novembro	
- Envio da Norma para o Gabinete de Qualidade para codificação.			2ª semana de Novembro	
- Disponibilização da Norma final para leitura da equipa de Enfermagem.			2ª e 3ª semana de Novembro	

Quadro 2: Segundo objetivo- Elaborar Norma sectorial sobre a CF e respetiva folha de planeamento e registo.

Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre técnicas de comunicação.

Para Nunes (2003, p. 347) a formação é um “instrumento de reflexão e mudança, um terreno propício à crítica e à renovação”. Dividiu-se, para melhor compreensão, a formação em dois módulos: Técnicas de comunicação (quadro três) e implicações legais na transmissão de informação (quadro quatro).

Mas,

“Educar e não só formar, será o pretendido, implicando deste modo a avaliação da população e das suas necessidades, formação (teórica e prática) adequada à realizada da organização e, por fim, uma avaliação dos resultados (onde se inclui observação de mudança de comportamentos) ” (Bastos & Saraiva, 2011, pag.8).

Como a literatura consultada refere que as melhorias comunicacionais são geralmente auto-percebidas (Nelson, *et al.*, 2011), tencionou-se aplicar um instrumento para verificar se existiram melhorias efetivas na comunicação com a família, pós formação.

Decidiu-se aplicar uma grelha de observação (Anexo II) já validada e utilizada com a respetiva autorização do autor (Anexo III).

Esta grelha permitiu observar a forma como os enfermeiros transmitem a informação e esclarecem a Pessoa/Família, e como fazem a gestão de alguns fatores interferentes como o limite da informação e as condições estruturais.

Atividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
-Realização pesquisa bibliográfica sobre principais técnicas comunicacionais e respetivas competências.	Enf ^o I.V. enfermeira coordenadora da unidade de cuidados intensivos.	Computador com acesso a internet.	3ª e 4ª semana de Outubro.	<u>DE ESTRUTURA:</u> Existência do planeamento da sessão
- Realização do planeamento da formação.		Biblioteca da Escola.	1ª semana de Novembro	
- Preparação da apresentação em suporte informático.	Enf ^o M.O., enfermeiro responsável pela formação.	Bloco de notas.	1ª semana de Novembro	Existência de Folheto de divulgação
- Elaboração do plano de sessão.			1ª semana de Novembro	
-Discussão dos slides com a Enf ^a orientadora e o Docente orientador.	Enf ^o Orientador docente: E.M., Autora de Guião-Enf ^a E.S.	Computador com uso de <i>software</i> apropriado para a construção de folheto e programa excel	2ª semana de Novembro	Realização da formação.
-Realização de alterações, caso necessário			2ª semana de Novembro	
- Articulação com a Enf ^a coordenadora para a realização da mesma.	Folha institucional de plano de sessão	Folha institucional de avaliação da sessão.	2ª semana de Novembro	Autorização para aplicação da grelha de observação pelo autor.
- Articulação com o Enf ^o responsável pela formação para a realização da mesma.			2ª semana de Novembro	
- Divulgação da formação através de folheto.	Meios de projeção adequados.	Espaço físico.	1ª e 2ª semana de Novembro	Consentimento dos participantes.
-Realização da formação.			3ª e 4ª semana de Novembro	
- Avaliação da formação através de documento próprio.	Grelha de observações.	No decurso de Junho	3ª e 4ª semana de Novembro	<u>DE PROCESSO:</u> Nº de enfermeiros que frequentaram a formação de técnicas comunicacionais/ nº total de enfermeiros a quem é dirigida a formação.
-- Pedido de autorização para a utilização da grelha de observação já validada permitindo auditar o desempenho dos enfermeiros sobre a transmissão de informação com recurso a grelha de observação num período pré-formação e pós-formação.			Nº de observações realizadas.	
-Informação e pedido de autorização dos enfermeiros para a participação no estudo	No decurso de Setembro	No decurso de Setembro a 1ª e 2ª de Outubro.	No decurso de Setembro	<u>DE RESULTADO:</u> Nº de formandos que referiram a formação como útil/
-Aplicação do mesmo em período pré- formação e pós-formação.				

			No decurso de Dezembro.	Nº total de formandos.
-Tratamento dos dados obtidos			Janeiro de 2016	Alterações documentadas do comportamento dos enfermeiros na transmissão de informação.

Quadro 3:Terceiro objetivo A- Formação em técnicas comunicacionais.

Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre implicações legais na transmissão de informação.

De acordo com Hesbeen (1998, p.67), a formação “produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos, que, posteriormente, se transformarão em competências”. Dada a complexidade do tema, optou-se por estabelecer contato com um perito nesta área: um advogado especializado em Direito em Saúde (quadro quatro).

Atividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
-Determinar junto da equipa interdisciplinar temas/áreas de interesse que gostassem de discutir através de folha de sugestões.	Enfº M.O., enfermeiro responsável pela formação.	Folha de opiniões.	2ª e 3ª semana de Setembro.	<u>DE ESTRUTURA:</u> Existência do planeamento da sessão
-Proceder contato formal sobre a disponibilidade do perito para a realização da formação.	Drº M.A.; Advogado.	Computador com uso de <i>software</i> apropriado para a construção de folheto.	3ª semana de Setembro	Existência de Folheto de divulgação Realização da formação.
- Articulação com o perito na construção da formação.			1ª semana de Outubro	<u>DE PROCESSO:</u> Nº de enfermeiros e médicos que frequentaram a formação de implicações legais/ Nº total de enfermeiros e médicos que exercem funções na unidade.
- Elaboração do plano de sessão.		Folha institucional de plano de sessão	2ª semana de Outubro	
- Articulação com o Enfº responsável pela formação para a realização da mesma.			2ª semana de Outubro	
- Divulgação da formação através de folheto.		Folha institucional de avaliação da sessão.	3ª e 4ª semana de Outubro	<u>DE RESULTADO:</u>
- Disponibilização de suporte na realização da formação.		Meios de projeção adequados.	3ª e 4ª semana de Outubro	

- Avaliação da formação através de documento próprio.		Espaço físico.	3ª e 4ª semana de Outubro	Nº de formandos que referiram a formação como útil/ Nº total de formandos.
---	--	----------------	---------------------------	--

Quadro 4: Terceiro objetivo B- Formação sobre implicações legais na transmissão de informação.

Após uma série de contatos, onde ficou explícito, o contexto, a população-alvo e o objetivo desta formação; o preletor externo comprometeu-se na realização da sessão, sem honorários. Esta disponibilidade foi importante para o controle de custos inerentes ao PIS.

Não se previu por isso, custos acrescidos ao gasto de folhas de papel e tinteiros de impressora, em que se antevê despende um total de 20 euros.

Com a implementação do PIS, não implica um acréscimo de custos para a instituição; uma vez que o mesmo, não pressupõem a aquisição de material ou formação externa dos profissionais.

Para melhor entendimento e cumprimento do planeamento, construiu-se um cronograma (Apêndice VI). Entende-se por cronograma, segundo Miguel (2006) citado por Ferrito *et al* (2010), como um processo interativo que determina um período de tempo para as atividades a efetuar no projeto, expressas em representações gráficas para melhor compreensão e clareza do planeamento.

Ajuizou-se a possibilidade do planeamento poder sofrer alterações, durante o período de execução, no que se refere ao curso das diferentes atividades, e não à sequência das atividades. Este estava fortemente dependente da gestão de outros profissionais na promoção dos tempos formativos; e da participação dos profissionais envolvidos na atividade, quer seja na área de formação, como na retificação e aprovação da Política e Norma sectorial.

2.3- EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.

Segundo Ruivo *et al* (2010), a execução materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planejado e a avaliação “implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente” (*Ibidem*, p.24).

Seguidamente passamos a descrever a execução das atividades desenvolvidas para cada objetivo específico, bem como a sua avaliação.

Elaborar uma política sobre a CF.

Como primeiro passo, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica sobre as implicações legais na transmissão de informação aos Familiares da PSC e o papel do Enfermeiro nessa mesma transmissão. Centrou-se a leitura, igualmente nos objetivos e condução da estratégia, tentando avaliar os pontos de convergência entre a CF como processo informativo e as limitações sobre o ato de informar.

Por isso, determinamos a pesquisa bibliográfica como base da criação da política sobre CF, conscientes que as bases ético-legais da estratégia forneceriam ao leitor um conhecimento aprofundado dos seus pressupostos e limitações.

Utilizou-se os motores de busca Google e da base de dados informática: EBSCO Host, selecionando nomeadamente, a base de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Cochrane Database of Systematic Reviews, B-ON e PubMed.

Direcionou-se a pesquisa para domínios de interesse, como: informação à família, Direito à informação e informação em saúde. Nestes; publicações institucionais como: o Centro de Estudos Judiciários e os Decretos-Lei e Leis referentes ao tema foram relevantes. Os contributos da Unidade Curricular [UC] Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, foram de extrema importância para enquadrar a complexidade da temática, tendo em conta a dispersão atualmente existente, sobre o Direito à informação de saúde da Pessoa pela sua Família.

Após a construção da Política, foi submetida para apreciação; pela En^{fa} Orientadora; En^{fa} Docente, En^{fa} Coordenadora e Diretora de Serviço.

Foi realizada uma alteração à Política, referente à estrutura com inclusão de definições, responsabilidades e estrutura organizacional, obtendo-se o documento final (Apêndice VII).

Do planeamento efetuado referimos a dificuldade em cumprir o cronograma, no que concerne a leitura da mesma pelos elementos da equipa de Enfermagem. A maioria das leituras foram realizadas no período posterior à realização das formações, a última em 1 de Dezembro de 2015. Ou seja ao invés de servir como documento base preformativo, incentivando a discussão dos seus princípios, obteve-se um efeito de fundamento do comportamento associado à estratégia, promotor da capacitação para a tomada de decisão.

Dos indicadores previstos, obtivemos (quadro cinco):

Indicadores	
Indicador de avaliação: Estrutura	
Existência da Política.	Sim
Documento de leitura	Sim
Indicador de avaliação: Processo	
Nº de alterações propostas à Política.	1 Alteração
Indicador de avaliação: Resultado	
Nº de registos de leitura da Política/ Nº total de enfermeiros que exercem funções no Serviço de Cuidados Intensivos.	75%

Quadro 5: Indicadores do primeiro objetivo- Elaborar uma política sobre a CF.

Elaborar norma sectorial sobre a CF e respetiva folha de planeamento e registo.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica baseado em princípios da revisão sistemática da literatura, permitindo aceder a “um conjunto de trabalhos sobre um mesmo tema, no qual ressaltam os elementos comuns e divergentes” (Fortin, 1999, p.75)

Utilizou-se os motores de busca Google e da base de dados informática: EBSCO Host, selecionando nomeadamente, a base de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Cochrane Database of Systematic Reviews, B-ON e PubMed.

Direcionou-se a pesquisa para domínios de interesse, como: Conferência familiar; Family Conferences, interprofissional communication intervention family; Family meeting.

Durante a construção da norma, achou-se pertinente, para além da folha de planeamento e registo, a realização uma folha de auditoria, que permite-se monitorizar o desempenho da estratégia.

A auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se está a ser realizada de acordo com os seus objetivos. Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho, no sentido de manterem a qualidade dos cuidados prestados (Dias, Santos, & Prochnow, 2011). Após a construção da norma, folha de registo e folha de auditoria (Apêndice VIII) as mesmas foram submetidas para apreciação; pela Enf^a Orientadora; Enf^a Docente, Enfermeira Coordenadora e Diretora de Serviço.

Determinou-se indicadores que descrevemos no quadro abaixo (quadro seis):

Indicadores	
Indicador de avaliação: Estrutura	
Existência da Norma e respetiva lista de verificação.	Sim
Documento de leitura.	Sim
Indicador de avaliação: Processo	
Nº de alterações propostas à Norma e respetiva lista de verificação.	2 Alterações
Indicador de avaliação: Resultado	
Nº de registos de leitura da Norma e respetiva lista de verificação/ Nº total de enfermeiros que exercem funções no Serviço de Cuidados Intensivos.	75%

Quadro 6: Indicadores do segundo objetivo- Elaborar Norma sectorial sobre a CF e respetiva folha de planeamento e registo; e folha de auditoria.

Efetuiu-se duas alterações à Norma, todas solicitadas pelo seu revisor- a Diretora Clínica da UCI- referentes à colocação da definição de técnica de SPIKES e a definição sobre a abordagem de áreas clínicas durante o desenvolvimento da CF (diagnóstico e prognóstico).

Verificou-se o anteriormente descrito na divulgação da política, relativamente a norma.

Para melhor entendimento do planeamento da formação proposta divide-se a mesma por módulos, descritos nos quadros abaixo apresentados.

Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre técnicas de comunicação.

Como forma de preparação, para além do curso “3º Curso Avançado de Cuidados Paliativos: Aperfeiçoar a comunicação” que decorreu no Hospital da Luz frequentado no estágio I e II (Anexo V); efetuou-se uma pesquisa bibliográfica sobre a temática na biblioteca da instituição formativa. Após estudo e treino das técnicas de comunicação, iniciado no estágio de referido anteriormente, determinou-se a formação assente num conjunto de técnicas consideradas básicas, acessíveis e passíveis de serem utilizadas pelo grupo.

Procedeu-se a construção de um plano de formação (Apêndice IX), em que se determinou as áreas a abordar, convergentes com o objetivo, delineando-se ainda a “ordem e estruturação dos assuntos, os aspetos a ressaltar, o tempo de sessão e os meios didáticos que vão ser utilizados” (Mão de Ferro, 1999, p.192).

Contrariamente ao previsto não foi possível a realização da formação por equipas, por limitações de gestão dos horários da UCI, o que influenciou a escolha do método utilizado.

Ao invés de uma metodologia mista de exposição e treino com exercícios práticos, que nos parece seria mais rico, em termos de reflexão do grupo; optou-se pelo método expositivo com discussão e troca de experiências pelo grupo, em parte devido à limitação de tempo. Segundo Mão de Ferro (1999, p.78), esta é uma metodologia em que o “formador desenvolve oralmente um assunto, dando todo o conteúdo, estruturando o raciocínio e o resultado”. A discussão e troca de ideias permite “aos participantes a possibilidade de exporem os seus receios, as suas tentações e objeções, permitindo ainda discutir o bom funcionamento entre grupos” (Ibidem, 1999, p.100).

Seguidamente elaboramos o suporte da formação em Power-point, com apresentação de pequenos filmes, figurativos das técnicas apresentadas. Após a construção, foram submetidos para apreciação; o plano de formação e os diapositivos, à Enfª Orientadora e Enfª Docente.

Realizou-se um contacto informal com o responsável da formação para a marcação, divulgação e requisição dos meios necessários (sala, projetor, computador e sala).

Efetuiu-se a divulgação do formação através de cartaz afixado no serviço e por e-mail ao grupo, alvo da formação.

No dia previsto, efetuou-se a formação com a duração de uma hora e meia, que decorreu dentro do planeado (Apêndice X). No seu final procedeu-se a avaliação. Mão de Ferro (1999) especifica que a avaliação da formação não se restringe ao atingir dos objetivos pretendidos, mas deve considerar as reações dos formandos e formadores; os resultados da aprendizagem e os resultados da formação no posto de trabalho.

Foram entregues para avaliação a formação; os questionários existentes na instituição, e todos os formandos consideraram a formação como muito útil e passível de modificar a prática diária (quadro sete).

Indicadores	
Indicador de avaliação: Estrutura	
Existência do planeamento da sessão	Sim
Existência de Folheto de divulgação	Sim
Realização da formação	Sim
Autorização para aplicação da grelha de observação pelo autor.	Sim
Consentimento dos participantes.	Sim
Existência da grelha de observação.	Sim
Indicador de avaliação: Processo	
Nº de enfermeiros que frequentaram a formação de técnicas comunicacionais/ nº total de enfermeiros a quem é dirigida a formação.	66%
Nº de observações realizadas.	23 Enfermeiros, período pré e pós formação
Indicador de avaliação: Resultado	
Nº de formandos que referiram a formação como útil/Nº total de formandos.	100%
Alterações documentadas do comportamento dos enfermeiros na transmissão de informação.	Ver apêndice XI

Quadro 7: Indicadores do terceiro objetivo A- Formação em técnicas comunicacionais.

Mão de Ferro (1999) acrescenta ainda, a necessidade de avaliação da formação a três níveis que extrapolam a opinião sobre o seu decurso: as mudanças comportamentais, as competências adquiridas ou aprofundadas e o valor acrescido em termos de desempenho da organização.

Em complemento, e considerando a auto percepção de melhoria descrita na literatura (Nelson, *et al*, 2011), efetuou-se a observação do grupo prevista no planeamento.

Fortin (1999, p.241) considera a observação um método, que:

“consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada”.

Optou-se por efetuar uma observação estruturada e não participante, com recurso a uma grelha de observação e notas de campo, com a pretensão de evitar as inibições ou alterações das condutas dos sujeitos (Vilelas, 2009).

Efetuiu-se os procedimentos relativos a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos elementos a serem observados. Foi dada garantia de confidencialidade e anonimato; e a possibilidade de recusa de participação durante o decorrer do estudo, se os mesmos achassem adequado.

A grelha de observação e a realização de notas de campo foram aplicados em dois períodos distintos, tendo como ponto de referência; a execução da formação em técnicas comunicacionais e da formação sobre aspetos legais relacionados com a informação em saúde. Aplicamos inicialmente, a grelha de observação no período compreendido entre 1 a 17 de Maio de 2015, e realizamos nova observação no período entre 2 e 18 de Dezembro de 2015. Optou-se por realizar a colheita de dados no horário das visitas: 15-16 h e 18-20h.

Foi realizado um relatório, onde se encontram descritas as decisões na aplicação do instrumento, as suas dimensões e o protocolo criado, assim como o tratamento de dados e as ilações resultantes do tratamento dos dados obtidos (Apêndice XI).

Os dados obtidos permitem-nos apresentar algumas conclusões:

- Os enfermeiros estão disponíveis para o fornecimento da informação, independentemente da relação de parentesco entre o Familiar/Pessoa. No entanto grau de parentesco delimita o teor da informação fornecida. A exceção centra-se na informação ao cônjuge, idêntica à fornecida ao familiar de referência.
- A maioria da informação converge para informação clínica sobre a Pessoa, pois é essa a mais solicitada. No entanto, verificou-se um aumento no encaminhamento (de 56% para 72% das observações) para a resposta as questões colocadas, o que

pode ser um indício de uma maior consciencialização dos domínios legais da informação fornecida.

- Existiu um aumento da informação relativa a prestação de cuidados de enfermagem (40% no período pré-formativo, para 55% no pós-formativo), com especial ênfase do papel do enfermeiro, no controlo da dor.
- Existiu um aumento da abordagem antecipatória a Família (de 20% para 52%), associado, na maioria dos casos observados, ao agravamento do estado clínico da Pessoa. Ainda existe, um uso desadequado de terminologia científica, com 23% de observações pós- formação, de difícil compreensão para a Família, o que pode inviabilizar este esforço de abordagem.
- Existiu uma melhoria no uso de feedback, especialmente na colocação de dúvidas (de 48% para 60% no período de pós- formação). Parece-nos existir espaço para trabalhar de forma mais proactiva, a área da escuta ativa.
- Apesar de não estarem totalmente integradas nas estratégias da equipa, as questões de precisão sofreram um aumento considerável na sua utilização (de 20% para 52% no período de pós- formação); o que permite concluir que a equipa é permeável a experimentação de estratégias de comunicação.
- De todas as estratégias apresentadas, a menos utilizada é a verbalização de situações idênticas, com um valor de 28% no período pré-formativo, para 36% no pós-formativo.
- Dos fatores interferentes estudados, o espaço físico e a privacidade são fatores de cariz estrutural sobre os quais a equipa de Enfermagem, não possui controlo, por falta de condições físicas. O ruído é outro dos fatores, que devido à estrutura física é dificilmente contornável. No entanto, parece-nos existir por parte da equipa uma tentativa de centrar a atenção na Família, evitando a execução de procedimentos, como por exemplo colheitas de sangue, durante a transmissão de informação.

Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre implicações legais na transmissão de informação.

Como referido no capítulo anterior devido a complexidade do tema, optou-se por efetuar uma contato com um perito na área. Considera-se Perito, profissionais flexíveis e com um distinto nível de adaptabilidade, que atuam em congruência com a situação (Benner, 2001).

Indicadores	
Indicador de avaliação: Estrutura	
Existência do planeamento da sessão.	Sim
Existência de Folheto de divulgação.	Sim
Realização da formação.	Sim
Indicador de avaliação: Processo	
Nº de enfermeiros e médicos que frequentaram a formação de implicações legais/ Nº total de enfermeiros e médicos que exercem funções na unidade.	50%
Indicador de avaliação: Resultado	
Nº de formandos que referiram a formação como útil/Nº total de formandos.	100%

Quadro 8: Indicadores do terceiro objetivo B- Formação sobre implicações legais na transmissão de informação.

Como primeira ação determinou-se junto da equipa interdisciplinar, as necessidades formativas nesta área, através da construção e afixação de uma folha de sugestão.

Depois de recolhidas, verificamos que a grande parte das sugestões incidiam nos princípios básicos do direito à informação de Saúde.

Após o tratamento de dados, foi enviado um *e-mail* ao perito, e por este canal de comunicação foram definidos os conteúdos formativos, assim como o material necessário para proceder a sessão de formação.

Foi estabelecido um contato informal com o Enfermeiro responsável pela formação em serviço, e organizada a marcação, divulgação e requisição dos meios necessários (sala, projetor, computador e sala).

O cronograma não foi cumprido, devido a fatores externos, como a disponibilidade do perito e a disponibilidade da sala onde decorreu a formação.

A formação foi realizada, no entanto a adesão ficou aquém do esperado, em parte devido ao espaço físico, onde foi realizada- fora do espaço físico do serviço- e do horário escolhido – as 14 horas- o que impossibilitou a equipa de serviço de se deslocar ao local.

No entanto, a formação foi considerada pelos formandos, interessante e esclarecedora das suas questões. Após a mesma, surgiu a proposta de generalizar a formação para os profissionais da instituição, proposta e coordenada com o departamento de formação do Hospital Distrital X, e que foi realizada a 7 de Junho de 2016.

Não obstante a avaliação realizada, seria redutor considera-la como abrangente do impacto e dimensões do PIS. Por razões inerentes ao espaço temporal em que o mesmo decorreu, optou-se por avaliar as atividades desenvolvidas, mas perspetiva-se e programa-se, uma avaliação, que permita o ajuste PIS implementado.

Assim:

- Prevê-se a reformulação do inquérito de satisfação e a sua aplicação de forma sistematizada, após a sua validação, ao Familiar de Referência até ao final de 2016.
- Antecipa-se a necessidade de manter a atividade de observação estruturada e não participativa; do comportamento dos profissionais pelo grupo de acolhimento, com objetivo adequar o planeamento das ações corretivas, que passarão pela formação anual dos Pares.
- Para além das atividades previstas anteriormente e que irão contribuir para determinar o valor qualitativo da estratégia, programa-se auditar anualmente em Dezembro, os registos efetuados sobre o planeamento da mesma, determinando não só a forma como decorre o processo, assim como as temáticas mais abordadas e a influência das mesmas na continuidade de cuidados à Pessoa (por exemplo: referênciação ao Grupo de Gestão de Altas).

Esta avaliação cíclica possibilitará a deteção de precoce de falhas, contribuindo para uma delimitação temática de novos problemas (Vilelas, 2009); a adequação do planeamento da formação anual; e a divulgação e promoção dos resultados obtidos com a atividade.

2.4- DIVULGAÇÃO.

Como forma de divulgação, construiu-se um artigo, descritivo das diferentes etapas da metodologia utilizada na resolução da problemática identificada, assim como da análise do processo decorrido na execução das estratégias planeadas (Apêndice XII).

O mesmo PIS, foi proposto como candidato à 9.^a Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde; integrado nos projetos referentes ao eixo de Cidadania em Saúde do Plano Nacional de Saúde, sob a forma de *poster*; num concurso promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar em parceria com a DGS, Administração Central do Sistema de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde. Após uma pré-seleção, que implicou a sua apresentação e discussão, com um júri da comissão científica do prémio; foi aceite como finalista, tendo sido discutido publicamente no Encontro da 9.^a Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde a 30 de Novembro de 2015 (Anexo IV).

Consideramos, indiretamente relacionado com a divulgação do projeto, o artigo sobre o impacto da doença crónica, incapacitante e terminal na dinâmica familiar, pois proporciona uma base de argumentação sobre a necessidade de informação e prestação de cuidados à Família como sistema (Apêndice XV).

3- REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.

Segundo a OE (2009), a formação contínua é pertinente devido a emergência de novas necessidades, pela complexidade dos contextos, pela evolução da tecnologia e qualidade requerida nos cuidados. Devido a estes fatores, não se pretende uma aprendizagem que assente na transmissão e reprodução do «saber». Espera ir um pouco além, uma vez que tem a sua razão na implicação no juízo clínico de contextos particulares associados a prática profissional e à necessidade de um sistema de melhoria dos cuidados, em que a qualidade implica uma reflexão sobre a prática.

O desenvolvimento profissional, é uma competência geral do enfermeiro especialista facto este, que evidencia a importância concedida à formação contínua na carreira de Enfermagem, considerando a formação inicial como insuficiente, e o aperfeiçoamento como um compromisso.

É desta construção refletida e reflexiva, adequada as necessidades da prática e interesses pessoais inerentes a maturação profissional, sustentada pela autorrealização e cidadania; que deriva o conceito de competência e num grau mais profundo o conceito de especialização da prática de enfermagem. Segundo a OE (2009, p.10) entende-se Competência:

“como o saber mobilizar recursos cognitivos para decidir a melhor estratégia perante uma situação concreta. Estes saberes contribuem para a melhoria que exige reflexão sobre a prática para definir objetivos a prestar e delinear estratégias para os atingir” (*Ibidem*, p.10).

Benner (2001) aponta que o processo de tomada de decisão implica a aquisição de competências e é transversal ao percurso profissional.

A formação especializada pretende de acordo com o REPE (1998, p.4) a prestação de “cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades (...)”

No documento Modelo Desenvolvimento Profissional- Individualização das Especialidades em Enfermagem- fundamentos e proposta de sistema (OE, 2009), preconiza que as especialidades se reportem à prática clínica e descreve-se domínios de competências comuns que influem na capacidade de resposta e organização de cuidados revelando a autonomia do exercício profissional.

Refere ainda as competências específicas, que são descritas como inerentes a área de especialização e desenvolvem-se através da prestação de cuidados especializados, com elevado grau de adequação às necessidades das pessoas.

Com o objetivo de desenvolvermos competências específicas de EEMC realizamos um diagnóstico de situação, com o intuito de traçar um percurso que permitisse alcançar as competências pretendidas. Em conta, tivemos o nosso percurso profissional anterior; o esperado no percurso académico e os nossos próprios desejos e sentido de capacidade (Rua, 2009).

Sendo que a nossa prática profissional e o PIS se centram, na Competência K.1- *Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica /ou falência orgânica,-* após cuidadosa autoanálise e articulação com os conteúdos ministrados neste percurso académico; definimos áreas passíveis de serem trabalhadas em contexto de estágio, e consideradas uma mais-valia para o nosso desenvolvimento profissional e promotor de boas práticas clínicas do pares.

Passamos a descrever, por perfil de competências, iniciando com as competências comuns de especialista e percorrendo pelas competências específicas; a análise diagnóstica efetuada, assim como o trabalho desenvolvido para a aquisição de competências.

3.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.

As competências comuns são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2010, p.8649) e são referentes a quatro domínios.

3.1.1- Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

Neste domínio, para a aquisição de competências teve um contributo importante a Unidade Temática [UT] de Ética de Enfermagem incluída na UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, assim como dos Módulos Direito da Enfermagem e Ética em Investigação, que foi lecionada no ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica [MEMC].

De salientar que, a análise do Código Deontológico dos Enfermeiros [CDE] na sua génese, e os princípios lecionados na UC foram igualmente relevantes para uma nova conceção pessoal do desenvolvimento de juízo clínico e tomada de decisão na prática de enfermagem.

Durante o nosso percurso de desenvolvimento profissional, fomos adquirindo capacidades explícitas de análise e resolução de problemas complexos e interiorizando princípios éticos e deontológicos inerentes a profissão.

Desenvolvemos a capacidade de integração de todos os atores produtores de cuidados de saúde, através de movimentos de centralização das preferências da Pessoa/Família, alvos dos cuidados e da atuação multidisciplinar e interdisciplinar (*Unidade de competência A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*). Implica processo de saber «advogar» de acordo com o que foi partilhado pela Pessoa/Família sobre as preferências em cuidados e processos de saúde/doença, associados aos significados de Esperança firmados (Donna, 1979) (*Unidade de competência A2.1- Promove a protecção dos direitos humanos*).

Esta capacidade, expressa a autonomia do julgamento fundamentado num vasto leque de opções, orientando a Pessoa/Família no direito ao cuidado e à informação, em que o melhor cuidado possível engloba as preferências destes e a avaliação sistemática das melhores práticas, numa defesa da autodeterminação (*Unidade de competência A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas*).

Esta prática diária de prestação de cuidados individualizados à PSC e à sua família, implica um juízo baseado num corpo de conhecimentos próprios e experiência, que foram aprofundados pela integração dos conhecimentos adquiridos; a que acrescentaríamos o desenvolvimento de uma capacidade de profunda reflexão pessoal do agir e da responsabilidade; e uma extrapolação desta reflexão para a discussão sobre a prática nos seus conteúdos e resultados com os pares (*Unidade de competência A1.3- Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade*). As características da própria equipa potenciam esta aprendizagem.

A construção do PIS espelha essa reflexão sobre o que fazemos, como e porquê através de diferentes contextos e níveis de complexidade num movimento de obrigação e compromisso profissional (*Unidade de competência A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente*). Para isso, foi solicitado consentimento aos seus participantes após autorização do Conselho de Administração, Coordenadora da Equipa de Enfermagem e Diretora clínica, de acordo com procedimentos éticos e formais necessários ao desenvolvimento de um projeto de âmbito institucional (*Unidade de competência A2.1- Promove a protecção dos direitos humanos*).

O envolvimento da Pessoa/Família no planeamento dos cuidados através do desenvolvimento de uma relação terapêutica é o ponto central da teoria de Travelbee (Donna, 1979); e sem esta nunca se poderá destringir as verdadeiras necessidades sentidas e verbalizadas.

O CDE (OE, 2009) refere que o enfermeiro nas intervenções de enfermagem deve ter a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro atendendo a “valores universais a observar na relação profissional” (artigo 78º). A sua construção implica práticas de cuidados assentes no direito à privacidade, sigilo, dignidade e segurança da Pessoa alvo de cuidados (*Unidade de competência A2.1- Promove a protecção dos direitos humanos*).

Explícita, o CDE (2009) que o enfermeiro, no âmbito das suas competências, deve fornecer informação solicitada pelo cliente sobre cuidados de enfermagem (artigo 84º). Mas sendo, o direito da Pessoa e da Família relativamente a informação são duas dimensões distintas, torna por vezes difícil o esclarecimento das questões colocadas por estes últimos.

No direito ao acesso a informação, é inconcebível o desrespeito pela confidencialidade e privacidade, posto que a escolha está limitada à Pessoa e somente à Família, se existir esta decisão por parte da Pessoa. Através da observação da equipe de enfermagem do local de estágio I e II, verificamos que eram imensas as dúvidas de como informar e quais as fronteiras da informação (*Unidade de competência A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente*).

Tendo esta premissa de confidencialidade; o conhecimento da Pessoa, o seu percurso e as preferências não deixam de ser importantes para o desempenho profissional e para a expressão ética e deontológica da profissão na promoção “da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (artigo 78º, CDE). Uma vez que a maioria das vezes a Pessoa está incapaz de comunicar, o conhecimento sobre o outro advém dos que lhe são próximos, permitindo aplacar a fragilidade no processo de integração nos cuidados.

Esta capacidade denota-se na equipa, capaz de um diálogo crítico-reflexivo de confronto de ideias, centrado nas discussões e partilhas sobre direitos, deveres, gestão de informação e exposição de sentimentos enquanto Pessoa em situações de maior complexidade durante a passagem de turno.

Promovemos a capacitação nesta área, de forma a suportar direitos elementares da Pessoa e da sua Família; e da própria equipa de enfermagem. Partimos do princípio que os direitos e os deveres não são só inerentes ao alvo de cuidados, mas aos próprios enfermeiros na promoção da sua autonomia, dignidade e liberdade, através da dotação de instrumentos para que possam tomar decisões fundamentadas e conscientes relativamente aos cuidados que prestam (*Unidade de competência A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão*).

Assim, foram determinadas necessidades e informada a equipa de Enfermagem sobre a participação no PIS e os seus objetivos. Foi garantido o anonimato durante a aplicação do instrumento de colheita de dado e do instrumento de observação; e explicado quais os objetivos dos mesmos para a obtenção de autorização junto dos responsáveis.

Esta gestão da forma como o processo se desenrolou foi uma mais-valia para o amadurecimento do investigador e da mesma especialmente na decisão de atuação em situações específicas (*Unidade de competência A1.3- Lidera de forma efectiva os*

processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; Unidade de competência A1.4-Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.).

3.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade.

O PIS anteriormente descrito, surge numa linha de continuidade de um projeto já instituído: Acolhimento aos familiares/pessoas significativas do doente internado na UCI.

Iniciou-se em 2009, com a construção de um folheto de acolhimento à Pessoa/Família. Rapidamente, tomou outras proporções, transmutando-se num projeto, que visava diminuir a ansiedade e o desconhecimento, no primeiro contato com uma UCI.

Estabeleceu-se o acolhimento como resposta ao indicador de qualidade de satisfação do cliente, sendo que a equipa de enfermagem têm um papel preponderante no mesmo (*Unidade de competência B1.1- Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade*).

Reconhecendo o potencial campo de desenvolvimento das práticas humanizantes promovemos a prática baseada em evidência através da implementação do projeto e da formação (*Unidade de competência B1.2- Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática*).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, menciona a necessidade em aumentar a segurança da comunicação, em várias vertentes das quais destacamos: a responsabilização dos profissionais na transmissão de informação em mudanças de turno e nas transferências ou altas dos doentes, e a integração do doente na prestação nos cuidados de saúde.

O Conselho da União Europeia (2009), na sua recomendação sobre segurança do doente recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde, pois deste ato advém a corresponsabilização do doente quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença, contribuindo para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados e na gestão das expectativas face aos cuidados que pretende ou necessita de receber.

A contribuição da Pessoa para definir o que são cuidados de saúde úteis; e as expectativas sobre a sua implementação e resultados, assim o estabelecimento de laços de confiança que permitem esta conceção, são integrantes no conceito de esperança apresentado por Travelbee (Donna, 1979).

Ao falarmos de comunicação e informação, não queremos abordar um conceito redutor. Este engloba a vertente de cuidados seguros. Afirmamos, que a criação de sistemas seguros de prestação de cuidados vai para além, do antecipar. É importante adequar recursos e capacidades à situação da PSC.

Existiu a consciencialização de que as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade, pois as suas práticas incorporam, entre outras, os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos Enfermeiros e a complexidade e intensidade das atividades de Enfermagem (Oliveira, 2007). Aqui ressalta, a importância do EEEMC, como promotor da qualidade dos cuidados, definindo recursos adequados pela sua capacidade diferenciadora de tomada de decisão clínica, aspeto que pensamos ter desenvolvido no decorrer deste projeto e dos estágios efetuados.

Na nossa prática diária, desempenhamos regularmente atividades promotoras da segurança da PSC; através de mecanismos de avaliação de risco de que são exemplo a Escala de Braden ou Escala de Morse e a implementação de medidas corretivas e preventivas de acordo com a avaliação obtida (*Unidade de competência B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo*). Outras práticas regulares são exemplo da cultura organizacional: a identificação da pessoa com recurso a pulseira, o uso de sistema de notificação sobre incidentes, o que implica uma reflexão sobre a ocorrência; e o uso de princípios básicos de controlo de infeção associados aos cuidados de saúde.

No entanto, os instrumentos de análise e processo de gestão de risco demonstrados na UT de Enfermagem no Modulo de segurança e gestão de risco nos cuidados de Enfermagem foram úteis para a interiorização da importância da notificação de incidentes (*Unidade de competência B3.2- Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais*), uma vez que o sentíamos este processo como distante da prática por pouco retorno de informação pós-notificação.

A integração da Pessoa/Família como elemento no planeamento de segurança e no processo de prestação de cuidados, e os mecanismos de avaliação das práticas são igualmente importantes.

O projeto de acolhimento está documentado e parametrizado em linguagem CIPE utilizando o resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem, o que permite a sua monitorização através de indicadores específicos e uma avaliação contínua comparável entre os vários anos de produção, que suporta um sistema de melhoria de qualidade (*Unidade de competência B2.1- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado*). A satisfação com o acolhimento e gestão de informação ao longo do internamento é realizada através de instrumento próprio dirigido ao familiar de referência, identificado durante o internamento (*Unidade de competência B2.2- Planeia programas de melhoria contínua*).

As alterações do Projeto têm sido realizadas, de acordo com esta monitorização, que permite avaliar e estabelecer prioridades (*Unidade de competência B2.3- Lidera programas de melhoria*). O planeamento as suas alterações, assim como os resultados obtidos podem ser consultadas nos relatórios anuais enviados a Coordenadora do serviço e Diretora de Enfermagem. São realizadas auditorias clínicas bianuais ao processo inerente ao acolhimento desempenhado pela equipa de Enfermagem, e esta monitorização permitiu detetar a problemática, da adesão a CF (*Unidade de competência B2.2- Planeia programas de melhoria contínua*).

Hesbeen (1998) refere-se a qualidade como um *continuum* de um processo em permanente evolução em que o sentido e a capacidade de apropriação coerente são importantes.

Como resposta as alterações realizadas sabemos que a equipa, na sua generalidade, reage positivamente a momentos de formação e a divulgação dos indicadores de produção e de satisfação do Familiar de referência.

O grupo do projeto têm tido uma especial preocupação na divulgação da sua experiência e resultados em reuniões científicas (*Unidade de competência B1.2- Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática*).

A frequência do mestrado e o apoio fornecido na conceção do PIS permitiu-nos fortalecer aptidões de análise e de planeamento estratégico, que pensamos necessárias para a evolução do projeto já existente. A aplicação de ferramentas de gestão, por nós

desconhecidas foi uma mais-valia neste processo de planeamento da implementação do PIS. Contribuiu para a síntese e priorização das diversas vertentes do mesmo, evidenciando uma consolidação de competências.

3.1.3- Do domínio da gestão de cuidados:

As UT de Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem, integradas na UC Gestão de Processos e Recursos, permitiram o desenvolvimento de competências enquanto “chefe de equipa”, fornecendo valiosos instrumentos com vista à melhoria da qualidade na gestão de cuidados

A gestão de cuidados implica a oportunidade de treino e desenvolvimento profissional, ajustamento de competências e reconhecimento da importância da comunicação e da negociação na construção de um trabalho de equipa (Benner *et al*, 2011). O PIS contempla a articulação funcional da equipa interdisciplinar, tendo como fato central, a importância da comunicação na gestão integrada de cuidados.

Aplicámos e articulámos os fundamentos teórico-práticos na prestação de cuidados à Pessoa/Família, tendo em conta a sua conceção de bons cuidados e a filosofia e prática institucional, reconhecendo oportunidades de melhoria e avaliando a prática de acordo com os resultados obtidos.

Gerir cuidados na nossa prática profissional implica adequar as capacidades e competências da Equipa de enfermagem às necessidades das Pessoas internadas; ter capacidade de organizar e articular as respostas da Equipa interdisciplinar, potenciando as respostas do Cuidar (*Unidade de competência C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*).

Hesbeen (1998) citando Le Boterf define competência como um triângulo em que existe combinação dos vértices, do saber agir, poder agir e do querer agir. O desenvolvimento deste percurso reforçou a nossa autoconfiança na tomada de decisão, ou seja no querer agir. Tornou importante a consciencialização da capacidade de tomada de decisão como estratégia orientadora dos objetivos pretendidos e das orientações terapêuticas (*Unidade de competência C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*). A reflexão conjunta entre os profissionais e a valorização da autonomia profissional foi importante neste processo (*Unidade de competência C2.2-*

Adapta o estilo de liderança e adequa- o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos).

A frequência do pré-curso de “Gestão de recursos em situações de crise em urgência/emergência” do III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica (Anexo VI), permitiu a reflexão profunda sobre estas dimensões que integram não só o saber planear e desempenhar cuidados, mas igualmente apropriá-los conscientemente de uma dimensão deontológica e ética geralmente implícita (*Unidade de competência C2.1- Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados*).

A priorização dos cuidados prestados é um desafio numa situação de crise e implica uma capacidade de análise e tomada de decisão. Por exemplo; se a estabilização da PSC na entrada na UCI, é um momento complicado e que absorve a Equipa interdisciplinar, a priorização dos cuidados as Pessoas internadas na sua globalidade é um desafio. Implica a reorganização das respostas da Equipa, em que se torna importante uma miscelânea e múltiplas áreas de competências e uma capacidade de comunicação efetiva (*Unidade de competência C2.1- Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados*).

A capacidade de liderança, o total conhecimento da globalidade das Pessoas internadas; e a redistribuição dos enfermeiros de acordo com as suas capacidades reconhecidas permite essa organização (*Unidade de competência C2.1 Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados*). Essa capacidade de orquestrar o trabalho de equipa é expresso conscientemente no papel do EEEMC.

A delegação é um ato de responsabilidade e implica obrigatoriamente supervisão. Segundo o CDE (2009) é dever do enfermeiro «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega” (artigo 88, alínea e), sendo que esta decisão implica assegurar a qualidade e a continuidade desses mesmos cuidados, através de uma conduta de orientação, avaliação e acompanhamento. Verifica-se no recurso a uma classe funcionalmente dependente que assiste a equipa de enfermagem; os assistentes operacionais (art. 10º, Decreto - Leil 61/96 de 4 de Setembro). O âmbito profissional desta classe profissional está regulamentado na Portaria nº1041 de 2010 de 7 de Outubro. No nosso contexto, a delegação não é uma prática recorrente e ocorre para realizar uma

determinada tarefa, escolhida numa situação concreta (*Unidade de competência C1.2- Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*).

Portanto, a delegação implica o ajuizar da competência em quem se delega e a providência de medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura e de acordo com os padrões de qualidade e procedimentos estabelecidos, sendo nesta consciência e conhecimento que se delega.

3.1.4- Do domínio das aprendizagens profissionais:

Segundo Hesbeen (1998) a experiência só por si não gera conhecimento. Embora contribua para a mesma, e para o seu enriquecimento é necessário um movimento de reflexão, discussão e concetualização, para uma prática mais portadora de sentido.

Preocupamo-nos durante o estágio I, II e III; em procurar oportunidades de aprendizagem, que permitissem mobilizar o conhecimento adquirido pela experiência profissional, pesquisa bibliográfica e a frequência do MEMC para o desenvolvimento de respostas à problemática e as necessidades autorreconhecidas (*Unidade de competência D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*). Retiramos proveito das temáticas ministradas na UC de Investigação no que se relaciona com a execução da pesquisa bibliográfica

O PIS foi construído em forte evidência científica que demonstra os ganhos efetivos em saúde com o uso desta estratégia interdisciplinar. Consideramos que em si, a sua construção e desenvolvimento, suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (*Unidade de competência D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho*).

Assim; vimos a oportunidade de aplicar conhecimentos adquiridos na área de comunicação, na prática do estágio II e III, realizando acolhimentos e colaborando em CF. Esta exposição promoveu, por um lado; o aperfeiçoamento comunicativo e por outro, uma capacidade reflexiva das situações vivenciadas no desenvolvimento do vínculo da relação, que exprime segundo Travelbee (Donna, 1979) a intencionalidade do uso terapêutico de si.

Desempenhamos igualmente um papel formativo no estágio III, servindo como recurso, no esclarecimento de dúvidas relativamente a comunicação com os familiares e no aconselhamento sobre estratégias passíveis de serem utilizados, deixando à consideração dos enfermeiros a decisão da aplicação das estratégias aconselhadas, o que nos permitiu observar. Promovemos momentos de reflexão sobre a decisão o que facilitou a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento do Enfermeiro com a Pessoa/Família (*Unidade de competência D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*).

Acima de tudo, o escutar desenvolveu a consciencialização de áreas no nosso desenvolvimento profissional passível de ser melhoradas e foram uma mais-valia em termos de crescimento pessoal (*Unidade de competência D1.1- Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*). Alertou-nos igualmente sobre alguns fatores possivelmente interferentes na melhoria da adesão à CF, mostrando-se fulcral saber escutar a Equipa e desenvolver capacidades assertivas na discussão (*Unidade de competência D1.2- Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional*).

3.2- ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

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

Consideramos o nosso PIS como o mote para a aquisição desta competência. A complexidade associada a prestação de cuidados de enfermagem à PSC e a necessidade de integração da Pessoa/Família e da gestão de informação aos mesmos; originou o desenvolvimento do projeto como resposta a esta competência, aprofundado no Estágio III.

Refere o artigo 78º alínea 2b) do CDE, a necessidade das intervenções de enfermagem serem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; sendo inerente a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, como princípio enformador. Está igualmente inerente; à capacidade de quem informa, a adaptação da comunicação, num movimento de gestão da mesma (*Unidade de competência K.1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face a situação de alta complexidade do seu estado de saúde*).

A gestão do estabelecimento da relação terapêutica implica o conhecimento e seleção das estratégias mais adequadas, face à situação vivida e as habilidades de relação de ajuda perante a Pessoa/Família com dificuldades de comunicação, inerentes aos recursos terapêuticos de enfermagem, referidos na Teoria de Travelbee. (*Unidade de competência K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica*). Mas, limites éticos e legais são evidentes, na gestão de informação à família, quando não existiu um acordo prévio entre a Pessoa e a Equipa de enfermagem sobre as suas preferências no envolvimento da Família no seu Processo de Saúde/Doença e na forma e conteúdo que deve ser transmitido.

No Enunciado de Posição 02/07, refere “que informar diz respeito “a transmitir dados sobre qualquer coisa”, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, contribuindo para o processo de adaptação”, ou seja contextualizados e revestidos de significado (2007,p.3). E neste contexto implicará a promoção de um mecanismo de controlo e de autoeficácia familiar (*Unidade de competência K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*), pois têm como objetivo a gestão de ansiedade e medo no ajuste familiar à doença crítica.

A Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro referente a “Informação genética pessoal e informação de saúde” afirma que a informação de saúde é da propriedade da pessoa, sem prejuízo das condições do exercício da titularidade, sendo os profissionais de saúde “os seus depositários”, tornando-os desta forma, responsáveis pela sua veiculação e pelos direitos consagrados da Pessoa.

Considera-se implícito que o direito à informação em saúde por parte da Pessoa e da Família são duas dimensões diferentes, já que “a informação sobre cada um a cada um pertence” (OE, 2003).

O mesmo está explícito na alínea b) do artigo 85º CDE, em que se assume que a partilha de informação é somente extensível «aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos». Ou seja, ao direito de informação está inerente o dever do sigilo profissional. Preservando o dever do sigilo, o direito à confidencialidade é extensível todos os dados obtidos que integram a personalidade de cada um, ficando inerente à proteção da Pessoa e dos bens jurídicos que a compõem (nº 1 e 3 do Artigo 78.º do CDE). Parece-nos importante referir neste ponto; que o dever de sigilo estende-se não só aos dados obtidos para a prestação de cuidados; mas também à informação que é produzida e que resulta dos processos de trabalho multidisciplinar (artigo 3 da Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro).

Os direitos de acesso à informação por parte da Família estão legislados na Lei 52/2012 de 5 de Setembro, Lei de Base dos Cuidados Paliativos na Base VI; determinando as áreas de informação passíveis de serem geridas. Destacamos a alínea c) Receber informação sobre o estado clínico do doente, se for essa a vontade do mesmo e a alínea d) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

O parecer 194/2010 do Concelho jurisdicional da OE; considera o fornecimento de informação aos familiares, somente se estes foram essenciais na prestação de cuidados ou seja “implicados no plano terapêutico, por exemplo sendo cuidadores informais, mas tendo em conta proporcionar bem-estar ou proteger os direitos da pessoa cuidada” (p.4).

Esta escolha deve atender à observação dos princípios da necessidade e da proporcionalidade, na manutenção dos direitos da Pessoa e da adequação dos cuidados (artigo 88 alínea) b da CDE).

O princípio da necessidade recorre da “medida necessária para o caso concreto”, ou seja necessária para a proteção dos interesses e bem-estar da Pessoa. O princípio da proporcionalidade, como elemento mediador da prestação de cuidados necessários, deverá ser assente na solução menos constrangedora dos direitos e deveres da Pessoa. Ou seja, se “o juízo clínico realizado pelo enfermeiro constrói-se na interação que desenvolve com a pessoa e na qualidade da relação que estabelece...” (Conselho de Enfermagem, 2009, p. 2), inerente à *Unidade de competência K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica*; origina a necessidade de manter um processo de comunicação eficaz

de forma a “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (artigo 89º, alínea b do CDE), na procura da capacidade decisória do cliente e na determinação do que é um “bom cuidado para o mesmo”, revestido de significado e autoatualização; conceito amplamente explorado na Teoria de Travelbee (Donna, 1979), como foco dos cuidados de enfermagem.

Mas as considerações não se extinguem, na vertente deontológica, mas perpetuam-se no enquadramento Jurídico Português. O mesmo foi explorado na UC de Questões éticas emergentes em Cuidados Complexos, o que contribuiu para a esquematização da problemática com a construção de um fluxograma de decisão sobre esta temática.

Importa considerar, se quem solicita a informação se constitui ou não como representante legal da Pessoa. Em caso afirmativo e após confirmação; a informação a transmitir pelo enfermeiro, permite fundamentar a tomada de decisão na prestação de cuidados, regendo-se mais uma vez pelo art.º 84 do CDE, relativo ao dever de informação e o art.º 157, relativo ao Dever de Esclarecimento do Código Penal. A figura de procurador de cuidados de saúde está prevista no artigo 12º alínea 1 Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, que estabelece o exercício de poderes representativos em matéria de cuidados de saúde, no caso da Pessoa se encontrar incapaz de expressar de forma pessoal e autónoma a sua vontade.

No entanto, não se prevê a total capacidade decisória, protegendo-se a autodeterminação da Pessoa em matéria de cuidados de saúde. Na presença de conflitos entre este e o que se encontra expresso na Diretiva Antecipada de Vontade, prevalece esta última, quando a vontade é expressa, clara e inequívoca (artigo 5 alínea c da Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho). Ao invés, se quem solicita a informação não se apresentar na qualidade de representante legal, a informação a transmitir deve ser apenas aquela que permite a continuidade dos cuidados e que visa a promoção da adaptação à situação, por parte deste e por consequência a sua colaboração nos cuidados à Pessoa.

Em qualquer uma das situações descritas, a informação transmitida pelo enfermeiro, tem por objetivo, garantir o respeito pela dignidade e autodeterminação da pessoa humana, sem prejuízo para nenhuma das partes envolvidas. Independentemente da situação, no enquadramento ético-legal, aplica-se o Artigo 84.º do CDE que na sua alínea c) promove o dever de «atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem»,

referindo-se à adequação da informação às necessidades verbalizadas; e a capacidade de percepção, de acordo com o estado emocional, intelectual e de maturidade do recetor. E esta interação pressupõe o envolvimento, o compromisso e a comunicação entre o Enfermeiro, a Pessoa e a sua família; importantes no estabelecimento de numa relação de confiança, pedra basilar da Teoria de Travelbee (Donna, 1979).

É neste contexto de instabilidade da PSC, quer na UCI, quer na Equipa Médica de Emergência Interna, que prestamos cuidados há mais de uma década, sentindo a necessidade de atualizações de conhecimentos numa perspetiva de melhoria dos cuidados prestados, contribuindo para a manutenção da PSC, na deteção precoce de focos de instabilidade e na manutenção funcional para a recuperação (*Unidade de competência K.1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*).

Fazendo parte da consulta de seguimento ao doente internado, verificamos muitas vezes as repercussões dos internamentos hospitalares na saúde física e psicológica da Pessoa/Família, o que nos faz quer melhorar a prática, através da capacidade de reflexão da equipa interdisciplinar sobre o decorrer das intervenções tomadas.

A prestação à Pessoa implica neste nível de cuidados um ajuizar da mobilização de conhecimentos e habilidades especializadas, promotoras da tomada de decisão, na resposta à gestão da priorização e sequenciação de atividades associadas a protocolos terapêuticos complexos (*Unidade de competência K.1.2- Gere administração de protocolos terapêuticos complexos*).

Durante o estágio I e II considerou-se útil a frequência de uma c (Anexo VII), atendendo ao número crescente de doentes submetidos a este método de assistência/suporte ventilatório. O seu sucesso implica práticas clínicas de Enfermagem diferenciadas no que concerne a escolha dos interfaces, no conforto, na alimentação/hidratação, na manutenção da integridade da pele e na informação e ensino a Pessoa/Família.

Os conteúdos apreendidos foram uteis para a melhoria da prática de cuidados e na supervisão de cuidados prestados pela equipa no papel de chefe de equipa. Esta prática manifesta no seu sucesso, a complexidade na resposta aos contextos e a tomada de decisão, possível pela mobilização de habilidades e conhecimentos (*Unidade de*

competência K.1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica).

É exemplo da gestão de protocolos terapêuticos complexos, na nossa prática diária, o controlo da dor (*Unidade de competência K.1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, otimizando as respostas*). Dependente de uma abordagem interdisciplinar coordenada, complementamos o protocolo farmacológico com a implementação de medidas não farmacológicas, quer sejam cognitivo-comportamentais, físicas ou/e de conforto; de acordo com escalas próprias de avaliação (OE, 2008).

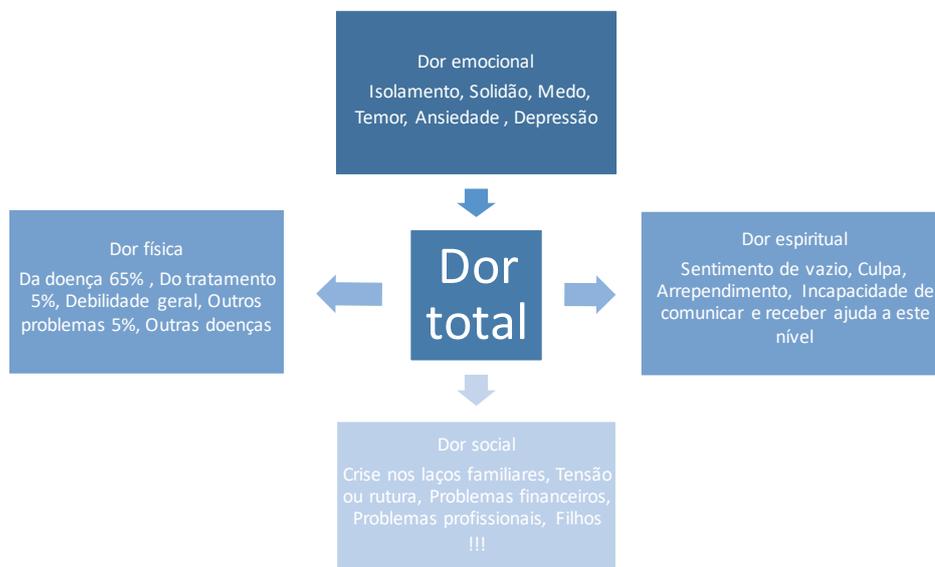
Detetamos situações potenciadoras de quadros de dor aguda, e alertamos para a adequação terapêutica de acordo com avaliação efetuada. Cremos que o papel do EEEMC implica a identificação precoce dos diferentes fatores responsáveis pela dor, de forma estruturada, quer seja sensorial e/ou efetiva-emocional com o objetivo de melhorar a qualidade e eficácia das práticas clínicas, facilitando a comunicação com a equipa de saúde na gestão sintomática (*Unidade de competência K.1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, otimizando as respostas*).

Tendo o conhecimento da multiplicidade dos fatores interferentes e construtores da vivência e expressividade da dor, a comunicação é importante na resposta à mesma e na sua validação. Segundo Ribeiro & Cardoso (2007, p.8) “(...) a universalidade da experiência da dor é transversal à subjectividade individual, ou seja, a dor é aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe”. Está inerente à sua perceção, e fazendo um paralelismo do conceito de ambiente utilizado por Travellbee, uma conjugação de fatores pessoais, culturais, expectativas, estado emocional e de controlo, ou seja fatores inerentes ao contexto; que definem a condição humana e as experiências de vida enfrentadas.

Sapeta (2011) citando Twycross (2003) associa a dor ao sofrimento numa visão holística, relacionada com uma rede de fatores psico-emocionais, sociais e culturais. A autora afirma que não se considera sofrimento sinónimo de dor, mas a vivência da dor em cada pessoa. O juízo clínico e a forma de atuação sobre este conceito alargado da dor como vivência, que desenvolvemos ao longo dos estágios efetuados, manifesta o papel e as respostas desenvolvidas pelo EEEMC.

Esta vivência é muitas vezes agravada, por uma atitude paternalista que origina desinformação e angústia; pelas perdas sucessivas de papéis; e os medos e incertezas relativamente ao futuro do processo de saúde e doença. São diversas as dimensões que se podem estudar relativamente a expressão da dor (Figura um), para um melhor controlo sintomático.

Figura 1: Dor total, segundo Cicely Saunders adaptado de Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos de Paula Sapeta in: Revista DOR volume 15 nº1 de 2007.



O sofrimento associado a vivência da situação e o reconhecimento do seu significado como afirmava Travelbee (1979); implica o desenvolvimento e reconhecimento de recursos, para o crescendo do potencial da relação terapêutica, pressupondo o envolvimento e compromisso; gerador de confiança. O seu desenvolvimento centra a compreensão dos sentimentos e significados a Pessoa/família, na construção respostas adequadas e satisfatórias ao alvo de cuidados, promovendo o potencial de saúde da Pessoa.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção.

A resposta a esta competência foi obtida no estágio I e II. Para isso contribuiu a participação no simulacro de sismo SETLOG e a frequência de curso “Gestão de recursos em situações de crise em urgência/emergência” (Anexo VI) em foi possível trabalhar as *Unidades de competência K.2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe; e K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe.*

Segundo o Decreto-Lei nº 27/2006, de 03 Julho, da Lei de Base da Proteção Civil catástrofe “é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 4696). Uma das suas características é a imprevisibilidade, e por isso, a coordenação das respostas de várias entidades e organismos é essencial para uma correta assistência; em que ressalta para além de outros objetivos a minimização de perda de vidas e de bens.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC):

“é um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de caráter excecional a adotar” (PNEPC, 2012, p.6).

A sua leitura consegue transmitir a complexidade na coordenação dos diferentes tipos e níveis de respostas (*Unidade de competência K.2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência*). Assim, a deteção de possíveis fragilidades ou deteção precoce de erros nas várias fases do processo e o teste da capacidade de resposta dos diferentes atores e da sua coordenação, assim como a utilização dos diferentes canais de comunicação e a sua efetividade, são importantes. Os exercícios são fundamentais na preparação de um evento real e estão previstos no disposto no nº2 do artigo 9º da resolução de 25/2008.

Em 23 de Maio de 2015, participamos num exercício promovido pelos Bombeiros Sapadores de Setúbal e Serviço Municipal de Proteção Civil em parceria com o IPS- ESS com o objetivo de promover uma metodologia abrangente de preparação e desenvolvimento de exercícios de proteção civil. Para tal, planeou-se um cenário de Sismo, onde se treinou uma operação de acolhimento de população desalojada com montagem de um Campo de Deslocados. Foi pedida a colaboração do IPS-ESS, nas seguintes vertentes: na constituição de equipas especializadas, em concreto, na dinamização de uma triagem primária em cenário de resgate usando a metodologia de *Simple Triage and Rapid Treatment* [START]; na participação numa triagem secundária/avaliação de Saúde das vítimas; na inclusão de equipas de saúde no Posto de Saúde do Campo de Desalojados/deslocados.

O exercício teve como objetivo, a avaliação de respostas a um episódio de catástrofe de modo a detetar falhas e treinar os participantes para um evento real. Estabeleceu-se o seu decorrer numa Fase de Emergência, com divisão do cenário numa zona de sinistro, zona de apoio, zona de concentração e de reserva.

A nossa atuação efetuou-se na zona de sinistro com a execução da triagem primária START de uma vítima e a extração do instrumento de remoção do local. Esta triagem permite uma avaliação célere e eficaz face a um grande número de vítimas, determinando níveis de urgência e potenciando a assistência precoce (INEM, 2012). Acompanhámos, igualmente o processo de identificação de vítimas e o exercício de extração num cenário de colapso de edifício.

Desenvolvemos na zona de apoio, o registo de dados de saúde dos deslocados, com o objetivo de detetar possíveis problemas de saúde passíveis de constituir risco para a restante população por exemplo: rubéola; identificar necessidades imediatas de saúde, por exemplo lesões ou fornecimento de medicamentos no caso de doenças crónicas; e triar possíveis comportamentos ou verbalizações de ansiedade e de perdas, encaminhando para a equipa de psicólogos (*Unidade de competência K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe*).

Sendo que se esperam respostas automáticas, articuladas e coordenadas de acordo com o planeamento, mas com adaptação a situações imprevisíveis; penso que o mesmo poderia ter sido enriquecido com um exercício de triagem secundária de multi-vítimas, triagem TRTS- *Triage Revised Trauma Score*, que poderia permitir a reflexão sobre a

capacidade de resposta e mobilização de habilidades e conhecimento na complexidade de cenários com recursos escassos e que devem ser priorizados (*Unidade de competência K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe*).

Face a necessidade sentida optou-se pela frequência do pré-curso de “Gestão de recursos em situações de crise em urgência/emergência” do III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica (Anexo VI), já referido anteriormente.

Atribuímos especial importância a este curso, porque permitiu um exercício de reflexão e da atuação em cenários que podem ser transversais à prática diária, e em situações excepcionais, como cenários de catástrofe. Ressaltamos que o seu conteúdo não foi só direcionado para a atuação técnica, mas teve em conta a mobilização de conceitos deontológicos inerentes à prática da profissão de Enfermagem, numa perspetiva de transposição de conhecimentos. Destacamos neste contexto de ensino de alta-fidelidade; a importância do líder; da comunicação efetiva na equipe multidisciplinar (*Unidade de competência K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe*); e na necessidade de uma resposta estruturada, mas com a capacidade de ajuizar rapidamente sobre fatores múltiplos e continuamente mutáveis (*Unidade de competência K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe*).

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

Durante o MEMC foram adquiridos e aprofundados conhecimentos no âmbito do controlo de infeção ao frequentar a UT de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas, inserida na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, tendo sido complementado com a UT de Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem inserido na UC Enfermagem, ministrada no primeiro semestre.

Revelaram-se importantes por realçarem o papel do EEEMC, como um elemento que deve manter-se em constante atualização; e por essa razão ser aquele que deve questionar e ponderar respostas à estratificação de risco efetuada e atuar de forma diferenciada.

Em 2014, optou-se por unir dois grandes programas de saúde: o de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e o das resistências aos antibióticos, originando o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA] por apresentarem estratégias de intervenção comuns e complementares. A junção teve como objetivo geral a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS], hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos.

Nas suas orientações programáticas (DGS, 2013) encontra-se como orientação específica, a normalização de estruturas, procedimentos e práticas clínicas, sendo uma das suas atividades; a emissão de normas e orientações clínicas.

Sabemos que as técnicas invasivas são atualmente um meio de diagnóstico, monitorização e tratamento, comumente utilizado; e que estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2013).

Na nossa prática diária utilizamos precauções básicas de controlo de infeção, recorrendo a adequação de acordo com as necessidades das Pessoas internadas. Conhecemos e aplicamos os protocolos institucionais sobre os cuidados de enfermagem as Pessoas internadas com infeções, e instituímos medidas de isolamento quando necessário.

Temos em consideração esse mesmo fator, na alocação dos cuidados pela equipa de enfermagem e da unidade física para a Pessoa que sabemos previamente portador de uma infeção hospitalar (*Unidade de competência K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*).

Reconhecendo a necessidade de normalização de procedimentos que são transversais a instituição, pela segurança que fornecem aos seus profissionais no desempenho, diminuído a dúvida e o risco, dirigimo-nos ao Grupo Coordenador Local do Programa de

Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos [GCLCIPRA], em busca de uma área prioritária de intervenção (*Unidade de competência K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo de infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*). Foi-nos sugerido a elaboração de um procedimento para prevenção da infecção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta, pois a infecção associada ao cateter urinário é a uma das mais frequentes em meio hospitalar (DGS, 2015).

São quatro, as infecções mais representativas das IACS: infecção do trato urinário (usualmente associada ao cateter vesical); infecção do local cirúrgico; infecção da corrente sanguínea (usualmente associada a dispositivos intravasculares) e pneumonia (associada ao ventilador). Destas, a infecção urinária surge como a mais incidente, mas com menor taxa de mortalidade e custos associados ao seu tratamento (DGS, 2015).

A sua incidência está relacionada em 80% dos casos; à existência de cateter vesical (APIC, 2008). O risco que contrair a infecção é dependente de fatores intrínsecos (associados ao estado da Pessoa) e/ou extrínsecos, sendo que entre estes últimos, se encontram: os cuidados na inserção do cateter e os associados a sua manutenção; como a manutenção da integridade do sistema fechado, a forma como se procede no despejo dos sacos e a verificação da necessidade de manutenção do cateter (HICPAC, 2009).

Considerando importante a participação e reconhecendo o trabalho necessário para o seu desenvolvimento; sugerimos a elaboração conjunta com alguns colegas do MEMC. Validamos a nossa intenção junto da Enfermeira Orientadora de Estágio e a Docente Orientadora.

Assim definimos como **objetivo**:

- Elaborar um procedimento para prevenção da infecção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta, em conjunto com outros dois colegas do 4 MEMC, para o Hospital Distrital, em articulação com o GCLCIPRA.

Estabeleceu-se o planeamento, descrito no quadro 9:

Atividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
-Realização pesquisa bibliográfica sobre a temática.	Enf ^o Orientador docente: E.M.,	Computador com acesso a internet.	2ª semana de Outubro	1º- Demonstra iniciativa para identificar elementos indispensáveis à sua prática.
- Elaboração da proposta do procedimento.	Enf ^o responsável pela GCLCI-PRA: F.B.	Biblioteca da Escola. Bloco de notas.	3ª semana de Outubro	2º- Demonstra interesse em promover o desenvolvimento da prática especializada.
- Discussão da norma com a Enfermeira Orientadora Docente.			4ª semana de Outubro	3º- Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.
- Reunião com os elementos da Comissão de Controlo de infeção para discussão.			4ª semana de Outubro	4º- Descreve as fontes da literatura e os instrumentos usados para adquirir conhecimentos na área.
- Reformulação se necessário do procedimento.			1ª semana de Novembro	5º- Participa na construção da tomada de decisão.
- Elaboração da norma final.			1ª semana de Novembro	6º- Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.
- Realização de pedido de autorização ao Gabinete de Qualidade para a homologação da norma.			1ª semana de Novembro	7º- Utiliza os instrumentos em vigor na instituição para a transmissão de informação, adequadamente.
-Divulgação da norma na pasta pública do Hospital X.				No decorrer do mês de Dezembro

Quadro 9: Planeamento da execução da norma institucional de cateterismo urinário de curta duração.

O mesmo foi concretizado no estágio III. Implicou:

- A análise dos objetivos propostos, com o grupo sobre construção do procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta; que incidiram sobre técnica de cateterismo urinário de curta duração, a manutenção da algália e a retirada da mesma- 1º indicador.

- Realização de uma pesquisa bibliográfica baseado em princípios da revisão sistemática da literatura sobre o tema, em endereços eletrônicos de organizações credenciadas, com recurso às bases de dados Pubmed e Elsevier, utilizando no motor de busca, palavras como: algaliação, cateterismo vesical recomendações, urinary catheterization, guideline, indwelling urinary catheter e cateter-associated urinary tract infection -4º indicador.
- Análise e discussão com o grupo dos dados adquiridos e construção do procedimento e da folha de auditoria.

Esta fase promoveu a discussão entre o grupo de colegas de mestrado sobre os dados obtidos a respeito das boas práticas associadas ao cateterismo vesical, nas *guidelines* internacionais do Centers of Disease Control and Prevention [CDC] e European Association of Urology Nurses [EAUN] -4º indicador. Evidenciou-se, nesta discussão as práticas díspares de cada elemento do grupo na sua prática diária.

Sentiu-se, simultaneamente a necessidade de contactar com o GCLCIPRA, para conhecer detalhadamente o material disponível na instituição, passível de ser usado na técnica de algaliação, - 1º e 6º indicador- assim como o existente capaz de ser adequado na promoção das boas práticas associadas a colocação, manutenção e retirada do cateterismo urinário de curta duração (*Unidade de competência K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo de infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*).

Verificou-se a ausência de porta coletora de espécimes nos sacos coletores existentes na instituição, excetuando nos sacos fornecidos ao Serviço de Cuidados Intensivos; e a desadequação dos *Kits* de algaliação existentes, no que se refere: a quantidade de gel estéril e a sua constituição (com *clohexidina*), a existência de constituintes pouco relevantes (taça para colocar desinfetante e bolas de compressas), a inexistência de campo esterilizado com buraco, e a graduação da seringa para insuflação do balão de algália, com graduação até 10cc.

De forma, adequar a utilização do material fornecido aos profissionais da instituição - 3º e 5º indicador-, foram dadas sugestões através de um documento enviado ao GCLCIPRA, que procedeu ao contacto com os fornecedores do material. Segundo retorno da informação fornecida, verificou-se que apesar do acréscimo monetário, esperava-se a médio prazo uma poupança de custos associada a um menor desperdício de material.

Posteriormente, foram fornecidas amostras de novos sacos coletores, que se encontram em teste em alguns serviços da instituição.

Após estas diligências, e sentindo que a norma em construção, promoveria a adesão a boas práticas, fornecendo indicações ajustada ao material existente na instituição; procedeu-se a sua elaboração (*Unidade de competência K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*). Posteriormente executaram-se os seguintes passos:

- Encaminhamento do procedimento e folha de auditoria para a Professora Orientadora de Estágio.
- Após retorno da mesma, foram tomadas em conta as sugestões e corrigida a norma e folha de auditoria.
- Encaminhamento do procedimento e folha de auditoria para os elementos constituintes do GCLCIPRA.
- Após a análise das mesmas, existiu a necessidade de correção de alguns pontos do procedimento e folha de auditoria.
- Elaboração final dos documentos (Apêndice XIII).

Temos de referir um desvio relativamente ao cronograma previsto, devido em parte, a disponibilidade dos peritos, elementos do GCLCIPRA, para a avaliação dos documentos elaborados, e o tempo despendido na revisão dos mesmos. Este processo relevou-se moroso e implicou a fornecimento de bibliografia para a justificação de alguns processos, como a não uso de lubrificantes com *clorexidina* – 2º e 5º indicador.

Relativamente à utilização dos instrumentos em vigor na instituição para a transmissão de informação -7º indicador- o procedimento, foi homologada e divulgado na pasta pública da instituição, como Procedimento CIF.26- Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta. O mesmo foi apresentado pelo grupo de trabalho, a 13 de Maio de 2016 na Reunião de elementos dinamizadores do GCLCIPRA.

3.3- ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.

Os doentes crónicos com insuficiência agravada de órgão geralmente evoluem no decorrer do seu processo de saúde, para doença avançada progressiva com prognóstico de vida limitado. Durante este processo, poderão existir episódios agudos de doença, que com tratamentos adequados, podem evitar perdas e estabilizar o nível de saúde.

Muitos acabam nesta fase por recorrer aos cuidados hospitalares e não é raro o internamento em UCI.

Espera-se nestes episódios, a prestação de cuidados com capacidade de parar a evolução da doença, mas que sejam garantes da qualidade de vida da Pessoa. Isto implica a correta identificação das necessidades associadas ao sofrimento e intervenção nas mesmas; o correto diagnóstico e tratamento dos sintomas; a aplicação de medidas de farmacologia clínica e de medidas não farmacológicas; e o apoio psicossocial e espiritual aos doentes e seus familiares (Sapeta, 2011).

Os cuidados anteriormente descritos asseveram maior eficiência na boa utilização dos recursos na saúde, utilizando tratamentos articulados sincrónicos, centrados no bem-estar da Pessoa e dos seus familiares.

Benner *et al* (2011) refletem sobre o processo de planeamento acentuando a necessidade dos profissionais desenvolverem capacidades comunicativas clínicas que permitam envolver o cliente na tomada de decisão.

As mesmas autoras (2011) levantam questões sobre a envôlência da Pessoa neste processo, crendo que a discussão do processo de saúde/doença, em termos de sofrimento e recuperação funcional é muitas vezes secundarizado; acentuando a caracterização da progressão da doença e a intervenção farmacológica a ela associada. Esta abordagem é

muito diferente da preconizada que assenta num modelo de cuidados partilhados e de gestão da doença crónica.

Este modelo implica uma intervenção flexível partilhada em que se aspira a prevenção da crise e a cuidados planeados baseados na complexidade, necessidade e pedido (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006).

A forma como o enfermeiro se posiciona no planeamento dos cuidados é dependente do desenvolvimento pessoal e profissional, da sua maturidade e interioridade, do modo como gere as dificuldades pessoais, relacionadas com a Pessoa, a família e o contexto (Sapeta & Lopes, 2014).

Assim durante o estágio I e II, optamos pela prestação de cuidados à Pessoa com insuficiência agravada de órgão, com o objetivo de instituir cuidados de enfermagem prevendo a recuperação com limitação, o que implicou a aplicação de estratégias para conhecer a dinâmica familiar, os recursos sociais da mesma, discutir possíveis limitações resultantes da progressão do doença e planear a adequação de respostas para a alta potenciando a qualidade de vida (*Unidade de competência L.5.4- Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio*).

Exigiu referenciar com frequência a Pessoa à Equipa de Gestão de Altas, especificando as necessidades identificadas e tendo em consideração os desejos expressos sobre a continuidade de cuidados (*Unidade de competência L.5.3- Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal para otimizar resultados na satisfação das necessidades*).

Assim para a aquisição global desta competência, tivemos como **objetivo**: Realizar um artigo sobre o impacto da doença crónica, incapacitante e terminal na dinâmica familiar.

Efetuamos um planeamento de aquisição desta competência (quadro dez). O seu desenvolvimento permitiu melhorar a abordagem da família em contexto da prática e fundamentar o juízo clínico associado ao planeamento dos cuidados.

Atividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação	
	Humanos	Materiais	Tempo		
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática.	En ^o Orientador docente: E.M.,	Biblioteca da Escola.	No decorrer de Novembro	1 ^o - Identifica aspetos a desenvolver como pessoa e como profissional, facilitadores de aprendizagem.	
-Frequência no simpósio “Cuidados paliativos nas insuficiências avançadas de órgão”.			Bloco de notas.		No decorrer de Outubro
-Elaboração do artigo		Computador		3 ^a e 4 ^a semana de Novembro	2 ^o - Descreve as fontes da literatura e os instrumentos usados para adquirir conhecimentos na área.
- Discussão com a Enfermeira Orientadora Docente.				1 ^a semana de Dezembro	
- Elaboração do artigo final.				2 ^a semana de Dezembro	3 ^o - Analisa e reflete sobre a pesquisa obtida.
-Divulgação do artigo final.				3 ^a semana de Dezembro à 2 ^a semana de Janeiro	

Quadro 10: Planeamento da realização de um artigo sobre o impacto da doença crónica, incapacitante e terminal na dinâmica familiar.

Das ações propostas não foi possível a participação no Simpósio por anulação do mesmo.

Relativamente a elaboração do artigo procedeu-se aos seguintes passos:

- Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, utilizando a base de dados B-on, EBSCO, Pubmed e o Repositório Científico Nacional, com os seguintes descritores: doença crónica, família e estratégias de adaptação. Definiu-se como critérios: artigos em língua portuguesa, referentes a população portuguesa, com texto integral, publicados desde 2009, que abordassem a adaptação da Família à doença crónica não transmissível, com exclusão de doença crónica nas crianças e adolescentes assim como da doença mental – 2^o indicador.
- Foram analisados 23 artigos e teses de mestrado, tendo sido eleitos 7 por corresponderem aos critérios estabelecidos.

- Construiu-se o artigo com uma abordagem as Teorias clássicas de adaptação da família à doença, e ao *stress*; pois na apreciação dos documentos analisados concluiu-se que são as comumente utilizadas como base na construção das pesquisas consultadas- 3º indicador.
- Encaminhou-se o artigo para a Professora Orientadora de Estágio e Enfermeira Orientadora.
- Após retorno do mesmo, foram tomadas em conta as sugestões e efetuadas correções.
- Seguiu-se o encaminhamento do artigo, após avaliação da Professora Orientadora de Estágio, para a Revista Cuid'arte, de acordo com os procedimentos e critérios da publicação, aguardando-se a resposta da mesma (Apêndice XIV).

Complementarmente, efetuamos um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos com a duração de 37 horas- 1º indicador.

Pretendeu-se com o mesmo- **Objetivo Geral**- Observar o processo comunicativo entre a Equipa de Interdisciplinar e a Pessoa/Família em Cuidados Paliativos. Definiu-se como **objetivos específicos**:

- Perceber a forma como se estabelece a relação terapêutica entre a Pessoa, Família e equipa de saúde (*Unidade de competência L.5.1- Identifica as necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; Unidade de competência L.5.2- Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares*).
- Verificar as estratégias de organização do trabalho da equipa interdisciplinar (*Unidade de competência L.5.4- Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio*).
- Compreender a prática de Enfermagem inerente ao apoio da família (*Unidade de competência L.5.3- Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal para otimizar resultados na satisfação das necessidades*).

- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório (Apêndice XV).

A questão da transição de cuidados curativos para cuidados paliativos, requer a sensibilidade de “como informar”, díspar da temática de informar ou não informar. A comunicação espera-se colaborativa, permitindo a resignificação e a reorganização da Pessoa/Família. Considera-se que a mesma deve ser adaptativa às necessidades da Pessoa; repetitiva e apoiada na singularidade do caso e da Pessoa/Família; e compartilhada entre os diferentes intervenientes (Wittenberg-Lyles; E.M., 2008).

A reunião interdisciplinar é um encontro interdisciplinar com o intuito de proporcionar espaços de partilha de sentimentos e dificuldades relativas aos casos e fornecimento de informação; numa visão de “horizontalidade de funcionamento” (SFAP, 1999, p.63). Apresenta-se como um suporte primordial, à prática assistencial pela promoção do intercâmbio e da cooperação, tendo em conta que é a Pessoa, alvo de cuidados, que guia as estratégias de cuidados, obviando a centralidade da mesma (Ibidem, 1999).

Não obstante esta centralidade, a Família é vista como foco e alvo de cuidados que perdura para além do falecimento da Pessoa. A avaliação das necessidades da Família passa pelo conhecimento de expectativas, grau de conhecimento/informação, conhecimento de dificuldades, recursos, entre outros aspetos torna-se deste modo essencial o momento de acolhimento e a relação empática estabelecida (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010).

O estágio efetuado foi considerado por nós bastante produtivo, apesar de tardio e contrário ao planeado em cronograma (Apêndice VI). A dificuldade inerente aos objetivos propostos de estágio e as suas implicações éticas e deontológicas, especialmente referente ao sigilo profissional, levantaram preocupações relativamente ao mesmo. Apesar dos obstáculos, todas as interações previstas foram observadas; com a concordância dos intervenientes, sendo explicado o nosso papel de mestrando e de não interveniente direto na prática.

Consideramos tardio o seu desenrolar, pois os seus contributos poderiam ter sido uma mais-valia na execução do projeto. Não desaproveitando os saberes adquiridos, pensamos

que os mesmos terão lugar no desenvolvimento posterior do PIS. Desses aspetos salientamos: a capacidade de reflexão e discussão, em grupo interdisciplinar, das situações vividas e experienciadas no decurso da prestação dos cuidados (*Unidade de competência L.5.4- Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio*); e o planeamento de cuidados englobadores das necessidades sentidas da Pessoa, mas igualmente da Família especialmente no seu ajustamento à doença e ao luto (*Unidade de competência L.5.1- Identifica as necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares*).

Considera-se esta última intervenção, referente ao planeamento de cuidados de enfermagem; importante a ser inserida na prática do contexto de intervenção, não se limitando aos registos da CF em si, mas abordando genericamente sentimentos e reações da Pessoa/Família durante o internamento em cuidados intensivos. Este planeamento e registo pode ser promotor da deteção precoce da necessidade de uma intervenção interdisciplinar (*Unidade de competência L.5.3- Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal para otimizar resultados na satisfação das necessidades*).

Apesar da Equipa de Enfermagem, do contexto do PIS, já abordar nas passagens de turno, algumas situações que considera problemáticas na relação com a Família, e/ou na perceção sobre o seu ajustamento, pensamos que esta prática poderia ser generalizada.

Apesar dos contributos positivos; o contexto de estágio, levou-nos a refletir sobre a implementação e o acesso do cidadão à rede de cuidados paliativos. Sentimos, que alguns dos doentes internados, poderiam estar no seu meio familiar, mas a opção para controlo sintomático, limitou de alguma forma a sua continuidade no seu ambiente, por impossibilidade de uma resposta organizada e congruente na comunidade, contrariando aquilo que está previsto no artigo 2 alínea g) na Base IX da Lei de base dos Cuidados Paliativos (*Unidade de competência L.5.2- Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares*).

Este fato teve um impacto importante, não só na postura enquanto profissional de saúde, contribuindo para uma maior capacidade de escuta e consciencialização para uma gestão precoce da alta, assim como dos direitos e deveres de cidadania; e da inerente obrigação de contribuir para a promoção dos direitos e da dignidade dos concidadãos; referente o artigo 78 do CDE sobre Princípios Gerais, ponto 3 alínea a).

Após consecução deste estágio, inferimos que:

- Foi importante para a análise do contexto do estágio de observação; o conhecimento adquirido anteriormente sobre a adaptação da Família à doença crónica e incapacitante, através de pesquisa bibliográfica e do conteúdo ministrado na UC de Cuidados em situação de crise: Cliente e Família. Estes contributos ajudaram-nos a compreender melhor a forma como se constroem os ajustes e/ou os desajustes, e se expressam as perdas e o luto (*Unidade de competência L.5.1- Identifica as necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; Unidade de competência L.5.3- Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal para otimizar resultados na satisfação das necessidades*); contribuindo de forma efetiva para a promoção de uma melhoria de cuidados em fim de vida; à Pessoa/família na prática diária da UCI.
- O estágio de observação, foi significativo para o desenvolvimento da *competência L6- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e á morte*, assumindo, que no contexto de observação; estas competências são indissociáveis.

Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e á morte.

Esta competência é transversal ao PIS, pois o mesmo tenciona fornecer instrumentos e treino comunicativo potenciadores da relação terapêutica. Como complemento optamos no estágio I e II pela frequência do curso “3º Curso Avançado de Cuidados Paliativos: Aperfeiçoar a comunicação” que decorreu no Hospital da Luz (Anexo V). Utilizou uma metodologia mista de exposição e treino com exercícios práticos, com recurso a autoscopia. Abordou temas como a transmissão de más notícias, a discussão de planos antecipados de cuidados, a conferência familiar e como lidar com o pedido de conspiração de silêncio e a agressividade.

Afigurou-se uma mais-valia porque permitiu numa fase inicial do projeto, mobilizar os conteúdos adquiridos na prática diária e em contexto de estágio permitindo o treino e reflexão. Foi igualmente importante, como contributo para a formação formal dos pares; e para a implementação do PIS no contexto (*Unidade de competência L.6.4- Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz*), através suporte da Equipa de Enfermagem na utilização na prática diária de estratégias comunicativas.

O estágio de observação (Apêndice XV) teve semelhante valor, pois apresentou-se como um contexto exemplar na aplicação de boas práticas em cuidados paliativos. Destacamos as seguintes estratégias:

- Acolhimento, com conferência familiar, que permite a desconstrução da conspiração do silêncio e a determinação das construções relativamente à doença e das expectativas (*Unidade de competência L.6.1- Promove parcerias terapêuticas com o individuo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família; Unidade de competência L.6.4 Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz*).
- O da centralidade da Pessoa na construção do Plano Individual de Intervenção, com a confirmação pela Pessoa/família da adequação da necessidade e das intervenções sugeridas, vista nesta análise como marcada pela Teoria de Travelbee (Donna, 1979), já que procura significado no sofrimento, na dor e na doença, e pretende desenvolver competências e a manutenção da autonomia no desempenho de papéis (*Unidade de competência L.6.1- Promove parcerias terapêuticas com o individuo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família*).
- No uso de ferramentas de comunicação no estabelecimento de uma relação de terapêutica, na perspetiva não só do ajuste da compreensão e aceitação das limitações, constantes na Teoria de Travelbee (Donna, 1979), mas na concretização de tarefas de desenvolvimento em fim de vida (*Unidade de*

competência L.6.2- Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto).

- O acompanhamento da Família no seguimento do luto, com o Projeto de “Contato de Luto” existente na instituição, com intervenções antes e após o falecimento da Pessoa (*Unidade de competência L.6.3- Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico; Unidade de competência L.6.4- Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crônica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz).*

Sentimos necessidade de prestar cuidados diferenciados de fim de vida, de tendo em conta o desejo da Pessoa/Família, a sua dignidade e o seu direito a autodeterminação; no local da nossa prática profissional. Utilizamos técnicas específicas de comunicação, dadas a conhecer no decurso deste mestrado; para facilitar a expressão dos sentimentos da família relativos ao processo de morte e luto e na manutenção de uma esperança realista (*Unidade de competência L.6.3- Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico).*

Benner et al (2011) afirmam que é necessário tato, juízo clínico e uma relação terapêutica para ajudar a Família a reconhecer a morte como uma passagem e os sentimentos de culpa, medo e ansiedade associados ao luto. A especificidade da doença terminal e grave, acarreta a adaptação a perdas progressivas e sucessivas, o que implica um pré-luto. O estabelecimento de uma relação terapêutica, com base numa relação de confiança mútua, implica a antecipação da informação a Pessoa/Família de alterações previsíveis, o uso da escuta e o encaminhamento para outros membros da equipa interdisciplinar, visando reforçar as estratégias de adaptação (SFAP, 1999).

No contexto do PIS, colaboramos em conferências familiares com o objetivo de comunicação de más notícias e acompanhamos a família durante o processo de morte da Pessoa, como forma de promover o treino de competências e a reflexão sobre as situações vivenciadas (*Unidade de competência L.6.2- Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto).* Ainda existe alguma dificuldade por parte da equipa interdisciplinar, a aceitação dos limites curativos da doença, e ainda é usual a frase “ não temos mais nada

a oferecer”. No entanto, parece estar a ocorrer uma mudança ténue mas crescente, da promoção de cuidados de conforto e na promoção cuidados de qualidade no fim de vida.

Alcançou-se com o decorrer deste projeto, o desafio à equipa de um melhor acompanhamento da Família nos últimos momentos de vida da Pessoa, que só foi possível de concretizar; devido a uma maior confiança nas suas capacidades comunicativas e de uma melhor eficiência na construção da relação terapêutica.

4- REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE.

O Mestre em EMC é aquele que é dotado de competências profissionais diferenciadas para intervir em ambiente complexo, mas sobretudo capaz de suportar na evidência, o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica (nº 1 do art. 2º do Regulamento do Curso de MEMC, ESS/ IPS, 2011).

Segundo o Regulamento de MEMC (ESS/IPS, 2011), o perfil de competências do Mestre inclui:

Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

É esperado dos Mestres em Enfermagem Médico – Cirúrgica, a integração plena do conceito de supervisão clínica, pois deles se espera que avaliem a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade (ESS/ IPS, 2012).

Atingimos esta competência, e esperamos ter expresso essa ideia neste mesmo relatório. Utilizando a metodologia de trabalho de projeto, mecanismo responsável pelo desenvolvimento enquanto formando; permitiu-nos a organização da resposta à problemática encontrada, através da aplicação das suas diversas fases.

Percorreu-se todo o processo, implicando a análise detalhada da fase diagnóstica, em que foi avaliada exaustivamente a necessidade de intervenção, assim como os fatores interferentes através de ferramentas de gestão; e a construção no planeamento e execução, permitindo a adequação as situações apresentadas e a resposta possível a fatores interferentes; fases sintetizadas neste documento. O planeamento, execução e avaliação do PIS e do PAC, demonstram o julgamento, associado a tomada de decisão face ao contexto.

Descreve-se as respostas propostas; que passaram pela criação de documentos orientadores e formação específica da Equipe Multidisciplinar, numa abordagem de polivalência e de diferenciação entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Correia, 2003).

Procurou-se essa ponte da dicotomia entre a teoria e a prática, centrando a importância entre o fornecimento de conhecimento para a tomada de decisão fundamentada. Não nos limitámos à promoção desse conhecimento, atribuindo igual peso às mudanças observadas na prática clínica, através do uso da observação não participante; construindo assim, um processo de retroalimentação do PIS (Vilelas, 2009).

A construção de documentos orientadores permitiu a abordagem por processo, a tomada de decisão baseada em fatos, potenciadores do enfoque no cliente e no envolvimento dos profissionais (Bastos & Saraiva, 2011). As normas foram consideradas não como um fim em si mesmo, mas como a operacionalização de um conceito, com o objetivo de fornecer evidência que permita a melhoria de qualidade (*Ibidem*, 2011).

Não obstante da sua importância, não fomos alheios a fatores interferentes como a motivação e envolvimento dos profissionais, cultura organizacional e a identidade social e profissional dos intervenientes; e em grande parte estas nortearam as decisões tomadas (Bastos & Saraiva, 2011). Tendo consciência, da possível resistência a atividade; a forma como se estabeleceu a comunicação com o grupo foi um dos fundamentos que permitiu a sua construção. Destacamos, o uso de recursos individuais e de recursos do meio, e a sua conjugação para administrar a complexidade da problemática.

Incluímos o conceito de avaliação cíclica, definido por Vilelas (2008), enfatizando a importância de indicadores de estrutura, processo e resultado, que permitiram a avaliação quantitativa e qualitativa do PIS implementado, . Estes são encarados por nós, como o padrão das avaliações futuras a serem efetuadas na continuidade da atividade.

A observação realizada em conjunto com a autoanálise dos intervenientes resultou como diagnóstico das necessidades formativas, mas igualmente como avaliação do mesmo processo formativo (Vilelas, 2009).

Determinamos igualmente a eficácia da decisão através da construção de indicadores, que já originaram a deteção da necessidade de novos ajustes, na continuidade do PIS: como a necessidade de avaliação da estratégia pelo alvo de cuidados ou de uma formação mais participativa dos pares, com uso de *role-play* e com enfoque na comunicação.

Em contexto de estágio, promoveu-se a reflexão e a experimentação; quer na forma formando, através da discussão e da análise na tomada de decisão com a Enf^a Orientadora de estágio e a Enf^a Docente Orientadora; quer na figura de formador/orientador de pares, figurando-nos como alguém que ajuda, uma figura de tutoria: “a tomar consciência das suas características e capacidades para “agir em situação” assumindo a responsabilidade das decisões que vão tomando em cada momento, encorajando e valorizando as suas iniciativas e estimulando simultaneamente a reflexão” (Rua, 2009, p.103).

O trabalho executado na UC Supervisão Clínica, derivado de uma situação real vivenciada; foi importante no discorrer do pensamento associado à decisão e na discussão gerada entre o grupo de trabalho, sobre o planeamento de cuidados propostos, o que também contribuiu para a aquisição desta competência. O contexto de trabalho em grupo, em que os participantes advinham de contextos laborais diferentes; ressaltou a dinâmica de colaboração; o desenvolvimento da capacidade de diálogo, compreensão e escuta, na clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, necessários ao consenso (Garrido, Pires, & Simões, 2008).

Estas características necessárias ao supervisor são complementos da capacidade de organização e reflexão aliadas à experiência, importantes no desenvolvimento pessoal e profissional e para o suporte na melhoria das práticas clínicas (Garrido *et al*, 2008).

A diversidade de contextos e situações da prática clínica vivenciadas, permitiu evidenciar o papel do enfermeiro na Supervisão Clínica, pelo uso de um leque de competências que permitiram tomar decisões consideradas adequadas, evidenciando os conceitos de competência, reflexão, autonomia e responsabilidade, que foram expresso neste percurso (Nunes, 2006).

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

Um dos deveres do enfermeiro, configurado no CDE no Artigo 88º na alínea c) é “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos...(p.5)”.

Poderemos considerar que na nossa vida profissional, mantivemos o conceito de “*Long Life Learning*”, pois temos consciência dos desafios que nos são colocados diariamente, num ambiente de extrema complexidade e com permanente necessidade de monitorização e resposta rápida, em que a tecnologia está constantemente a ser atualizada.

Tendo um gosto especial pela área do Doente Crítico, mantivemos a formação dentro da especialidade de EMC, no entanto cedo nos apercebemos que a formação nesta área vai mais além do saber fazer, mas implica o saber estar e o saber advogar. Aliás, pensamos que no atual clima socioeconómico, os assuntos discutidos neste relatório são emergentes neste contexto. De forma, que se sentiu a necessidade de frequência deste mestrado.

Como refere Rua (2009, p.60), é importante que a formação formal: “forneça ao aluno os conhecimentos e os instrumentos do saber mas, sobretudo, que o prepare para uma formação auto-dirigida e responsável, que lhe permita acompanhar a evolução dos saberes,... transpor os mesmos para a prática, ao agir com pertinência”. Aprendemos conscientemente a mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos; na formação formal e nas experiências adquiridas ao longo do estágio, revalorizando a experiência adquirida na prática clínica.

Sentimos que a forma como foi conduzido o nosso processo formativo, foi promotor de um mecanismo de autorregulação; manifestado pela autonomia e responsabilidade, na condução do PIS e PAC. Este, constituiu-se como um momento enriquecedor, pois impeliu-nos à tomada de decisão consciente, se tivermos em conta que a ação, têm haver com escolhas e competência no agir; “...resolver o problema (que era o pretendido) é condicionado pela escolha (da melhor ação) e à existência (ou não) de competências para a levar a cabo” (Nunes, 2006, p.9).

Como afirma (Barbosa, Lopes, & Serrano, 2008, p. 26) este movimento “provoca efeitos de autoformação não só no próprio investigador mas, também, em todos os actores que num determinado momento e contexto estejam imbuídos do papel de mediar os conhecimentos produzidos pela investigação que desenvolvem”.

O PAC é um exemplo, de ajuste de necessidades de formação, evidenciando o percurso pessoal da aprendizagem (Rua, 2009). O planeamento do mesmo incidiu em áreas de competências específicas do EEEMC, que se sentiu serem menos presentes, ou pouco trabalhadas na prática diária, mas mesmo assim revelantes na prática clínica, permitindo um trabalho individual numa lógica de recomposição do conhecimento e da transferibilidade (Correia, 2003; Rua, 2009).

Retiramos diversos contributos do levantamento destas necessidades e dos meios encontrados como respostas. Destes salientamos: uma atualização de conhecimentos no cateterismo vesical, uma capacidade de argumentação mais fundamentada sobre as necessidades familiares e os cuidados em fim-de-vida; e uma maior consciencialização dos comportamentos promotores do trabalho em grupo.

Mas, no decurso deste mestrado, sentiu-se a necessidade de complementar a formação ministrada, com a frequência de cursos em áreas específicas. A necessidade foi criada pela vivência e exposição a situações, a que se atribuiu um significado de autorrenovação do saber técnico-científico (Rua, 2009).

Decidiu-se atender à formação sustentada por uma componente crítico-reflexiva, passível de transposição para o contexto de estágio e de prática profissional, num processo de reconstrução de conhecimento numa dimensão projectual (Correia, 2003). Disso foi exemplo, o curso em comunicação e de “Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência.

Defende o mesmo autor (p. 37) que:

“o trabalho de formação já não se limita a proceder a um registo e a uma observação prévia dos saberes experienciais. Para além de se preocupar com o reconhecimento desses saberes, o trabalho de formação procura induzir situações em que os indivíduos se reconheçam nos seus saberes e sejam capazes de incorporar no seu patrinómio experimental, os próprios saberes produzidos pelas experiências de formação”.

Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.

O PIS assenta no princípio da necessidade de trabalho interdisciplinar para a mudança de comportamentos relativamente a forma de como se informa, quem informa e em que contextos, habilitando a equipa para a coresponsabilização e a articulação, e consequentemente; a complementaridade.

Centrou-se esta abordagem nos princípios da Investigação-Ação, pois pretendeu-se que a equipa interdisciplinar assumisse a responsabilidade de decidir quais as mudanças necessárias, através de um questionamento reflexivo e coletivo, utilizando a sua análise

crítica como base contributo para o diagnóstico e de avaliação do planeamento (Vilelas, 2009).

A equipa foi envolvida ao longo do PIS, quer no consentimento na participação, quer na avaliação dos documentos e da formação realizada. Constituímo-nos, igualmente como recurso da mesma no esclarecimento de dúvidas “no momento” e como consultor, sobre casos específicos e dúvidas sobre comportamentos no atendimento à Família da PSC.

A função do consultor evidenciou-se na capacidade de introduzir e executar o planeamento da problemática, determinando como e quando envolver os pares, no treino desenvolvido aos mesmos e na capacidade de apreciação do processo de trabalho de projeto (Vilelas, 2009).

Demonstra-se ao longo deste relatório, que existiram melhorias na prática clínica, através do desenvolvimento da compreensão abrangência e implicações da atividade, o que só foi possível através do envolvimento dos participantes, que assumiram o compromisso da mudança.

Aspirou-se ao desenvolvimento de um trabalho de interdisciplinaridade, se considerarmos que

“...tende a associar-se à capacidade de se inserir numa situação comunicacional complexa em que o reconhecimento dos limites das definições de cada uma das “especialidades” constrói das situações constitui, em articulação com a pertinência de cada uma das leituras especializadas, uma condição imprescindível à comunicação e à coordenação horizontal” (Correia, 2003, p. 30).

Desta envolvimento, espera-se, com a promoção do diálogo e da cooperação entre os diferentes grupos profissionais e diferentes saberes; obter o reconhecimento da necessidade de integração da Pessoa/Família nos cuidados, promovendo uma visão de equipa transdisciplinar (Hesbeen, 2003).

Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Conforme enunciado pela OE (2001, p.10), “a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática”, pelo que no processo de tomada de

decisão, devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e por conseguinte, contribuímos para a melhoria contínua da qualidade e excelência do exercício da profissão.

O fundamento das decisões tomadas está descrito no início do deste relatório, mas não se limita a pesquisa bibliográfica realizada, mas assenta nos saberes próprios da profissão, com a utilização de um referencial teórico. O mesmo possibilitou evidenciar a centralidade da Pessoa e a comunicação, como fator relevante na determinação da necessidade de cuidados e a conceção individual do “bom cuidado”, respeitando a construção dos conceitos de Saúde/Doença, as expectativas e objetivos (Donna, 1979). O enquadramento realizado permitiu estabelecer uma interligação entre os conteúdos da pesquisa e os conceitos, atribuindo a congruência à abordagem da problemática.

Mas como refere Rua (2009, pag.34) citando Abreu (2007); o desenvolvimento da tomada de decisão implica a aquisição de “um pensamento crítico que seja intelectualmente disciplinado para conceptualizar, analisar, bem como, para planear ou avaliar níveis de informação procedentes da observação, experiência, relação, reflexão e, também, da análise de episódios anteriores.”

Para além do contributo para a fundamentação do estudo, a análise crítica e a incorporação de resultados de investigação bibliográfica e do contexto; permitiu justificar a utilidade da estratégia e modificar a prática de enfermagem. Auxiliou a construção dos documentos, que se demonstraram orientadores da prática das estratégias e promotores de um sentido deontológico, dos direitos e deveres das partes envolvidas neste processo comunicativo específico. cremos que aplicamos os resultados da pesquisa à prática, através dos documentos condutores da estratégia e da avaliação das mudanças ocorridas após os períodos formativos.

Considera-se que este relatório expõem as decisões tomadas, recorrendo ao espírito crítico para a tomada de decisão, recorrendo a argumentos sustentados com uma pesquisa bibliográfica sólida e refletidos sobre a ação e na ação.

Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

A prática baseada na evidência e a pesquisa científica é, segundo Polit (2004), promotora de altos padrões de qualidade dos cuidados, servindo como base de fortalecimento da identidade da enfermagem, pressupostos constantes e transversais a todo o processo de formação.

Segundo Fortin (1999), a revisão da literatura, tem a sua utilidade como documentação e enriquecimento da questão de investigação. Serve para a construção do quadro de referência, numa estrutura lógica de encadeamento de conceitos. Destacamos a importância dos conteúdos ministrados na UC de Investigação e de Enquadramento Conceitual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que nos auxiliaram na escolha do referencial teórico.

Na elaboração deste relatório, partimos do modelo conceptual de Travelbee, assente na interação; que serve de suporte à construção do PIS, como quadro conceitual; guiando a sua construção e análise.

Utilizou-se uma metodologia de pesquisa bibliográfica, para obter informações sobre a problemática, conhecer os aspetos abordados e verificar as semelhanças e as divergências entre os diversos estudos, construindo-se um marco teórico na construção do PIS e do PAC (Vilelas, 2009). Uma vez que o processo de pesquisa bibliográfica do PAC, já foi descrito anteriormente, expõem-se o processo utilizado no PIS.

A utilização de uma análise rigorosa dos estudos consultados permitiu adequar as estratégias, devido a um conhecimento amplo, dos fatores interferentes na CF. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada nos princípios de uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, utilizando a base de dados B-on, EBSCO, Pubmed e o Repositório Científico Nacional, com os seguintes descritores: conferência familiar, comunicação UCI, Family meeting, interprofessional communication intervention families, Family Conference.

Procurando a melhor evidência, na resposta à problemática identificada; atendeu-se à validade e fiabilidade dos artigos obtidos, e procedeu-se a organização, análise e integração da informação (Fortin, 1999). O resultado obtido encontra-se descrito resumidamente no referencial teórico, numa premissa de julgamento crítico.

Evidenciou-se a ação-reflexão, já que através dos dados obtidos e da reflexão efetuada, acumulou-se “uma diversidade de interpretações que enriquecem a visão do problema e conseqüentemente a sua melhor solução” (Vilelas, 2009, p.198)

O conhecimento obtido foi adaptado à realidade do contexto e as necessidades verbalizadas. Focalizou-se o contexto e um problema específico e procurou-se a melhor evidência clínica (Craig & Smyth, 2004).

Este mesmo conceito de pesquisa considera-se um contributo integrado na manutenção e continuidade do PIS, pois poderá contribuir para a sua evolução.

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Se refletirmos sobre a construção do PIS e PAC, a competência remete-nos ao conceito de promoção da Prática baseada em evidência, pois este encerra a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados (Craig & Smyth, 2004).

Face ao descrito nos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015) relativamente à Satisfação do cliente, são considerados elementos importantes, alguns dos que foram trabalhados detalhadamente no PIS:

- A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica;
- A implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica.

Uma pesquisa rigorosa e cuidadosa indicou-nos os caminhos possíveis de integração do conhecimento adquirido: a formação, a criação de instrumentos orientadores e a supervisão da atividade. A formação pretendeu o desenvolvimento de competências que permitissem “agir em situação”, através do “saber agir”, sendo que a supervisão criou um clima necessário para a instrumentalização do “poder agir”. (Rua, 2009)

Mas, pensamos que extrapolamos a capacitação dos pares e equipa interdisciplinar, se considerarmos que:

“a capacitação significa actuar em parceria com indivíduos ou grupos pra obter o seu empoderamento para a saúde através da

mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde” (OE,2011, p.13),

já que centralizamos a capacitação da Pessoa/Família e a consciencialização dos seus deveres e direitos.

A necessidade de englobar todos os atores na prestação de cuidados de saúde na procura de uma melhor resposta as necessidades; e da promoção da continuidade dos mesmos, ficou evidente no trabalho realizado na UC de Ambientes em Saúde. Neste levantou-se a questão da convergência nas respostas multiprofissionais aos problemas institucionais identificados.

Neste ponto, sobre a visão global da problemática, afirmamos que o PAC contribuiu positivamente para o PIS, se analisarmos o Padrão de qualidade referente ao Bem-estar e o Autocuidado (OE, 2015). Destacamos:

- A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família;
- A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica;
- A utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna;

intervenções trabalhadas no PAC, através do estudo das teorias de integração da doença no sistema familiar e do estágio em Cuidados Paliativos.

Tratando-se de uma problemática, provavelmente transversal às UCI, elaboramos um artigo que descreve o papel do enfermeiro nesta estratégia interdisciplinar de gestão de informação. Pensamos que artigos futuros descrevendo os *outcomes* resultantes do projeto- a satisfação dos destinatários e a perceção sobre utilidade da informação fornecida para adaptação à doença- poderão ser um contributo para o desenvolvimento de novos projetos noutras instituições e serviços, e até potenciador de mudanças de políticas institucionais.

5-REFLEXÃO FINAL.

Este relatório permitiu sistematizar e expor a construção cognitiva inerente à resposta proposta para a resolução da problemática identificada.

Pensamos que a importância do papel do enfermeiro como elo facilitador da comunicação entre a Pessoa/Família e a equipa de saúde interdisciplinar ficou patente na evidência científica descrita. A permanência constante, a pouca rotatividade, a capacidade profissional inerente de estabelecer relações terapêuticas em que os laços de confiança são fundamentais torna esta classe profissional a mais capacitada para uma resposta coerente ao sofrimento e a manutenção da esperança.

Mas a literatura fornece-nos igualmente limitações ao papel do enfermeiro, que numa leitura aprofundada dos textos consultados, resultam de sentimentos de proteção emocional e insegurança, e da cultura institucional, que centra a transmissão de informação exclusivamente da prática clínica médica.

A importância de fornecer instrumentos que tornem os enfermeiros mais seguros no seu desempenho com a Pessoa/Família foram descritos como prioritários. A formação específica em técnicas comunicacionais, consideradas por muitos autores como descuradas na formação base profissional, são disso exemplo.

Mas outros fatores se apresentam como obstáculos a CF: as relações multiprofissionais e a ausência de discussão e reflexão sobre cuidados paliativos nas UCI.

Os estudos consultados independentemente de analisarem o desempenho e resultados da comunicação Equipa interdisciplinar/Pessoa/Família ou centrar-se somente na dinâmica da prática de enfermagem, afirmam categoricamente a necessidade de desenvolver estratégias de comunicação formais que englobem a classe profissional dos enfermeiros.

Formar no sentido de incentivar a “advocacia” e definir papéis e competências é igualmente importante, na promoção de estratégias formais. Esta aquisição foi trabalhada com a equipa no contexto de estágio, e promoveu a discussão entre pares e entre a equipa

interdisciplinar, mantendo-se a consciencialização da necessidade da centralização dos cuidados à Pessoa/Família ao longo deste percurso.

A CF é reconhecida como uma estratégia formal com resultados importantes nos *outcomes* dos doentes e na produção de indicadores assistenciais das UCI (Vincent & Curtis, 2010), mas o seu estudo aprofundado tem sido limitado ao território do Norte da América. Esta estratégia permite a Pessoa/Família, encontrar significado no sofrimento, promover a aceitação da singularidade, limitações e potencialidades, e adaptar-se; promovendo a esperança (Donna, 1979).

Pretendeu-se com o PIS: promover o empoderamento da Pessoa/Família, fornecer instrumentos aos pares que permitam uma escolha consciente e informada das suas práticas clínicas; e responder ao indicador de qualidade institucional de satisfação da Pessoa/Família sobre a prestação de cuidados de saúde e experiência de internamento. Compreendemos a posição privilegiada que o EEEMC pode ter na construção deste processo, conduzindo à mudança de práticas clínicas no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Não obstante, aspirou-se ao envolvimento e participação da equipa interdisciplinar, gerando uma responsabilização pela atividade e no desenvolvimento da capacidade crítica e de reflexão.

Na promoção da autonomia e da responsabilidade associada à mesma; evidenciamos o mandato social associado a Profissão de Enfermagem.

Sem dúvida, que a maturidade evidenciada pela globalidade da equipa, a preocupação com o cuidado à Família e a dinâmica das relações interdisciplinares, foram aspetos facilitadores deste processo.

Compreendemos a importância de fornecer instrumentos, que permitam a tomada de decisão informada no agir ético-profissional, sendo que as escolhas efetuadas da operacionalização de como, de que forma e a quem informar, está dependente; de acordo com o observado, da Pessoa que existe no enfermeiro, da sua experiência profissional e da capacidade de interação com o outro. No entanto, foi potenciada a interação com o Outro e com isto, a reflexão na ação, extrapolando os conceitos teóricos, para a prática diária.

A construção do relatório foi importante pois permitiu elencar os conhecimentos teórico- práticos adquiridos no MEMC e a discussão de ideias e estratégias com quem

nos orientou, permitindo uma outra visão sobre o percurso a realizar, o que se revelou como uma interação enriquecedora.

O caráter teórico-prático do Mestrado valorizou o trabalho autónomo e a capacidade de supervisão do trabalho do formando, permitindo apropriar e transpor constantes da prática e os contributos fornecidos pelos conteúdos das UC, que consideramos como uma mais-valia na aquisição de competências e no percurso do PAC. Afirmamos que de certa forma, o PAC contribuiu para o desenvolvimento do PIS, apesar do alcance das competências específicas, pois considera-se que a denominação de PSC ou em situação crónica paliativa, é por vezes ténue e confusa nos Serviços de Cuidados Intensivos.

No desenvolvimento de competências específicas; pretendemos uma aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagens, pertinente no desempenho competente não exclusivamente nosso, mas abrangente de toda a equipa, o que nos concedeu a figura de elemento de referência para a equipa interdisciplinar, enaltecendo o papel que os Enfermeiros, podem e devem ter no seio da equipa interdisciplinar, na construção de uma identidade profissional (Rua, 2009).

Se a comunicação foi a base de construção do PIS, a mesma foi promovida no PAC: em contexto de estágio de Cuidados Paliativos, na fundamentação do impacto da doença no sistema familiar descrita num artigo; ou até na sua forma institucional e formal na construção da norma sobre cateterização vesical, incitador de um processo reflexivo, na e sobre a ação.

Assim consideramos que o PAC, contribuiu para uma aprendizagem de construção, implicando um envolvimento e um processo pessoal; diagnóstico e de autonomia.

Todos os cursos frequentados durante o estágio, contribuíram igualmente para essa capacidade crítica-reflexiva; estimulando a transposição, se considerarmos que a mesma pretende “utilizar os saberes em contextos diversos aprendendo a adaptar-se” (Rua, 2009, p.48).

O estágio em Cuidados Paliativos, foi importante como contexto de socialização, permitindo atribuir significado aos contributos da UC de Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem.

Mas a realização deste trabalho encontrou constrangimentos e limitações. As inerentes a vida laboral e pessoal, resumidas nas horas despendidas neste processo formativo. No entanto, esses obstáculos ajudaram-nos a definir estratégias e prioridades,

o que se traduziu num crescimento pessoal. Sentiu-se como maior dificuldade a redação deste relatório, por ausência de prática deste tipo de trabalho, e se calhar de uma maior profundidade da prática reflexiva. Esperamos que este seja o reflexo do trajeto realizado, regido para o objetivo proposto, fundamentar e argumentar sobre as escolhas efetuadas.

Não se encerra aqui este caminho, mas define-se o mesmo como uma etapa de uma meta existente: tornar a informação em saúde mais adequada e clara, promovendo a direito a escolha informada da Pessoa, ou a informação promotora de ajuste à Família, respondendo assim à necessidade de *avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica*, referente a promoção da saúde dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015).

Excluindo a avaliação da formação através da observação, não foi possível proceder a avaliação do PIS na sua totalidade, devido ao período de tempo que mediou a implementação e a apresentação do relatório. No entanto, tal avaliação fica prevista e espera-se implementar no decorrer do presente ano, decorrente da continuidade do projeto.

Espera-se avaliar a satisfação dos Familiares relativamente a forma e conteúdo informativo, através da reformulação do inquérito de satisfação e da sua aplicação, após a sua validação. Prevê-se a manutenção das observações do comportamento dos profissionais pelo Grupo de Acolhimento, e a manutenção das ações corretivas através de formação.

Relativamente à qualidade da estratégia, para além das atividades previstas anteriormente e que contribuíram para determinar o valor qualitativo do processo de interação, prevê-se auditar os registos efetuados sobre o planeamento da CF.

Não obstante das limitações deste relatório, espera-se que o mesmo contribua para estimular a produção científica mais aprofundada sobre esta temática, promovendo a necessidade de centralizar a família como um sistema passível de ser alvo de cuidados.

Como projeto, parece-nos ter como mais-valia, a replicabilidade e o baixo custo de execução; e assim a sua divulgação poderá ser importante na mudança de contextos de prestação de cuidados a PSC.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2015). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, nº 10 p. 1-11. Acedido a ultima vez a 19/04/2015 http://www.researchgate.net/publication/270910069_Nurses%27_communication_with_families_in_the_intensive_care_unit_-_a_literature_review.
- Adams, J., Anderson, R., Docherty, S., & Steihauser, K. (2014). Nursing strategies to suport family members of UCI patients at high risk of dying. *Heart & Lung*, nº 43, p. 406-415. Acedido a ultima vez a 19/04/2015 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956314000478>
- Almeida, M. C., & Ribeiro, J. L. (2008). Stress dos clientes nos cuidados intensivos. *Referência*, nº 7, p. 79-88.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology [APIC] (2008). Guide to the Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs): Developing and Applying Facility-Based Prevention Interventions in Acute and Long-Term Care Settings. *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Web site*. Acedido em 25 de Abril de 2016 em http://www.apic.org/Content/NavigationMenu/PracticeGuidance/APICEliminationGuides/CAUTI_Guide_0609.pdf
- Barbosa, L. m., Lopes, C., & Serrano, J. M. (Setembro de 2008). A caracterização de contextos como Prática de Autoformação do Investigador: Da realidade factual à dimensão teleológica da investigação. *Pensar em Enfermagem*, pp. 24-34.
- Bastos, C., & Saraiva, M. (2011). A Qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO – Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *T MQ – QUALIDADE*.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (2ª ed.) Coimbra: Quarteto Editora.

- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach* (2º ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bettinelli, L., & Erdmam, L. (2007). Internação em unidade de terapia intensiva e a família: Perspetivas de cuidado. *Avances en Enfermaria*, vol. 27 p. 15-21. Acedido a ultima vez em 30 de Junho de 2015: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100002&lng=pt
- Blanchard, D., & Alavi, C. (2008). Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nursing in Critical Care*. Vol. 13 nº 5, p. 225-231. Ultima vez acedido a 28/04/2015 http://www.researchgate.net/publication/23281177_Asymmetry_in_the_intensive_care_unit_redressing_imbalance_and_meeting_the_needs_of_family
- Bloomer, M., Morphet, J., O'Connor, M., Lee, S., & Griffithis, D. (Febrary de 2013). Nursing care of the family before and after a death in the ICU—An exploratory pilot study. *Australian Critical care*, nº 26, p. 23-28. Acedido a ultima vez a 09 de Maio de 2015: http://www.researchgate.net/publication/221810099_Nursing_care_of_the_family_before_and_after_a_death_in_the_ICU-An_exploratory_pilot_study.
- Bouso, S., Merighi, M., Rolim, M., Riesco, M., & Angelo, M. (2000). Estágio curricular em Enfermagem: transição de identidades. *Rev. Esc. USP*, 34.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design* (1ª ed.). USA: Library of Congress Cataloging.
- Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive Care Nurses' Knowledge of critical care family needs. *Intensive and critical care nursing*, nº 27 vol. 5, p. 263-272. Acedido a ultima vez a 3 de Abril de 20015 http://www.researchgate.net/publication/51596456_Intensive_care_nurses'_knowledge_of_critical_care_family_needs.
- Care, N. C. (2009). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. *National Consensus Project for Quality Palliative Care*. Acedido a última vez em 7 de Janeiro de 2016: <http://www.nationalconsensusproject.org>

- Circular Normativa n.º 4/DSPCS, Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados* (2000). Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Correia, J. A. (2003). Formação e trabalho: Contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. Em R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (pp. 13-42). Porto: Porto Editora.
- Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento* (2003). Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência- Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Daly, B., Douglas, S., O’Toole, E., & Gordon, N. (2014). Effectiveness Trial of an Intensive Communication Structure for Families of Long-Stay ICU Patients. *Chest*, nº 138 vol. 3 p. 1340-1348. Acedido a ultima vez a 22de Abril de 20015: <http://journal.publications.chestnet.org/> on 12/02/2014
- Deslandes, S., & Mitre, R. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface- comunicação, saúde, educação*, vol.13 p. 641-649. Acedido a ultima vez a 30 de Abril de 20015: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500015&script=sci_arttext
- DGS. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- DGS. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.
- Dias. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*, nº 19 p. 139-156. Acedido a ultima vez a 19 de Junho de 20015, de Disponível em WWW: <URL:http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvi me nto19_139.pdf>. ISSN 2316-3402.
- Donna, M. E. (1979). *Travelbee`s intervention in psychiatric nursing* (2ª edição ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Eggenberg, T. N. (2010). The essence of the family critical illness experience and Nurse-family meetings. *Journal of family nursing*, nº 16, p. 462-486. Acedido a ultima vez a 30 de Maio de 2015: <http://www.medscape.com/medline/abstract/21051759>

- Enfermeiros, O. d. (2010). Segurança da Informação em saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem. Parecer CJ-194 / 2010.
- Enfermeiros, O. d. (Março de 2007). Consentimento informado para intervenções de Enfermagem. Consentimento informado- EP02/07.
- Engstrom, A., & Soderberg, S. (abril de 2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, nº 16, p.1651-1659. Acedido a ultima vez a 14 de Maio de 2015: http://www.researchgate.net/publication/6370326_Close_relatives_in_intensive_care_from_the_perspective_of_critical_care_nurses
- Engström, A., & Söderberg, S. (Outubro de 2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, nº20, vol.5 p. 299-308. Acedido a ultima vez a 14 de Maio de 2015: http://www.researchgate.net/publication/8263979_The_experiences_of_partners_of_critically_ill_persons_in_an_intensive_care_unit
- Faria, S. (Novembro de 2015). Como surgiu o conceito de supervisão clínica em enfermagem. Acedido a ultima vez a 14 de Maio de 2016: <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com>
- Fawcett, j. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. (1ªed.) Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fox, M. (2014). Improving Communication with Patients and Families in the Intensive Care Unit: Palliative Care Strategies for the Intensive Care Unit Nurse. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, nº 16, vol. 2, p. 93-98. Acedido a ultima vez a 4 de Maio de 2015: http://www.researchgate.net/publication/271953998_Improving_Communication_With_Patients_and_Families_in_the_Intensive_Care_Unit_Palliative_Care_Strategies_for_the_Intensive_Care_Unit_Nurse.
- Garrido, A., Pires, R., & Simões, J. (2008). Supervisão clínica em Enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Gay, E., Pronovost, P., Basset, R., & Nelson, J. (2009). The intensive care unit family meeting: Making it hapen. *Journal of Critical Care*, nº24 p 1-12.

- Gutierrez, K. (May/June de 2012). Prognostic Communication of Critical Care Nurses and Physicians at End of Life. *Dimensions of Critical Care Nursing*, nº 30 p. 170-182. Acedido a ultima vez a 3 de Julho de 2015 http://www.researchgate.net/publication/223957596_Prognostic_communication_of_critical_care_nurses_and_physicians_at_end_of_life
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAP] (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee web site*. Acedido em 25 de Abril de 2016 em http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em Enfermagem- Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. (1ª Ed.) Loures: Lusociência.
- Hudson, P. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, p.1-12. Acedido a ultima vez a 14 de Maio de 2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542352/>
- INEM. (2012). *Situação de excepção -Manual TAS*.
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (2011). *2º Mestrado em Enfermagem: Guia de Curso – 1º Semestre* (ano letivo 2011/2012). Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde.
- Kruijver & Francke (January 2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*. Vol.34, P. 129–145. Acedido a última vez a 14 de Junho de 2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000968#>
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L., Chevret, S., Adrie, C., Azoulay, A. (February, 2007). A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *The New England journal of medicine*. P.469- 478. Acedido a última vez a 21 de Junho de 2015. <http://depts.washington.edu/eolcare/products/communication-tools/>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (1ª Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. P. 332-339.

- Nelms, T., & Eggenberger, S. (2010). The Essence of the Family Critical Illness Experience and Nurse-Family Meetings. *Journal of Family Nursing*, p. 462-486. Acedido a ultima vez a 12 de Abril de 2015, de <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&q=NELMS+E+EGGENBERGER%2C+2010+ICU&btnG=&lr=>.
- Nelson, J. & Krimshstein, N. (2011). Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention. *Journal of Palliative Medicine*, N° 12, vol. 14. P. 1325-1332.
- Neto, I. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. Em A. e. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 61-68). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como um instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, p. 68-74.
- Neto, I. G. (2007). Family meetings as a means of support of patients. *European Journal of Palliative Care*.
- Oliveira, J. (Fevereiro de 2007). Intervenção da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados. (O. d. Enfermeiros, Ed.) *VII seminário de ética*, p. 56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor- guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *MDP- sistema de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem (SIECE)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Cipe, versão 2*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Junho de 2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. N° 123, 17240-17243. Diário da República.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização dos Serviços em cuidados paliativos- Recomendações*. Lisboa.

- Parker, M., & Smith, M. (2010). *Nursing Theories and nursing practice*. (1ªed.) Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Piedade, M. (2009). Humanização: Uma reflexão na perspectiva dos cuidados paliativos. *Revista Enfermagem*. p. 8-13.
- Popejoy, L., Brandt, L., Beck, M., & Antal, L. (May/June de 2009). Intensive Care Unit Nurse Perceptions of Caring for the Dying: Every Voice Matters. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, p. 179-186. Acedido a última vez a 23 de maio de 2015:<http://wjn.sagepub.com/content/early/2009/05/06/0193945909334855.short>
- Powazki, Walsh, Hauser & Davis (2014). Communication in Palliative Medicine: A Clinical Review of Family Conferences. *Journal of Palliative Medicine*. Vol.10, P. 1-11.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* (2013). Lisboa, Direção Geral da Saúde
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. Em A. e. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ªed ed., p. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, A. L., & Cardoso, A. (2007). Dor: Um Foco da Prática dos Enfermeiros. *Dor*, nº15, p. 6-15.
- Rua, M. (2009). *De aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Portugal.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, p. 2-38.
- Sapeta, A. (2007). Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. *Dor*, nº 15 p. 16-21.
- Sapeta, P. (Março de 2011). *Cuidar em fim de vida: Processo de interação Enfermeiro-Doente*. (1ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Saveman. (2012). Family nursing research for practice: The Swedish perspective. *Journal of Family Nursing*, nº 16 vol.1 p. 26-44. Acedido a última vez a 12 de Maio de 2015:

http://www.researchgate.net/publication/41419681_Family_nursing_research_for_practice_The_Swedish_perspective.

SFAP- Colégio de cuidados de Enfermagem. (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.

Shaw, D., Davidson, J., Smilde, R., & Agan, D. (February de 2014). Multidisciplinary Team Training to Enhance Family Communication in the ICU. *Critical Care Medicine*, p. 265-271. Acedido a última vez a 25 de Junho de 2015. http://www.researchgate.net/publication/257534947_Multidisciplinary_Team_Training_to_Enhance_Family_Communication_in_the_ICU

Slatore, C., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M., Chesnutt, M., & Mularski, R. (Novembro de 2012). Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *Am J Crit Care*, p. 410-418. Acedido a última vez a 23 de Junho de 2015 <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/6/410.full>

Söderström, I.-M., Saveman, B. I., Hagberg, M., & Benzein, E. (2009). Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical care Nursing*, nº 25, p. 250-258. Acedido a última vez a 23 de Junho de 2015 http://www.researchgate.net/publication/26691681_Family_adaptation_in_relation_to_a_family_member's_stay_in_ICU

Sole, M., Klein, D., & Moseley, M. (2013). Patient and Family response to the Critical Care experience. In M. Sole, & S. Knap, *Introduction to Critical Care Nursing* (p. 14-24). Backwell Publishing.

Sorensen, R., & Iedema, R. (2006). Advocacy at the end-of-life. Research design: an ethnographic study of an icu. *Internacional journal of nursing studies*, nº 44 p.1343-1353.

Stanhope, M. L. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Stayt, L. (2009). Death, empathy and self-preservation: the emotional labor of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, nº 18 p.1267-1275. Acedido a última vez a 19 de Maio de 2015 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x/abstract>

- Tomey, A., & Aligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (2ª Ed.) Loures: Lusociência.
- Vale, E. (Janeiro-Março de 2009). Saberes e práxis em Enfermagem. *Escola Anna Nery revista de Enfermagem*, nº 1, p. 174-180.
- Verhaeghe, S. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature. *Journal of clinical Nurses*, p. 501-509.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção de conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vincent & Curtis (October, 2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet*, vol.10, p. 1347–1353.
- White, D., Cua, S., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Seoyeon, H., Arnold, R. (November de 2013). Nurse-led intervention to improve surrogate decision making for patients with advance critical illness. *American Journal of Critical Care*, p. 396-409. acedido a ultima vez a 17 de Junho de 2015 <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/6/396.full>
- Willians, C. (2005). The identification of family members’ contribution to patients’ care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical care*, nº10 vol.1 p. 6-14.
- Wittenberg-Lyles E.M, G. J.-R. (Novembre de 2008). Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencies in current communication training protocols. *Soc Sci Méd*, p. 2356-65.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. (2ª Ed.) São Paulo: Editora Roca.

Referências jurídicas

- 2009/C 151/1. (9 de Junho de 2009). Segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Conselho da União Europeia

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República N.º 93, Série I-A, 21-4-1998, p. 1739-1757.* REPE. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 27/2006, de 03 Julho. *Diário da República n.º 126 3 de Julho de 2006.* Lei de Bases da Proteção Civil. Assembleia da República.

Decreto-lei n.º 437/1991. *Diário da República I Série-A. 257 (91-11-08) p. 5723-5741.* Regime legal da carreira de Enfermagem. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de Fevereiro de 2015.* Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde.

Lei de Base dos Cuidados Paliativos. Lei 52/2012 de 5 de Setembro. *Diário da República - 1.ª Série, N.º 172, de 05.09.2012,* Ministério da Saúde.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro *Diário da República- 1.ª Série, N.º 180, de 16.09.2009,* Código Deontológico do enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde.

Lei n.º 48/90 com alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro. *Diário da República - 1.ª Série A, N.º 258, de 08.11.2002.* Lei de Bases da Saúde Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). Lei de Base dos Cuidados Paliativos. Lei 52/2012 de 5 de Setembro.

Portaria n.º1041 de 2010 de 7 de Outubro. *Diário da República - 1.ª Serie, N.º 195, de 07.10.2010,* Ministério da saúde.

Portuguesa, R. (s.d.). Código Penal. Lei n.º 83/2015 de 5 de Agosto.

Regulamento N.º 188/2015. *Diário da República N.º 78/2015, Série II DE 2015-04-22, p. 9967-9968.* Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento N.º 188/2015. *Diário da República N.º 78/2015, Série II DE 2015-04-22, p. 9967-9968.* Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 128/2011. *Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.* Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Republica, A. d. (s.d.). Diretivas Antecipadas de Vontade. Lei n.º 25/2012.

Republica, A. d. (s.d.). Lei n.º 12/2005 de 26 Janeiro. Informação genética pessoal e informação de saúde.

Resolução de 25/2008. *Diário da República, 2ª série, n.º 138- 18 de Julho de 2008.*

Definição de critérios e normas técnicas sobre a elaboração de Planos de Emergência. Comissão Nacional de Proteção Civil

Resolução do Conselho de Ministros n.º 87/2013, de 11 de Dezembro. *Diário da República - 1.ª Série, N.º 240, de 11.12.2013*, Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC). Conselho de Ministros

APÊNDICES

Apêndice I- Instrumento de diagnóstico.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão



4º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica

Questionário

Perceções e necessidades dos enfermeiros da sua participação na Conferência Familiar

Questionário

Secção I

Elementos de identificação

Anos de Experiência Profissional: _____

Secção II

1-Na sua prática profissional, costuma participar na realização da Conferência Familiar?

Sim Não

2-Sente dificuldade na sua realização?

Sinto dificuldade Sinto alguma dificuldade Não sinto dificuldade

2.1-Se, sim: Que tipo de dificuldade sente?

Desempenhar a atividade por inexistência de norma setorial, que defina a estrutura da conferência.

Desempenhar a atividade por inexistência de norma setorial, que defina a funções de cada interveniente.

Não ter formação adequada para o seu desempenho.

Esclarecimento de dúvidas que me surgem da sua realização.

Escassez de comunicação entre a equipa multidisciplinar.

3-Assinale os **seus sentimentos** em relação a Conferência Familiar:

Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Insegurança	<input type="checkbox"/>
Sentimentos de espelho	<input type="checkbox"/>	Medo	<input type="checkbox"/>
Realização	<input type="checkbox"/>	Incerteza sobre as minhas funções	<input type="checkbox"/>
Satisfação	<input type="checkbox"/>	Desagrado	<input type="checkbox"/>

4.1-Já participou em formação específica em técnicas comunicacionais?

Sim Não

4.1.1- Se sim, a quanto tempo?

A mais de três anos A menos de três anos

4.1.2- Se sim, achou útil para o seu desempenho profissional?

Sim Não

4.2- Sente necessidade de formação nesta área?

Sim Não

5.1- Tem conhecimento das limitações legais na transmissão de informação aos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos?

Sim Não

5.2- Têm formação nesta área?

Sim Não

5.2.1- Se sim, a quanto tempo?

A mais de três anos A menos de três anos

5.2.2- Se sim, achou útil para o seu desempenho profissional?

Sim Não

5.3- Sente necessidade de formação nesta área?

Sim Não

Secção III

Pense nas conferências familiares em que **já participou**:

	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo
Considero que ao ser uma intervenção multidisciplinar, o meu desempenho é afetado.	<input type="checkbox"/>				
A estrutura física do serviço afeta o forma como se realiza a conferência familiar.	<input type="checkbox"/>				
Permite dar visibilidade ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>				
A atividade permite aos familiares ficarem mais esclarecidos.	<input type="checkbox"/>				
A existência de instrumentos específicos poderia ajudar na condução da conferência familiar.	<input type="checkbox"/>				
A existência de um familiar de referência facilita a comunicação durante o internamento.	<input type="checkbox"/>				
Permite-me conhecer melhor a família das pessoas internadas.	<input type="checkbox"/>				
Receio ultrapassar a minha área de competência na informação.	<input type="checkbox"/>				
Não sei como efetuar registos sobre a conferência familiar.	<input type="checkbox"/>				

Obrigado pela sua participação

**Apêndice II- Consentimento Livre e Esclarecido do
instrumento de Diagnóstico.**

Consentimento livre e esclarecido

Declaro que assinto na participação no questionário sobre dificuldades e barreiras na Conferência Familiar no âmbito do projeto de intervenção “Conferência Familiar na prestação de Cuidados à PSC”, construído pela Enfermeira Vanessa Costa Duarte, parte do plano curricular do 4º curso de Mestrado de Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, desenvolvido sob a orientação da Enfermeira Patrícia Carvalho e da docente Elsa Monteiro; através do preenchimento do questionário anexo.

Declaro ainda que fui esclarecido sobre os objetivos deste instrumento e participo de forma voluntária no mesmo. Fui informado de que sou livre de cessar a minha participação se assim o desejar sem que daí advenham danos para a minha pessoa.

A proteção da participação será garantida através da confidencialidade dos dados fornecidos. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a criar, será incluída qualquer informação que possa conduzir a identificação dos participantes.

Autorizo a utilização dos dados obtidos dentro do objetivo proposto.

Setúbal, De de 2015

Apêndice III- Análise dos dados obtidos na aplicação do instrumento de diagnóstico.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
4º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Tratamento de dados do questionário de diagnóstico sobre as Perceções e necessidades dos enfermeiros sobre a participação na Conferência Familiar.

Orientadores:

Docente: Enf^ª Elsa Monteiro

Orientador: Enf^ª Patrícia Carvalho

Discente:

Enf^ª Vanessa Costa nº.140519004

Maio de 2015

Índice

0- INTRODUÇÃO.....	4
1- INSTRUMENTO, COLHEITA E TRATAMENTO DE DADOS.....	5
1.1- PLANEAMENTO.....	5
1.2- APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS.....	6
1.3- TRATAMENTO DE DADOS.....	6
2- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	7
3- CONCLUSÃO.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	16

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 :DIFICULDADE NO DESEMPENHO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR.	7
GRÁFICO 2:TIPO DE DIFICULDADE SENTIDA.	8
GRÁFICO 3: SENTIMENTOS ASSOCIADOS AO DESEMPENHO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR. ...	9
GRÁFICO 4: FORMAÇÃO EM TÉCNICAS COMUNICACIONAIS.	10
GRÁFICO 5: CONHECIMENTO SOBRE AS LIMITAÇÕES LEGAIS.	10
GRÁFICO 6: FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM DIREITO ASSOCIADO A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO.....	11
GRÁFICO 7: PERCEÇÕES SOBRE O DESEMPENHO NA CONFERÊNCIA FAMILIAR.	13

0- INTRODUÇÃO.

A Conferência Familiar é uma reunião estruturada efetuada em espaço próprio entre o médico, Enfermeiro e a Pessoa/Familiar de referência com o objetivo de informar sobre estado de saúde, esclarecer dúvidas, apoiar a família e encaminhar para outros prestadores de cuidados, como por exemplo a equipa de cuidados continuados (Gay, Pronovost, Basset, & Nelson, 2009).

Como forma de recolher dados, de modo a conhecer a opinião e as necessidades dos enfermeiros da UCI do Hospital Distrital sobre a conferência familiar, recorreu-se a aplicação de um questionário construído para esse fim.

Após aplicados e recolhidos os questionários, procedemos à análise dos mesmos. Assim, este documento tem como principal objetivo: Analisar os dados obtidos pela aplicação do questionário sobre as perceções e necessidades dos enfermeiros na participação na Conferência Familiar.

Tem como objetivos específicos:

- Explicar sucintamente as decisões tomadas na construção do instrumento.
- Expor os critérios da sua aplicação.
- Apresentar os dados obtidos por representação gráfica.
- Analisar os dados obtidos.

Este relatório encontra-se dividido em três partes: a primeira em que se explica as tomadas de decisão relativamente a construção do instrumento. Uma segunda em que se apresenta e analisa os dados obtidos. E por fim, expõem-se os dados obtidos e as relações entre os mesmos considerados pertinentes para o desenvolvimento do PIS.

Este documento encontra-se redigido de acordo com a norma APA e o atual acordo ortográfico.

1- INSTRUMENTO, COLHEITA E TRATAMENTO DE DADOS.

Para a obtenção dos dados, optou-se pela construção de um questionário; por ser de fácil operacionalização permitindo uma maior sistematização dos dados obtidos em curto espaço de tempo; e possibilitando uma comparação precisa entre as respostas dos inquiridos. Segundo Fortin (1999), o questionário é um método de recolha de dados, sobre fatos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes; que traduz os objetivos de um estudo em variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, normalizar e controlar dados, para que as informações possam ser colhidas de maneira rigorosa (*Ibidem*,1999).

Esta foi a forma escolhida para determinar o impacto dos possíveis fatores interferentes na adesão à conferência familiar, sustentados pela pesquisa bibliográfica efetuada.

Para isso foram seguidos os seguintes passos: Planeamento, Execução e Tratamento de dados.

1.1- PLANEAMENTO:

Para otimizar a construção do questionário, debruçamo-nos sobre a problemática em estudo no âmbito do PIS que nos encontramos a desenvolver, delimitando por um lado nosso problema e por outro determinando qual a informação mais pertinente a obter de acordo com a pesquisa bibliográfica, estabelecendo assim as nossas variáveis- sentimentos, formação e percepção do papel desempenhado, como a informação que pretendíamos obter.

O questionário foi dividido em secções para melhor orientação do seu preenchimento e com o objetivo de simplificar o tratamento dos dados obtidos. Optou-se por formatar o mesmo recorrendo a questões fechadas com o objetivo de uniformizar; e assim facilitar a

análise dos dados, favorecendo a resposta e otimizando o tempo despendido pelo respondente.

Na secção I; pretendia-se obter dados que permitissem caracterizar a amostra. Na secção II, o objetivo era determinar a percentagem de participação na atividade, a existência ou não de dificuldades e de que tipo; assim como os sentimentos associados a sua execução. Apresentavam-se; igualmente, questões no sentido de se adquirir dados que permitissem conhecer o nível de formação sobre comunicação e direito e a necessidade sentida ou não de formação nas mesmas.

Por último na secção III, tencionou-se conhecer a opinião dos respondentes sobre aspetos particulares do processo de Conferência Familiar assim como perceção da importância do papel desempenhado na mesma, utilizando-se para esse efeito uma escala de Likert.

1.2- APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS:

Os questionários foram aplicados no período compreendido entre 1 a 17 de Maio à Equipa de enfermagem. Dos 24 questionários distribuídos responderam 24 enfermeiros o que constituiu a nossa amostra. Dois enfermeiros foram excluídos por estarem de férias. De acordo com Fortin (1999); amostra é como a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo.

A amostra utilizada é não probabilística por conveniência que segundo a autora é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que correspondem aos critérios de inclusão (*Ibidem*, 1999).

1.3- TRATAMENTO DE DADOS:

Recolhidos os questionários procedemos ao tratamento de dados através do programa informático Excell. Para uma melhor leitura decidimos utilizar uma representação gráfica dos dados obtidos. Passamos agora a análise e interpretação dos dados.

2- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.

Foram aplicados e obtida resposta a 24 questionários, numa população possível de 26 enfermeiros.

Dos resultados obtidos podemos inferir que 25% da nossa amostra tem menos de 6 anos de experiência profissional. Dos enfermeiros com mais de 6 anos de experiência profissional, 35% têm mais de 10 anos de experiência profissional.

Quando questionados se costumavam participar na realização de conferências familiares 100% dos inquiridos responderam afirmativamente.

Quando perguntámos se sentiam dificuldades na realização da estratégia; 28% referiu que não sente dificuldade, 66% sente alguma dificuldade e 6% sente dificuldade.

É de salientar que dos 28% que responderam não sentir dificuldade, tem mais de 10 anos de experiência profissional.

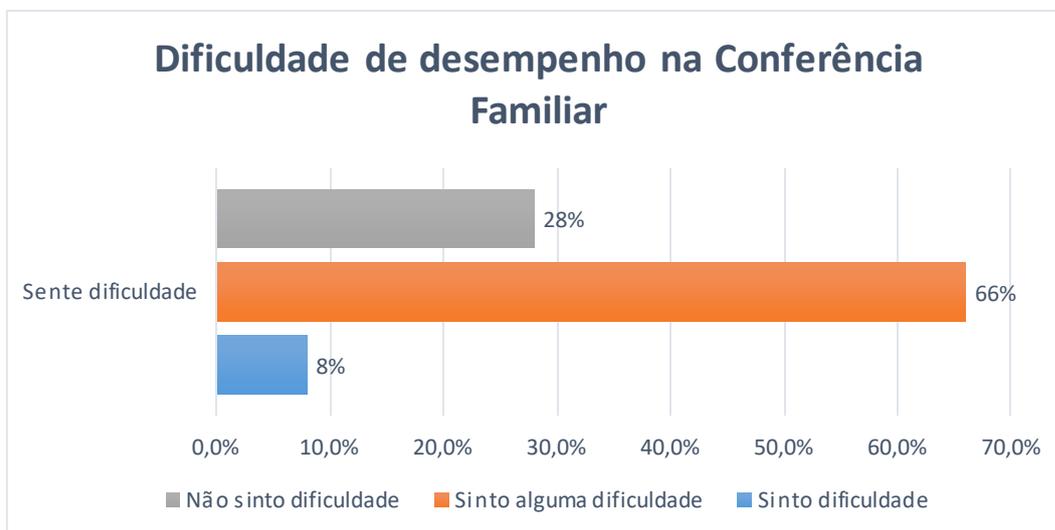


Gráfico 1: Dificuldade no desempenho da Conferência Familiar.

De acordo com a bibliografia consultada tentámos perceber quais as dificuldades mais sentidas. Concluímos que 46 % das dificuldades, se devem à inexistência de formação adequada, 29% à inexistência de uma norma setorial e 21% a escassez de comunicação entre a equipa multidisciplinar, e a dificuldade de esclarecimento de dúvidas. Menos expressiva com 16% de respostas encontra-se a inexistência de uma norma que defina as funções dos intervenientes.

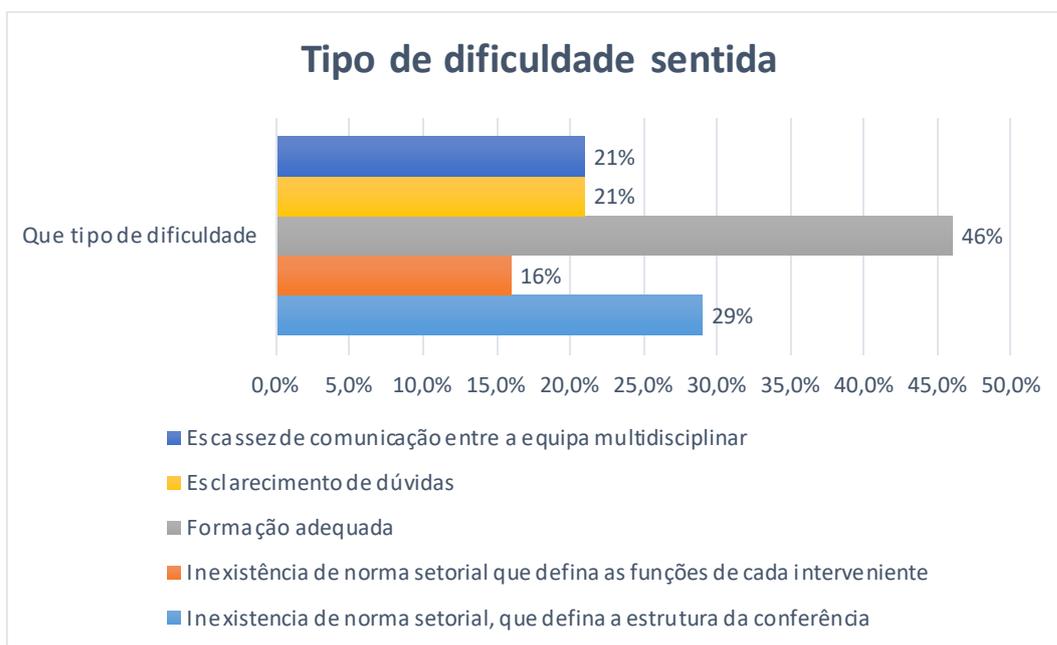


Gráfico 2: Tipo de dificuldade sentida.

Direcionamos posteriormente, o instrumento para o conhecimento dos sentimentos relativos à atividade que podem interferir na sua execução. Apresentou-se uma lista de sentimentos considerados inerentes na adesão à Conferência Familiar por parte dos profissionais; segundo a literatura consultada, permitindo a escolha múltipla. Concluímos que apesar das dificuldades, metade (50%) dos enfermeiros respondentes refere satisfação na realização da intervenção.

Dos respondentes; 42% referem sentimento de medo, 33% de ansiedade, 29% de insegurança, 21% sentimentos de espelho e 2% de incerteza, sendo os sentimentos negativos expressivos nas respostas obtidas.

Constatamos que cerca de 30 % dos enfermeiros que referiram ter satisfação na realização da atividade mencionaram do mesmo modo, um sentimento de medo associado a sua realização, o que pode ser considerado contraditório. Somente 29% referiram um sentimento de realização profissional.

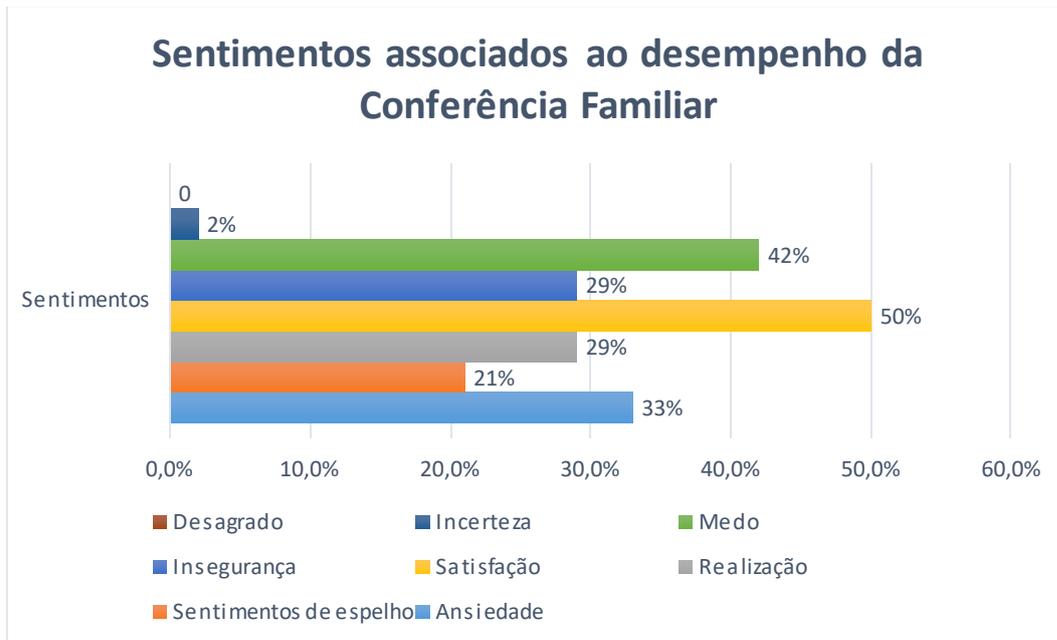


Gráfico 3: Sentimentos associados ao desempenho da Conferência Familiar.

Tentamos determinar se os respondentes teriam formação sobre comunicação e aspetos legais na transmissão da informação.

Dos respondentes; 54% referem ter formação específica em técnicas comunicacionais, sendo que não existe uma diferença significativa com aqueles que não a têm, que são 46%.

Dos que a têm cerca de 54% participaram numa ação formativa há menos de três anos; e destes todos, consideraram a mesma importante para o seu desempenho profissional. Todos os respondentes foram unânimes em considerar que sentem necessidade de formação nesta área.

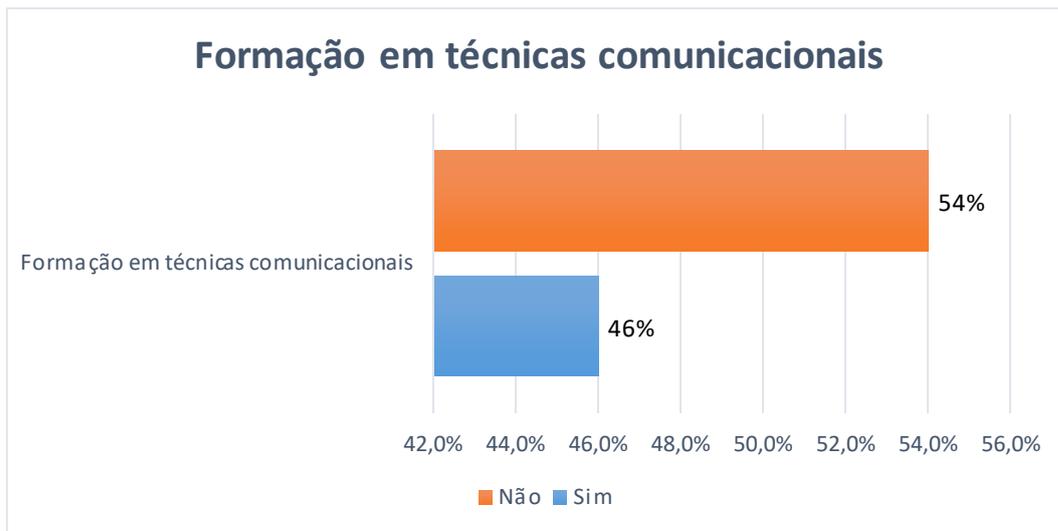


Gráfico 4: Formação em técnicas comunicacionais.

Relativamente ao conhecimento ou desconhecimento sobre as limitações legais na transmissão de informação, não existe uma diferença significativa entre os respondentes. A maioria; 54% refere ter conhecimento sobre o tema. Os restantes 46% referem desconhecimento sobre o tema.

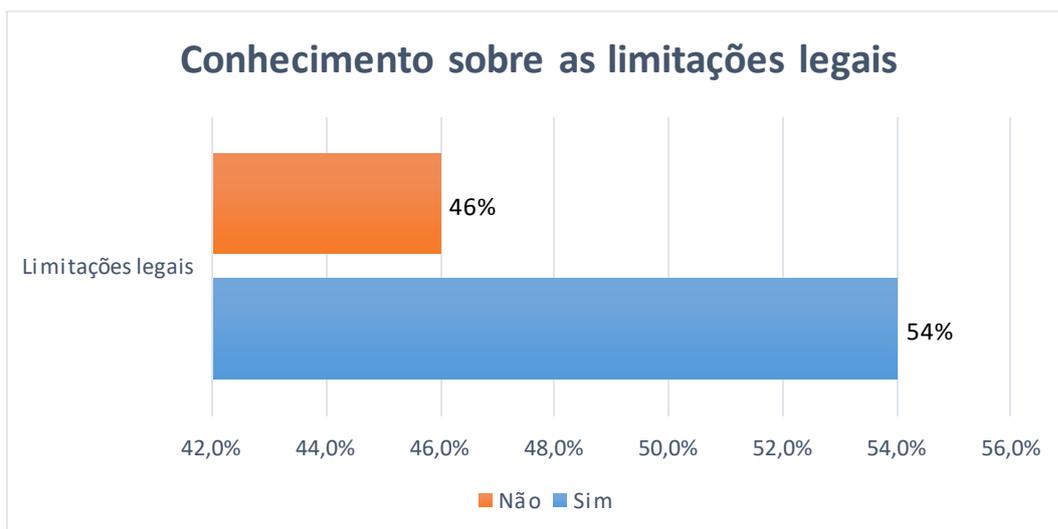


Gráfico 5: Conhecimento sobre as limitações legais.

Dos 54% dos respondentes que referirão ter conhecimentos, somente 16% têm formação formal sobre a temática, como se pode ver no gráfico seguinte. Todos referiram a importância da formação para o seu desempenho profissional.

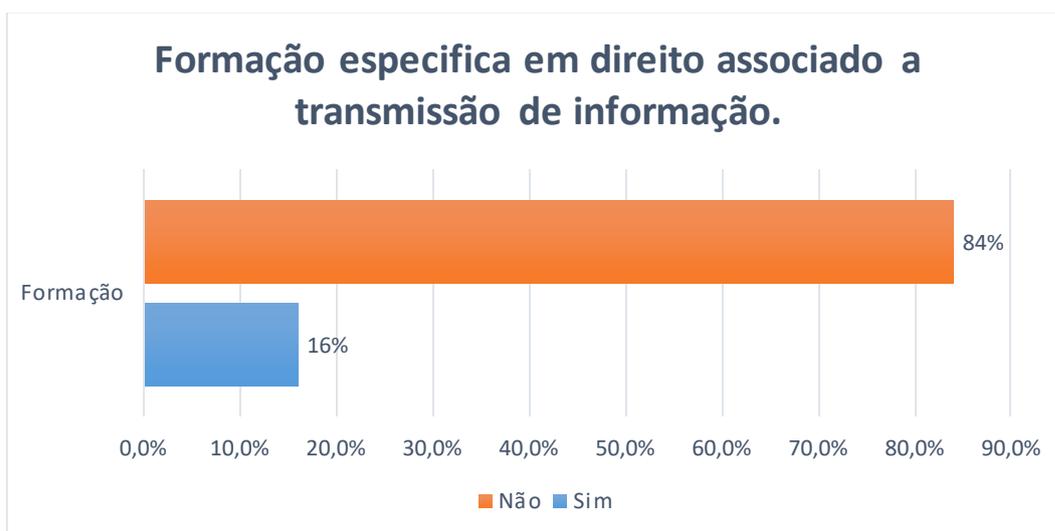


Gráfico 6: Formação específica em direito associado a transmissão de informação.

Na secção seguinte do questionário, pretendeu-se que os respondentes avaliassem as suas perceções sobre o seu papel na Conferência Familiar e sobre os elementos considerados facilitadores na sua execução.

Quando afirmado que o fato da estratégia ser multidisciplinar afetava o desempenho do papel do Enfermeiro, 46% concordaram, 13% concordaram totalmente, 25% discordaram parcialmente e 16% discordaram.

Como podemos ver no gráfico abaixo apresentado, os enfermeiros responderam em concordância com as afirmações referentes aos objetivos da Conferência Familiar.

Na afirmação permite esclarecer os familiares, 71% concordaram totalmente e 29% concordaram, não existindo discordância.

Na afirmação, de que a estratégia permite conhecer a família, 50% concordaram totalmente, 46% concordaram e 4% não tem opinião.

71% dos respondentes concordarem totalmente; que a existência de um Familiar de referência era um elemento facilitador na promoção da estratégia. 25% concordaram e 4% não têm opinião.

Referem de forma positiva mas menos expressiva que esta estratégia permite dar visibilidade ao trabalho da Equipa de Enfermagem, com se pode ver no gráfico abaixo. Da amostra 46% concorda totalmente, 42% concorda, 8% discorda parcialmente e 4% não têm opinião.

São concordantes na afirmação de que a estrutura física afeta o desempenho e que existe a necessidade de instrumentos orientadores da condução da estratégia. Considerando a afirmação de que a estrutura física é um fator interferente; 54% concordaram totalmente, 38% concordaram e 8% não tem opinião. A mesma distribuição ocorre na afirmação da necessidade de instrumentos específicos para o desempenho da Conferência Familiar.

A distribuição é quase uniforme na afirmação sobre o receio de ultrapassar a área de competência, não existindo uma afirmação de concordância ou discordância significativa, com a seguinte distribuição: 8% concordaram totalmente, 33% concordaram, 4% não tem opinião, 21% discordaram parcialmente e 33% discordaram.

A afirmação sobre desconhecimento no registo da intervenção foi a que obteve a maior percentagem de sem opiniões com 21%. 4% dos restantes respondentes concordaram, 38% discordaram parcialmente e 38% discordaram.

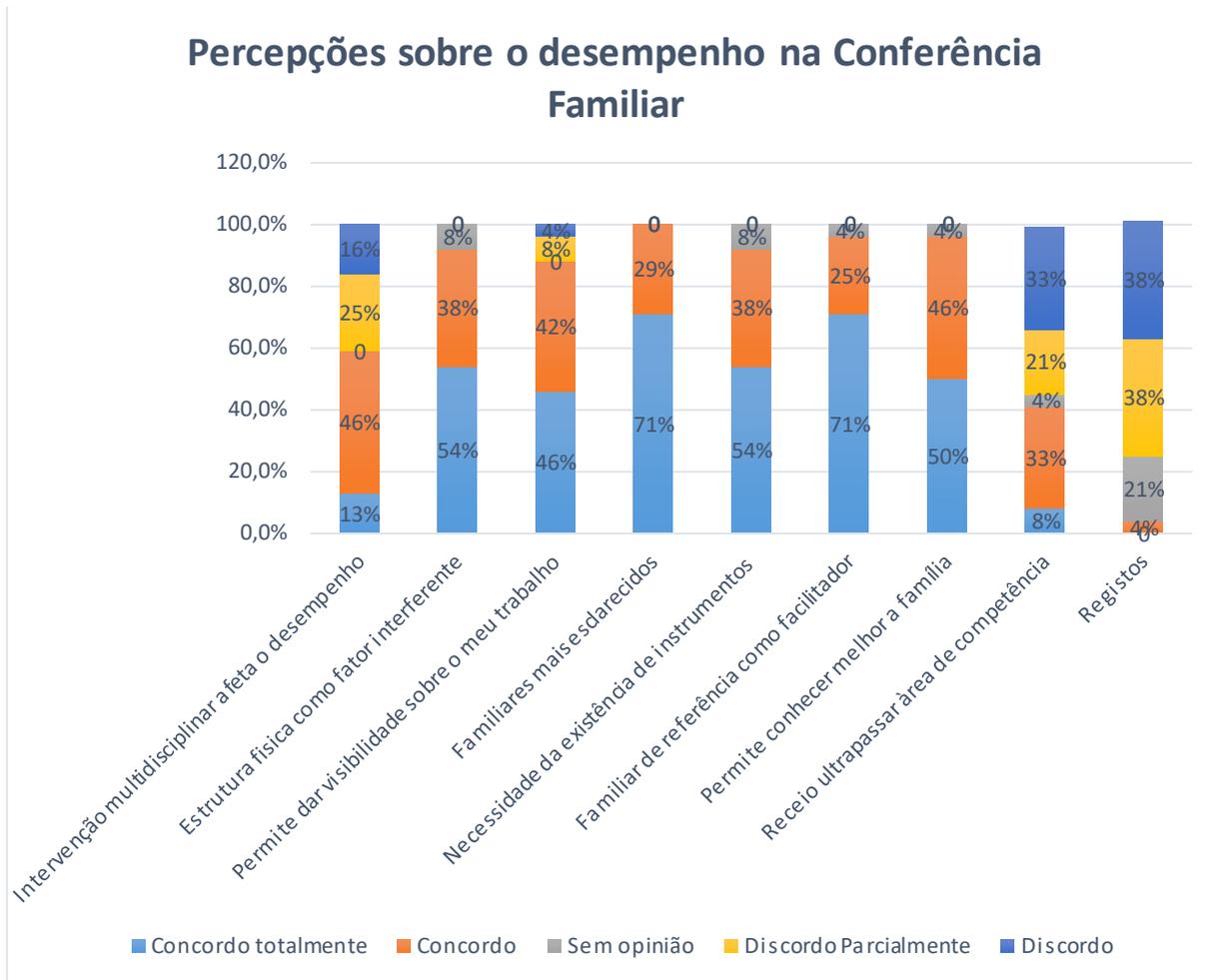


Gráfico 7: Percepções sobre o desempenho na Conferência Familiar.

3- CONCLUSÃO

Dos dados anteriormente apresentados podemos chegar as seguintes conclusões:

- ✓ Os enfermeiros com mais anos de profissão são os que referem maior satisfação relativamente ao desempenho da estratégia; apesar de manifestarem um sentimento oposto de medo, sentimento negativo mais comum na equipa. Na amostra são mais evidentes sentimentos negativos na execução da atividade.
- ✓ A maior dificuldade associada a execução da conferência familiar refere-se a ausência de formação específica.
- ✓ Independentemente de existir suporte formativo anterior; todos os respondentes consideram importante formação na área da comunicação e em aspetos legais.
- ✓ Pelas opiniões obtidas na secção III, consideramos que os respondentes concordam com os objetivos da Conferência Familiar, mas que o fato de ser uma estratégia multidisciplinar afeta de alguma forma o seu desempenho. Todos afirmam que existe a necessidade de criar instrumentos condutores da mesma, sendo que a maioria não tem opinião formada sobre os registos inerentes ao seu desempenho.
- ✓ A opinião obtida sobre os limites de competência; podem levar-nos a apontar a necessidade de definir os papéis dos intervenientes.

Desta forma, traçamos como objetivos para o nosso PIS:

1. Formar e treinar a Equipa de enfermagem sobre técnicas comunicacionais e implicações legais na transmissão de informação.
2. Elaborar Política sobre a Conferência Familiar.
3. Elaborar norma sectorial sobre a Conferência Familiar e respetiva folha de planeamento e registo.
4. Auditar o desempenho dos enfermeiros sobre a transmissão de informação.

BIBLIOGRAFIA

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Gay, E., Pronovost, P., Basset, R., & Nelson, J. (2009). the intensive care unit family meeting: Making it happen. *Journal of Critical Care*, 1-12.

Apêndice IV- Análise FMEA.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
4º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Análise FMEA sobre o processo de Conferência
Familiar**

Realizado por:
Vanessa Costa Duarte

Abril de 2015

Índice

0-INTRODUÇÃO.....	3
1-MÉTODO FMEA.....	4
2- A CONSTRUÇÃO DA FMEA.....	8
3- FMEA DE ESTRUTURA DA CONFERÊNCIA FAMILIAR.....	11
4- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	13
5- CONCLUSÃO.....	15

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: OCORRÊNCIA	6
TABELA 2: GRAVIDADE.....	7
TABELA 3: DETEÇÃO	7
TABELA 4: FMEA DO PROCESSO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR.....	12

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: DIAGRAMA DA CONFERÊNCIA FAMILIAR CONSTRUÍDO POR O GRUPO DO “ACOLHIMENTO A FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”.	12
---	----

0- INTRODUÇÃO

O presente trabalho integra o relatório do Estágio I e II, do 2º Semestre do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal e pretende a aplicação de um instrumento de gestão na abordagem uma problemática identificada. Aborda o método FMEA e a sua utilização na análise do processo da Conferência Familiar.

A realização do presente trabalho tem como objetivos gerais:

- ✓ - A análise das possíveis falhas da conferência familiar como processo.

Como objetivos específicos enumeram-se:

- ✓ Evidenciar as vantagens da utilização deste método de análise.
- ✓ Descrever os passos que desenvolvemos para a análise.
- ✓ Expor a FMEA realizada.
- ✓ Analisar as prioridades obtidas.

Este relatório encontra-se dividido em 4 partes: a primeira parte, que faz um breve enquadramento do método de análise, uma segunda que explica os princípios na utilização da mesma; e uma terceira que apresenta o processo e as falhas determinadas e uma última em que se analisam os dados obtidos.

1- MÉTODO FMEA

A FMEA é um método de análise de falhas potenciais de um projeto de produto ou de um processo com o objetivo de avaliar e minimizar riscos e implementar ações que permitam a prevenção de defeitos, aumentando a segurança com consequente aumento da satisfação do consumidor por aumento da confiabilidade do produto final (Bahram; Bazzaz; Sajjadi, 2012).

O objetivo desta análise é evitar falhas do processo, tendo por base as não conformidades do processo com as especificações do plano ou *guidelines* e diminuir os riscos de falha, para Stamatis, 2003:

- ✓ Diminuir a probabilidade de falhas potenciais (ou seja, que ainda não tenham ocorrido) em processos já em operação;
- ✓ Aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram.

Existem 4 tipos (Stamatis, 2003): FMEA de produto, FMEA de processo, FMEA de sistemas e FMEA de procedimentos administrativos.

Pode fazer-se o seu uso em diferentes circunstâncias (*Ibidem*, 2003):

- ✓ No desenho de novos produtos, sistemas e processos;
- ✓ No redesenho de produtos, sistemas e processos já existentes;
- ✓ Em novas aplicações para produtos, sistemas e processos já existentes;
- ✓ Em considerações de melhoria.

Sendo a conferência familiar uma atividade em que se pretende uma estrutura lógica de desempenho, utilizou-se uma metodologia de análise de modo de falhas-FMEA para determinar:

- ✓ Modo de falhas conhecidas e potenciais para as diferentes etapas.
- ✓ Determinar o efeito potencial de cada modo de falha.

- ✓ A colocação de acordo com a gravidade de efeitos do modo de falha.
- ✓ A colocação de acordo com a probabilidade e detetabilidade de cada modo de falha.
- ✓ Identificar áreas de maior preocupação.
- ✓ Avaliar o potencial de risco e definir medidas que podem permitir a sua redução.

Na sua elaboração e análise são utilizados três componentes para determinar a prioridade nas falhas: Ocorrência (O), Gravidade (G) e deteção (D). Estas são traduzidas em tabelas que passamos a expor (Stamatis, 2003):

Índice	Ocorrência	Proporção
1	Remota	1:1.000.000
2	Pequena	1:20.000
3		1:4.000
4	Moderada	1:1.000
5		1:400
6		1:80
7	Alta	1:40
8		1:20
9	Muito alta	1:8
10		1:2

Tabela 1: Ocorrência

Índice	Gravidade	Critério
1	Mínima	O profissional de saúde mal percebe que a falha ocorreu
2		
3	Pequena	Ligeira deterioração no desempenho com leve descontentamento na equipa
4		
5	Moderada	Deterioração significativa no desempenho de um procedimento com descontentamento da equipa
6		
7	Alta	Sistema deixa de funcionar e grande descontentamento equipa
8		
9	Muito alta	Afeta a segurança
10		

Tabela 2: Gravidade

Índice	Deteção	Critério
1 2	Muito grande	Certamente será detetado
3 4	Grande	Grande probabilidade de ser detetado
5 6	Moderada	Provavelmente será detetado
7 8	Pequena	Provavelmente não será detetado
9 10	Muito pequena	Certamente não será detetado

Tabela 3: Deteção

Na análise é importante a identificação do processo em questão, as suas funções, os tipos de falhas que podem ocorrer, os efeitos e as possíveis causas desta falha. Em seguida devem ser avaliados os riscos de cada causa de falha por meio de índices e, com base nesta avaliação, são decididas as ações necessárias para diminuir estes riscos, aumentando a confiabilidade do processo (Bahram *et al*, 2012).

Podemos dizer que a mais-valia deste processo está na discussão e reflexão sobre as falhas potenciais assim como os processos de melhoria a elas associados.

2- A CONSTRUÇÃO DA FMEA

A utilização deste método têm como **objetivo** determinar as falhas do processo da estratégia da conferência familiar como instrumento de comunicação com a pessoa/família.

Na sua construção; o uso de dados e de informação atualizada é muito importante. Na construção da FMEA (Quadro quatro) foram utilizadas duas referências: a pesquisa bibliográfica que nos dá uma visão generalizada das dificuldades e problemas associados ao desempenho da conferência; e os dados existentes sobre a conferência familiar retirados da *check list* existente que nos forneceu dados sobre a sua estrutura.

Poderemos afirmar que a totalidade da equipe está alocada a este desempenho, uma vez que esta é da responsabilidade do Enfermeiro que recebe a Pessoa/Família no Serviço de Cuidados Intensivos e do Médico de serviço.

Sabemos que a conferência é consumidora de tempo. Os profissionais, que dispõem uma média de 23 minutos do seu tempo de exercício profissional para a sua realização. Logo; parecemos que o aperfeiçoamento deste processo para além de potencialmente aumentar o nível de satisfação da Pessoa/Família, poderá torna-lo mais eficaz. Por isso; refletir como o fazemos e o que fazemos menos bem é importante (Quadro quatro).

O custo associado a esta atividade está associado ao valor salarial por hora dos profissionais, e no acolhimento inicial acresce a impressão do folheto de acolhimento da pessoa significativa do Serviço de Cuidados Intensivos. A responsabilidade sobre a qualidade do processo será sempre os seus intervenientes, que têm a responsabilidade da sua condução, dos seus conteúdos e da forma como estes são transmitidos.

Desta forma e na tentativa de uniformizar a análise do processo a ser discutido foi criado com a ajuda dos enfermeiros do projeto de “Acolhimento a família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos” um diagrama do processo (Figura um), de acordo com a bibliografia consultada e o processo já existente.

A estrutura foi aceite e validada pelo grupo e foi com base nesta que se criou a FMEA do processo.

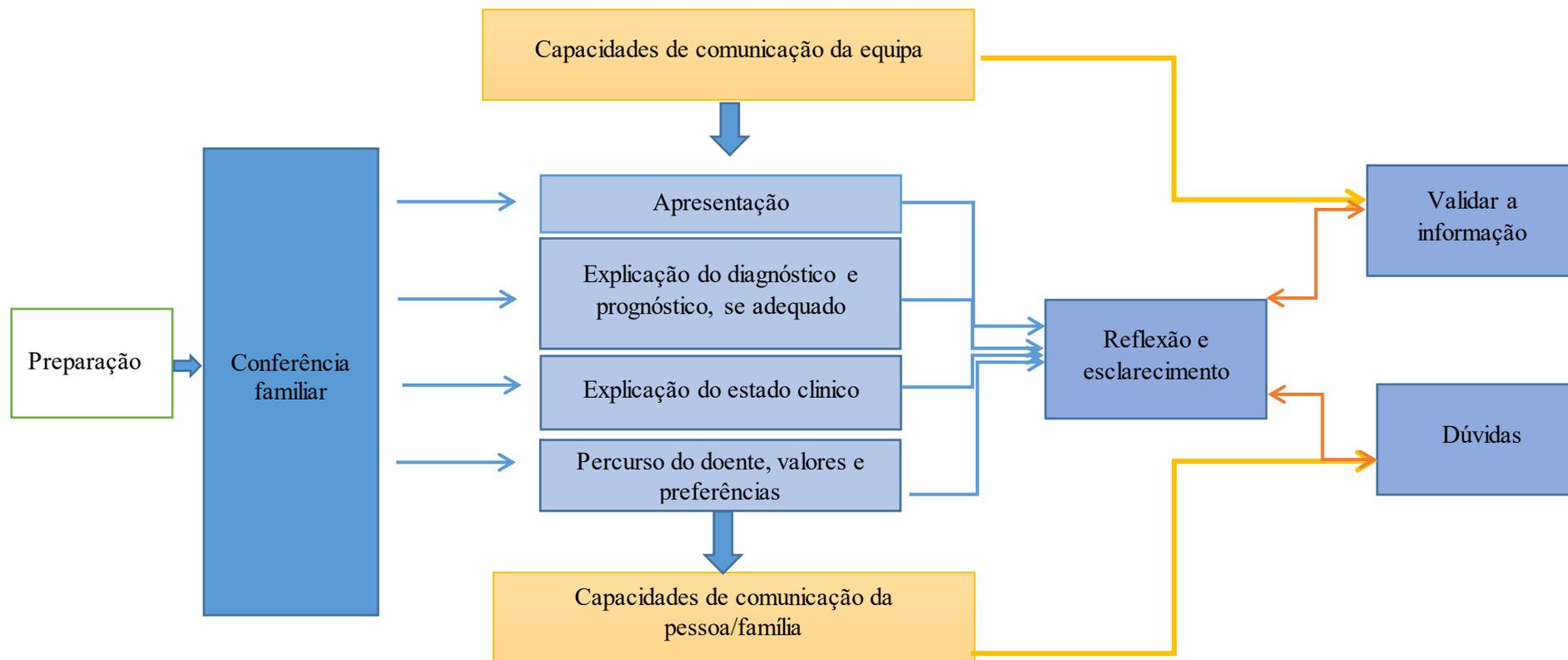


Figura 1: Diagrama da conferência familiar construído por o grupo do “Acolhimento a família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos”.

3- FMEA DE ESTRUTURA DA CONFERÊNCIA FAMILIAR

Tabela 4:FMEA do processo da Conferência Familiar

Etapas		Incidentes	G	O	Efeito	D	Causas	Controle	RPN	Ação a desenvolver
1	Preparação	Não existir uma discussão anterior a conferência familiar.	6	8	1-Insegurança no contato com a Pessoa/Família 2-Incongruência na informação fornecida 3-Repetição de informação/questões.	3	1-Dificuldade comunicativa entre a equipa multidisciplinar. 2-Excesso de trabalho associado ao tipo de cuidados que a Pessoa necessita.	Inexistente	144	1-Guião sobre conferência familiar.
2A	Realização	Não identificação do familiar de referência.	7	2	1-Ausência de referências para a Pessoa/Família e equipa multidisciplinar 2-Possíveis conflitos familiares.	2	1-Dificuldade em aprofundar o conhecimento do outro. 2-Possível quebra de confiança por informação a múltiplas pessoas.	Registo no SAPE	28	1-Norma setorial sobre conferência familiar.
2B	Realização	Dificuldade de compreensão da informação pelo familiar de referência.	8	4	Aumento da ansiedade da Pessoa/Família.	5	1-Uso de jargões técnicos. 2-Dificuldade em adequar linguagem.	Repetição da informação fornecida	160	1-Formação em técnicas comunicacionais. 2-Observação da qualidade da transmissão feita pelos enfermeiros

Relatório de trabalho de projeto “Conferência Familiar na prestação de Cuidados à PSC”

										através de instrumento próprio.
2C	Realização	Dificuldade de compreensão da informação pelo familiar de referência	8	6	Aumento da ansiedade da pessoa/família.	2	1-Destruturção da família. 2-Ansiedade extrema	Repetição da informação fornecida	96	1-Formação em técnicas comunicacionais. 2-Guião sobre condução de conferência familiar. 3-Responder sucintamente as perguntas colocadas. 4-Agendar nova conferência.
2D	Realização	Dificuldade na transmissão de más notícias.	8	7	Aumento do sofrimento da família	2	Agravamento do estado clínico da Pessoa.	Repetição da informação fornecida	112	1-Formação em técnicas comunicacionais
2E	Realização	Não realização quando solicitado pelo familiar de referência.	6	3	Diminuição da confiança na equipa interdisciplinar.	6	Indisponibilidade da equipa.	Passagem da ocorrência oralmente na equipa de Enfermagem	108	1-Guião sobre condução de conferência familiar. 2-Explicação das razões. 3-Agendamento de uma outra data.
3	Registo	Ausência de registo sistemático.	6	9	Ausência de avaliação sistemática das necessidades e das estratégias de informação.	2	Não adesão da equipa.	Registo no SAPE	108	1-Elaborar proposta de registo informático

Versão 4: 05/04/2015

4- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.

As mudanças devem ser encaradas com processos contínuos. Não deve ser alheio a este; a sua aceitação individual e a sua aceitação na equipe interdisciplinar como um fenómeno de grupo.

De acordo com a análise de processo efetuada verifica-se esta listagem de prioridades:

- Etapa 2B com uma pontuação de 160.
- Etapa 1 com uma pontuação de 144.
- Etapa 2D com uma pontuação de 112.
- Etapa 2E com uma pontuação de 108 em *execuo* com o Etapa 3.
- Etapa 2C com uma pontuação de 96.
- Etapa 2A com uma pontuação de 28, ou seja em expressão de intervenção.

Debruçamo-nos nas etapas com maior pontuação:

A etapa 2B é referente a dificuldade de adequação da linguagem ao interlocutor-Pessoa/Família. Esta realidade está associada na literatura com o desenvolvimento de um estilo comunicativo pouco refletido. A formação sobre técnicas comunicativas é considerada uma estratégia importante na melhoria desta falha.

Etapa 1 é referente ao planeamento prévio da atividade. Permite uma melhor eficácia na resposta as necessidades de informação da Pessoa/Família e uma melhor gestão de tempo despendido pelos profissionais. Tendo como princípio, que os profissionais são condutores do processo, preconiza-se um planeamento semiestruturado com temas e períodos de tempo pré-definidos.

Etapa 2D é referente a comunicação de más notícias. Como estratégia, é sem dúvida aquela que provoca mais ansiedade nos profissionais. O uso de técnicas específicas nesta

área são promotoras da segurança na transmissão e de uma maior satisfação por parte da pessoa/família.

De acordo com a análise efetuada ações preventivas e corretivas a desenvolver, consideradas prioritárias: a formação em técnicas de comunicação e a condução do desempenho dos profissionais para a sua realização através de um guião orientador.

A formação pretende capacitar os profissionais dando-lhe ferramentas que permitam desempenhar a estratégia com segurança durante a interação, adequando forma à Pessoa/Família.

A revisão sistemática efetuada salienta o facto de que as melhorias referidas nas capacidades em comunicar são geralmente auto percecionadas. Parece-nos importante aplicar um guião de observação sobre a transmissão de informação por parte da equipe de enfermagem com o objetivo de avaliar a eficácia da capacitação. Para ser comparativo pretende-se a sua aplicação anterior e posterior a formação.

A existência de um guião pode aumentar a adesão da equipa por uniformização das etapas e dos procedimentos inerentes à conferência familiar.

5- CONCLUSÃO:

A utilização deste método permitiu-nos estabelecer prioridades que serão uma mais-valia para a implementação do projeto de implementação em serviço, pois ajudou-os a analisar criticamente as falhas e as suas causas e determinar ações que podem ter um impacto importante no mesmo. Como processo dinâmico reservamos a possibilidade de este ser revisto durante o desenvolvimento do projeto.

BIBLIOGRAFIA.

Bahram, M.; Bazzaz S.; Sajjadi S. (2012)- Innovation and Improvements In Project Implementation and Management; Using FMEA Technique. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 41, Pes 418–425.

Peters, L. McGuire, T.; Ridling, D. (2014)- Proactive patient safety and opioids: failure mode effect analysis (FMEA) applied to patient controlled analgesia (PCA), *Journal of pain*, Volume 15, Issue 4.

Stamatis, D.H (2003).- *FMEA from Theory to Execution*, Second Edition ASQ Quality Press.

Apêndice V- Análise SWOT.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
4º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Análise SWOT

Orientadores:

Docente: Enf^ª Elsa Monteiro

Orientador: Enf^ª Patrícia Carvalho

Discente:

Enf^ª Vanessa Costa n.º.140519004

Maio de 2015

Análise SWOT

Análise Interna	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Análise Externa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Processo de acolhimento inicial aos familiares da Pessoa internada já implementado e desempenhado pela equipa de enfermagem. 2. Relações da equipa interdisciplinar fortalecidas pelo trabalho de equipa inerente ao EEMI. 3. Custo de implementação baixa face à probabilidade de melhoria da satisfação sentida pela Pessoa/Família. 4. Existência de um elemento dinamizador do projeto de acolhimento por Equipa de enfermagem. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Fraca adesão da equipa de enfermagem à Conferência Familiar. 6. Inexistência de formação específica sobre técnicas comunicacionais. 7. Desconhecimento sobre as implicações legais da transmissão da informação aos familiares. 8. Sobrecarga de trabalho de acordo com o valor TISS.
<p>Oportunidades</p> <p>A. Uso da satisfação da Pessoa/Família com o internamento como um indicador de qualidade da prestação de cuidados.</p> <p>B. Informação como necessidade prioritária para a Pessoa/Família do doente internado.</p> <p>C. Nível de satisfação referido pelo familiar de referência sobre a gestão de informação durante o internamento pela equipa de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Feedback dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação para sensibilização da equipa interdisciplinar (A.1, B.1, C.1). ✓ Reestruturação da conferência familiar (A.3;B.3) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação de instrumentos cruciais à realização da conferência familiar (A4) ✓ Formar a Equipa de enfermagem relativamente a técnicas comunicacionais (B.4, B.5) ✓ Formar a Equipa relativamente as implicações legais na transmissão de informação (B.6) ✓ Contribuir para a satisfação da Pessoa/Família (A,5) ✓ Feedback dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação para sensibilização da equipa (A.4, A.7, C.4)
<p>Ameaças</p> <p>D. Condições estruturais do serviço.</p> <p>E. Desmotivação da equipa.</p> <p>F. A equipa poder não considerar o PIS como prioritário</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Feedback dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação para sensibilização da equipa interdisciplinar (E.1;E.3). ✓ Reestruturação da conferência familiar (E.2) ✓ Possibilidade de esclarecimento de dúvidas imediato (E.4) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar necessidades sentidas pelos enfermeiros (E.4;E.5;E.6; F.5; E.5). ✓ Reestruturação da conferência familiar (E.4) ✓ Criação de instrumentos estruturantes da atividade (D.7)

Apêndice VI- Cronograma.

CRONOGRAMA

	Ano	2015												2016						
	Mês	Setembro	Outubro					Novembro					Dezembro			Janeiro				
	Semanas	24	1	4	11	18	25	1	8	15	21	28	1	6	13	3	10	17	24	
		30	3	10	17	24	31	7	14	16	22	30	5	12	17	9	16	23	31	
Objetivos específicos	Um																			
	Dois																			

	Ano	2015												2016						
	Mês	Setembro	Outubro					Novembro					Dezembro			Janeiro				
	Semanas	24	1	4	11	18	25	1	8	15	21	28	1	6	13	3	10	17	24	
		30	3	10	17	24	31	7	14	16	22	30	5	12	17	9	16	23	31	
Objetivos específicos	Três A																			

Formação realizada a 1 de Dezembro de 2015, ao invés de 3 ou 4 semana de Novembro.

	Ano	2015												2016					
	Mês	Setembro	Outubro					Novembro					Dezembro			Janeiro			
	Semanas	24	1	4	11	18	25	1	8	15	21	28	1	6	13	3	10	17	24
		30	3	10	17	24	31	7	14	16	22	30	5	12	17	9	16	23	31
Objetivos específicos	Três B																		

Executado somente em 9 de Novembro de 2015, ou invés de 3ª ou 4ª semana de Outubro

Apêndice VII- Política de CF.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão	<h2>Política de Conferência Familiar</h2>	Data de entrada em vigor	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento	XXX

ASSUNTO: *Política de conferência familiar*

DESTINATÁRIOS: Equipa médica e de enfermagem do Serviço de Cuidados Intensivos.

OBJECTIVOS: Definir os princípios inerentes ao desempenho da Conferência Familiar em contexto de Cuidados Intensivos, visando a melhoria da qualidade da informação e a satisfação da Pessoa/Família.

DESCRIÇÃO:

1º Explicação.

Vários estudos corroboram que a informação é das principais necessidades sentidas pela Família das Pessoas internadas em Cuidados Intensivos; sendo a acessibilidade, a adequação da linguagem e a congruência características valorizadas.

O êxito dos cuidados prestados e a satisfação da Pessoa/Família dependem em grande parte da relação de confiança estabelecida e o apoio prestado por parte da Equipa, o que implica respeito mútuo e capacidade de comunicação. No entanto, a existência de vários profissionais cuidadores com diferentes papéis e saberes, pode originar dificuldades na comunicação com confusão de papéis e conteúdos informativos.

O aparecimento da estratégia de CF nas UCI surge da necessidade de criação de metodologias de organização de informação dirigidas a Pessoa/Família mais eficazes e eficientes.

Esta estratégia tem a sua génese na resposta as necessidades e integração da Família como alvo de cuidados; mas igualmente na emergência de se abordar os processos de saúde/doença da Pessoa internada em termos de qualidade de vida e potencial de saúde (Fox, 2014).

2ª Siglas, abreviaturas

CF- Conferência Familiar.

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

DGS- Direcção Geral de Saúde.

OE- Ordem dos Enfermeiros.

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos.

3ª Enquadramento Legal

Direito à informação em saúde

No ordenamento jurídico português estão estabelecidos direitos específicos à informação em saúde, nomeadamente na Lei de bases da Saúde (Lei n.º48/90, de 24 de Agosto); no Estatuto Hospitalar (Decreto Lei n.º48/357, de 27 de Abril de 1968) e na Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro referente a “Informação genética pessoal e informação de saúde”, que não se esgotam no domínio da informação, mas abrangem o seu modo de transmissão.

Em Portugal, o direito à protecção da saúde (artigo 64º) e o direito à integridade pessoal (artigo 25º) estão consagrados na Constituição da República Portuguesa; assentando num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da DGS, no seu artigo 6º, realça a autonomia da Pessoa, na capacidade decisória do desejo ou não de ser informado sobre o seu estado de saúde, ou ser informado parcialmente. Refere igualmente o direito a decidir quem deve receber a informação no seu lugar, direito intimamente relacionado com o artigo 26º da Constituição da República, que se refere ao direito à intimidade.

A Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro referente a “Informação genética pessoal e informação de saúde” afirma que a **informação de saúde é da propriedade da pessoa**, sem prejuízo das condições

do exercício da titularidade, sendo **os profissionais de saúde “os seus depositários”**; tornando-os desta forma, responsáveis pela sua veiculação e pelos direitos consagrados da Pessoa.

Considera-se implícito que o direito à informação em saúde por parte da Pessoa e da Família são duas dimensões diferentes, já que “a informação sobre cada um a cada um pertence” (Ordem dos enfermeiros, 2003).

Os direitos de acesso à informação por parte da Família estão legislados na Lei 52/2012 de 5 de Setembro, Lei de Base dos Cuidados Paliativos na Base VI; determinando as áreas de informação passíveis de serem geridas. Destacamos a alínea c) Receber informação sobre o estado clínico do doente, **se for essa a vontade do mesmo** e a alínea d) Receber informação objetiva e rigorosa sobre **condições de internamento**.

Face ao contexto legal, deverá ser discutido com a Pessoa, as suas preferências sobre o envolvimento da Família no Processo de Saúde/Doença e na tomada de decisão.

Esta premissa implica um ajuizar da necessidade/proporcionalidade de informação, por parte da Equipa de Saúde, da informação transmitida e recolhida relativamente: à **utilidade** para o recetor e o seu direito de acesso à mesma, sobre a **pertinência** para construção dos cuidados pela Equipa de Saúde, e às **implicações** na autodeterminação da Pessoa e no direito e dever do sigilo profissional da Equipa de Saúde.

Na **inexistência de um representante legalmente reconhecido**, o Sistema Jurídico português permite que, na impossibilidade de conhecer a vontade prévia do doente, a Equipa de Saúde consulte a Família sobre preferências em cuidados de saúde. Este ato tem como intuito formar decisões, sem que as vontades manifestadas sejam vinculativas.

O autor Walter Osswald (2004) define três vetores de análise na tomada de decisão: as vontades anteriormente expressas na promoção da autonomia do doente, o espírito de beneficência da equipa; e a subsidiariedade dos familiares e/ou eventuais representantes legais. O mesmo autor refere que a nenhum destes vetores deve ser atribuído papel decisório exclusivo, mas que a decisão deve ter em conta todos eles.

Esta opinião é congruente com o artigo 6 da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, que estabelece critérios de atuação com vista a proteger os indivíduos que careçam de capacidade de prestar o seu consentimento, e estabelece o benefício direto como central à decisão.

Assim, nas situações onde é evidente a vulnerabilidade, e em que a Pessoa pode não estar totalmente competente para decidir e cabe então ao profissional de saúde avaliar as medidas adequadas pelo princípio da beneficência e consentimento presumido, evitando a obstinação terapêutica.

4º Definição

Conferência Familiar- estratégia focada no doente e orientada para o cuidado à Família, que consiste numa reunião planeada e estruturada, com o cliente (presença variável), familiares e profissionais de saúde, com um propósito específico adequado às necessidades da Pessoa e Família que permite estabelecer uma comunicação eficaz e reforçar a relação interpessoal (Hudson, 2008).

Família- Assume-se a definição constante na CIPE que define a mesma como um grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (OE, 2011).

Familiar de referência- Pessoa determinada pelo utente (Familiar-representante), cujos direitos de obtenção de informação e a abrangência da capacidade de tomada de decisão devem ser definidos pelo próprio utente quando consciente. A declaração de vontade de acordo com a regra jurídica portuguesa é a oralidade, sendo que o consentimento em documento escrito deve ser utilizado em situações excecionais.

Na incapacidade do utente tomar esta decisão, o seu papel será de interlocutor entre as necessidades da Família, de qual é elemento representante; e a Equipa de Saúde.

Pessoa- O utente enquanto ser único e singular, dotado do direito de autonomia e de autodeterminação, ou seja o direito de tomar decisões baseadas nos seus próprios valores sobre o seu plano terapêutico.

4.1- Objetivos

A constituição da equipa de Saúde presente e condutora da CF; pretende ser interdisciplinar, de forma a promover uma visão única sobre a Pessoa/Família; constituída por elementos com capacidades comunicacionais reconhecidas pelos pares. Deve igualmente responder as necessidades verbalizadas pela Pessoa/Família relativamente ao conteúdo informativo.

Na utilização da CF parte-se do princípio que a informação que se fornece a Pessoa/Família, não tem como objetivo diminuir a distância técnica entre os profissionais de saúde e a Pessoa/Família; mas preparar os mesmos para tomar decisões responsáveis, se tal for do seu domínio; e promover um mecanismo de controlo e de autoeficácia familiar. Implica a adequação da linguagem em função da capacidade de compreensão e da cultura médica da Pessoa/Família.

Os seus objetivos agrupam-se em quatro vertentes: comunicar informação médica, delinear objetivos do cuidado, tomar decisões conjuntamente com a Pessoa/Família e, prestar apoio a Pessoa e à Família.

São objetivos específicos:

- Focar o cuidado na Pessoa e orientado à Família;
- Criar linhas de comunicação entre os familiares e a Equipa de Saúde;
- Identificar o cuidador informal;
- Gerir conflitos existentes;
- Identificar e intervir junto das necessidades da Família, designadamente, permitir aos familiares expressarem sentimentos e discutir preocupações relacionadas com a doença e o conforto do doente/qualidade de vida, promovendo assim o bem-estar dos familiares;
- Providenciar atualização do estado clínico do doente;
- Discutir o prognóstico do doente, promovendo o ajustamento de expetativas.

4.2- Princípios e valores da CF

Como estratégia destaca-se:

- A abordagem pró-ativa que cria um espaço reflexivo sobre a informação e propício a gestão da mesma, permitindo a consistência da informação fornecida pelos profissionais de saúde na resposta às questões da Família, potenciando o uso eficiente de tempo e uma comunicação mais efetiva.
- Sendo uma abordagem multidisciplinar, é promotora da clarificação dos objetivos do cuidar, dos papéis desempenhados por cada um dos intervenientes no processo de assistência, com rigorosa atribuição de significado ao trabalho que cada um realiza para o conceito de trabalho de equipa e para o seu bom desempenho.
- O processo de planeamento potenciador de um período de reflexão e discussão dos cuidados propostos entre a Equipa Interdisciplinar; e a Equipa/Pessoa/Família.
- Pressupondo o estabelecimento de laços relacionais entre a Equipa e a Pessoa/Família, a adequação da informação, as necessidades verbalizadas e a capacidade de perceção, de acordo com o seu estado emocional, intelectual e maturidade.

Princípios enformadores:

- O respeito pelos princípios integrantes no Código Deontológico referente ao exercício profissional das diferentes disciplinas envolvidas no processo comunicativo.
- O respeito pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e a consagração da autodeterminação e pelos princípios éticos universais de beneficência, não maleficência, vulnerabilidade e autonomia; enformadores da defesa da dignidade humana.
- A valorização da Pessoa no direito à tomada de decisão no seu processo de saúde/doença, manifestando respeito pela sua conceção sobre saúde/ doença, projetos de vida, história de valores e processo de morte.
- A promoção da autonomia da Pessoa/Família e igualmente da Equipa Interdisciplinar, sendo inerente ao valor da autonomia; o dever e a responsabilidade.
- O direito inalienável da Pessoa à privacidade e confidencialidade sobre a sua situação de saúde/doença e sobre os dados resultantes do processo de prestação de cuidados.
- A valorização e reconhecimento do trabalho de Equipa interdisciplinar e multidisciplinar.
- A doutrina do Consentimento informado/presumido e privilégio terapêutico e obstinação terapêutica.

Como resultado, aspira-se a:

- Promover a humanização dos cuidados, dignificando valores e direitos, culturalmente sensíveis.
- Desenvolver uma metodologia de informação, suportada por instrumentos orientadores de boas práticas, promovendo a qualidade dos cuidados.
- Desenvolver um projeto de melhoria contínua de qualidade.
- Monitorizar indicadores de estrutura, processo e resultado, com o objetivo melhoria da prática profissional e adequação as necessidades sentidas da Pessoa/Família.
- Refletir criticamente sobre os cuidados propostos.

5º Responsabilidades

É da responsabilidade do Enfermeiro de Referência, a deteção da necessidade da realização da CF. É do seu âmbito, o planeamento conjunto da mesma com o Médico.

É da responsabilidade do Enfermeiro ou do Médico a quem está atribuído a Pessoa/Família, a condução da CF, sendo que o papel deve ser acordado entre os elementos participantes.

Considera-se que é da responsabilidade dos elementos da equipa de Saúde presente na CF, a transmissão da informação de acordo com o seu âmbito de competência e em concordância com os seus Códigos Deontológicos, promovendo a complementaridade funcional. O conteúdo informativo deve atender as Leis vigentes na Legislação Portuguesa, sobre direito à informação de saúde.

Os registos sobre o decurso da CF, devem ser realizados pelo Enfermeiro que atendeu a mesma. Devem ser realizado em folha própria de registo

É da responsabilidade do Grupo de trabalho sobre a CF, o tratamento dos dados obtidos da estratégia com a finalidade; de determinar e adequar o processo as necessidades dos intervenientes. É igualmente sua responsabilidade dar resposta as necessidades formativas da equipa relativamente as diferentes dimensões inerentes ao desempenho da estratégia (comunicativas, legais, éticas, etc.)

6º Estrutura organizacional

A UCI do CHS EPE dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por 3 médicos residentes e 29 enfermeiros, sendo que todos estão capacitados para o desempenho da estratégia.

O local previsto para a sua realização encontra-se no próprio serviço, apesar das condições físicas ideais para a execução ficarem aquém do preconizado. Assim, considera-se a utilização de dois locais: gabinete disponível (Médico ou da Coordenadora de Enfermagem) ou na Unidade da Pessoa internada (caso consciente e orientada).

Considera-se o grupo de trabalho interdisciplinar da “Conferência familiar- Gestão de Informação clínica”, constituído por 5 enfermeiros e 1 médico residente, responsáveis pela implementação da estratégia e pela sua avaliação anual.

Este grupo de trabalho é responsável por:

- A elaboração de norma relativamente ao planeamento e condução da estratégia,
- Avaliação das práticas promotoras da CF e inerentes a execução da estratégia.
- Formação dirigida as necessidades verbalizadas pela equipa e detetadas na avaliação anual,
- Na divulgação intra-hospitalar anual dos dados obtidos através de relatório,
- Na divulgação inter-hospitalar anual em reuniões científicas.
- E na informação/formação *in loco*.

Estratégia de implementação

Cód.	Procedimento/Documento	Responsável	Crítérios do Manual #### a que responde
	Norma de conferência familiar no Serviço de Cuidados Intensivos		
	Procedimento passagem de informação sobre doentes entre profissionais, mudança de turno e entre serviços	José Assunção	GIC.04
	Política de confidencialidade	En ^o Barroso	CFD
	Política de Gestão de informação clínica	Dr. ^a Conceição Rendeiro Enf. Fernando Barroso Dr. ^a Imelda Gonçalves Enf. José Manuel Roseiro Dr. ^a Célia Roque	GIC

Relatório de trabalho de projeto “Conferência Familiar na prestação de Cuidados à PSC”

		D. Lurdes Estrela Técnica M. ^a Helena Costa	

Elaboração: Enf ^ª Elsa Monteiro Enf ^ª Vanessa Costa	Revisão: Cargo/Comissão que irá rever o documento no prazo de 3 anos	Ratificação: Conselho de Administração
--	---	--

Apêndice VIII- Norma sectorial; folha de planeamento e registo da CF e folha de auditoria.

1. Objetivo

Uniformizar o planeamento e execução da Conferência Familiar por parte da Equipa de Saúde do Serviço de Cuidados Intensivos do CHS.

2. Campo de aplicação

A equipa de Enfermagem e Médica do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos do CHS.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHS- Centro Hospitalar Setúbal.

CF- Conferência Familiar.

Conferência Familiar- Estratégia, focada no doente e orientada para o cuidado à família, que consiste numa reunião planeada e estruturada, com o utente (presença variável), familiares e profissionais de saúde, com um propósito específico adequado às necessidades da Pessoa/Família; que permite estabelecer uma comunicação eficaz e reforçar a relação interpessoal (Hudson, 2008).

Informação- Facto ou conhecimento que é levado ao conhecimento de alguém através de palavras, sons ou imagens.

Informação em saúde- Abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar. A titularidade dos dados de saúde está estabelecido na

Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro. Estabelece a informação em saúde como propriedade da Pessoa e os profissionais de saúde como seus depositários.

Protocolo de SPIKES- protocolo de ação para a transmissão de más notícias, constituído por seis passos, sendo que cada letra representa uma fase da sequência. Utiliza a demonstração de empatia, reconhecendo e valorizando as concepções da pessoa informada sobre a situação, explorando a sua compreensão e aceitação sobre o conteúdo fornecido.

Recontextualização- Técnica de comunicação, que permite dar um novo significado ou um novo sentido a uma situação ou contexto.

4. Referências

Daly, B., Douglas, S., O’Toole, E., & Gordon, N. (2014). Effectiveness Trial of an Intensive Communication Structure for Families of Long-Stay ICU Patients. *Chest*, nº 138 vol. 3 p. 1340-1348. Acedido a ultima vez a 22/05/2015: <http://journal.publications.chestnet.org/> on 12/02/2014.

Código Penal. Livro II. Capítulo III

Eggenberg, T. N. (2010). The essence of the family critical illness experience and Nurse-family meetings. *Journal of family nursing*, nº 16, p. 462-486. Acedido a ultima vez a 30/05/2015 <http://www.medscape.com/medline/abstract/21051759>

Gay, E., Pronovost, P., Basset, R., & Nelson, J. (2009). The intensive care unit family meeting: Making it happen. *Journal of Critical Care*, nº24 p 1-12.

Hudson, P. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, p.1-12. Acedido a ultima vez a 14/05/2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542352/>

Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro de 2005- Informação genética pessoal e informação de saúde. *Diário da República N.º 18/2005, Série I-A*.

Shaw, D., Davidson, J., Smilde, R., & Agan, D. (February de 2014). Multidisciplinary Team Training to Enhance Family Communication in the ICU. *Critical Care Medicine*, p. 265-271.

5. Responsabilidades

O CA é responsável pela ratificação e divulgação desta norma.

Os Diretores de Serviço/Responsáveis de Serviço pela sua implementação junto dos profissionais de saúde. Da Equipa de Enfermagem e Médica pela sua execução.

6. Procedimento

A CF é uma estratégia de intervenção de âmbito terapêutico, com o objetivo de promover o mecanismo de controlo do equilíbrio familiar e de perceção de autoeficácia.

A informação na CF deve obedecer aos seguintes **princípios**:

Direito a autodeterminação em matéria de cuidados de saúde- Refere-se ao direito do utente como Pessoa, de decidir sobre o seu plano terapêutico, ou seja tomar uma decisão sobre si e sobre a ação do outro sobre si. Obedece a duas condições: a liberdade (independência no controle das influências) e a ação (capacidade de agir intencionalmente).

No caso particular, do utente temporariamente incapaz de decidir, a decisão deve ter por base o triângulo ético formado pelo percurso de saúde da Pessoa, pelo conhecimento das suas preferências e desejos referidos pelos seus familiares; e pelo conhecimento da Equipa de saúde; na procura do melhor interesse da Pessoa e na proteção da autonomia da Pessoa vulnerável.

Sigilo profissional- Tem por finalidade a proteção da Pessoa. Entende-se que a informação pertence ao utente e que só este poderá dispor da sua divulgação. Estende-

se não só aos dados obtidos para a prestação de cuidados, mas também à informação que é produzida e que resulta dos processos de trabalho multidisciplinar.

Deduz-se que o dever do sigilo preserva o direito à confidencialidade, pois os dados obtidos integram a personalidade de cada um, ficando inerente a proteção da Pessoa e dos bens jurídicos que a compõem.

Princípio da mediação na transmissão da informação- Referente ao acesso aos dados de saúde. Considera que o acesso deve ser feito através de um profissional de saúde, no sentido de garantir uma adequada interpretação e, ao mesmo tempo, impedir riscos para a saúde estabelecendo como princípio a proteção da pessoa.

O mesmo está previsto no Artigo 157.º do Código Penal e no artigo 3.º da Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro referente a “Informação genética pessoal e informação de saúde”.

Considerações gerais:

A CF deve ser antecipativa e pró-ativa; devendo ser estabelecidos previamente à sua condução, objetivos e metas.

A CF deve ser feita num período até as 72 horas, após a admissão da Pessoa na UCI; e sempre que for pertinente (esclarecimento de dúvidas persistentes da Pessoa/Família, situação de agravamento do estado clínico da Pessoa e na situação de abordagem nos cuidados em fim de vida).

Recursos Humanos:

São consideradas importantes boas capacidades comunicacionais por parte da equipa de saúde na execução a CF.

Devido a proximidade entre a equipa de enfermagem e a Pessoa/Família, o papel de **facilitador** de acesso à informação deverá ser desempenhado pelo **enfermeiro responsável pelo utente**.

A CF deve ser planeada e coordenada pelo elemento da equipa com capacidades de comunicação reconhecidas pelos pares, especialmente em situação de conflito familiar em que é necessário gerir uma situação geralmente complexa.

Deve ser estabelecido um elemento da Equipa de Saúde como **condutor** da CF. A sua função será de facilitador da comunicação e do processo envolvente.

Para além, da função de **planear a CF** e promover a sua execução dentro do planeamento previamente estabelecido; tem o papel de durante a conferência, evitar dispersões e **mediar o processo** através de colocação de perguntas dirigidas ao esclarecimento de questões ou de perguntas dirigidas a reflexão. A literatura existente (Gay, 2009; Daly,2014) refere que este papel é geralmente desempenhado eficazmente por um enfermeiro treinado, pela sua situação de proximidade com a Pessoa/Família, que lhe trás uma perspetiva única dos assuntos abordados.

A Pessoa sobre a qual se centra a CF deve estar presente na mesma. Caso, existe uma limitação na sua presença, deve se possível, estar representada pelos elementos ou elemento que a mesma designou como seu representante (**Familiar de referência**). A informação e a tomada de decisão deverá ser ajustada ao tipo de representação consentida.

Não existindo um elemento familiar designado, a mesma deverá ser assistida pelo familiar de referência (decidido pela família), e outros elementos que a família considere importantes. Exclui-se neste caso, a tomada de decisão em matéria de cuidados de saúde, por parte da família.

Deve existir limitação de presença na CF de **“um para dois”** ou seja um profissional de saúde para cada dois familiares participantes na conferência.

Recursos materiais:

Pode ser promovido um ambiente de privacidade, confortável e sem ruídos, providenciando um ambiente sem distrações.

Se possível deverão estar disponíveis lenços de papel e água.

Preparação da CF

Ação	Justificação
1. Apresentar o propósito da CF e determinar o interesse da Pessoa/Família na sua participação.	Obter consentimento.
2. Determinar junto da Pessoa internada, se consciente e orientada; a designação do Familiar de Referência.	Proteger o dever de sigilo profissional e o direito a autodeterminação.
3. Determinar junto da Pessoa o grau de envolvimento na informação e decisão sobre o estado de saúde/doença e os respetivos cuidados do Familiar de Referência.	Proteger o dever de sigilo profissional e o direito a autodeterminação.
4. Determinar quais as necessidades da Pessoa/Família relativamente a informação sobre o estado de saúde/doença.	Permitir uma gestão eficaz do tempo e uma comunicação eficiente.
5. Determinar de acordo com as necessidades levantadas, os profissionais que devem estar presentes na CF (pelo menos um médico e um enfermeiro).	Adequação as necessidades sentidas.
6. Restringir o número de profissionais de saúde presentes, assim como o número de familiares, na proporção de um para dois.	Facilitar o processo comunicativo. Evitar constrangimentos.
7. Estabelecer e confirmar: local, hora e os participantes na CF.	Evitar constrangimentos.

Execução da CF

Considerações gerais:

Devem ser evitadas interrupções na condução, especialmente o uso de telefones.

A CF deve ser considerada uma estratégia útil para fornecer informação, mas deve ser igualmente percebida pelos profissionais de saúde como uma estratégia de recolha de informação, sobre percurso de saúde e preferências em termos de tratamento.

A CF não deve ter um período de execução superior a 30 minutos. O tempo previsto deve ser dividido pelas suas três fases.

Pelo menos, um terço no tempo despendido na CF deve ser destinada a colocação de dúvidas por parte da Pessoa/Família e no seu esclarecimento, assim como na verbalização de emoções. Se a informação fornecida for do âmbito das más notícias utilizar o protocolo de SPIKES.

Para além da necessidade de informação, a necessidade de ser ouvido é importante para a Pessoa/Família. A demonstração de interesse sobre a Pessoa e o seu conforto, aumenta a satisfação familiar referente o uso da CF como estratégia de comunicação.

Ação	Justificação
Introdução	
1. Na introdução da CF devem ser: <ul style="list-style-type: none">• Apresentados todos os interlocutores, o seu papel e relação com a Pessoa.• Estabelecidas regras de condução (por exemplo, primeiro ex-	Estabelecer a ordem da CF. Tornar a condução da CF mais eficaz e eficiente.

põem-se a informação, seguidamente poderão ser colocadas perguntas.....)	
<ul style="list-style-type: none"> • Expostos os objetivos da CF. 	
2. Precisar a concordância sobre os objetivos da CF.	Tornar a condução da CF mais eficaz e eficiente.
Desenvolvimento	
1. Determinar o que a Pessoa/Família sabe sobre o que será abordado.	<p>Direcionar o conhecimento.</p> <p>Permitir o ajuste de expetativas.</p>
2. Direcionar a informação para os objetivos definidos, falando lentamente e com frases curtas. Repetir ao longo da conversa informações importantes.	Facilitar a compreensão da informação fornecida.
3. O médico presente na CF, deverá: <ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre os antecedentes pessoais, terapêutica e exames efetuados (na primeira CF). • Esclarecer sobre a situação clínica atual • Abordar o possível prognóstico clínico. 	A informação deve corresponder ao princípio da necessidade e da proporcionalidade.
4. Verificar ao longo da informação, se esta é compreensível e se corresponde as expetativas.	Clarificação da informação fornecida.
5. Se necessário, efetuar pausas, durante a informação.	<p>Facilitar a compreensão da informação fornecida.</p> <p>Permitir que a família se foque na informação após notícias menos favoráveis.</p>
6. Proporcionar espaço para colocação de dúvidas.	<p>Aumentar a satisfação.</p> <p>Uso da escuta ativa.</p>
7. Facilitar a expressão de emoções.	Fornecer apoio emocional a Pessoa/Família.

		Uso de afirmações de suporte emocional.
Conclusão		
1.	<p>Apresentar a conclusão da CF. Sumarizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação fornecida. • Dúvidas colocadas e esclarecimentos prestados • Sentimentos verbalizados. • Reforçar o apoio à Pessoa/Família • Agradecer a presença de todos. 	Favorece a retenção da informação fornecida.
2.	Se necessário agendar nova CF.	Permitir a continuidade de cuidados.
3.	Efetuar registos.	Planear e avaliar cuidados.

7. Anexos

Folha de Planeamento e Registo da Conferência Familiar.

Folha de auditoria do Processo da Conferência Familiar.

Fluxograma de Direito da Família à Informação.

Elaboração	Revisão	Ratificação
<p>Enf^a Vanessa Duarte</p> <p>Enf^a Elsa Monteiro</p> <p>Dr^a Imelda Gonçalves</p>	<p>Nome de quem irá rever o documento no prazo de 3 anos</p>	<p>Assinatura dos membros do Conselho de Administração</p>



Conferência Familiar- Folha de registo

Constituição da conferência:

Equipa de Saúde	
Pessoa/Família	
Elemento Facilitador ¹	
Elemento Condutor ²	

¹ Identificação do elemento facilitador (quem identificou a necessidade da conferência)

² Identificação do elemento condutor (quem planeou e conduziu a conferência)

Critério³ para a realização da CF _____

³ Acolhimento; agravamento da situação clínica, cuidados em fim de vida, conflito equipa/família e planeamento da alta hospitalar.

Assuntos abordados:

Assunto um (exemplo: Abordagem cuidados de fim de vida)			
Planeado ⁴	Assegurar cuidados de conforto; determinar opinião anterior do doente sobre cuidados de fim de vida; fornecer apoio emocional; Colocação de dúvidas; Expressão de sentimentos; esclarecer dúvidas; encaminhar para outro profissional de forma a dar resposta as necessidades referidas ex: assistente social, padre, psicólogo.	Tempo ⁵ 30m	
Conduzido ⁶	Assegurar cuidados de conforto; determinar opinião anterior do doente sobre cuidados de fim de vida; fornecer apoio emocional; Colocação de dúvidas; Expressão de sentimentos; esclarecer dúvidas;	Tempo 30m	
	Razão da não condução prevista: necessidades, incapacidade da família de receber informação, recusa em receber informação, etc		
Assunto um			
Planeado ⁴		Tempo ⁵	

Conduzido ⁶		Tempo	
	Razão da não condução prevista:		
Assunto dois			
Planeado		Tempo	
Conduzido		Tempo	
	Razão da não condução prevista:		
Assunto três			
Planeado		Tempo	
Conduzido		Tempo	
	Razão da não condução prevista:		

⁴ Colocar a necessidade identificada pela equipa ou pela verbalização da família.

⁵ Tempo que se pensa despendido em minutos.

⁶ Sim ou não ou parcialmente. Se não ou parcialmente, colocar a causa.

Tempo despendido pela Pessoa/Família na **colocação de dúvidas** _____

Tempo despendido pela Equipa no **esclarecimento de dúvidas** _____

Tempo Total despendido na Conferência _____

Reações⁷ da Pessoa/Família _____

⁷ Calma e compreensão, choro, ansiedade ou agressividade.

Principais **questões** colocadas pela **família**:

Família presente concordante nas opiniões? _____

Agendamento de próxima CF⁸ (se necessário) _____

⁸ Data e hora.

Assinatura da Equipa de Saúde

Data e hora: _____

Grelha de Auditoria			
Norma de Conferência Familiar			
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Audidores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
1) A necessidade da Conferência Familiar foi identificada de acordo com os critérios?					
2) A escolha do local de realização foi considerado de acordo com os critérios?					
3) Existe um familiar de referência identificado?					
4) Existe registo de como foi definido o familiar de referência e as funções que lhe foram atribuídas pela Pessoa internada?					
5) Existiu um levantamento das necessidades da Pessoa/família?					
6) Existiu o planeamento prévio dos assuntos a abordar?					
7) Foi considerada a regra “ dois para um”?					
8) Foi considerado o papel do facilitador e identificado o profissional responsável?					
9) Foi considerado o papel do condutor e identificado o profissional responsável?					
10) Foi realizada a introdução na Conferência Familiar?					
11) A Conferência foi realizada num período inferior a 60 minutos?					
12) Foi utilizada o protocolo de SPIKES para a transmissão de más notícias?					
13) Foi destinado tempo para a colocação de dúvidas?					
14) Foi permitido a Pessoa/Família expressarem as suas emoções?					
15) Foram realizados registos em suporte próprio?					
Totais					

Indicador: **Taxa de conformidade**

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%

Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

--

Orientações de preenchimento dos critérios:

1º Critério: considera-se critério para a realização da CF, os seguintes: Acolhimento; agravamento da situação clínica, cuidados em fim de vida, conflito equipa/família e planeamento da alta hospitalar.

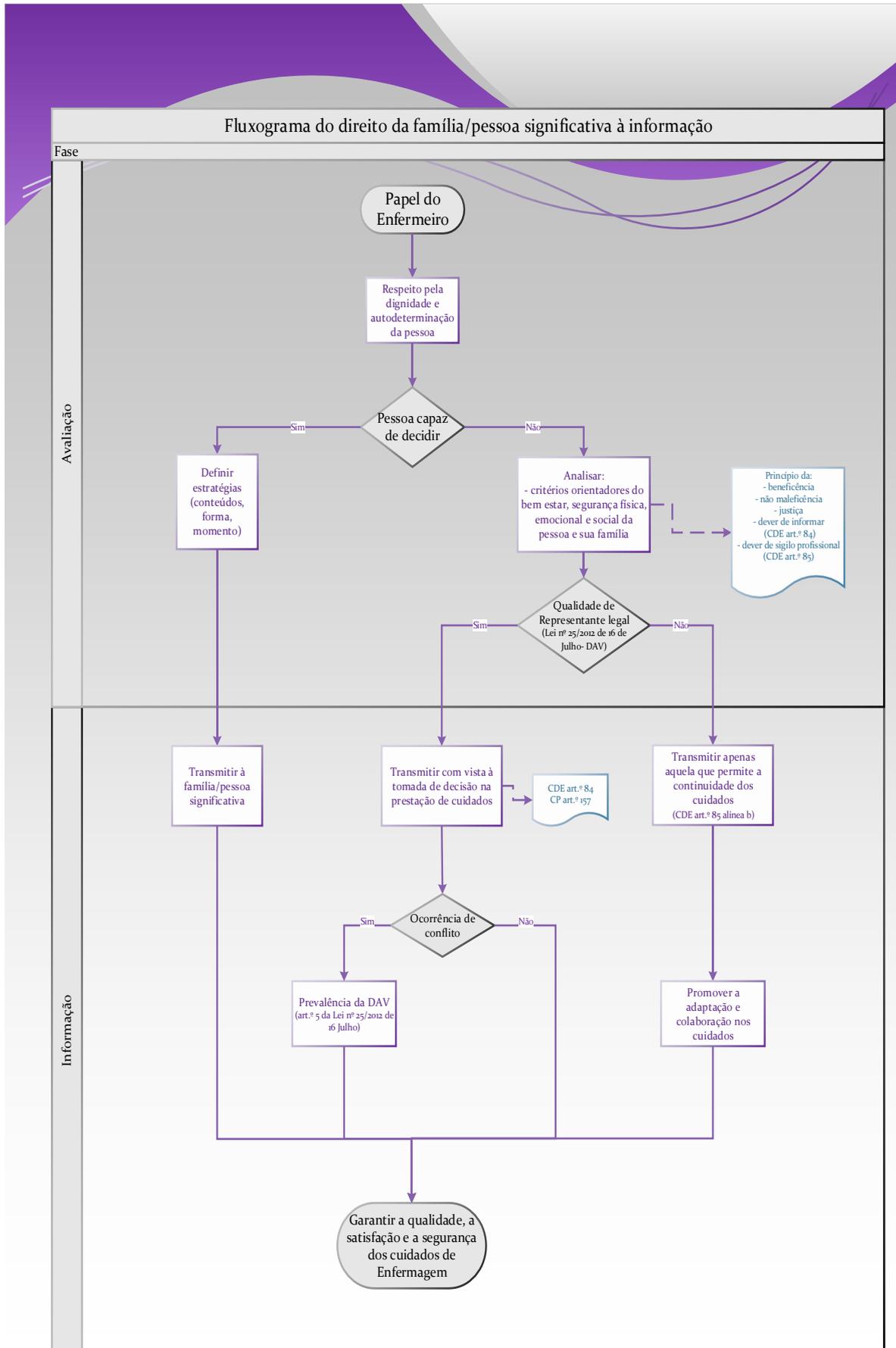
2º Critério: deve-se considerar: um ambiente de privacidade, confortável e sem ruídos, providenciando um ambiente sem distrações.

4º Critério: registo da identificação do Familiar de referência pela pessoa internada ou pela família, na incapacidade do pessoa decidir. Se identificado pela Pessoa, qual o seu papel (obter informação, tomar decisões em seu nome). No caso de identificação pela Pessoa considerar somente T, se verificarem as condições anteriores. P se colocada a forma de identificação.

5º Critério: Considerar registos

6º Critério: Considerar folha de registo da Conferência Familiar. Considerar T se preenchimento de assunto e tempo previsível. P se registo de um dos itens.

No critério 10, 12, 13 e 14, só se deve considerar se existir observação do decurso da conferência. A não existir colocar NA.



**Apêndice IX- Plano de sessão da ação de Formação
“Técnicas de comunicação em saúde”.**

PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Identificação			
Tema:	Técnicas de comunicação em saúde	Local:	Sala de Reuniões do 5º piso
Formação:	Em serviço, presencial	Formador:	Enfª Vanessa Costa
Público-alvo:	Enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital X.		
Data:	01/12/2015	Duração:	60 Minutos.
Objetivos:			
Geral:	1. Dar a conhecer as diferentes técnicas comunicativas e fases da comunicação terapêutica.		
Específicos:	1. Identificar as diferenças entre assertividade e comunicação terapêutica. 2. Enumerar e descrever as diferentes componentes da escuta ativa. 3. Dar a conhecer as diferentes questões exploratórias. 4. Consciencializar sobre as diferentes fases da comunicação terapêutica. 5. Informar sobre comportamentos perante uma situação de agressividade.		

Plano de Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ ESTRATÉGIAS	MEIOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema, Apresentação do preletor; Apresentação dos objetivos da sessão; • Apresentação dos conteúdos; • Motivo da formação 	Expositivo	Computador Powerpoint	5m
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças entre assertividade e comunicação terapêutica; • Componentes da comunicação não-verbal e da escuta ativa; • Técnicas verbais na escuta ativa; • Questões fechadas e abertas; • Questões abertas exploratórias; • Princípios da comunicação em saúde; • Fases da comunicação; • Agressividade. 	Expositivo Demonstrativo	Computador Powerpoint Internet	40m
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Discussão em grupo (diálogo refletido, reforço)	Computador Powerpoint	10m
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da sessão com recurso ao preenchimento de questionário 		Questionário	5m

**Apêndice X- Diapositivos da ação de formação
“Técnicas de comunicação em saúde”.**

Enfª Vanessa Costa Duarte
4º mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica
Ips-Setúbal

Introdução

- Objetivos da Comunicação
- Dimensões da Comunicação não-verbal
- Capacidade de Escuta
- Comunicação verbal: o uso de questões
- A estruturação da comunicação

Porque comunicamos? (Burnard,1997)

- Processo transacional de exposição de necessidades.
- Como ato estratégico.



Comunicação em saúde

- Comunicação assertiva e/ou terapêutica? (Griffin, Perry, Potter, 2012)

Assertiva- Promoção de direitos.

Terapêutica- Troca de informação que permite o envolvimento do outro na satisfação das suas necessidades.

Comunicação não verbal

- Componentes (Navarra, Lipkowitz, Navarra; 1990):
 - Toque
 - Proximidade/distância
 - Orientação postural
 - Expressão facial
 - Contato visual
 - Gestos

Capacidades de escuta

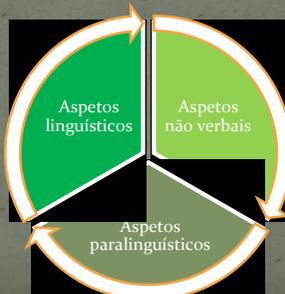
- Dimensões (Burnard, 1997)

Foco no outro
Interpretação



Escuta ativa

- Componentes (Navarra, Lipkowitz, Navarra; 1990):



Escuta ativa (Navarra, Lipkowitz, Navarra, 1990)

- **Aspetos Linguísticos:**
Semântica e sintaxe.
Linguagem metafórica.
- **Aspetos Paralinguísticos:**
Tempo despendido.
Volume.
Acentuação das palavras.
- **Aspetos não-verbais**

Escuta ativa (Cooper, Gosneli, 2015)

- Uso de Linguagem verbal? SIM

Pronomes Mínimos

Sim, Estou a ver, Hum-hum

Frases de encorajamento

Está a dizer isso porque...

Reforço

Encorajar, demonstrar e controlar

Parafrasear

Clarificação e reflexão

Reforço

- 5 tipos

Compreendo o que me está a dizer...

Estou a gostar de a ver hoje.

Está a dizer-me que...

Tem todo o direito de se sentir assim

Hoje já conseguiu fazer...

Parafrasear

Clarificação e reflexão sobre o conteúdo fornecido (Cooper, Gosneli, 2015).

Exemplo:

Familiar- Umaz vezes o meu pai está melhor, outras pior. Isto está a dar cabo de mim!

Enfermeiro: Está a dizer que o estado do seu pai não é igual todos os dias! (**parafrasear**). Fico com a impressão que isso lhe está a causar preocupação. Estou correto? (**reflexão sobre sentimentos**)

Pausas:

3 segundos de pausa influenciam e potenciam, o tempo de resposta do outro (Burnard, 1997).

Questões

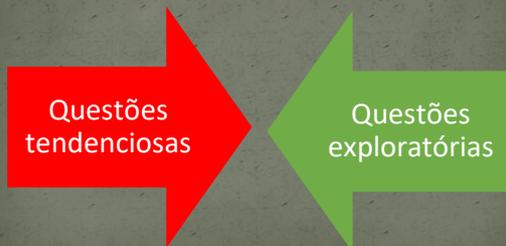
• QUESTÕES FECHADAS (Griffin, Perry, Potter, 2012):

- Identificação
- Seleção
- Questões sim/não

OBTER INFORMAÇÃO FACTUAL

Questões

• QUESTÕES ABERTAS (Griffin, Perry, Potter, 2012):



Questões

• QUESTÕES EXPLORATÓRIAS (Griffin, Perry, Potter, 2012)

- **Clarificação:** Está a dizer que não lhe falaram sobre isto?
- **Justificação:** Mas, porque diz isso?
- **Exemplificação:** Essa dor é parecida com o quê?
- **Extensão:** Continue. O que aconteceu depois?
- **Eco:** Esteve doente 3 dias. 3 dias?

Questões

- **QUESTÕES EXPLORATÓRIAS** (Griffin, Perry, Potter, 2012)

AFUNILAMENTO:

Exemplo:

Enfermeiro: Como é que reagiu a essa medicação?
Familiar: Ficou cansado.
Enfermeiro: Ficou cansado, como?
Familiar: Não conseguia andar do quarto para a cozinha. Tinha falta de ar!
Enfermeiro: Tinha falta de ar só quando se mexia ou quando estava quieto também?

Questões

- **QUESTÕES EXPLORATÓRIAS** (Griffin, Perry, Potter, 2012)

REFLEXÃO:

Familiar: A minha mulher nunca quis isto!
Enfermeiro: Diz-me que nunca quis isto....(uso das últimas palavras)
Familiar: Sim, este investimento.
Enfermeiro: Parece-me incomodado quando me disse isto....
Familiar: Sim, estou incomodado

Questões

- **QUESTÕES EXPLORATÓRIAS** (Griffin, Perry, Potter, 2012)

PRECISÃO:

Verificação:

Estive a explicar-lhe as possíveis causas de agitação da sua mãe, e o que pode acontecer nas próximas visitas. Não sei se me expliquei bem. Pode-me dizer o que compreendeu?

Sumarização:

Compreendeu que a situação de agitação pode ter muitos fatores que a provocaram, mas que usualmente passa?

Comunicação em saúde. Princípios

- Objetivos (Navarra, Lipkowitz, Navarra; 1990):
 - Fornecer informação
 - Simplificar questões complexas
 - Ajustar expectativas
 - Reduzir incerteza
 - Aumentar satisfação
 - Promover a compreensão

Comunicação em saúde. Princípios



Comunicação em saúde. Fases



Comunicação em saúde. Fases

• PLANEAMENTO:

Identificar necessidades.

Definir forma de comunicação de acordo com as características da Pessoa.

Definir sequência.

Comunicação em saúde. Fases

• APRESENTAÇÃO

Princípios:

Capacidades de abertura.

Clara com frases curtas.

Estrutura lógica.

Uso de pausas.

Adequação da linguagem.

Uso de exemplos.

Comunicação em saúde. Fases

Princípios:

Uso de elementos para linguísticos

- Uso do ênfase.
- Uso de expressividade.
- Uso do feedback.

Comunicação em saúde. Fases

• ENCERRAMENTO

- Sumarização
- Obter feedback
- Manter ligação

Porque comunicamos?

- Processo transacional e ato estratégico (Burnard,1997).



Técnicas de comunicação em saúde

Bibliografia:

Burnard, Philip (1997)- Effective communication skills for health professionals 2ª ed. Stanly Thornes.

Cooper, Kim; Gosnell, Kelley (2015)- Foundations and Adult Health Nursing, 4º chapter- communication. 5ª ed, Missouri, Elsevier Mosby

Dickson, David; Hangie, Owen; Mornow, Norman (1997)- Communication skills training for health professionals, 2ª ed; Chapman Hall.

Griffin, Anne; Perry, Patricia A. Potter, Martha (2012)- Nursing Interventions & Clinical Skills, Quality and safety in nursing practice. 5ª ed, Missouri Elsevier Mosby

Navarra, Tova; Lipkowitz, Thyron; Navarra jr., Jonh (1990)- Therapeutic communication: a guide to effective interpersonal skills for health care professionals. SLACK Incorporated.



Obrigado pela atenção

Dúvidas?

Agressividade (Cooper, Gosneli, 2015)

- Optar pelo **SILÊNCIO TERAPÊUTICO**
- Deixar a Pessoa “**VENTILAR**”
- Usar a **ESCUA ATIVA**
- Não argumentar. Colocar questões de forma calma com **FRASES CURTAS E PALAVRAS SIMPLES.**
- Usar **DISTRAÇÃO.**
- Usar o **PARAFRASEAMENTO.**

Agressividade (Cooper, Gosneli, 2015)

- Alertar sobre as **CONSEQUÊNCIAS** do comportamento.
- Tratar a pessoa pelo **NOME** e manter **CONTATO VISUAL.**
- Manter o **ESPAÇO PESSOAL.** Se necessário, dar um passo a trás discretamente.
- Manter-se entre a **PESSOA** e um **LOCAL DE SAÍDA.**
- Se mantiver a agressividade, avisar as autoridades ou pedir a alguém para **LIGAR 3333.**

Apêndice XI- Análise dos dados obtidos na aplicação do instrumento de Observação.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
4º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Tratamento de dados da grelha de observação.

Orientadores:

Docente: Enf^ª Elsa Monteiro

Orientador: Enf^ª Patrícia Carvalho

Discente:

Enf^ª Vanessa Costa nº.140519004

Janeiro de 2016

Índice

0-	INTRODUÇÃO.....	3
1-	INSTRUMENTO, COLHEITA E TRATAMENTO DE DADOS.....	5
	1.1-PLANEAMENTO.....	5
	1.2-APLICAÇÃO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO.....	7
	1.3-TRATAMENTO DE DADOS.....	7
	1.4-ANÁLISE DOS DADOS.....	15
2-	CONCLUSÃO.....	17

1- INTRODUÇÃO.

A Comunicação em saúde é um instrumento básico no cuidado de Enfermagem, sendo um veículo primordial para a construção da qualidade da relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2001); que permite criar um “ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (artigo 89º, alínea b) do CDE.

O dever de informação está inerente ao artigo 84º do CDE, mas apresenta limitações descritas na Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro, referente à “Informação genética pessoal e informação de saúde”. Na prestação de cuidados ao Doente Crítico, a forma como se processa a interação com a Pessoa/Família e os conteúdos informativos disponibilizados, são importantes na deteção e construção de apoio e cuidados pós-alta, e algumas vezes na preparação para o luto.

Tendo a perceção da importância da comunicação na interação Pessoa/Família/Enfermeiro e das necessidades formativas da equipa de Enfermagem, determinou-se a execução de dois momentos formativos, com o intuito de fornecer ferramentas que poderiam contribuir para a construção de um juízo clínico apoiado na evidência: a formação sobre técnicas comunicacionais, e as implicações legais na transmissão de informação.

Com o propósito de compreender o impacto das mesmas, na forma como se processa a interação no fornecimento de informação aos familiares; recorreu-se à aplicação de uma grelha de observação construída para esse fim, e validada para este contexto específico, aplicada em dois momentos específicos, pré e pós formação.

Após aplicados e recolhidos os dados, procedemos à análise dos mesmos. Assim, este documento tem como principal objetivo: Determinar através dos dados obtidos a eficácia da formação fornecida, através da observação da interação Enfermeiro/Pessoa/Família.

Tem como objetivos específicos:

- Explicar sucintamente as decisões tomadas na sua aplicação.
- Elucidar sobre as dimensões observáveis e o protocolo de observação pré-definido.
- Apresentar os dados obtidos por representação gráfica

- Analisar comparativamente, os dados obtidos pela aplicação da grelha de observação.

Este relatório encontra-se dividido em três partes: a primeira em que se explica a decisão de aplicação da grelha de observação, assim como as dimensões observáveis e o protocolo inerente à observação. Uma segunda; em que se apresenta e analisa os dados obtidos. E por fim; a conclusão em que expõem os dados e as relações entre os mesmos que são mais pertinentes para a avaliação do impacto da formação no comportamento dos enfermeiros. Os dados obtidos dar-nos-ão igualmente, indícios de áreas da comunicação que necessitarão de um investimento formativo posterior, o que contribuirá para o desenvolvimento do projeto.

Este documento encontra-se redigido de acordo com a norma APA e o atual acordo ortográfico.

1- INSTRUMENTO, COLHEITA E TRATAMENTO DE DADOS.

Procedeu-se a um estudo de natureza descritiva e comparativa, sendo que os dados obtidos reportam-se a generalizações somente aplicáveis ao contexto e a população em que se efetuou o estudo (Fortin, 1999).

As pesquisas qualitativas de carácter descritivo são; segundo Neves (1996), essenciais quando se pretende compreender um fenómeno complexo na sua totalidade. A observação no campo de investigação “permite ao investigador descobrir como as coisas de facto acontecem ou funcionam” (Flick, 2005, p.137); no contexto específico de observação.

O campo de análise foi delimitado pelo objetivo de estudo, a interação comunicativa entre Enfermeiro/Pessoa/Família. Utilizou-se como instrumento de recolha de informação uma grelha de observação e a realização de notas de campo.

Ponderou-se na escolha da metodologia, a possibilidade de inferência no comportamento dos elementos observados. Esta probabilidade pode enviesar os dados impossibilitando a generalização resultados (Ketele & Roegiers, 1993). Mas visando este estudo um contexto específico, a possibilidade de registo no momento da ocorrência, com uma descrição mais exata do comportamento; apresenta-se como uma mais-valia, na ponderação da contrapartida que seria a melhoria de autopercepção do comportamento pelos enfermeiros no período pós formativo.

Foram seguidos os seguintes passos: Planeamento, Execução e Tratamento de dados.

1.1- PLANEAMENTO:

A escolha do método foi vinculada ao fenómeno considerado objeto de estudo, a interação na comunicação entre os Enfermeiros e os Familiares da Pessoa internada, com uma finalidade de observar uma área delimitada da mesma, ou seja, o ato de informar.

De forma a observar os dados mais pertinentes e não perder dados importantes; optou-se por um instrumento de observação estruturado, ou seja pré-definido em função das dimensões a observar que permitiu uma observação direta sistematizada (Coutinho, 2014).

De acordo com Flick (2005, p.143) “a preferência por notas de campo ou por protocolos estruturados, que definem em concreto as actividades e as características da situação a registar em cada caso, dependerá da questão de investigação e da fase do processo em que se fazem as observações”.

Foi pedida autorização para aplicação da grelha ao autor; e obtido o consentimento livre e esclarecido dos elementos a serem observados. Foi igualmente dada garantia de confidencialidade e anonimato; e a possibilidade de recusa de participação durante o decorrer do estudo, se os mesmos achassem adequado. Destes somente, um enfermeiro recusou ser alvo de observação. Consideramos a amostra não probabilística por conveniência que segundo a autora Fortin (1999) é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que correspondem aos critérios de inclusão, ou seja elementos que desempenhem a sua atividade profissional na área de enfermagem que tenham participado em pelo menos um momento formativo.

Optou-se conscientemente, pela utilização desta grelha por duas razões específicas. Primeiro, as categorias de análise do objeto de estudo e as respetivas unidades de análise foram consideradas relevantes e a adequadas ao campo de análise (quadro um); o que implicou, por parte do observador; um conhecimento profundo da problemática e das situações representativas (Ketele & Roegiers, 1993). A outra razão prende-se, ao fato do mesmo já teria sido aplicado no mesmo campo e contexto físico e laboral, apesar dos sujeitos em observação, na sua maioria serem elementos diferentes dos observados no estudo original.

Categorias de análise	Unidades de análise
<u>Acesso</u>	✓ Apresentação.
	✓ Acesso dependente do grau de parentesco.
	✓ Disponibilidade.
<u>Conteúdo</u>	✓ Informação clínica.
	✓ Informação cuidados de Enfermagem.
<u>Processo</u>	✓ Capacidades de abertura.
	✓ Escuta ativa.
	✓ Aspectos linguísticos.

Ambiente	✓ Questões de precisão (verificação/sumarização).
	✓ Encaminhamento.
	✓ Fatores interferentes.

Quadro 1: Categorias e unidades de análise da grelha de observação.

Posicionámo-nos como um observador de grau não participante, uma vez que não existiu envolvimento, nem participação com os elementos na situação em estudo (Coutinho, 2014). No entanto poderemos considerar a observação reativa, uma vez que existiu uma identificação do observador e foi dado conhecimento dos objetivos da observação, mas em nenhum momento se decidiu pela intervenção direta nos acontecimentos observados (Coutinho, 2014).

1.2- APLICAÇÃO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO:

A grelha de observação e a realização de notas de campo foram aplicados em dois períodos distintos, tendo como ponto de referência: a execução da formação em técnicas comunicacionais e da formação sobre aspetos legais relacionados com a informação em saúde. Aplicamos inicialmente, a grelha de observação no período compreendido entre 1 a 17 de Maio, e realizamos nova observação no período entre 2 e 18 de Dezembro, na Unidade de Cuidados Intensivos, onde decorre a aplicação do PIS.

Optou-se por realizar a colheita de dados no horário das visitas: 15-16 h e 18-20h, pois é neste período em que a interação é mais frequente, permitindo aos enfermeiros fornecer informações aos familiares da Pessoa em situação Crítica.

1.3- TRATAMENTO DE DADOS:

Os dados obtidos na aplicação do instrumento são do tipo quantitativo, pelo que realizámos a sua análise através de técnicas de análise estatística descritiva. Procedemos ao seu tratamento através do programa informático Excell. Para uma melhor leitura; decidimos utilizar uma representação gráfica dos dados obtidos. Passamos agora a análise e interpretação dos dados.

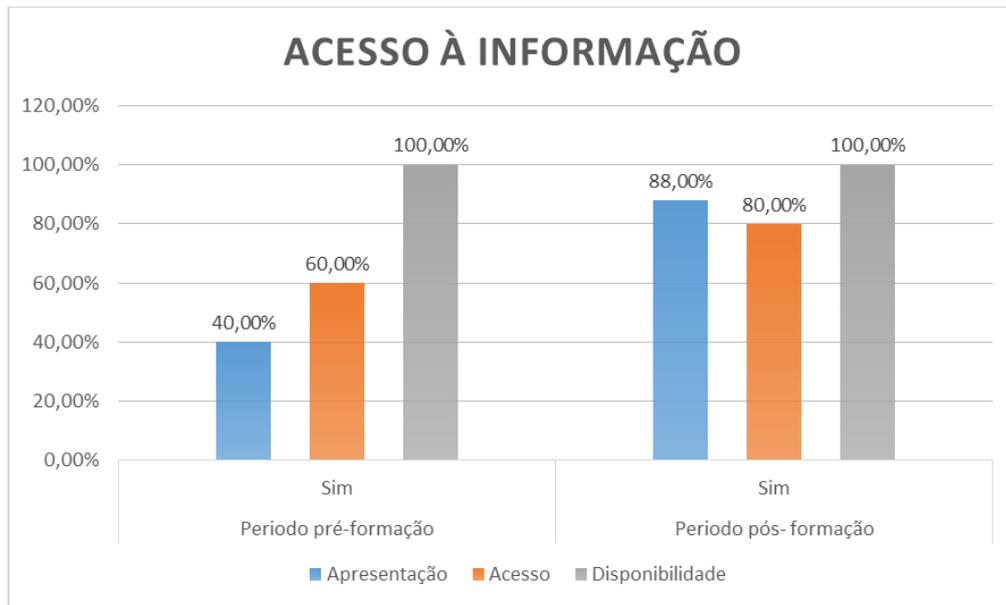


Gráfico 1: Acesso à informação.

Determinámos três unidades de análise referentes à categoria de acesso (gráfico 1). Verificámos um aumento nas categorias de apresentação do enfermeiro ao familiar; de 40% no período pré formativo para 88% no período pós formativo, assim como um acréscimo da categoria de acesso à informação independentemente do grau de parentesco Pessoa/Família, que na primeira observação foi de 60%, e na segunda de 80%. A disponibilidade manteve-se nas observações realizadas nos 100%.

Nas notas de campo verificamos que apesar de existir um aumento na categoria de acesso independente do grau de parentesco, as informações fornecidas foram adequadas ao fato do interlocutor ser ou não familiar de referência. Aferindo-se a condição de familiar de referência; as informações foram fornecidas com mais detalhe. O mesmo foi observado na informação aos cônjuges da PSC, independentemente de serem ou não familiar de referência.

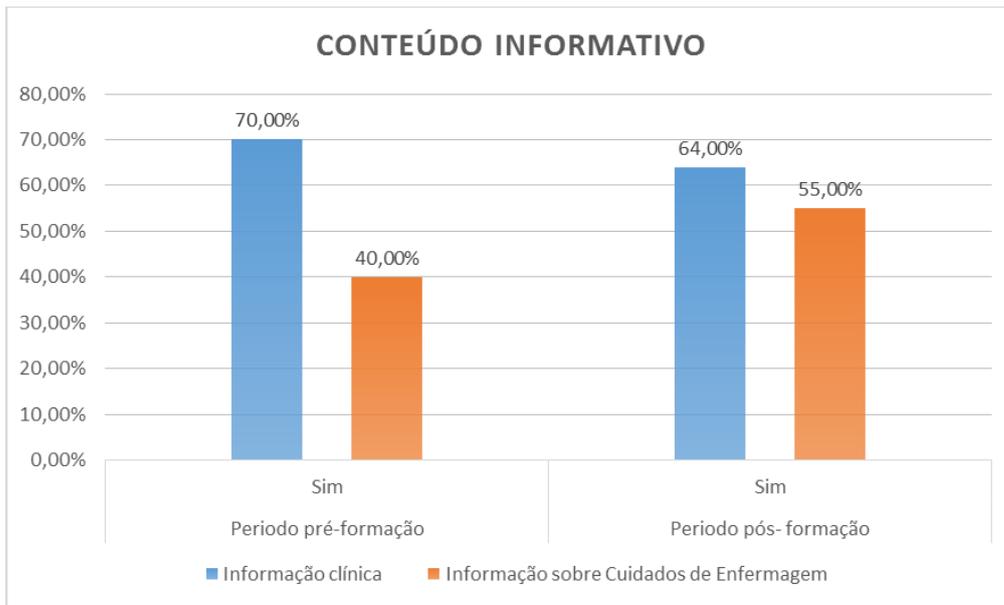


Gráfico 2: Domínios de conteúdo informativo.

Das observações realizadas, verificamos que as informações fornecidas, ainda se centram na informação clínica dos doentes, com 70% de observações verificadas, no período pré- formativo, para 64% no pós-formativo. Verificou-se um ligeiro acréscimo no fornecimento de informações sobre cuidados de enfermagem de 40% no período pré-formativo, para 55% no pós-formativo.

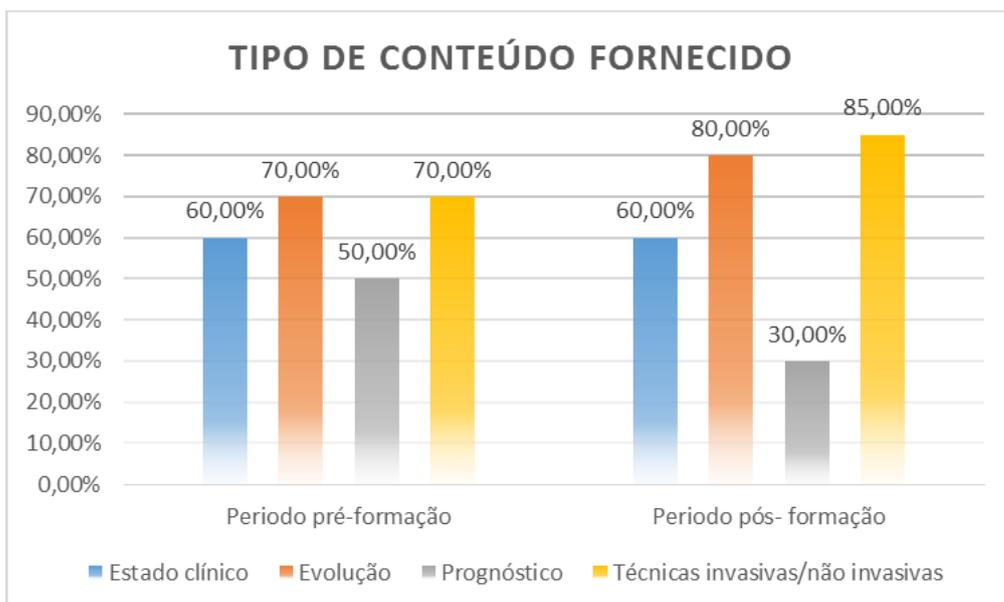


Gráfico 3: Tipo de conteúdo transmitido.

Não observamos mudanças relativamente ao fornecimento de informação sobre o estado clínico da Pessoa (60% no período pré-formativo e pós-formativo). Constatamos um aumento de transmissão de informações sobre evolução do estado (70% no período pré-formativo, para 80% no pós-formativo) e sobre técnicas invasivas/não invasivas (70% no período pré-formativo, para 85% no pós-formativo).

Existiu uma diminuição da informação sobre prognóstico (50% no período pré-formativo, para 30% no pós-formativo). A informação fornecida sobre prognóstico no período pós-formativo de acordo com as notas de campo; relacionaram-se com a necessidade de ajuste de expectativas relativamente a sobrevivência da Pessoa e possíveis limitações; uma situação oposta ao que se verificava no período pré-formativo em que se abordava a situação clínica.

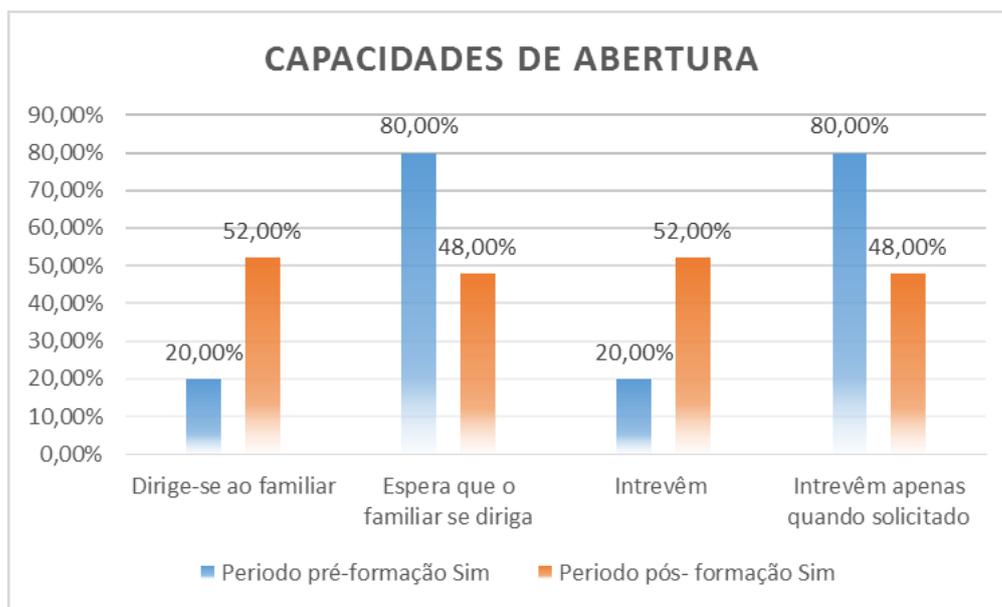


Gráfico 4: Capacidades de abertura dos enfermeiros na transmissão de informação aos familiares do cliente internado.

Nas observações efetuadas verificamos que, os enfermeiros aumentaram a abordagem antecipatória á família, de 20% no período pré-formativo, para 52% no pós-formativo; no detrimento da procura de informação pelos familiares (80% no período pré-formativo, para 48% no pós-formativo).

Observou-se uma maior intervenção no fornecimento de informação (20% no período pré-formativo, para 52% no pós-formativo), contrariamente ao apresentado na primeira observação em que o enfermeiro entrevista quando solicitado (80% de observações no período pré-formativo, para 48% de observações no período pós-formativo).

Nas notas de campo efetuadas, verificamos um aumento da abordagem antecipatória, em situações de alterações do estado do doente, com mais incidência na re-entubação, nos estados de agitação e, no agravamento do estado clínico do doente com encaminhamento para esclarecimentos por parte da equipa médica.

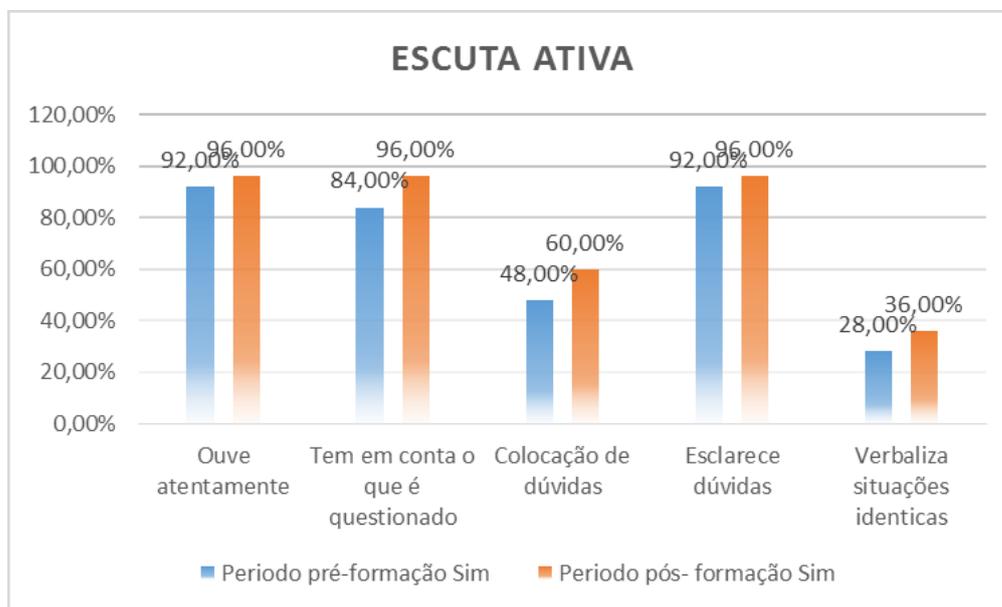


Gráfico 5: Utilização da Escuta Ativa pelos enfermeiros na transmissão de informação aos familiares do cliente internado.

Não se observou uma diferença significativa no comportamento dos observados, nas categorias de ouve atentamente (92% no período pré-formativo, para 96% no pós-formativo); e esclarece dúvidas (92% no período pré-formativo, para 96% no pós-formativo).

Existiu um ligeiro aumento nas observações sobre “tem em conta o que é questionado” (84% no período pré-formativo, para 96% no pós-formativo), e “permite a colocação de dúvidas” (48% no período pré-formativo, para 60% no pós-formativo). A categoria “verbaliza situações idênticas”, mantém um percentagem de observações baixas, com 28% de observações no período pré-formativo e 36% no período pós-formativo.



Gráfico 6: Aspectos linguísticos na transmissão de informação aos familiares do cliente internado.

Não se observaram diferenças no período pré-formativo e pós-formativo, mas categorias de discurso claro, voz audível e demonstrar segurança, com uma percentagem de observações idênticas (100%).

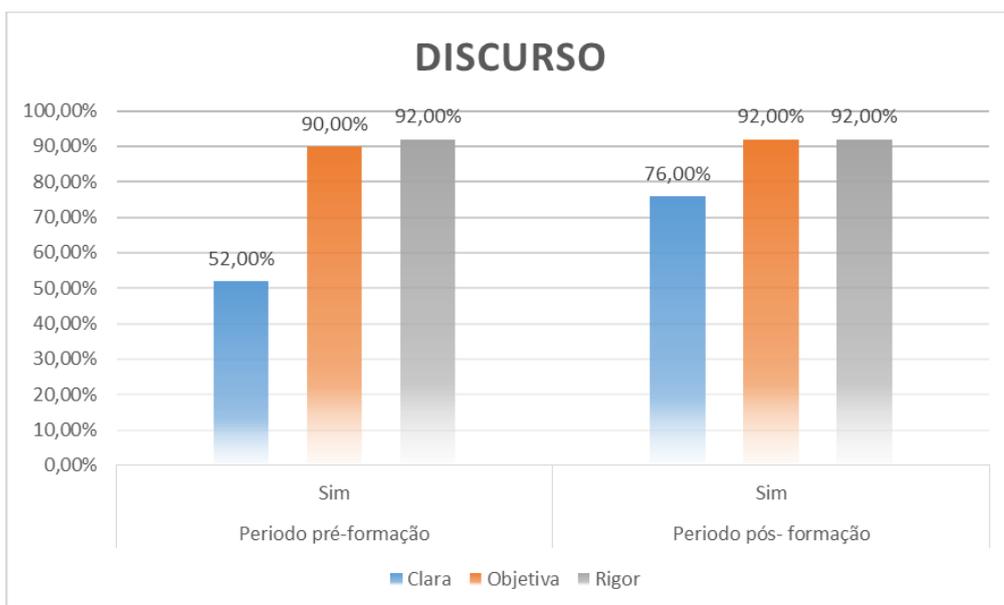


Gráfico 7: Discurso na transmissão de informação aos familiares do cliente internado.

A única categoria significativamente dispar foi a informação clara para o recetor com um valor de 52% no período pré-formativo, para 76% no pós-formativo. A categoria de informação objetiva apresentou um aumento não significativo (90% no período pré-formativo, para 92% no pós-formativo); e a categoria rigor não sofreu alterações (92% nas duas observações).

Nas notas de campo efetuadas verificou-se que a pouca clareza da informação está associada ao uso de terminologia da área da saúde.

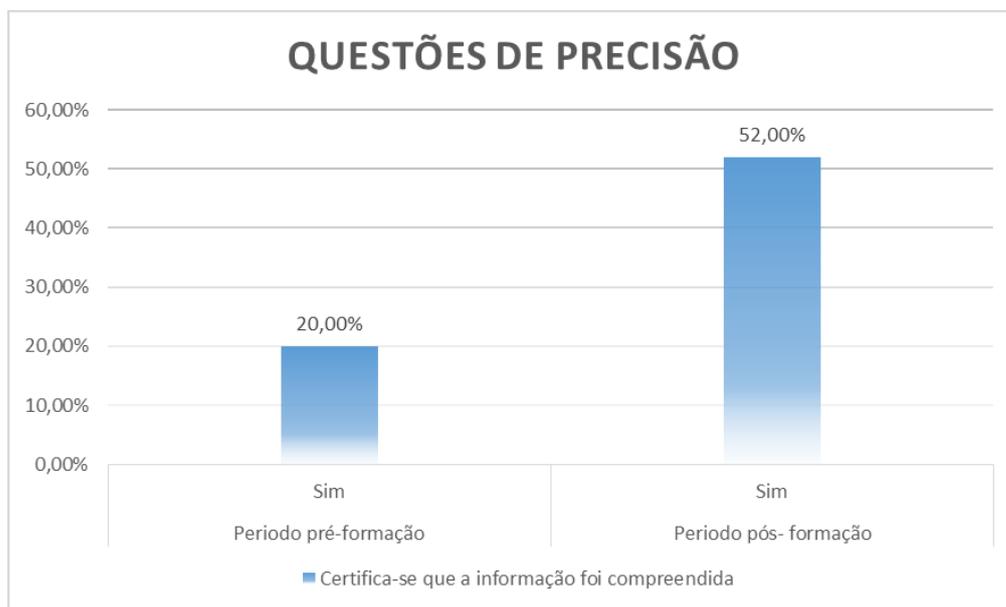


Gráfico 8: Utilização de questões de precisão na transmissão de informação aos familiares do cliente internado.

Nesta categoria verificou-se o aumento de uso de questões de precisão com 20% de observações no período pré-formativo, para 52% de observações no pós-formativo. De acordo com a análise das notas de campo, a técnica mais utilizada é a de sumarização.

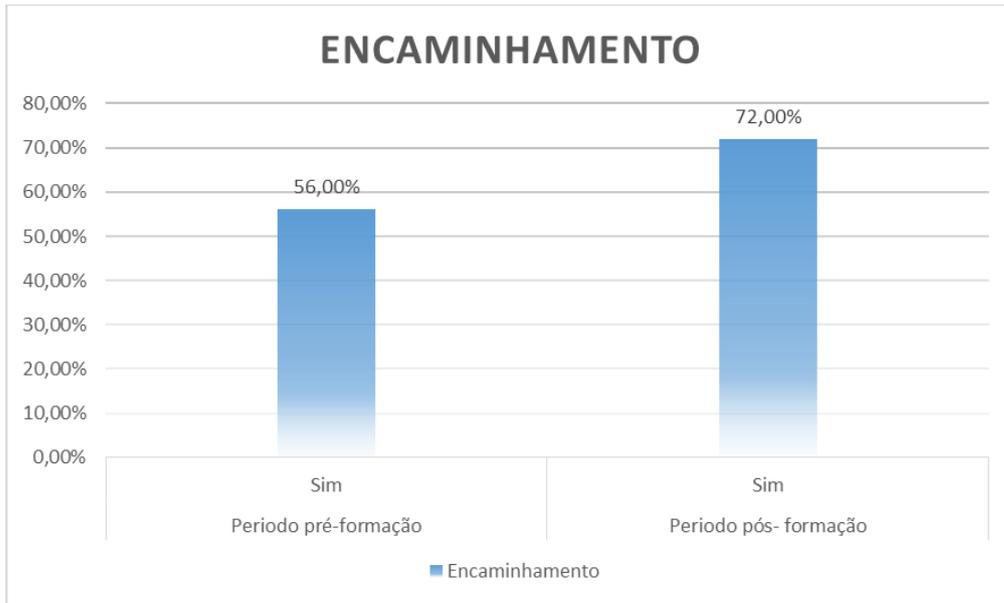


Gráfico 9: Utilização do encaminhamento para outros profissionais.

Observou-se um maior número de encaminhamentos pós- formação (56% no período pré- formativo, para 72% no pós- formativo).

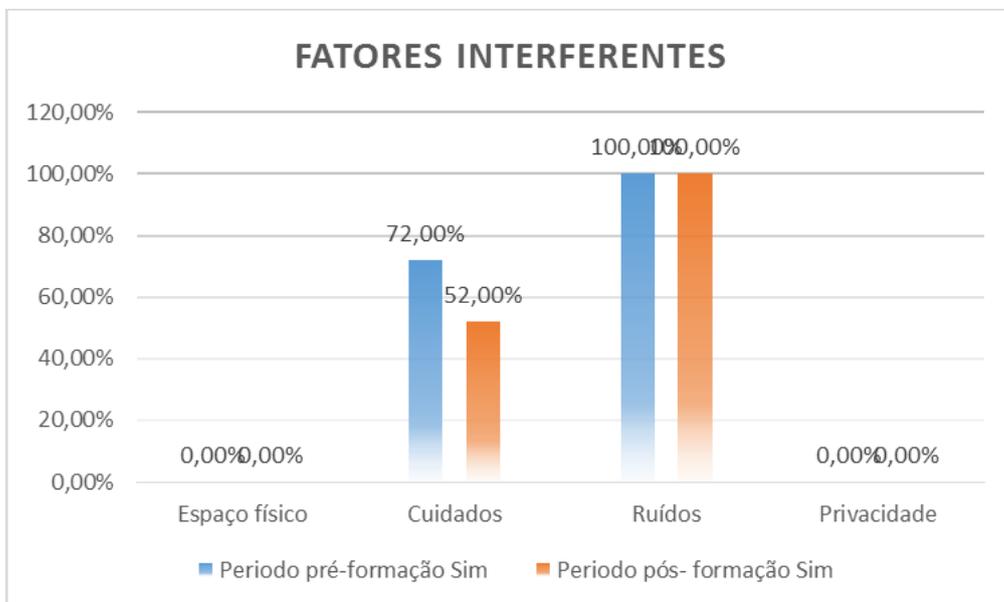


Gráfico 10: Existência de fatores interferentes.

Constatamos que relativamente a fatores interferentes como o “espaço físico” e “privacidade”, o valor de observações obtidos foi igual nos dois períodos (0% nos dois períodos de observação). O oposto se verificou relativamente aos “ruídos” com 100% de observações.

Relativamente, a execução de “cuidados” ao doente notou-se um decréscimo, com 72% de observações no período pré-formativo, para 52% de observações no período pós-formativo.

1.4- ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados obtidos por observação permitem-nos apresentar algumas conclusões:

- Os enfermeiros estão sempre disponíveis para o fornecimento da informação, independentemente da relação de parentesco entre o Familiar/Pessoa. Este grau restringe a informação, o que não acontece quando na presença do familiar de referência e/ou cônjuge.
- A maioria da informação centra-se em informação clínica sobre a Pessoa, pois é essa a mais solicitada. No entanto, verificou-se um aumento no encaminhamento (de 56% para 72% das observações) para a resposta as questões colocadas, o que pode ser um indício de uma maior consciencialização dos domínios legais da informação fornecida.
- Existiu um aumento da informação relativa a prestação de cuidados de enfermagem (40% no período pré-formativo, para 55% no pós-formativo), com especial ênfase do papel do enfermeiro, no controlo da dor.
- Existiu um aumento da abordagem antecipatória a Família (de 20% para 52%), associado na maioria dos casos observados, a um agravamento do estado clínico da Pessoa. Ainda existe um uso desadequado de terminologia científica, com 23% de observações pós- formação, de difícil compreensão para a Família, o que pode inviabilizar este esforço de abordagem.

- Existiu uma melhoria no uso de feedback, especialmente na colocação de dúvidas (de 48% para 60% no período de pós- formação). Parece-nos existir espaço para trabalhar de forma mais proactiva, a área da escuta ativa.
- Apesar de não estarem totalmente integradas nas estratégias da equipa, as questões de precisão sofreram um aumento considerável na sua utilização (de 20% para 52% no período de pós- formação); o que permite concluir que a equipa é permeável a experimentação de estratégias de comunicação.
- De todas as estratégias apresentadas, a menos utilizada é a verbalização de situações idênticas, com um valor de 28% no período pré- formativo, para 36% no pós- formativo.
- Dos fatores interferentes estudados, o espaço físico e a privacidade são fatores de cariz estrutural sobre os quais a equipa de Enfermagem, não possui controlo, por falta de condições físicas. O ruído é outro dos fatores, que devido à estrutura física é dificilmente contornável. No entanto, parece-nos existir por parte da equipa uma tentativa de centrar a atenção na Família, evitando a execução de procedimentos, como por exemplo colheitas de sangue, durante a transmissão de informação.

2- CONCLUSÃO:

A formação é uma mais-valia, pois fornece aos enfermeiros a possibilidade de desenvolvimento de competências, pressupondo obrigatoriamente julgamento e decisão sobre as estratégias de comunicação alternativas apresentadas na formação, assim como das implicações legais associadas a transmissão de informação em saúde. Nunes (2006) refere que o julgamento corresponde à avaliação das várias alternativas, sendo que a decisão corresponde à escolha entre essas alternativas.

Nesta fase inicial, o objetivo proposto com as formações realizadas foram proporcionar um espaço de conhecimento e identificação, promotor da discussão e reflexão sobre a necessidade e importância destas técnicas. Num futuro próximo, a mesma terá um objetivo diferente: o treino de técnicas de comunicação, com utilização de cenários, possibilitando uma formação participante e experimental, que segundo a literatura consultada é importante, pois permite a prática reflexiva (Krujver & Francke, 2000; Britt-Maj Wikström, 2011).

Concluímos que alguns dos dados observados ficaram aquém do pretendido pela ausência desta prática reflexiva, considerada essencial. Assim, no ano de 2016 pretende-se formar as diferentes equipas de enfermagem nesta temática. Projeta-se, comitadamente a formação detalhada de elementos de ligação do Projeto de acolhimento em cada equipa; possibilitando a prática autónoma em situações pontuais consideradas problemas, com a presença de um enfermeiro treinado, que servirá de elemento condutor.

Bibliografia

- Britt-Maj Wikström, G. S. (outubro de 2011). Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nursing Reports, 1*, p. 25-28.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas* (2ª ed.). Almedina.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Ketela, J.-M. d., & Roegiers, X. (1993). *Metodoloia de recolha de dados- Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kruijver, I., & Francke, A. (January de 2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling, 39*, p. 129–145. Obtido em 14 de Junho de 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000968#>
- Neves, J. (1996). Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Cadernos de pesquisa em Administração, 1*.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e Responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Em I. C. Enfermeiros (Ed.). Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/ICong_ComLN.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados Descritivos. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico do enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.
- Republica, A. d. (s.d.). Lei nº 12/2005 de 26 Janeiro. *Informação genética pessoal e informação de saúde*.

Apêndice XII- Artigo “ Conferência Familiar na prestação de Cuidados à Pessoa em situação crítica- Projeto de Intervenção em serviço”.

Artigo “ Conferência Familiar na prestação de Cuidados à Pessoa em situação crítica”- Projeto de Intervenção em serviço.

Enf^ª Vanessa Duarte¹¹

Enf^ª Elsa Monteiro¹²

Resumo: Os profissionais que trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos têm como prioridade a manutenção do estado físico e biológico da Pessoa em situação crítica [PSC] utilizando para isso procedimentos complexos que implicam uma vigilância contínua e uma resposta imediata. Por isso, o cuidar da Pessoa como um todo é prejudicado, pois o ato de cuidar da família acaba por ser secundário na prestação de cuidados.

Reconhecer as necessidades dos familiares da PSC, gerir informação e avaliar o seu grau de satisfação, permite envolver a Pessoa/Família de forma eficaz no processo de cuidados. Quando bem esclarecidos, estes podem ser um foco de motivação e suporte para o cliente, facilitando a sua recuperação.

O presente artigo, têm como objetivo dar a conhecer um projeto de intervenção que visa a promoção do papel do enfermeiro na conferência familiar [CF] como estratégia formal de informação. Filiando a sua construção na Teoria das relações interpessoais de Travelbee, descreve-se as cinco fases da metodologia de trabalho de projeto assente uma pesquisa bibliográfica pertinente.

Palavras-chave: Metodologia de trabalho de projeto, Teoria das relações interpessoais, Papel do Enfermeiro, Conferência Familiar.

¹¹ Mestrando do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, e Enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Setúbal, EPE

¹² Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

INTRODUÇÃO

O presente artigo, pretende descrever o projeto de intervenção desenvolvido como resposta a problemática identificada: a pouca adesão à conferência familiar por parte de uma equipa de Enfermagem do Serviço de Cuidados Intensivos Hospital Distrital X.

Surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal [ESS/IPS], e têm como objetivos: enquadrar o projeto, suportando o mesmo com a Teoria de Interação de Travelbee e com a revisão bibliográfica acerca da temática em estudo; apresentar e justificar a metodologia de trabalho utilizada; refletir acerca dos resultados obtidos; e avaliar a adequação do projeto de intervenção em serviço [PIS] à data atual com base nos indicadores de resultado definidos.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A teoria das relações interpessoais utilizada como base teórica deste trabalho, descrita por Joyce Travelbee, teoriza a disciplina de Enfermagem como um processo interativo em que o foco de atu-

ação é o desenvolvimento da **relação Enfermeiro-Pessoa** na construção da confiança, fundamental para o Cuidar, com o sentido da promoção do potencial de saúde da Pessoa através da determinação de necessidades e recursos.

Compreende atributos particulares: a perspetiva da pessoa sobre o cuidado é reconhecida, e os valores e a perceção sobre o sofrimento são importantes para determinar as necessidades e a qualidade dos cuidados a elas associados (Meleis, 2012).

Têm como base, a **relação terapêutica** potenciadora da compreensão e a aceitação da singularidade, limitações e potencialidades necessárias para a recuperação ou adaptação a uma situação. Não implica o conformismo, mas à compreensão e aceitação da realidade e limitação, tendo em conta dois princípios específicos: uma experiência com significado e um processo de autoatualização (Donna, 1979). Estes princípios centram a **Esperança**, enquanto construto mental caracterizado pelo desejo de obter um fim ou cumprir objetivos atingíveis que permite o desenvolvimento de competências e a capacitação para a manutenção da

autonomia no desempenho dos seus papéis.

O Enfermeiro é detentor de um corpo de conhecimentos especializados, que através do uso terapêutico de si e do conhecimento baseado na evidência; é capaz de prestar cuidados de qualidade que promovem a confiança da Pessoa (Parker & Smith, 2010).

O uso terapêutico de si implica intencionalidade, autoconhecimento, perspicácia, compreensão das dinâmicas de comportamento humano, capacidade de interpretação do próprio comportamento e o do outro; assim como a capacidade de intervir eficazmente (Parker & Smith, 2010). Pressupõem o **uso terapêutico do Self**, resultante de um processo de autorreflexão, que permite compreender os próprios valores e as experiências anteriores, no desenvolvimento do vínculo da relação; e **recursos terapêuticos de enfermagem** constantes no processo comunicativo.

A família é revelante pois é um contexto de vivência e de construção dos processos de saúde e de doença, derivados de fatores transacionais de informação e influência sobre o modo como se procura a saúde e dos processos de adaptação à doença (Bronfenbrenner, 1979). Estes processos estão enraizados em valores, crenças, atitudes e

comportamentos consolidados na cultura familiar que traduzem o significado familiar do adoecer.

O internamento em Unidades de Cuidados intensivos [UCI] é causador de um processo de reajuste de papéis na Família, dos seus padrões de comunicação e das relações afetivas dos seus membros, podendo gerar sentimentos como impotência, insegurança e ansiedade, que influem na habilidade de exercitar estratégias de adaptação e mudança do padrão familiar (Söderström *et al*, 2009).

A literatura indica-nos que conhecer e satisfazer a habilidade da família de fornecer suporte e conforto a Pessoa em situação crítica [PSC], aumenta a satisfação relativamente aos cuidados de saúde percebidos, promovendo a confiança na relação enfermeiro-Pessoa/Família (Buckley & Andrews, 2011). Permitir à família compreender a situação da PSC; responde a uma das suas principais necessidades, a da informação fidedigna, atempada e acessível; reduzindo risco de sentimentos de vulnerabilidade e incerteza e promovendo a coesão interna da mesma (Söderström *et al*, 2009). Em consequência permite igualmente responder a outra necessidade, a de ser ouvida (Adams, 2014).

Este dever de resposta e integração é geralmente comprometido. Estudos como os realizados por Saveman, (2012) e Adams, Mannix, & Harrington (2015), sugerem-nos existir um desfasamento entre a perceção que os enfermeiros têm das necessidades da família e o que a própria considera como necessidades, com implicações diretas na relação que se estabelece. O grau de envolvimento da família no planeamento de cuidados e nos processos de decisão varia de acordo com a cultura, legislação, País, atitudes dos profissionais e com a cultura interna dos diferentes serviços e das instituições (Vincent & Curtis, 2010).

Apesar dos enfermeiros terem a capacidade de reconhecer as necessidades da família não oferecem obrigatoriamente respostas às mesmas, considerando que não são parte integrante do seu papel e esfera de cuidados (Blanchard & Alavi, 2008).

A compreensão do significado do sofrimento permite a equipa entender as reações e os medos da Pessoa/Família; influencia a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde propostos e prestados, e condiciona a adaptação à condição clínica (Daly, Douglas, O’Toole, & Gordon, 2014).

A evidência científica oferece-nos domínios de atuação dos enfermeiros na

resposta as necessidades da Família da PSC. Centram-se na gestão da comunicação, e no apoio e suporte (Adams *et al*, 2015).

Nestes domínios identificamos o desempenho dos seguintes **papéis**: capacidade de fornecer uma visão globalizante do estado da Pessoa à Família (White, *et al.*, 2013), elo facilitador na comunicação entre a equipa interdisciplinar e multidisciplinar e a Pessoa/Família (Gutierrez, 2012), capacidade de «advogar» na discussão de cuidados de fim de vida (Sorensen & Iedema, 2006); capacidade do reconhecimento aprofundado sobre desejos, perspetivas e significados da Pessoa/Família sobre os cuidados prestados (Engstrom & Soderberg, 2007).

Descriminam-se **fatores inferentes** associados à prática e contexto profissional dos enfermeiros que promovem a assimetria de informação: o contexto clínico e o tipo de cuidados prestados, considerados emergentes (Blanchard & Alavi, 2008); fatores organizacionais, como a estrutura física do serviço, os horários e o ambiente (Bloomer *et al*, 2013); a comunicação interprofissional e a forma como se processa a partilha de conhecimento (Popejoy, Brandt, Beck, & Antal, 2009; Adams *et al*, 2015), a falta de tempo para

a abordagem da família e esclarecimento de dúvidas; e as limitações inerentes ao sigilo profissional (Engström & Söderberg, 2004; Bloomer et al, 2013), ausência de discussão interdisciplinar sobre comunicação de más notícias (Stayt, 2009; Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011), a falta de confiança na transmissão de informação por inexistência de formação específica e receio de ultrapassar a sua competência (Engstrom & Soderberg, 2007; Söderström et al, 2009), e a ausência de reflexão e discussão dentro da equipa interdisciplinar de questões associadas aos planos de cuidados e aos cuidados em fim da vida (Engstrom & Soderberg, 2007; Adams et al, 2014).

O aparecimento da estratégia de CF nas UCI surge como resposta as necessidades e integração da Família como alvo de cuidados; mas igualmente na emergência de se abordar os processos de saúde/doença em termos de qualidade de vida e potencial de saúde (Fox, 2014). Perspetiva-se uma mudança na abordagem à PSC, associada ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crónicas (Vincent & Curtis, 2010).

A CF é uma estratégia de comunicação com recurso a uma entrevista semiestruturada pré-planeada, facilitadora da

transmissão e compreensão de informação entre a equipa interdisciplinar- Pessoa/Família (Gay et al, 2009). Consiste numa reunião efetuada em espaço próprio entre o médico, enfermeiro e a Pessoa/Familiar de referência com o objetivo de (Gay et al, 2009; Nelms & Eggenberger, 2010; Daly et al, 2014): ajudar a compreender a condição e prognóstico da Pessoa, clarificando objetivos de cuidados, partilhar conhecimentos sobre valores e preferências da mesma, gerir conflitos por exemplo o pedido de conspiração do silêncio e colocar questões e expressar dúvidas e preocupações, promovendo a adaptação emocional.

As CF são efetivas antecipatóriamente numa reação preventiva e não reativa (Hudson, 2008): no acolhimento, no agravamento do quadro clínico, na resolução de tensões entre a família e a equipa; e nas transferências de nível de cuidados.

Os autores Hudson (2008); Gay et al (2009); e Powazki, Walsh, Hauser & Davis (2014) são concordantes em que deve existir um planeamento antecipado da mesma, permitindo a consistência da informação fornecida pelos profissionais de saúde na resposta às questões da família, potenciando o uso eficiente de tempo e uma comunicação mais efetiva. Pressupõe a discussão prévia, e troca de

conhecimento e a reflexão pelos diferentes elementos que asseguram a prestação de cuidados, importante no trabalho de equipa.

Na literatura consultada (Hudson, 2008; Gay *et al*, 2009; Daly *et al*, 2014) considera-se emergente a promoção e integração do enfermeiro nesta estratégia, pelas seguintes razões: capacidade de detetar a necessidade de realização da CF, pelo seu papel de proximidade; capacidade de organizar e integrar a informação de vários prestadores e providenciar consistência e coerência à informação fornecida; capacidade de atuar no papel de facilitador e promotor da qualidade e efetividade da comunicação formal; e capacidade de monitorizar e advogar as necessidades da família após a CF.

METODOLOGIA

A metodologia usada assentou na metodologia de trabalho de projeto, que se baseia no princípio da prática reflexiva, que de forma sistemática, visa a identificação de problemas, a intervenção e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Em 2014 decidiu-se implementar a CF como resposta a necessidade de melhoria da qualidade da informação fornecida, tendo-se 95 CF sempre em contexto do acolhimento inicial à Pessoa/Família o que corresponde a 33% dos internamentos desse mesmo ano. Concluiu-se, pela análise das CF realizadas e documentadas pela *check-list*; que ainda existiam algumas áreas a melhorar principalmente no que se referia à área da comunicação, e mais especificamente a criação de instrumentos que poderiam ajudar a equipa de enfermagem a definir o seu papel nestas conferências.

Definiu-se como **problema** a pouca adesão à conferência familiar por parte da equipa de Enfermagem do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Distrital

Os instrumentos de diagnóstico de situação utilizados foram: um questionário, construído para esse fim, para determinar as necessidades dos enfermeiros do contexto; sendo desenvolvido posteriormente uma **análise FMEA** para determinar **as falhas da CF como Processo** e as possíveis medidas para a sua redução; e seguidamente uma avaliação estratégica do plano de intervenção, utilizando a **análise SWOT**, que nos deu uma **visão global da problemática**, as suas relações e possíveis estratégias.

De acordo com a análise efetuada com recurso a análise FMEA, verificou-se que: o RPN mais elevado (com 160 pontos) situava-se na fase de realização; pela possível dificuldade de compreensão da informação pelo familiar de referência e pela dificuldade da equipa interdisciplinar, em adequar a linguagem ao interlocutor. Seguidamente com 144 pontos, concluiu-se que a inexistência de discussão anterior à realização da conferência familiar pelos profissionais, referente ao planeamento prévio da atividade, era o problema mais relevante.

Na análise SWOT, determinou-se como pontos fortes: a existência do processo de acolhimento inicial; as relações interdisciplinares, o custo associado à estratégia, a existência de um elemento dinamizador do projeto por equipa de enfermagem. Como pontos fracos: a fraca adesão, a inexistência de formação específica, desconhecimento das implicações legais e a sobrecarga de trabalho.

Definiu-se como oportunidades: A satisfação da Pessoa/Família como indicador de qualidade, a informação à Pessoa/Família como uma necessidade prioritária; e a satisfação com a informação fornecida pelos enfermeiros, referida pelos familiares. Como ameaças: a desmotivação da equipa, as prioridades da

mesma e as condições estruturais do serviço.

Do uso da análise SWOT, definiu-se as seguintes estratégias como prioritárias: o investimento na formação/treino dos enfermeiros de acordo com as necessidades sentidas; o feedback dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação ao familiar de referência; e a criação de instrumentos estruturantes da estratégia.

OBJETIVOS

Estipulou-se como **objetivo geral**: Aumentar a adesão à CF como estratégia de comunicação eficaz com a pessoa/família das pessoas internadas na UCI.

Definiu-se os seguintes **objetivos específicos**: elaborar uma política sobre a CF; elaborar norma sectorial sobre a CF e respetiva folha de registo; formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre comunicação e implicações legais na transmissão de informação.

ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Planeamento constitui a segunda etapa da metodologia de projeto que consiste num plano detalhado do projeto que cobre várias vertentes da sua gestão (Ruivo et al, 2010). Como tal planeou-se um conjunto de atividades/estratégias,

com enumeração de recursos e indicadores de avaliação, os quais passaremos a descrever por objetivos.

Elaborar uma política sobre a CF.

Principiou-se o planeamento pela construção de uma política, já que esta; pressupõem o envolvimento, informação, reconhecimento e suporte da atividade de quem está na operacionalização (Bastos & Saraiva, 2011 citando Rocha, 2006).

Elaborar norma sectorial sobre a CF e respetiva folha de registo.

Simultaneamente, tencionou-se elaborar uma norma sobre a condução da CF. A norma é uma definição válida e aceitável de qualidade dos cuidados, que permite descrever os cuidados prestados, os recursos necessários para prestar esse cuidado e qual o resultado esperado, abordando o processo (Bastos & Saraiva, 2011).

Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre técnicas de comunicação.

Como forma de preparação, para além do curso “3º Curso Avançado de Cuidados Paliativos: Aperfeiçoar a comunicação” que decorreu no Hospital da Luz frequentado no estágio I e II; efetuou-se uma pesquisa bibliográfica

sobre a temática na biblioteca da instituição formativa. Após estudo e treino das técnicas de comunicação, iniciado no estágio de referido anteriormente, determinou-se a formação baseada num conjunto de técnicas de comunicação consideradas básicas, acessíveis e passíveis de serem utilizadas pelo grupo.

Segundo Mão de Ferro (1999) a avaliação pode apresentar três níveis que extrapolam a opinião sobre o seu decurso: as mudanças comportamentais, as competências adquiridas ou aprofundadas e o valor acrescido em termos de desempenho da organização. Em complemento, e considerando a auto percepção de melhoria descrita na literatura (Nelson, et al., 2011), efetuou-se a observação do grupo em dois períodos distintos preformativo e pós-formativo, com recurso a uma grelha de observação já validada por outro autor, e a realização de notas de campo.

Formar/ treinar a equipa de enfermagem sobre implicações legais na transmissão de informação.

Dada a complexidade do tema, optou-se por estabelecer contato com um perito nesta área: um advogado especializado em Direito em Saúde, que efetuou a formação *pró-bono*.

PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros da UCI, após informação sobre as vantagens e inconvenientes possíveis de ocorrer durante e após a aplicação dos instrumentos (Fortin, 1999), e garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo no que concerne à confidencialidade e anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do percurso efetuado, teve-se de efetuar escolhas no planeamento de resposta à problemática. Das estratégias consideradas como mais adequadas, passa-se a expor a reflexão sobre a sua implementação e execução assim como das aspetos considerados positivos e menos bem conseguidos.

Relativamente, a fase diagnóstica, confirmou-se o benefício da utilização de instrumentos específicos, que permitiu, obter a perspetiva dos atores, através do uso de um questionário; compreender as dificuldades da CF enquanto processo, através do uso da FMEA; e as inferências previsíveis do próprio contexto, através do uso da análise SWOT. Esta perspetiva abrangente proporcionou uma visão multidimensional da problemática, sendo

de extrema importância para a construção do planeamento.

No que se refere a fase de execução, encontrou-se alguns constrangimentos causadores da necessidade de adequação do planeamento, relativamente ao cronograma proposto e da execução de algumas atividades.

Durante a construção da norma, achou-se pertinente, para além da folha de planeamento e registo, a realização uma folha de auditoria, que permite-se monitorizar o desempenho da estratégia, pois a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho, no sentido de manterem a qualidade dos cuidados prestados (Dias, Santos, & Prochnow, 2011). Afirmou-se como foco a qualidade inerente ao processo, mais importante do que a quantidade de CF executadas.

Devido à complexidade legal do tema, incluíu-se um fluxograma sobre direito à informação por parte da Família, criado durante a frequência do mestrado na Unidade Curricular, Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos.

A formação pretendeu o desenvolvimento de competências que permitam “agir em situação”, através do “saber agir”, sendo que a supervisão, fornecida ao longo dos estágios e prática clínica; criou um clima necessário para a

instrumentalização do “poder agir”. (Rua, 2009).

Na construção da formação sobre técnicas de comunicação, ao invés da metodologia mista de exposição e treino com exercícios práticos, prevista para ser executada por equipa de enfermagem; que nos parece seria mais rico, em termos de reflexão do grupo; optou-se pelo método expositivo com discussão e troca de experiências pelo grupo, devido a constrangimentos da construção dos horários das equipas.

Determinou-se como objetivo na avaliação da formação, para além do que era autopercecionado; a extrapolação para a mudança de comportamentos, ou seja, para a ação na prática clínica.

Utilizou-se, para este efeito; uma grelha de observação anteriormente validada por outro autor, a quem foi pedida autorização para a sua utilização, optando-se pela realização de notas de campo, devido à riqueza das dimensões a serem observadas.

Estabeleceu-se a sua aplicação em dois períodos distintos, tendo como ponto de inferência; a execução da formação em técnicas comunicacionais e da formação sobre aspetos legais relacionados com a informação em saúde.

Concluiu-se terem ocorrido mudanças importantes na interação

Enfermeiro/Família, manifestadas através do uso do encaminhamento, num aumento da abordagem antecipatória a Família, na melhoria no uso de feedback e das questões de precisão o que permite argumentar a permeabilidade da equipa à experimentação de estratégias de comunicação.

Salientamos a importância da observação realizada pré-formação, pois forneceu indícios do que deveria ser abordado e incluído no seu planeamento, pois permitiu determinar áreas de necessidade formativa (Fortin, 1999).

Relativamente a ação de formação sobre implicações legais na transmissão de informação, a adesão ficou aquém do esperado, em parte devido ao espaço físico, onde foi realizada- fora do espaço físico do serviço- e do horário escolhido – às 14 horas- o que impossibilitou a equipa interdisciplinar de serviço de se deslocar ao local.

No entanto, a formação foi considerada pelos formandos, interessante e esclarecedora das suas questões, apesar de abordar princípios gerais da informação em saúde. Após a mesma, surgiu a proposta de generalizar a formação para os profissionais da instituição, o que se encontra atualmente em construção com o departamento de formação do Hospital X.

AVALIAÇÃO

Excluindo a avaliação da formação através da observação, não foi possível proceder a avaliação do projeto pelos destinatários finais da estratégia-Pessoa/Família; devido ao período de tempo que medeia a implementação e a apresentação do relatório. No entanto, tal avaliação fica prevista e espera-se implementar no decorrer do presente ano.

Relativamente a satisfação dos Familiares no que respeita à forma e conteúdo informativo, prevê-se a reformulação do inquérito de satisfação e a sua aplicação de forma sistematizada, após a sua validação. Antecipa-se a necessidade de manter períodos de observação não participativa; do comportamento dos profissionais pelo grupo de acolhimento, com objetivo de adequar o planeamento das ações corretivas, que passarão pela formação dos Pares. Para além das atividades previstas anteriormente e que irão contribuir para determinar o valor qualitativo da estratégia, programa-se auditar os registos efetuados sobre o planeamento da mesma.

CONCLUSÃO

Este projeto munuiu a equipa de novos instrumentos e conhecimentos, que permitiu uma prática mais consciente e

informada. Denota-se uma maior adesão à estratégia e uma maior disponibilidade de participação na mesma.

Em conclusão, pensamos que este projeto pode ser um ímpeto, para se abordar a Pessoa/Família de uma outra forma, mais esclarecedora e menos “medicalizada”, respondendo aos seus receios e promovendo a adaptação familiar à doença de um dos seus elementos, permitindo realizar escolhas antecipatórias e informadas.

BIBLIOGRAFIA

- Bastos, C., & Saraiva, M. (2011). A Qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO – Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *TMQ - QUALIDADE*.
- Dias, T. C., Santos, J. L., & Prochnow, A. (Sept./Oct de 2011). Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev. bras. enferm*, 64. Obtido em 12 de Janeiro de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500020
- Donna, M. E. (1979). *Travelbee's intervention in psychiatric nursing* (2ª edição ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em Enfermagem- Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*.

- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rua, M. (2009). *De aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Portugal.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 2-38.

**Apêndice XIII- Procedimento para prevenção da
infecção associada a cateterismo vesical de curta
duração na pessoa adulta.**

1. Objectivo

Uniformizar os cuidados de enfermagem relativos à algália de curta duração, visando a prevenção das infeções do trato urinário e prevenir a contaminação/disseminação da infeção pelos profissionais de saúde durante a inserção, manuseamento e remoção da algália.

2. Campo de aplicação

Todos os Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais do CHS.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA - Conselho de Administração

CHS - Centro Hospitalar Setúbal

CDC - *Center of Disease Control and Prevention*

DGS – Direção Geral de Saúde

EAUN - *European Association of Urology Nurses*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

HICPAC - *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU- Infeção do trato urinário

Algália – Tubo fino, oco e flexível, que pode ser inserido na bexiga através do meato urinário, ou canal supra-púbico, com o objetivo de drenar a urina (EAUN, 2012).

Algáliação de curta duração- inserção de uma algália através do meato urinário e uretra até à bexiga, conectado em sistema fechado que permanece *in situ* não mais de 14 dias (EAUN, 2012).

Sistema de drenagem de urina fechado- sistema assético e íntegro, desde a ponta da algália introduzida na bexiga até ao saco coletor de urina, manipulado apenas em situações específicas (EAUN, 2012).

4. Referências

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos técnicos*, 2ª edição revista;

Center for Disease Control and Prevention [CDC] (2012). *Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Event*. Acedido em 14 de Outubro de 2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscCAUTICurrent.pdf>;

Direção Geral de Saúde (2015). Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acedido em 15 de Dezembro de 2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>;

European Association of Urology Nurses [EAUN] (2012). *Evidence-based guidelines for best practice in urological health care- catheterization indwelling catheters in adults- uretral and suprapubic*. Acedido em 14 de Outubro de 2015. Disponível em www.guideline.gov/browse/by-organization.aspx?orgid=2184;

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC] (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Acedido em 14 de Outubro de 2015. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html;

Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A.; Matos, B. (2010)- Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Rev Port Saúde Pública; Vol Temat (10). 27-39.

5. Responsabilidades

O CA pela ratificação e divulgação do procedimento junto dos serviços.

Os Diretores de Serviço/Responsáveis de Serviço pela sua implementação junto dos profissionais de saúde.

Os enfermeiros e médicos pela execução/cumprimento do procedimento.

O GCLCIPRA pela monitorização do procedimento.

6. Procedimento

A infeção urinária associada ao cateter vesical é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o principal evento adverso associado ao uso de cateter vesical.

A duração do cateterismo vesical é o fator de risco predominante para ITU, pelo que a sua necessidade deverá ser avaliada diariamente e retirado o cateter assim que possível.

São vários os agentes microbianos responsáveis por esta infeção (*Escherichia coli*, *Enterobacteriaceas*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus spp*, fungos leveduriformes), no entanto muitos fazem parte da flora intestinal do doente e migram para a bexiga aquando da inserção da algália ou através da parede externa da mesma ou do lúmen do sistema, durante a sua permanência. Podem também ser adquiridos por contaminação cruzada.

6.1 Quem executa a técnica

- O Enfermeiro
- O Médico, em situações clinicas específicas

6.2 Indicação para cateterismo vesical de curta duração

Está indicado na pessoa adulta nas seguintes situações:

- Retenção aguda ou obstrução da bexiga;

- Medição rigorosa do débito urinário;
- Necessidade de lavagens ou irrigações da bexiga;
- Situações com protocolos específicos (ex.:trombólise);
- Outras situações devidamente justificadas.

Deve-se avaliar os métodos alternativos ao cateterismo vesical antes da sua execução, ponderando o uso de fralda ou de dispositivo urinário externo (ver anexo 1).

A troca do cateter vesical ou sistema de drenagem não deve ser efetuada por rotina. A mudança deve ter em conta indicações clínicas ou comprometimento do sistema fechado.

6.3 Seleção do tipo de cateter vesical

Segundo o material:

- Latex:

Os cateteres vesicais constituídos por este material provocam uma maior fricção nas paredes uretrais, potenciando a sensação de desconforto. Devido a este fator e ao seu potencial de desenvolver reações alérgicas, apresenta uma maior vulnerabilidade a incrustações de depósitos minerais.

Aconselhável em situações em que se prevê períodos curtos de cateterismo vesical.

- Silicone:

Por ser hipoalergénico, apresenta menor probabilidade de depósito de incrustações.

O balão de insuflação tem tendência a perder volume.

Segundo o calibre:

- Calibre 10-14: Mulheres
- Calibre 14-16: Homens
- Calibre 16-18: Presença de pequenas partículas de sedimento ou hematúria com pequenos coágulos.
- Calibre 20-24: Hematúria com necessidade de lavagem.

É igualmente importante a leitura do folheto informativo disponibilizado pelo fabricante respeitante ao cateter vesical seleccionado, nomeadamente a duração de permanência no cliente.

6.4 Inserção do cateter vesical

A escolha do cateter vesical deve ter em consideração a história anterior do cliente (cateterismos vesicais anteriores, problemas urológicos, alergias) e a finalidade; ou seja o tipo de intervenção e/ou vigilância prevista, usando-se o calibre mais baixo que assegure uma drenagem adequada.

Higienizar as mãos antes e após o procedimento.

Utilizar o EPI - avental e luvas.

Utilizar técnica asséptica na inserção da algália, seguindo os passos abaixo indicados:

1. Confirmar no processo e junto do cliente, problemas urológicos conhecidos e alergias (latex e lidocaína);
2. Explicar ao cliente a necessidade do procedimento e obter consentimento;
3. Disponibilizar o material numa superfície limpa e acessível junto do cliente;
4. Posicionar o cliente em decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução;
5. Efetuar a higiene do períneo com água e sabão, utilizando luvas limpas;
6. Colocar luvas esterilizadas;
7. Aplicar campo esterilizado, colocando a janela sobre a região genital;
8. Limpar o meato urinário com soro fisiológico antes da inserção do cateter vesical;
9. Instilar lentamente o gel lubrificante no meato urinário (0-15 ml no homem e 6 ml na mulher);
10. Proceder a cateterização com recurso a sistema fechado (algália com saco acoplado):
Homem: Exercer uma pequena tração do pénis num ângulo de 90^a relativamente a região pélvica e inserir o cateter vesical com movimentos circulares (17 a 20cm). Quando se sentir uma ligeira pressão baixar o pénis, continuando a introdução do cateter;
Mulher: Afastar os grandes lábios e inserir a algália no meato urinário (5 a 7,5cm) até refluxo da urina. Após refluxo inserir mais dois centímetros;
11. Insuflar o balão com água destilada de acordo com as recomendações do fabricante;
12. Fixar corretamente o cateter vesical com adesivo, no homem na região supra púbica e na mulher na região anterior da coxa, de forma a evitar mobilizações nas vias urinárias inferiores e a tração uretral;
13. Efetuar registos tendo em atenção:
 - Tipo e calibre do cateter vesical;
 - Volume insuflado no balão;

- Razão da cateterização ou mudança do cateter vesical;
- Problemas resultantes da cateterização vesical;
- Descrição do volume e características da urina drenada;
- Data prevista de mudança do cateter vesical;
- Ensinos efectuados;
- Nome do profissional que executou a cateterização vesical.

6.5. Manutenção do cateter vesical/manuseamento do sistema de drenagem

- Verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical, registando no processo clínico as razões para a sua manutenção;
- Higienizar as mãos antes e depois do manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem;
- Utilizar EPI – avental e luvas;
- Realizar a higiene diária do meato urinário:
 - Utilizar água e sabão (soro fisiológico se presença de exsudado);
 - Trocar adesivo de fixação da algália, alternando o local;
 - Em situação de cliente parcialmente autónomos ou independentes, deve-se proceder ao despejo do saco de drenagem e ao fecho da válvula antes dos cuidados de higiene, acompanhando-o durante o banho no chuveiro, orientando e supervisionando a realização da higiene genital.
- Evitar dobras no cateter vesical e sistema coletor de urina, promovendo o fluxo urinário e prevenindo a obstrução do sistema;
- Manter o saco de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga para promover o fluxo urinário;
- Colocar o saco de drenagem em suporte próprio de forma a prevenir o contato com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo;
- Providenciar o esvaziamento do saco coletor sempre que é atingido 2/3 da sua capacidade e antes do transporte do cliente (para evitar o refluxo);
- Evitar desconexões desnecessárias do sistema drenagem, mantendo-o em circuito fechado, trocando apenas:
 - Na altura de substituição da algália, segundo indicação do fabricante;
 - Quando estiver danificado ou com fugas;
 - Quando se verificar acumulação de sedimentos e/ou coágulos;
 - Quando se verificar cheiro desagradável;

- Se houver saída acidental do saco e/ou sistema, desinfetar a extremidade da algália com álcool a 70°.

6.5.1. Esvaziamento do saco coletor de urina

O esvaziamento do saco coletor deve ser realizado apenas quando necessário, sob orientação/indicação do enfermeiro, atendendo aos seguintes princípios:

- Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
- Colocar luvas e avental, trocando o EPI entre clientes;
- Limpar a válvula de despejo antes e depois da sua abertura com uma compressa embebida em álcool a 70°;
- No caso de utilização de jarro graduado: esvaziar o saco coletor para o recipiente limpo e individualizado, evitando contato entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha. É necessário a lavagem do jarro graduado entre cada despejo;
- No caso de utilização de saco de despejo: esvaziar saco coletor adaptando saco de despejo individualizado, eliminando-o para saco de resíduos grupo III, depois de esvaziado.

6.5.2. Colheita de urina assética

A colheita de urina é um procedimento asséptico e deve ser efetuada do seguinte modo:

- Higienizar as mãos antes e depois do manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem;
- Utilizar EPI – avental e luvas;
- Clampar o sistema de drenagem da urina para o saco coletor, a jusante do local de colheita. Aguardar o tempo necessário para reter na bexiga a urina suficiente para o exame;
- Desinfetar com álcool a 70° o local próprio para o efeito (porta universal de colheita de urina sem agulha) e deixar secar;
- Adaptar uma seringa ao local de colheita e aspirar a quantidade de urina adequada ao exame, e nunca por desconexão do sistema de drenagem;
- Identificar a amostra e enviar, com a maior brevidade possível, para o laboratório.

6.6 Remoção do cateter vesical

Deve ser feito o mais cedo possível (assim que deixar de ter indicação clínica).

Os cateteres vesicais deverão ser removidos preferencialmente no início do turno da manhã, de modo a que os problemas de retenção urinária possam ser resolvidos durante o dia.

A remoção do cateter vesical deve seguir os seguintes passos:

1. Explicar o procedimento ao cliente;
2. Informar sobre os sintomas potenciais que podem ocorrer nas primeiras 24-48 horas após a remoção (incontinência, urgência, frequência, disúria, desconforto e retenção urinária), alertando os profissionais de saúde caso permaneçam;
3. Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
4. Utilizar EPI – avental e luvas limpas;
5. Conectar uma seringa ao lúmen do balão, para desinsuflação. Não utilizar sucção na seringa, mas permitir que a solução retorne espontaneamente;
6. Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico antes de remover a algália.
7. Pedir ao cliente para inspirar e expirar, e durante a expiração retire delicadamente a algália. Os clientes do sexo masculino devem ser avisados do desconforto que o balão vazio provoca na passagem pela uretra prostática;
8. Limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral;
9. O cateter vesical, o saco coletor e o EPI contaminado devem ser eliminados em saco de resíduos grupo III;
10. Vigiar a eliminação vesical espontânea;
11. Promover o reforço da ingestão hídrica (30 ml/kg/dia), mediante a situação clínica do cliente;
12. Registrar nas notas de enfermagem a data e o motivo da remoção do cateter vesical, os ensinamentos efetuados bem como, a eliminação vesical do cliente após a mesma.

6.7 Educação do cliente e cuidador aquando a alta

Quando se verificar a necessidade de manutenção do cateter vesical após a alta, o cliente e seu cuidador devem receber o treino adequado. Para tal, deverá ser disponibilizado o folheto informativo (Anexo 3) e a carta de alta de enfermagem, que deverá conter:

- Data de inserção do cateter vesical;
- Tipo e calibre do cateter vesical;

- Volume de água destilada no balão;
- Sinais de ITU a vigiar;
- Antibioterapia prescrita, se aplicável.

6.8 Infecção urinária associada a cateter vesical

O diagnóstico de ITU associado a cateter vesical baseia-se em critérios clínicos e no estudo microbiológico da urina (urocultura).

A ITU exige documentação microbiológica de uma bacteriúria ou fungúria relevante e a presença de sintomas mais ou menos específicos (febre, desconforto abdominal, dor lombar, disúria, polaquiúria, alteração do estado de consciência). Só estas ITU (documentação microbiológica e respectivos sintomas) devem submetidas a antibioterapia. Existem situações clínicas que podem ser exceção, como as grávidas e pessoas que vão ser submetidas a procedimentos urológicos.

Se suspeita de ITU em cliente algaliado com a mesma algália há mais de 15 dias, esta deve ser retirada ou substituída caso mantenha a sua indicação, e realizada colheita de urina asséptica.

Está contra-indicado realizar uroculturas por rotina em clientes algaliados, bem como colher a urina a partir do saco coletor ou da junção do mesmo com a algália, por desadaptação.

7. Anexos

Anexo 1. Fluxograma - Prevenção da infecção urinária associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta.

Anexo 2. Grelha de auditoria da inserção, manutenção e remoção do cateter vesical.

Anexo 3. Folheto informativo para a pessoa com cateter vesical e seu cuidador.

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enf. ^a Felisbela Barroso Enf. ^o Flávio Patoleia Enf. ^a Tânia Rocha Enf. ^a Vanessa Duarte Enf. ^a Verónica Florêncio	GCLCIPRA	Conselho de Administração Data:

FLUXOGRAMA



Anexo 1 – Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – CIF.26

Grelha de Auditoria			
Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – Inserção do cateter vesical			
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Audidores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
Indicador 1. Planeamento do procedimento					
1) O cateterismo vesical de curta duração está indicado?					
2) O profissional considerou métodos alternativos (ex. dispositivos externos, fralda)?					
3) A escolha do cateter vesical foi realizada de acordo com o sexo, duração prevista, situação clínica e alergias do cliente?					
4) O profissional explicou o procedimento ao cliente?					
5) O profissional obteve consentimento do cliente?					
Subtotal					
Indicador 2. Técnica de inserção do cateter vesical					
6) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
7) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
8) O profissional dispôs o material numa superfície limpa e acessível junto do cliente?					
9) O profissional posicionou o cliente em decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução?					
10) O profissional efectuou a higiene do períneo com água e sabão?					
11) Durante a realização da técnica de inserção do cateter vesical foram utilizadas luvas esterilizadas?					
12) Durante a realização da técnica de inserção do cateter vesical foi utilizado campo esterilizado?					
13) Durante a realização da técnica foi utilizado lubrificante estéril de uso individual?					
14) O profissional limpou o meato urinário com soro fisiológico antes da inserção do cateter vesical?					
15) Durante a realização da técnica o cateter vesical estava conectado ao sistema de drenagem fechado?					

16) O profissional insuflou o balão do cateter vesical com água destilada?					
17) Procedeu-se a fixação da algália de acordo com as recomendações?					
18) O profissional higienizou as mãos após o procedimento?					
Subtotal					
Indicador 3. Registos no processo clínico do cliente					
19) Tipo e calibre do cateter urinário					
20) Volume insuflado no balão.					
21) Razão da cateterização ou mudança do cateter urinário					
22) Problemas resultantes do cateterismo vesical					
23) Descrição do volume e características da urina drenada.					
24) Data prevista de mudança do cateter vesical					
25) Ensinos efectuados ao cliente e cuidador					
26) Nome do profissional que executou o cateterismo vesical					
Subtotal					
Totais					

Indicador: Taxa de conformidade

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%

Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

Grelha de Auditoria			
Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – Manutenção do cateter vesical			
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Auditores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
Indicador 1. Avaliação da necessidade de manutenção do cateter urinário					
1) Está registado no processo clínico do cliente as razões para a manutenção do cateter vesical?					
2) Este registo é realizado diariamente?					
Subtotal					
Indicador 2. Manutenção do cateter vesical					
3) O profissional higienizou as mãos antes do manuseamento do cateter vesical?					
4) O profissional utilizou avental no manuseamento do cateter vesical?					
5) O profissional utilizou luvas no manuseamento do cateter vesical?					
6) O profissional realizou a higiene perineal com água e sabão?					
7) O profissional realizou a troca do adesivo de fixação da algália, alternando o local?					
8) Foi verificada a eficácia da drenagem vesical, integridade do sistema fechado de drenagem e observadas as características da urina?					
9) No caso da higiene no duche, foi feito despejo do saco de drenagem e fecho da válvula, antes do momento da higiene?					
10) O utente algaliado foi acompanhado durante o duche?					
11) O saco de drenagem de urina manteve-se sempre abaixo do nível da bexiga do cliente?					
12) O saco de drenagem de urina encontra-se em suporte próprio, sem contato com o chão?					
13) O saco de drenagem de urina é esvaziado sempre que atinga 2/3 da sua capacidade?					
14) O saco de drenagem de urina é esvaziado sempre que o cliente é transportado?					

15) O profissional higienizou as mãos após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem?					
Subtotal					
16) Indicador 3. Registos no processo clínico do cliente					
17) Intervenções de enfermagem realizadas					
18) Diagnósticos de enfermagem					
19) Intervenções de enfermagem					
20) Resultados obtidos					
Subtotal					
Indicador 4. Esvaziamento do saco coletor de urina					
27) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
28) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
29) O profissional trocou o EPI de doente para doente?					
30) O profissional limpou a válvula de despejo antes da sua abertura com uma compressa embebida em álcool?					
31) O profissional limpou a válvula de despejo depois da sua abertura com uma compressa embebida em álcool?					
32) Em caso de utilização de jarro graduado, o profissional não tocou com o mesmo na torneira de despejo do saco coletor?					
33) Em caso de utilização de jarro graduado, o profissional lava o mesmo entre cada despejo?					
34) Em caso de utilização do saco de despejo, este foi eliminado para o saco de resíduos grupo III?					
35) O profissional higienizou as mãos após do procedimento?					
Subtotal					
Indicador 5. Colheita de urina assética					
21) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
22) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
23) O profissional clampou o sistema de drenagem de urina para o saco coletor, a jusante do local de colheita?					
24) O profissional desinfetou com álcool a 70º o local para colheita de urina?					
25) O profissional adaptou uma seringa ao local de colheita, aspirando a quantidade de urina adequada?					
26) O profissional identificou a amostra de urina assética?					

27) O profissional enviou de imediato a amostra para o laboratório?					
28) O profissional higienizou as mãos após do procedimento?					
Subtotal					
Totais					

Indicador: **Taxa de conformidade**

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%

Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

--

Grelha de Auditoria

Procedimento para prevenção da infecção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta –Remoção do cateter vesical

Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Auditores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
Indicador 2. Remoção do cateter vesical					
1) Foi explicado o procedimento ao cliente?					
2) Foi explicado ao cliente os sintomas potenciais que podem ocorrer nas primeiras 24-48h após a remoção do cateter (incontinência, urgência, frequência, disúria, desconforto e retenção urinária)?					

3) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
4) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
5) O profissional conectou a seringa à válvula do cateter urinário para desinsuflar o balão, permitindo que a solução retorne espontaneamente (evita a sucção)?					
6) O meato urinário e a região peri-uretral foram limpos com soro fisiológico antes de remover o cateter vesical?					
7) A remoção da algália foi realizada corretamente (preferencialmente na expiração do cliente)?					
8) O meato urinário e a região peri-uretral foram limpos após a remoção da algália?					
9) O cateter vesical, o saco coletor e o EPI foi descartado em saco de resíduos grupo III?					
10) O profissional higienizou as mãos após do procedimento?					
Subtotal					
Indicador 2. Registos no processo clínico do cliente					
11) Data da remoção do cateter vesical					
12) Motivo da remoção do cateter vesical					
13) Ensinos efectuados (ex. reforço hídrico)					
14) Eliminação vesical espontânea após remoção do cateter vesical?					
Subtotal					
Totais					

Indicador: **Taxa de conformidade**

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%

Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

Apêndice XIV- Artigo “Impacto da doença crónica e as estratégias de *coping* na adaptação familiar”.

Impacto da doença crónica e as estratégias de *coping* na adaptação familiar.

Autores:

Enf^a Vanessa Costa Duarte, Enfermeira no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital de Setúbal, E.P.E, mestranda do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica¹.

Enf^a Elsa Monteiro. Professora do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola de Saúde².

Resumo

As doenças crónicas não transmissíveis [DCNT] são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal, sendo responsáveis pelo aumento do consumo de cuidados de saúde; o que originou uma mudança importante no paradigma de suporte social do Estado, nas Políticas de Saúde e na organização da prestação de cuidados de saúde. As políticas existentes objetivam a prevenção da doença crónica, o empoderamento do cidadão na gestão da sua doença, e a diminuição do internamento hospitalar com uma rápida integração do doente crónico na sua família e meio social envolvente. Uma vez que a Disciplina de Enfermagem pretende, o Cuidar da Pessoa ao longo do seu ciclo de vida, focalizando a inclusão da família e a interação com o meio; a reflexão e o conhecimento sobre as estratégias de coping utilizadas pela Família na adaptação a doença, apresentam relevância para a prática.

Palavras-chave: Doença crónica, Família, Estratégias de *coping*.

¹ Mestrando do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, e Enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Setúbal, EPE.

² Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Introdução

Na União Europeia, 20 a 40% da população com mais de 40 anos sofre de doença crónica e dois terços das pessoas com mais de 65 anos sofrem de pelo menos duas doenças crónicas (OCDE, 2010). Esta conjuntura tem repercussões importantes, sendo uma ameaça para a saúde pública e a economia global. Prevê-se que em 2030, consumo de cuidados de saúde resultantes das DCNT implique 70/80% dos custos em saúde (OCDE, 2010). O mesmo cenário ocorre em Portugal (Coelho, 2014).

O crescimento da incidência das DCNT está associada ao envelhecimento da população, resultante da oferta de cuidados de saúde e melhoria das condições socioeconómicas (Ministério da saúde, 2013); originando um aumento das situações de incapacidade, de doença e de perda de independência; causadores de uma necessidade substancial de apoio social e de cuidados de saúde (Barros, Machado, & Simões, 2011).

Não será de estranhar, que as despesas com os cuidados de saúde dirigidos a este problema, ocupem proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e no produto interno bruto (Ibem, 2011), contribuindo para este incremento não só a prevalência, mas as implicações no decurso da vida produtiva; especialmente

o absentismo laboral e a reforma precoce (Escoval et al, 2010).

Denota-se uma alteração do rumo estratégico nas Políticas Europeias de Saúde. Com uma trajetória histórica anteriormente curativa e dirigida as doenças agudas, aposta-se agora nos cuidados preventivos com o objetivo de empoderamento e coresponsabilização do cidadão sobre o seu estado de saúde, qualidade de vida e potencial de saúde (Barros et al, 2011).

O rumo optado pelas Políticas de Saúde em Portugal, são similares as europeias; com especial ênfase no acesso aos cuidados de saúde preventivos, na promoção de estilos de vida saudáveis; e nas respostas que permitem a prestação fora do ambiente hospitalar (OPSS, 2010).

Colocamos assim estas questões: Quais os mecanismos de adaptação utilizados pela Família na resposta à doença crónica de um dos seus membros? Quais os mecanismos comumente utilizados pela população portuguesa no apoio e prestação de cuidados informais ao doente crónico?

Pretendemos com este artigo fazer uma reflexão baseada nos princípios de uma revisão sistemática da literatura. Esperamos que este artigo contribua para uma prestação de cuidados integrais à

Pessoa/Família potenciando a sua autonomia e autoeficácia na gestão do seu processo de Saúde/Doença.

Enquadramento conceptual

Murray et al (2007) tipifica a doença crónica utilizando cinco critérios: o tipo de começo (repentino ou gradual), o seu curso (progressivo, constante ou episódico), o resultado (fatal ou não fatal), incapacidade (cognitiva, mobilidade, força, alteração da autoimagem e estigma social) e a incerteza (grau de previsibilidade).

Apesar de apresentarem uma etiopatogenia diferenciada, as DCNT são igualitárias em alguns processos (Rolland, 1996): no seu prolongamento no tempo; na forma como afeta a vida do seu portador e a dinâmica familiar; nas suas implicações multidimensionais, não só físicas, mas igualmente sociais e emocionais; no uso continuado de cuidados de saúde e no aparecimento de algum grau de incapacidade; e na irreversibilidade.

A família têm um impacto direto na forma como se vivencia a doença, uma vez que são espaços privilegiados de suporte e segurança dos seus membros (Figueiredo, 2009). As próprias características destes sistemas sociais interativos de carácter transformativo, que

se definem pela sua estrutura, vínculos e funções; são determinantes nos hábitos que dizem respeito à saúde e ao equilíbrio físico e mental. Como sistemas, são continuamente sujeitos a reajustes e adaptações, que obrigam a constantes respostas de manutenção do equilíbrio das suas funções (Bronfenbrenner, 1979), resultantes das pressões a que estão expostos: por pressão interna originada pelos ciclos de desenvolvimento naturais da família (crises normativas), e/ou por pressões externas (crises inesperadas ou acidentais) (Minuchin, 1979).

As transformações impostas pela doença, resultantes de crises inesperadas; dependem de alguns fatores, tais como: a etapa do ciclo vital em que a família se encontra, o elemento da família que foi atingido, as repercussões da doença e a necessária reestruturação familiar, nomeadamente nas relações interpessoais (Peixoto e Santos, 2009).

No entanto, é errada a conceção de que a crise é originada pelo acontecimento. Esta é originária da perceção individual e das respostas desenvolvidas, ou seja, esta é concebida na resposta familiar ao elemento *stressor*, denominada por processo de *coping*. Um *coping* adequado provoca um ajustamento adequado, uma vez que permite o desenvolvimento de

autonomia e autoeficácia (Rolland, 1996).

Segundo Folkman e Lazarus (1984), os processos de coping envolvem quatro conceitos importantes: são interações intencionais entre o indivíduo e o meio ambiente; implicam uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais; pressupõem a noção de avaliação; e pretendem a gestão da situação e não o seu domínio. Têm duas categorias funcionais: as focalizadas no problema, que atuam diretamente sobre as exigências; e as focalizadas na emoção, que atuam na interpretação do problema.

McCubbin e Patterson (1993), autores do Modelo de Resiliência ao Stresse, Ajuste e Adaptação da Família, apresentam conceitos importantes para a compreensão dos recursos utilizados na resposta à crise. Primeiro, os indutores de *stress* raramente ocorrem isoladamente, sendo acumulativos (*pile-up*), o que é determinante para o sentimento de vulnerabilidade.

Segundo, as estratégias de *coping* são geralmente direcionadas para manter a integridade da família e os seus valores. A implementação mudanças estruturais na família para acomodar novas demandas, é geralmente uma estratégia tardiamente utilizada.

A terceira premissa refere-se aos recursos utilizados na adaptação à crise; são geralmente integrantes do repertório da família ou reforçados e/ou adquiridos como resposta à crise. São condicionantes na escolha de recursos: a estrutura de papéis dentro da família, os valores e as crenças partilhados, os objetivos comuns, o apoio social da comunidade, a espiritualidade, as características individuais de cada membro que a constitui e a habilidade de comunicação.

Finalmente, a avaliação cognitiva da situação de crise, e a perceção de cada elemento familiar sobre a mesma é importante; e determina a resiliência familiar e a resposta global, pelo que as estratégias de *coping* são definidas como um processo interpessoal.

Considerando a doença crónica como um elemento indutor de crise familiar, Rolland (1996) na Teoria de articulação dos ciclos de vida da doença, do indivíduo e da família, distingue três períodos na história natural da doença relacionando-os com as exigências psicossociais da mesma. Reconhece três dimensões da doença crónica: a tipologia psicossocial da doença, as variáveis-chave do sistema familiar e as fases evolutivas da doença e da família.

O autor defende que a tipologia psicossocial da doença é útil na categorização das diferentes doenças crônicas existentes. O conhecimento do padrão da doença ou seja o seu início, curso, resultado, incapacidade e grau de incerteza, facilita a sua gestão.

Considera, as variáveis chaves do sistema familiar em quatro dimensões. A primeira refere-se à importância da história transgeracional na avaliação de fatores como a coesão, adaptabilidade e as habilidades comunicativas da família. A segunda determina a influência das fases naturais do desenvolvimento da

família, nas respostas prestadas. A terceira, enfatiza o sistema de valores e das crenças da família associadas à saúde, no suporte dos seus membros na doença. A quarta relaciona-se com o significado do uso estratégias de *coping* anteriores nos processos de doença.

As fases evolutivas da doença (imagem dois) tem a particularidade de serem dinâmicas e percebidas de forma diferenciada pelos membros da família.

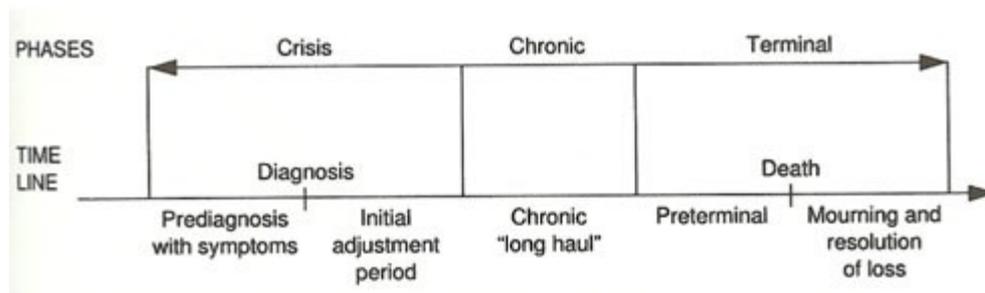


Imagem um: Fases da história natural da doença, retirado de “Families, illness and disability: An integrative treatment model”.

1 - Fase da Crise que inclui o período pré-diagnóstico e o período inicial de ajustamento. Caracteriza-se por um período de incerteza e vulnerabilidade com uma necessidade de procura do controlo, que permite à família iniciar um

processo de mudança, de modo a maximizar as suas aptidões familiares na resposta a doença. As tarefas familiares mais comuns nesta fase são: criar um significado para a doença que maximize o sentido de competência e de controlo;

elaborar o luto pela identidade perdida; gerir informação e estabelecer relações adequadas com a equipa de saúde.

2 - Fase Crónica que é a fase intermédia referente a adaptação da resposta a doença crónica, em que se espera que os familiares e a pessoa doente, consigam manter a sua autonomia e autoeficácia. As tarefas familiares nesta fase são: a redefinição de papéis e funções familiares de forma a conciliar o cuidado ao doente com normalidade familiar.

3 - Fase Terminal caracterizada pela morte iminente do familiar. As tarefas familiares mais comuns nesta fase são: a resolução de assuntos pendentes, o apoio emocional ao elemento doente, o luto e a reintegração após a perda.

Metodologia

Este artigo baseia-se nos princípios de uma revisão sistemática da literatura. Para isso utilizou-se bases de dados online como B-on, EBSCO, Pubmed e o Repositório Científico Nacional, com os seguintes descritores: doença crónica, família e estratégias de adaptação.

Para a seleção foram estabelecidos como critérios: artigos em língua portuguesa, referentes a população

portuguesa, com texto integral, publicados desde 2009.

Foi estabelecido como critérios de inclusão: artigos ou trabalhos que abordassem a adaptação da família à DCNT, com exclusão de doença crónica nas crianças e adolescentes assim como da doença mental.

Foram analisados 23 artigos e teses de mestrado, tendo sido eleitos 7 por corresponderem aos critérios estabelecidos.

Resultados e discussão:

Da análise efetuada, podemos retirar as seguintes conclusões: a produção científica nacional sobre DCNT, relaciona-se maioritariamente com a gestão da doença pelo indivíduo, e a sobrecarga e necessidades de ensino ao cuidador informal. A forma de adaptação da família como sistema a DCNT, é um tema escassamente estudado em território nacional, mas os estudos efetuados fornecem-nos indícios que nos parecem importantes para o planeamento de cuidados de enfermagem globais à Pessoa/Família.

Interessou-nos, a integração processual da doença na vida familiar e as estratégias de ajuste à incerteza,

implícitos no modelo de Roland. Geralmente na DCNT, está patente a reestruturação funcional, com uma dominância de alteração de rotinas e papéis (Peixoto & Santos, 2009).

Em Portugal, a prestação de cuidados informais parecem ser providos por mulheres, na casa dos 50 anos, reformadas, com baixo nível de escolaridade, esposas ou filhas da Pessoa doente (Sequeira, 2010; Rodrigues, 2011; Pereira, 2012). De um modo geral, apenas um elemento familiar presta apoio à mesma, sendo o seu papel incidente em três áreas: apoio em termos de informação e orientação, apoio emocional e apoio instrumental (Sequeira, 2010).

São os elementos do sexo feminino que aparentemente utilizam estratégias de *coping* mais diversificadas e centrada na resolução de problemas. Peixoto & Santos (2009) citando Nolan (2004), relatam que as estratégias de *coping* focadas nos problemas são mais vantajosas, diminuem a sobrecarga do cuidador promovendo uma adaptação mais efetiva.

As mulheres cuidadoras desenvolvem geralmente estratégias externas à família; centradas na resolução e partilha do problema e na perceção de alternativas (Rodrigues, 2011; Pereira, 2012). A

capacidade de “reframing”, ou seja a capacidade de reenquadrar as experiências, atribuindo-lhe um significado diferente, é comum no sexo feminino (Rodrigues, 2011). Nos elementos de sexo masculino é mais comum o uso de estratégias centradas na gestão das emoções (Pereira, 2012).

Apesar das estratégias utilizadas pelo sexo feminino serem consideradas estratégias eficazes, é comum os cuidadores informais exprimirem dois sentimentos relativamente a prestação de cuidados informais: a sobrecarga e os sentimentos de isolamento (Sequeira, 2010).

A prestação de cuidados informais é considerada pelos Cuidadores Informais, como uma obrigação familiar/pessoal, associada as escassas respostas institucionais. O recurso a institucionalização pressupõe assumir a incapacidade por parte do cuidador, papel contrário à construção social do sistema familiar (Custódio, 2011).

Apesar do conhecimento do fator acumulativo da crise (McCubbin e Patterson, 1993), a bibliografia consultada não nos ofereceu dados sobre o tema. Descreve Olson et al (1983) no estudo sobre o impacto da doença na família ao longo das etapas do ciclo vital, que as etapas “Família com filhos

adolescentes” e “Ninho vazio” são aquelas em que a doença crónica é mais destruturante,

A complexa interdependência entre Pessoa/Ambiente está igualmente patente. A eficiência com que o Cuidador Informal vai desempenhar o seu papel, não está só dependente dos recursos e competências pessoais do cuidado, mas da sua potenciação originada pelo ensino e apoio dos cuidados formais. Igualmente, dimensões externas à Família como a integração do apoio social e comunitário são essenciais (McCubbin e Patterson, 1993).

O uso de apoio formal e recurso a amigos e vizinhos é uma estratégia com significado para processos de adaptação positivos e melhor qualidade de vida, que parece ser utilizada pela população portuguesa. O contato com os cuidados formais para a resolução de problemas é uma estratégia muito usada pelas mulheres (Pereira, 2012).

Outro fato interessante, é o contato com a comunidade. As mulheres utilizam estratégias centradas na partilha do problema e no recurso à espiritualidade (Rocha, 2009). Os residentes em áreas predominantemente rurais têm uso de estratégias de *coping* mais diversificado, em comparação aos que habitam em áreas urbanas (Cunha, 2011). Os cuidadores

com uma atividade profissional, têm uma maior perceção de autoeficácia (Custódio, 2011).

No planeamento de cuidados de enfermagem integrais e globais, parece-nos importante o estudo: da estrutura familiar, do seu ciclo de vida e funções, assim como das respostas anteriores a problemas similares (Figueiredo, 2011). Importa considerar como foco de atenção, o Processo Familiar, com o objetivo de fornecer ajuda para obtenção de equilíbrio para a adaptação à mudança; extrapolando a Pessoa Doente e as suas necessidades de cuidados e implicando a Família nos mesmos, prestando cuidados apropriados e eficientes e promotores da participação e da tomada de decisão (Peixoto & Santos, 2009).

Trabalhar com a Família neste processo de transição, implica apoiar e fomentar a autonomia e a responsabilidade, evitando a incorporação de uma identidade de “Pessoa doente” (Sequeira, 2010).

O papel do Enfermeiro, consiste em facilitar o envolvimento da família na aquisição de competências para as diferentes fases da Doença. Assim, a preparação para a alta é um momento crucial; apresentando-se como um foco sensível aos cuidados de Enfermagem (Peixoto & Santos, 2009), pois o

momento de pós-alta imediata é referido pelos familiares como um período de difícil vivência (Petronilho, 2007). Cria-se, a ideia de que a promoção das competências dos agentes informais no autocuidado e no bem-estar, são necessidades reais de cuidados na sociedade atual (Petronilho, 2007).

A gestão de informação é primordial, não só para a adaptação ao processo da doença, mas na criação de laços de confiança entre quem presta cuidados formais e informais, promovendo a envolvimento na prestação. Segundo Peixoto & Santos (2009), esta devia focar áreas tais como: cuidados a prestar e o ensino para situações que requerem especial atenção, o acesso aos serviços da comunidade e à informação, mas também, habilidades de *coping* e gestão de emoções. Torna-se claro, o assumir do papel social do Enfermeiro na promoção do potencial de autonomia face ao autocuidado.

Conclusão

As DCNT são responsáveis pelo aumento do consumo de cuidados de saúde. As suas implicações extrapolam a saúde física e assentam em dimensões emocionais e sociais.

A resposta da Família reveste-se de relevância, pois como sistema de apoio da

Pessoa Doente, define o ajustamento ao processo de Doença. Geralmente, as suas respostas são direcionadas para a manutenção da integridade da estrutura família, sendo condicionantes na escolha de estratégias adaptativas; os papéis desempenhados, os valores, o apoio social, a espiritualidade e as habilidades comunicativas dentro do seio familiar.

O papel do Enfermeiro é pertinente no que concerne ao envolvimento da família: na gestão de informação; e no ensino e apoio a Pessoa/Cuidadores Informais. No planeamento dos cuidados este sistema não deve ser excluído, mas integrado como foco de atenção. O cuidado de Enfermagem deve ser centrado na aquisição e promoção de competências que permitam a autonomia e a perceção de autoeficácia, promovendo a autonomia e responsabilidade.

Bibliografia

- Barros P, Machado S, Simões J. (2011). Portugal: Health system review. Health System in Transition. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. 13(4): p.1-56.
- Coelho, A. (2014). *Análise de uma política pública de saúde: Gestão integrada da doença*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Cunha, M.C (2011). *Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos*

- domicílios do concelho de Gouveia*. Mestrado integrado em psicologia. Faculdade de Lisboa.
- Custódio, J. (2011). *Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.
- Escoval A., Coelho A., Diniz J.A., Rodrigues M., Espiga P., Moreira F. (2010). Gestão Integrada da Doença. Uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol.Temático (9): p. 105-115
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento
- Figueiredo, M. (2011). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.
- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* (46), p. 839-852.
- Mccubbin MA, Mccubbin H.(1993). Families Coping with Illness: The Resiliency Model of Family Stresse, Adjustment, and Adaptation. In: Danielson CB, Hamell-Bissell B, Winstead-Fry P, editors. *Families, Health, & Inness. Perspectives on Coping and Intervention*. St Louis: Mosby; p. 21-63.
- Minuchin, S.; Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Murray, C. Kelley-Soderholm, E., & Murray, T. (2007). Strengths, challenges, and relational processes in families of children with congenital upper limb differences. *Families, Systems, & Health*, (25), p. 276-292.
- Olson, D. H. et al. (1983). *Families: what makes them work*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2010). *Value for Money in Health Spending*. [S.l.]: OECD Publishing.
- Peixoto, M., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*, 2(2), p.87-93.
- Pereira, R.P. (2012). *Percepção da dor crónica e estratégias adaptativas em famílias com doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Rocha, B (2009). *Stresse e coping do cuidador informal de idoso em situação de dependência*. Mestrado em psicologia da saúde. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve.
- Rodrigues A.P. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da Pessoa com IRA*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books
- OPSS. (2010). *Relatório Primavera 2010- Desafios em tempo de crise*. Lisboa: observaport.org.
- Sequeira, Carlos Alberto da Cruz (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010.

**Apêndice XV- Relatório de Estágio de Observação
em Cuidados Paliativos.**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
4º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Relatório de Estágio em Cuidados Paliativos

Orientadores:

Docente: Enf^ª Elsa Monteiro

Orientador: Enf^ª Patrícia Carvalho

Discente:

Enf^ª Vanessa Costa n.º.140519004

Janeiro de 2016

Índice

0-INTRODUÇÃO.....	1
1-ANÁLISE DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	2
2-CONCLUSÃO.....	7
BIBLIOGRAFIA.....	9

0-INTRODUÇÃO.

SECPAL (1993) define cuidados paliativos como cuidados ativos, coordenados e globais à Pessoa, que não responde a terapêutica curativa; com uma abordagem incidente em problemas sociais, psicológicos e espirituais. Assentam num conjunto de valores e princípios, tais como: autonomia, dignidade, relacionamento doente-profissional, qualidade de vida, posição face à vida e à morte e comunicação.

São cuidados interdisciplinares, prestados no sítio considerado adequado pela Pessoa; que envolvem a Pessoa, família e a comunidade nos seus objetivos, afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural, não abreviando a vida, mas preservam a melhor qualidade de vida possível até a morte (SFAP, 1999).

Norteiam-se por quatro eixos: o tratamento sintomático, o apoio à família, o trabalho de equipa e a comunicação com o doente e a sua família.

Face ao tema do Projeto de intervenção “ Conferência Familiar na prestação de Cuidados à Pessoa em situação crítica”, determinou-se a orientação do percurso do estágio e os objetivos inerentes.

Definiu-se como objetivo principal: Observar o processo comunicativo entre a equipa de Enfermagem e a Pessoa/Família em Cuidados Paliativos.

Estabeleceram-se como objetivos específicos:

- Perceber a forma como se estabelece a relação terapêutica entre a Pessoa, Família e equipa de saúde.
- Verificar as estratégias de organização do trabalho da equipa interdisciplinar.
- Compreender a prática de Enfermagem inerente ao apoio à família.
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório.

Este documento encontra-se redigido de acordo com a norma APA e o atual acordo ortográfico.

1- ANÁLISE DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.

Relação terapêutica entre a Pessoa, Família e equipa de saúde.

Segundo Twycross (2003) os objetivos de uma boa comunicação assentam no reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao Doente/Família uma direção.

Informar sobre o agravamento do estado de Saúde da Pessoa, implica uma reflexão sobre prioridades e sentido de vida, convergente à Teoria de Travelbee. Transcende o ato de informar, e acrescenta o educar a Pessoa/Família sobre os objetivos dos cuidados paliativos e a mudança de foco de cuidados, assentes no conforto e qualidade de vida e não num intuito curativo da doença (Galvão, Gonçalves, & Guarda, 2010).

A comunicação é por isso uma ferramenta terapêutica essencial que permite o respeito pelo princípio da autonomia, confiança mútua e segurança (SECPAL, 1993) e se considerarmos o seu aspeto terapêutico, poderemos considerar a interação como um cuidado, pois é importante para definir focos de atenção; e como instrumento (Sapeta, 2011).

Durante o estágio, observou-se os seguintes períodos de interação formais:

- O acolhimento na instituição, com entrevista familiar, com avaliação das necessidades do Doente/Família, na tentativa de compreender o impacto da doença e expetativas
- Planeamento dos cuidados a prestar ao Doente/Família, através da realização do plano individual de intervenção;
- Antecipação da informação ao Doente/Família/cuidador principal de alterações previsíveis, com utilização da conferência familiar com o objetivo de informar, clarificar objetivos, ensinar estratégias para reforçar e validar o esforço da família; e para prestar apoio e aconselhamento.

Sem dúvida, que esta equipa pelo observado dispensa muito do seu tempo a desconstruir a informação que foi fornecida ao longo do processo de Saúde/Doença da Pessoa. Ainda, é comum a confusão gerada pelo excesso de terminologia médica, noutras fases do deste processo.

Pensamos que a mesma dedica nas primeiras interações; o seu tempo, a adaptar a Pessoa/Família à transição do estado de saúde e a desconstrução da conspiração do silêncio, promovida em contextos anteriores. Promover a autonomia da Pessoa, o consentimento informado e a confiança, implica trabalhar o processo comunicativo. A conferência familiar é um momento formal onde se trabalham estas questões.

A conferência familiar na área dos cuidados paliativos pode ser utilizada nos seguintes contextos: clarificar os objetivos dos cuidados, reforçar a solução de problemas e prestar apoio e aconselhamento (Neto, 2003).

No local de estágio apresentava-se como uma forma estruturada de intervenção à Família, com um planeamento prévio entre a equipa interdisciplinar. Os seus objetivos principais eram a promoção da adaptação da Família à situação de fim de vida da Pessoa e a preparação para a perda.

Apesar de a instituição ter um horário flexível de permanência dos familiares, achámos que se faz pouca promoção da cooperação em termos de cuidados à Pessoa, com uma diminuição considerável da dinâmica.

Trabalho de equipa e a reunião interdisciplinar

São considerados pontos básicos na constituição de qualquer equipa: o desempenho coletivo, a responsabilidade coletiva, a tomada de decisão em conjunto e o recurso a competências e conhecimentos complementares (Hesbeen, 2003).

Care (2013) refere a importância da envolvência dos vários grupos de profissionais na prestação global de cuidados; com o intuito aplicar os seus conhecimentos num objetivo comum, bem definido, estruturado e conhecido por todos promovendo uma clara definição de papéis.

Sabendo que estes têm como base de trabalho a informação sobre a Pessoa, todos os dias na passagem de turno¹³ são abordados todos os aspetos inerentes ao cuidado a Pessoa e a Família de forma evolutiva e discutidas estratégias de abordagem e resolução dos problemas identificados.

¹³ Utiliza-se este termo referente à transmissão verbal de informação como o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise de práticas, segundo o Pa-recer CJ/20 de 2001 da OE (2001).

Uma das estratégias formais observadas em contexto de estágio foi a reunião interdisciplinar. A reunião interdisciplinar é um encontro interdisciplinar com o intuito, de partilha e fornecimento de informação; e proporcionar espaços de partilha de sentimentos e dificuldades relativas aos casos, numa visão de “horizontalidade de funcionamento” (SFAP, 1999, pag.63).

Apresenta-se como um suporte primordial, à prática assistencial pela promoção do intercâmbio e da cooperação, tendo em conta que é a Pessoa, alvo de cuidados, que guia as estratégias de cuidados, obviando a centralidade da mesma (SFAP, 1999).

No estágio realizado existiu a oportunidade de participarmos na condição de observador numa destas reuniões semanais. É constituída por médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo; com o intuito de desenvolver estratégias, que permitam a resposta global a questões complexas por um lado, e a partilha do conhecimento integral sobre as Pessoas internadas e a suas famílias e a sua adaptação à situação de doença, por outro. Pelo que nos foi dado oportunidade de observar; estas reuniões permitem igualmente espaços de reflexão sobre o trabalho desenvolvido como equipa, proporcionando confrontar opiniões e discutir as intervenções (SFAP, 1999).

Apesar de na sua génese; estar a partilha de informação, o seu intuito é a análise da situação da Pessoa pelos diferentes elementos da equipa; e a partilha da tomada de decisão, promovendo a coerência dos cuidados propostos e prestados.

Aqui parecemos, existir uma oportunidade destacar o papel de gestor de caso. ANCP (2006) considera que o gestor de caso é o profissional que poderá garantir resposta à maioria das necessidades do doente; e possui como função coordenar e articular os diferentes recursos necessários à execução do plano terapêutico e facilitar a comunicação com a equipa.

Mas tal, não parece ocorrer, sendo a tomada de decisão feita pelos elementos presentes na reunião transmitida aos restantes elementos, que atualizam o planeamento de cuidados, no plano individual de intervenção.

Apesar de existir, uma atribuição da gestão de caso pelos diferentes enfermeiros, a mesma, a nosso ver, parece-nos comprometida, pelo fato de existir uma distribuição pré-definida dos enfermeiros por cama e não pela Pessoa/família que acolhem.

É da sua responsabilidade, a construção do Plano Individual de Intervenção, que é um instrumento que visa organizar, operacionalizar e integrar as respostas, as necessidades e

expectativas da Pessoa, promovendo a autonomia e qualidade de vida, respeitando preferências, confidencialidade e privacidade.

Apoio à família

Neto (2010) refere que a família deve ser incluída no plano terapêutico, uma vez que a mesma é prestadora e recetora de cuidados simultaneamente, tendo de compreender, aceitar, cooperar e sofrer o impacto da doença do seu familiar – doente terminal. O seu papel implica a necessidade de informação e ensino pela equipa prestadora de cuidados.

Pelo observado, esta promoção do cuidado está evidente, mas seguintes atividades:

- Na avaliação das necessidades da família, através do conhecimento das suas expectativas, grau de conhecimento sobre o processo saúde/doença; recursos internos à dinâmica familiar e externos referentes ao suporte da comunidade; realizado através de entrevista pela equipa interdisciplinar e por contactos informais antecipatórios.
- No uso de estratégias como a conferência familiar, no apoio no luto e no encaminhamento para outras respostas existentes (apoio espiritual, psicólogo).

Foram observadas estas intervenções no local de estágio, acrescentando-se as seguintes: a importância atribuída pela equipa de enfermagem ao acolhimento, o encorajamento e a facilitação das interações entre a Pessoa/Família e a equipa de saúde, não existindo restrições de horário e número de visitas; e a legitimação do conhecimento da Família sobre a Pessoa

O acompanhamento no luto, está presente como estratégia relevante na instituição, que diferencia o cuidado à Família de outras respostas existentes. A especificidade da doença terminal e grave acarreta a adaptação a perdas progressivas e sucessivas, o que implica um pré-luto. O estabelecimento de uma relação terapêutica, com base numa relação de confiança mútua, implica a antecipação da informação ao doente/família de alterações previsíveis, o uso da escuta e o encaminhamento para outros membros da equipa interdisciplinar, visando reforçar as estratégias de adaptação (SFAP, 1999).

O luto é uma reação à perda de um objeto de apego (SFAP, 1999 citando Freud, 1917). A consciencialização de uma morte próxima possibilita realizar últimos atos de vida; e manifestar atos e palavras de reconciliação e adeus (Barbosa, 2010).

Sapeta (2007) refere que ao analisar o impacto da morte na família, torna-se possível identificar fatores que influenciam a adaptação da família à perda nomeadamente: o processo de morte, a rede familiar e social, o momento da perda no ciclo de vida e o contexto sociocultural da morte.

Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda. Cada membro da família, perante a perda, reage de uma forma idiossincrática e em tempos diferentes, podendo gerar vários conflitos e desajustes. O trabalho efetuado no luto antecipado pretende a aceitação partilhada da realidade da morte e experiência partilhada da morte; e a reorganização do sistema familiar e reinvestimento noutras relações e no seguimento da vida (Walsh e McGoldrick, 1998)

Pretende-se, a capacidade de execução de quatro tarefas associadas ao luto: aceitar a realidade da perda; trabalhar a dor advinda da perda; ajustar-se a um ambiente em que a Pessoa falecida está ausente e transferir emocionalmente a Pessoa e ajustar-se a nova vida (Sanders, 1999).

O acompanhamento da Família não termina, no falecimento da Pessoa, expande-se no seguimento de luto, com o Projeto de “Contato de Luto” existente na instituição. Este prevê um contato telefónico num período de 15 dias a um mês, realizado pelo psicólogo ou Enfermeiro especialista em saúde mental, pós falecimento da Pessoa, com objetivo de detetar situações de luto complicado, em que a instituição possa dar resposta terapêutica.

O termo de luto complicado é usado quando determinados fatores perturbam o processo de luto normal, fazendo que o luto seja mais severo e duradouro do que seria de esperar ou, pelo contrário, fazendo com que seja evitado, o que impede a sua resolução (Walsh & McGoldrick, 1998).

A construção do projeto, engloba 3 situações: a capacidade de elaborar e expressar a situação vivida, a expressão desorganizada da mesma ou a não recetividade na abordagem. De acordo com o protocolo e algoritmo criado; e a situação detetada é oferecida resposta profissional na resolução da mesma, durante um ano, que fica vinculada a aceitação dessa ajuda.

2- CONCLUSÃO.

O estágio efetuado, foi considerado por nós bastante produtivo, apesar de tardio. A dificuldade inerente aos objetivos propostos de estágio e as implicações éticas e deontológicas inerentes aos mesmos, especialmente referente ao sigilo profissional, levantaram preocupações relativamente ao mesmo.

Apesar dos obstáculos, todas as interações observadas foram realizadas com a concordância dos intervenientes, sendo explicado o nosso papel de mestrando e de não interveniente direto na prática.

Consideramos tardio o seu desenrolar, pois os seus contributos poderiam ter sido uma mais-valia na execução do projeto. Não desaproveitando os saberes adquiridos, pensamos que os mesmos terão lugar no desenvolvimento posterior do projeto sobre “Conferência familiar na prestação de Cuidados à Pessoa em situação crítica”.

Desses aspetos salientamos: a capacidade de reflexão e discussão, em grupo interdisciplinar, das situações vividas e experienciadas no decurso da prestação dos cuidados; e o planeamento de cuidados englobadores das necessidades sentidas da Pessoa, mas igualmente da Família especialmente no seu ajustamento à doença e aos luto.

Considera-se esta última intervenção importante a ser inserida na prática do contexto de intervenção, não se limitando aos registos da Conferência Familiar em si, mas abordando genericamente sentimentos e reações da Pessoa/família durante o internamento em cuidados intensivos, permitindo precocemente a deteção da necessidade de uma intervenção interdisciplinar.

Apesar de a equipa de enfermagem, do contexto do projeto de intervenção, já abordar nas passagens de turno, algumas situações que consideram problemáticas na relação com a Família, e/ou na perceção sobre o seu ajustamento, pensamos que esta prática poderia ser generalizada, tal como é usual na passagem dos problemas e planeamento dos cuidados à Pessoa.

Apesar, dos contributos positivos, o contexto de estágio, levou-nos a refletir sobre a implementação e o acesso do cidadão, a cuidados paliativos. Sentimos, que alguns dos doentes internados, poderiam estar no seu meio familiar, mas a opção para controlo sintomático, limitou de alguma forma a sua utilidade e a sua continuidade no meio familiar, por impossibilidade de uma resposta organizada e congruente na comunidade, contrariando aquilo que está previsto no artigo 2 alínea g) na Base IX da Lei de base dos Cuidados Paliativos.

Destacamos as seguintes intervenções:

- Acolhimento, com conferência familiar, que permite a desconstrução da conspiração do silêncio e a determinação das construções relativamente à doença e das expectativas.
- O da centralidade da Pessoa na construção do Plano Individual de Intervenção, com a confirmação pela Pessoa/família da adequação da necessidade e das intervenções sugeridas.
- No uso de ferramentas de comunicação no estabelecimento de uma relação de terapêutica, na perspetiva não só do ajuste da compreensão e aceitação das limitações, mas na concretização de tarefas de desenvolvimento em fim de vida
- O acompanhamento da Família no seguimento do luto, com o Projeto de “Contato de Luto” existente na instituição, com intervenções antes e após o falecimento da Pessoa.

BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. Em A. e. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 595-659). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Care, N. C. (2013). *Clinical Practice Guideline for Quality Palliative Care*. Piitsburg: National Consensus Project for Quality Palliative Care. Obtido em 28 de Janeiro de 2016, de https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf
- Galvão, C., Gonçalves, M., & Guarda, H. (. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. 751-761). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociências.
- Neto, I. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. Em A. e. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61-68). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como um instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. . *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 68-74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Parecer sobre Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias-Parecer CJ/20*. Obtido em 28 de Janeiro de 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2ª ed.). New York: Jonh Wiley & Sons, Inc.
- Sapeta, P. (Março de 2011). *Cuidar em fim de vida: Processo de interação Enfermeiro-Doente*. (Vol. 1). Loures: Lusociência.
- SECPAL. (1993). *Guia de cuidados Paliativos*. Madrid: Sociedad Espanola de Cuidados paliativos.
- SFAP- Colégio de cuidados de Enfermagem. (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi editores.
- Walsh, F. &. (1998). A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and. Em G. T. P. Sutcliffe, *Working with the Dying and*. London: MacMillan Press Ltd. .

ANEXOS

Anexo I- Autorização para a implementação do PIS.

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem “Conferência familiar em contexto de Serviço de Cuidados Intensivos”	Autorizada
AUTOR (ES)	Vanessa Alexandra Gameiro da Costa Duarte/	28.4.15 Olga Maria Ferreira Enfermeira Diretora
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Docente E. M. / Enfermeira	
SERVIÇO	Unidade de Cuidados Intensivos	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Projeto no âmbito da dinamização da Conferência Familiar no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Este projeto integra um projeto já existente no serviço relativo ao “Acolhimento aos familiares/pessoas significativas na UCI”. A autora pretende desenvolver um procedimento sectorial sobre conferência familiar e promover formação à equipa sobre a temática supramencionada. Tem como objetivo principal aumentar a adesão da equipa de enfermagem na dinamização da conferência familiar como estratégia de comunicação eficaz com a pessoa/família das pessoas internadas na UCI. Para desenvolvimento do projeto a autora necessita de aplicar um questionário dirigido aos enfermeiros para auscultar a perceção dos mesmos sobre a temática.	
OBSERVAÇÕES	A autora responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto. Os dados solicitados no questionário garantem o anonimato dos enfermeiros uma vez que não é solicitado qualquer elemento que permita a identificação dos mesmos. A autora realizou reunião com os enfermeiros dinamizadores do projeto “Acolhimento aos familiares/pessoas significativas na UCI” para validação do projeto.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Enf.ª , Enf. Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos; - Dr.ª , Diretora do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos	
Reunida e analisada a documentação, entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto , pelo que se sugere o seu deferimento.		
SGF – Área de Enfermagem		

27/04/2015,

A. Botas

Anexo II- Grelha de Observação.

Dados Observáveis	Horário da visita		
O enfermeiro apresenta-se ao familiar?	Não		
	Sim		
As informações são fornecidas independentemente do grau de parentesco com o doente?	Não		Qual o grau de parentesco?
	Sim		
Existe tempo disponível para os enfermeiros darem informação?	Não		Porquê?
	Sim		Tempo despendido?
Que tipo de informação é facultada ao familiar?	Estado clínico do doente	Não	
		Sim	
	Evolução do doente	Não	
		Sim	
	Prognóstico	Não	
		Sim	
	Sobre cuidados de enfermagem prestados	Não	
		Sim	
	Técnicas invasivas/não invasivas	Não	
		Sim	
Como se processa a informação-o enfermeiro:	Dirige-se ao familiar	Não	
		Sim	
	Espera que seja o familiar a dirigir-se a ele	Não	
		Sim	
	Intervém oportunamente	Não	
		Sim	
	Intervém apenas quando solicitado	Não	
		Sim	
	Verbaliza outras situações idênticas já vivenciadas	Não	
		Sim	
	Utiliza discurso claro	Não	
		Sim	
	Apresenta voz audível	Não	
		Sim	
	A informação é clara	Não	
		Sim	
	Mostra segurança no que verbaliza	Não	
		Sim	
Ouve o familiar atentamente	Não		
	Sim		
		Não	

	Tem em conta o que o familiar lhe questiona	Sim	
	Possibilita a colocação de dúvidas pelo familiar	Não	
		Sim	
	Esclarece as dúvidas do familiar	Não	
		Sim	
	Certifica-se que a informação fornecida foi entendida corretamente	Não	
Sim			
Encaminha o familiar adequadamente para esclarecimento de dúvidas que não consegue responder	Não		
	Sim	Quem?	
A informação fornecida é verdadeira?	Não	Porquê?	
	Sim		
Linguagem utilizada pelo enfermeiro	Clara	Não	
		Sim	
	Objetiva	Não	
		Sim	
	Com rigor científico	Não	
		Sim	
O ambiente proporciona a comunicação?	Espaço Físico	Não	
		Sim	
	Cuidados prestados ao doente	Não	
		Sim	
	Ruído provocado pelos alarmes constantes	Não	
		Sim	
	Privacidade	Não	
		Sim	

**Anexo III- Pedido de autorização para aplicação da
Grelha de Observação.**

Declaração de utilização

Eu, Elisabete Saiote declaro que autorizo a utilização do guião de observação sobre o processo de transmissão de informação aos familiares dos doentes internados em cuidados intensivos, por Vanessa Costa Duarte, no âmbito do 4º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Foi acordado que a utilização do instrumento por mim construído compreende dois momentos de aplicação num período ainda a determinar que decorrerá entre 24 de Setembro de 2014 e 30 de Janeiro de 2015 que compreende o estágio III e será aplicada no Serviço de Cuidados Intensivos do [REDACTED].

23 de Abril de 2014.

Elisabete Cristina Gomes Saiote

Elisabete Saiote

Anexo IV- Certificado de participação no 9º Prémio de Boas Práticas em Saúde.



**Anexo V- 3º Curso Avançado de Cuidados
Paliativos: Aperfeiçoar a Comunicação.**

3º CURSO AVANÇADO DE CUIDADOS PALIATIVOS APERFEIÇOAR A COMUNICAÇÃO

15 e 16 de maio 2015

Audifólio do Hospital da Luz

PROGRAMA | Dia 15

- 08h30 **Abertura do secretariado**
- 09h00 **Sessão de abertura**
- 09h30 **Antevisão das situações problemáticas na comunicação em cuidados paliativos. Revisão das principais recomendações e das metodologias a utilizar no curso**
Isabel Galriça Neto
- 10h30 **Coffee break**
- 11h00 **A transmissão de más notícias. Exercícios práticos**
Rita Abril | Marco Vieira
- 12h30 **Almoço**
- 14h00 **Como discutir o prognóstico e os planos antecipados de cuidados. Exercícios práticos**
Cristina Rodrigues | Vasco Silva
- 15h30 **Coffee break**
- 16h00 **Continuação do tema anterior**
- 17h30 **Encerramento do primeiro dia**

PROGRAMA | Dia 16

- 09h00 **Como promover uma conferência familiar. Exercícios práticos**
Rita Abril | Maria Aparício
- 10h45 **Coffee break**
- 11h15 **Continuação do tema anterior**
- 12h30 **Almoço**
- 14h00 **Como lidar com o pedido de conspiração do silêncio e com a agressividade. Exercícios práticos**
Cristina Rodrigues | Carlos Rodrigues
- 15h30 **Coffee break**
- 16h00 **Continuação do tema anterior**
- 17h30 **Avaliação e encerramento do curso**

Comissão científica e organizadora

Cristina Rodrigues | Isabel Galriça Neto | Maria Aparício | Nélia Trindade | Rita Abril

Inscrição: SOE | A forma de pagamento está indicada na ficha de inscrição online

Inscrição: <https://www.adviva.pt/guest/course/3-Curso-Avançado-de-Cuidados-Paliativos-Aperfeiçoar-a-Comunicação>

Secretariado: Teresa Monteiro Pires | secretariado.formacao@luzadaluiz.pt

Hospital da Luz - Avenida Lusitana, 100 - Lisboa - Tel.: 217 304 400 - www.hospitaldaluiz.pt



Anexo VI- Pré-Curso “Gestão de Recursos em situação de crise em urgência/emergência” do III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica.



PLANIFICAÇÃO DE WORKSHOP / CURSO PRÉ-CONGRESSO

1. DESIGNAÇÃO DO WORKSHOP / CURSO	
GESTÃO DE RECURSOS EM SITUAÇÃO DE CRISE EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	
2. FUNDAMENTAÇÃO	
<p>A necessidade em reduzir os tempos de espera nos cuidados a prestar aos doentes no pré e intra-hospitalar, tem criado alguma tensão entre a melhoria da eficiência dessa prestação e a redução dos padrões de atendimento ao doente.</p> <p>Neste ambiente em que Sheehy (2011) designa por “caos organizado” o enfermeiro terá de decidir num curto espaço de tempo a quem, como e quais os cuidados a prestar, o que facilmente pode conduzir ao erro e ao surgimento de eventos adversos.</p> <p>A formação em gestão de recursos em situação de crise irá proporcionar e desenvolver ao profissional de saúde um conjunto de competências direccionadas para a melhoria da comunicação, do trabalho em equipa, da liderança e tomada de decisão clínica.</p>	
3. OBJETIVO GERAL	
<p>No final desta formação espera-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer situações de emergência; - Gerir cenários de crise; - Prestar cuidados que visem a recuperação atempada do doente e/ou evitar o seu agravamento; - Desenvolver competências na comunicação e liderança em situação de emergência; - Gerir situações de emergência em função dos recursos existentes; - Gerir documentação/informação relevante para prevenir e minimizar factores de risco. 	
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS	
5. CONTEÚDOS/PROGRAMA	
<ul style="list-style-type: none"> - Formação em Gestão de Crise - Formação em Gestão de crise em urgência/emergência - Formação em Gestão de focos de crise em urgência/emergência - Formação em Gestão de Recursos em situação de crise em urgência/emergência 	
Horas	Atividades
9.00	Recepção dos formandos
9.15	Introdução ao curso
9.30	Palestra teórica
10.30	Café
11.00	Cenários 1

12.00	Cenários 2	
13.00	Almoço	
14.00	Cenários 3	
15.00	Cenários 4	
16.00	Café	
16.30	Avaliação da formação	
17.00	Encerramento da formação	
6. ESTRATÉGIAS / METODOLOGIA/AVALIAÇÃO		
<p>A formação é composta por 3 componentes: (1) Sessão teórica; (2) quatro a seis experiências clínicas simuladas; seguidas de (3) <i>debriefing</i> com o grupo. O grupo será dividido em quatro subgrupos que irão rodar por quatro bancas práticas com diferentes experiências clínicas simuladas. Todos os cenários serão seguidos de um <i>debriefing</i>.</p> <p>Metodologias ativas e práticas de resolução de cenários</p> <p>Avaliação contínua</p>		
7. FORMADORES		
José Carlos Martins; Luís Oliveira; Verónica Coutinho; Rui Baptista; Rui Gonçalves e Luís Paiva		
8. DURAÇÃO		
8 Horas		
9. PARTICIPANTES / DESTINATÁRIOS		
32 Enfermeiros		
10. RECURSOS MATERIAIS E PEDAGÓGICOS		
11. BIBLIOGRAFIA		

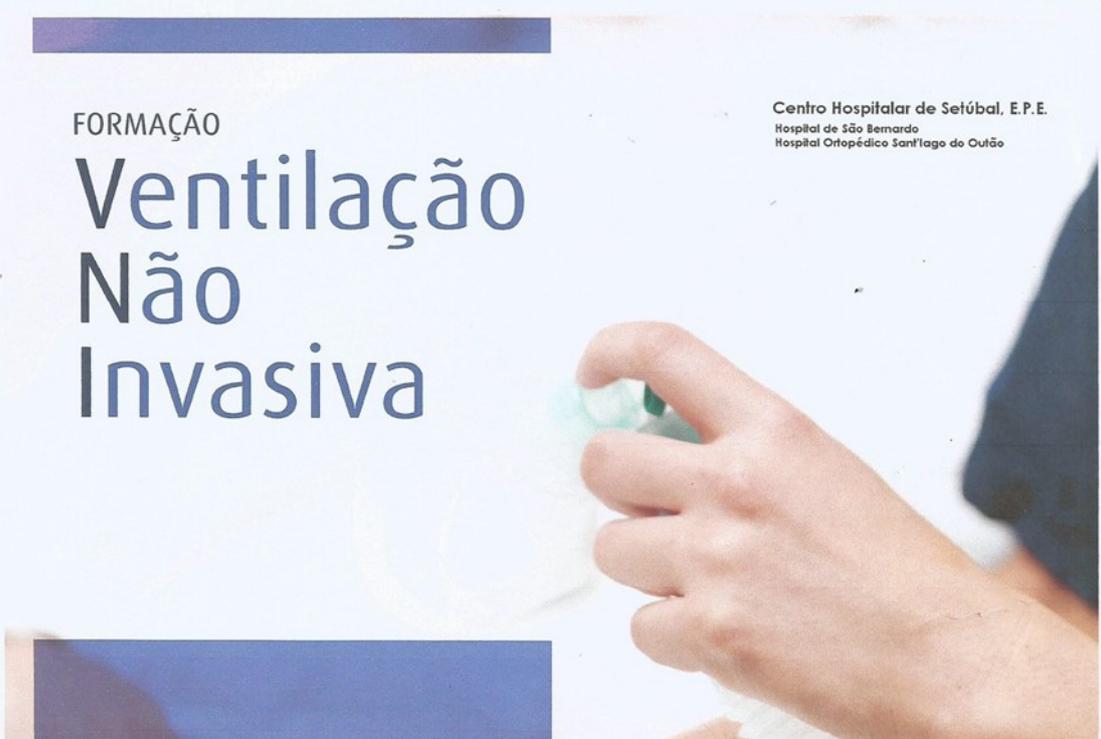
Centro de Simulação Dr. Carlos Magro da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Pólo A)
Sala 2.1 (Pólo A)

Anexo VII- Curso “Ventilação não invasiva”.

FORMAÇÃO

Ventilação Não Invasiva

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão



18.maio

09:00 – 13:00
Perspetiva histórica da VNI
Bases fisiopatológicas e indicações da VNI
Modos ventilatórios e parametrização,
Tipos de Ventiladores

13:00
Pausa para almoço

14:00 – 17h00
Interfaces
Instituição e monitorização da VNI
Complicações associadas à VNI
e resolução de problemas
Tratamentos adjuvantes da VNI

19.maio

08:30 – 12:45
Grupo A
Workshop - Ventilação Não Invasiva
(15 min. de intervalo)

13:30 – 17h45
Grupo B
Workshop - Ventilação Não Invasiva
(15 min. de intervalo)

Destinatários:
Enfermeiros e Médicos (máx. 50 formandos)

Certificação:
Assiduidade mínima de 95%
e aproveitamento no momento de avaliação

Formadores:
Bruno Valdegas | Enfermeiro no CHS
Carmen Borralho | Enfermeira no CHS
Nelson Nabais | Enfermeiro na Linde Saúde
Susana Carreira | Pneumologista no CHS
Susana Santos | Técnica de Cardiopneumologia no CHS

Informações | Inscrições:
Inscrições até 11 de maio de 2015
Fichas de inscrição incompletas não são válidas
A participação será confirmada por e-mail

Contatos
Serviço de Gestão da Formação |265549572|
ana.padua@chs.min-saude.pt

Com o apoio de:



Cuidados Respiratórios Domiciliários