UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Necessidades dos Familiares da Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos

Estágio e relatório

MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Miguel Ângelo Bento Machado

Orientadores:

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires

Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes

Vila Real, julho, 2020

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Necessidades dos Familiares da Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos

Estágio e relatório

MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires e sob a coorientação da Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Miguel Ângelo Bento Machado

Orientadores:

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires

Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes

Vila Real, julho, 2020

Dedico este trabalho à minha família, colegas e professores.

O júri

Presidente	Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde-Universidade de Trás os Montes e Alto Douro
Arguente	Professora Doutora Ana Paula Morais de Carvalho Macedo Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde-Universidade do Minho
Orientador	Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde-Universidade de Trás os Montes e Alto Douro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos às minhas orientadoras e conselheiras de tese: Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires e Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes, por toda a disponibilidade demonstrada. Agradeço o seu espírito crítico, a sua dedicação em fazer mais e melhor, bem como a sua busca incessante pelo conhecimento.

À Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro que viabilizaram e tornaram possível a realização deste Mestrado.

Aos colegas do curso pela partilha e alento demonstrados.

Ao centro hospitalar onde realizei o estágio, pela disponibilidade, celeridade nas tomadas de decisão e facilidades concedidas.

Uma palavra a todos aqueles elementos da equipa que colaboraram diretamente comigo durante este percurso.

Gostaria especialmente de agradecer à minha extraordinária família pelo amor, apoio e constante encorajamento que obtive ao longo deste caminho. Em concreto, gostaria de reconhecer publicamente o suporte proporcionado pela minha mulher e pelo meu filho por todo o ânimo que pacientemente me souberam dar.

“Há três métodos para ganhar sabedoria:
primeiro, por reflexão, que é o mais nobre;
segundo, por imitação, que é o mais fácil;
e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.”
(Confúcio, s.d.)

RESUMO

Enquadramento:

Os cuidados de enfermagem aos familiares são uma das intervenções mais importantes no cuidado global à pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. Este projeto procura desocultar necessidades implícitas dos familiares da pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivo:

Identificar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Método:

Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionários. A população/amostra foi constituída por familiares das pessoas em situação crítica, internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos de uma instituição hospitalar do norte de Portugal.

Resultados:

As necessidades de segurança foram consideradas, pelas pessoas inquiridas, como as mais significativas. Ter a certeza de que o familiar recebe os melhores cuidados, foi a necessidade identificada como mais relevante. Reconhecidas pelos participantes deste estudo, como tendo menor valor, foram as necessidades de suporte e conforto. Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho e ter acesso a alimentação no hospital foram as necessidades identificadas como menos importantes.

Conclusão:

As intervenções especializadas de enfermagem precisam ter como foco a comunicação e o atendimento de qualidade à pessoa em situação crítica e família. As famílias precisam saber

que a pessoa em situação crítica está a receber os melhores cuidados e que os enfermeiros e a equipa multidisciplinar estão disponíveis para responder eficazmente à medida que as condições mudam. A equipa multidisciplinar deve unificar esforços para reconhecer as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos e planear formas de as satisfazer de forma competente.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, família, necessidades, cuidados críticos

ABSTRACT

Background:

Nursing care for family members is one of the most important interventions in global care for people hospitalized in an Intensive Care Unit. This project seeks to uncover the implicit needs of the family members of the person in critical condition in the Intensive Care Unit.

Aim:

To identify the needs of family members of the person in critical situation admitted to an Intensive Care Unit.

Method:

Descriptive, cross-sectional, quantitative study. The data were obtained through the application of questionnaires. The population/sample consisted of family members of people in critical condition, admitted to an Intensive Care Unit of a hospital in northern Portugal.

Results:

The security needs were considered by the respondents to be the most significant. Having the certainty that the family member receives the best care was the need identified as the most relevant. Recognized by the participants in this study, as having less value, were the needs for support and comfort. Having a place in the hospital to be able to be alone and have access to food in the hospital were the needs identified as less important.

Conclusion:

Specialized nursing interventions need to focus on communication and quality care for people in critical situations and their families. Families need to know that the person in critical condition is receiving the best care and that nurses and the multidisciplinary team are available to respond effectively as conditions change. The multidisciplinary team must unify efforts to

recognize the needs of family members of the person in critical situation in intensive care and plan ways to meet them in a competent manner.

Keywords: nursing care, family, needs, critical care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 3

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 3

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 6

2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 9

2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 18

2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 20

2.4. Atividades complementares desenvolvidas durante o estágio 24

CAPÍTULO II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO 26

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO 26

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 28

2.1. A família na unidade de cuidados intensivos 28

2.2. A doença crítica na família – um processo de transição 31

3. METODOLOGIA 34

3.1. Questão de investigação 34

3.2. Definição de objetivos 35

3.3. Hipóteses de investigação 36

3.4. Tipo de estudo 36

3.5. População e amostra 37

3.6. Instrumento de recolha de dados 38

3.7. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas 40

3.8. Tratamento e análise de dados 42

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 44

5. DISCUSSÃO 56

6. CONCLUSÃO 60

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 64

APÊNDICES 71

Apêndice A - Certificado de presença nas "Jornadas Humanize Healthcare" 72

Apêndice B - Certificado de participação no "V Curso Prático do Pé Diabético" 73

Apêndice C - Certificado de participação no evento "Dia Mundial do Cancro Digestivo" 74

Apêndice D - Certificado de presença nas "XXXII Jornadas Portuguesas de Cirurgia" 75

Apêndice E - Certificado de presença na "8.ª Jornada Urológica" 76

Apêndice F - Certificado de presença na sessão de formação "Apresentação do resultado dos indicadores no âmbito das úlceras por pressão do ano 2018" 77

Apêndice G - Certificado de presença na sessão de formação "Cuidados oftalmológicos ao doente crítico".....78

Apêndice H - Certificado de participação na sessão de formação "Implementação da Unidade Funcional da Dor Aguda".....79

Apêndice I - Certificado de formação profissional no curso de "Suporte Avançado de Vida - Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)".....80

Apêndice J - II Reunião Científica do serviço de Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Vale do Sousa 81

Apêndice K - Certificado de presença na sessão de formação "Vigilância epidemiológica e controlo de infeção no SMI (UCIP e UIP)" 82

Apêndice L - Certificado de presença na sessão de formação "Higienização das mãos e equipamento de proteção individual".....83

Apêndice M - Certificado de presença na sessão de formação "Candidatura do SMI (UCIP e UIP) à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica" 84

Apêndice N - Sessão de formação "Plano Atividades de Enfermagem UCI-2020".....85

Apêndice O - Sessão de formação "Normas, Procedimentos e Protocolos de atuação de enfermagem" 86

Apêndice P - Certificado de presença nas "Primeiras Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do CHVNG/E: Sobre"Viver" aos Cuidados Intensivos".....87

Apêndice Q - Certificado de presença no "Curso de Enfermeiro Especialista: das competências aos projetos e práticas de enfermagem" 88

Apêndice R - Certificado de presença na palestra "A Arte de Não Envelhecer".....89

Apêndice S - Instrumento de recolha de dados 90

Apêndice T - Autorização para utilização do questionário CCFNI pela autora Doutora Jane Leske.....94

Apêndice U - Autorização para utilização do questionário INFUCI pela Enfermeira Sara Campos 96

Apêndice V - Pedido ao Diretor da UCI com garantia de estarem reunidas as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas……..98

Apêndice W - Declaração do Diretor da UCI com garantia de estarem reunidas as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas……..99

Apêndice X - Pedido de autorização à Comissão de Ética de Saúde do centro hospitalar para realização de projeto de investigação 100

Apêndice Y - Declaração comprovativa de autorização concedida pela Comissão Ética de Saúde do centro hospitalar.....101

Apêndice Z - Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo de investigação 102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

α - alfa

BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure

BIS - Bispectral Index

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CCFNI - Critical Care Family Needs Inventory

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CPC - Contexto da Prática Clínica

DP - Desvio Padrão

DGS - Direção Geral da Saúde

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EEG - Electroencefalograma

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INFUCI - Inventário de Necessidades da Família em Unidades de Cuidados Intensivos

NEMS - Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

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

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Special Package for Social Science

TSR - Técnicas de Substituição Renal

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UDA - Unidade Funcional da Dor Aguda

UTAD - Universidade de Trás os Montes e Alto Douro

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da população/amostra em estudo

Tabela 2. Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de segurança dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Tabela 3. Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de informação dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Tabela 4. Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de proximidade dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Tabela 5. Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de suporte dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Tabela 6. Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de conforto dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Tabela 7. Médias e desvio padrão das dimensões do INFUCI, após soma ponderada (em função do número de itens de cada dimensão) de todos os itens da respetiva dimensão

Tabela 8. Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função do género

Tabela 9. Teste não paramétrico de Mann-Whitney U para aferir significância estatística nas Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função da variável independente: género

Tabela 10. Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função de ter tido familiar previamente internado em cuidados intensivos ou não

Tabela 11. Teste não paramétrico de Mann-Whitney U para aferir significância estatística nas Necessidades dos familiares em função da variável independente: ter tido familiar previamente internado em cuidados intensivos ou não

Tabela 12. Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função do local de residência

Tabela 13. Teste não paramétrico de Mann-Whitney U para aferir significância estatística nas Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função da variável independente: local de residência

Tabela 14. Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função das habilitações literárias

Tabela 15. Teste não paramétrico de Kruskal Wallis para aferir a relação entre as habilitações literárias e Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

Integrada na dinâmica das organizações de saúde, a enfermagem responsabiliza-se por promover a formação, inovação e investigação. É dever do enfermeiro prestar cuidados de enfermagem de forma planeada à pessoa, de acordo com as suas necessidades individuais, baseando-se na promoção, manutenção e recuperação de saúde, através da utilização das competências técnicas, científicas e relacionais com respeito pela sua dignidade humana, ajudando-a a prevenir, aliviar, resolver ou suportar os problemas reais ou potenciais de saúde relacionados com as atividades de vida, trabalhando para obter a independência máxima dessa pessoa, num contexto de trabalho de equipa interdisciplinar, num espírito colaborativo e com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados, na promoção da saúde e do bem-estar.

O quotidiano profissional do enfermeiro é rico em experiências e desafios que exigem atenção e reflexão para que a sua prática seja competente e diferenciada. A necessidade de aquisição de competências especializadas vem ao encontro dos enfermeiros para se sentirem cada vez mais seguros na prestação de cuidados diários, como forma de dar resposta aos processos cada vez mais complexos de saúde/doença, traduzindo-se assim na excelência dos cuidados que se ambiciona.

Como enfermeiro recuso-me a estagnar, dirigindo o meu exercício profissional transversalmente ao conhecimento científico, procurando deste modo melhorar o desempenho da minha atividade. Perante isto, surge a necessidade deste investimento pessoal e profissional almejando o desenvolvimento de mestrias na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família que vivencia processos intrincados de doença e ou falência orgânica, bem como na resposta em situações de catástrofe e emergência multivítima, e no controlo da infeção, tendo em conta a dimensão ética e deontológica da profissão.

Em enfermagem, a investigação é, cada vez mais, uma área com grande representatividade. Assume-se como um processo rigoroso e sistemático de recolha de dados, que permite evoluir a disciplina como fonte de conhecimento. Torna-se uma obrigação, num curso de mestrado, existir formação adequada a esta realidade, assumindo esta unidade curricular um papel ímpar para aquisição de proficiências nesse âmbito.

O primeiro passo para a elaboração da vertente empírica deste trabalho foi a escolha de uma temática. Sempre me senti tentado a procurar entender a real dimensão de um internamento em

cuidados intensivos para a família da pessoa em situação crítica colocando em evidência as distintas necessidades: suporte, conforto, informação, proximidade e segurança. Desenvolvi, nesta vertente, um estudo numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um centro hospitalar da região norte de Portugal.

A elaboração do estudo foi sustentada pelos objetivos de caraterizar o perfil sociodemográfico do familiar da pessoa internada numa UCI e identificar as necessidades manifestadas pelos mesmos familiares.

Este trabalho surge como forma de avaliação da unidade curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada, da Escola Superior de Saúde, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2º ano, 1º semestre do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

O atual relatório encontra-se estruturado em quatro partes. A primeira parte faz uma introdução ao trabalho efetuado. A segunda parte apresenta uma análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem da pessoa em situação crítica. Na terceira parte, é feita a descrição do estudo desenvolvido com a devida contextualização, enquadramento teórico onde são abordados os conteúdos considerados fulcrais, metodologia, apresentação e discussão dos resultados. A última parte é uma conclusão que engloba todo o trajeto percorrido.

CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Seguindo o Boletim Informativo n.º 53/2018 do centro hospitalar onde decorreu o estágio, os enfermeiros orientam-se pelos valores: competência, aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, responsabilidade, compromisso, integridade, rigor, justiça, solidariedade, ambição, união, humanismo, igualdade, verdade, transparência, altruísmo e dignidade.

Como princípios: reconhecimento da dignidade humana e do carácter singular de cada pessoa, centralidade da pessoa, postura e prática com elevados padrões éticos, cultura do conhecimento como um bem em si mesmo, cultura de excelência técnica e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado às pessoas e cultura interna de interdisciplinaridade e de bom relacionamento no trabalho.

De acordo com as Normas e Regulamentos da UCI (2019) do centro hospitalar, a sua missão é garantir o tratamento de excelência a todas as pessoas em situação crítica.

Como visão, a UCI pretende assumir-se como uma referência para todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com um desenvolvimento sustentado na qualidade da prática clínica diária**,** na satisfação das pessoas, dos colaboradores e de toda a comunidade envolvente e na humanização dos cuidados.

Os valores e princípios defendidos na UCI são a integridade e honestidade em todas as atividades, ações e a valorização humana. Cuidar de pessoas é a razão da sua existência. Portanto, a excelência no sentido do aumento da qualidade/benefício é uma meta constante, sempre orientada por objetivos.

A equipa de enfermagem da UCI orienta-se por uma cultura de responsabilização, constituindo referências fundamentais ao seu modelo de gestão. Em linha com as orientações do centro hospitalar, fomenta valores como a competência, aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, responsabilidade, compromisso, integridade, rigor, justiça, solidariedade,

ambição, união, humanismo, igualdade, verdade, transparência, altruísmo e dignidade, traduzindo-se por atitudes centradas na pessoa e na promoção da saúde, cultura de multidisciplinaridade e de bom relacionamento no trabalho, cultura do conhecimento e cultura de excelência técnica e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado à pessoa em situação crítica e família.

Em virtude do exposto nas Normas e Regulamentos da UCI (2019), as pessoas em situação crítica são admitidas de acordo com os níveis de cuidados médicos e de enfermagem que necessitam:

- Pessoas em situação crítica, instáveis com necessidade de tratamento intensivo e monitorização que não pode ser fornecida fora deste ambiente. Geralmente o tratamento inclui suporte ventilatório, fármacos vasoativos, múltiplas infusões, técnicas dialíticas contínuas. Exemplos são os casos de pessoas em situação crítica em pós-operatórios ou com insuficiências respiratórias agudas que necessitam de suporte ventilatório mecânico e situações de choque com instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização ou aminas vasopressoras;
- Pessoas em situação crítica que necessitam de monitorização intensiva e podem potencialmente necessitar de intervenção imediata. Exemplos incluem doentes com comorbilidades crónicas que desenvolvem doença aguda do foro cirúrgico ou médico;
- Pessoas em situação crítica que têm pouca probabilidade de recuperar devido a doenças adjacentes ou à natureza da sua doença. Exemplos incluem doentes com neoplasias metastizadas complicadas com infeções, tamponamento cardíaco ou obstrução da via aérea;
- Outras situações geralmente sem indicações para cuidados intensivos. Estas admissões podem ser efetuadas com base em critérios individuais, sobre circunstâncias pouco habituais e com a permissão do Diretor da UCI.

O estágio clínico decorreu no período compreendido entre 23 de setembro de 2019 e 08 de fevereiro de 2020.

Como objetivo geral pretendeu-se:

- Desenvolver/aprofundar competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família que vivencia processos complexos de doença e ou falência orgânica, bem como na resposta em situações de catástrofe e

emergência multivítima, e no controlo da infeção, tendo em conta a dimensão ética e deontológica da profissão.

Os objetivos de aprendizagem da unidade curricular definiram-se nos seguintes:

- Identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados de enfermagem adotados no contexto do estágio clínico;
- Gerir os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica que vivencia processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica;
- Agir em conformidade com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais;
- Perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação dos cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica que vivencia processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica;
- Gerir os cuidados de enfermagem em situação de emergência ou catástrofe;
- Aplicar os conhecimentos e procedimentos de controlo da infeção de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- Estabelecer relação terapêutica com a pessoa em situação crítica/família/equipa de saúde;
- Integrar conhecimentos resultantes da investigação na prática clínica;
- Realizar um relatório individual que tenha como objeto de estudo as problemáticas dos contextos da prática dos cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica e família e a documentação do percurso da prática clínica de enfermagem, através da reflexão crítica fundamentada e estruturada que evidencie as competências especializadas desenvolvidas e as mudanças efetuadas.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Considero pertinente efetuar uma contextualização da profissão de enfermagem e da dinâmica associada em virtude dos desafios atuais e futuros.

Suportado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de setembro,

> Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (p. 2960)

Cuidados de enfermagem consistem nas intervenções autónomas ou interdependentes a executar pelo enfermeiro no campo de ação das suas qualificações profissionais em consonância com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) publicado no Decreto-Lei n.º 161/96.

Ainda, vincado por este Decreto-Lei,

> Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (p. 2960)

Recordando o artigo 99.º constituinte do Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Os valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional devem ser pedra basilar na relação profissional.

O Decreto-Lei n.º 18/2017 no seu artigo 4.º assume com um princípio geral na prestação de cuidados de saúde a promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes.

É responsabilidade da OE, expresso no Regulamento n.º 743/2019,

> …contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às caraterísticas demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos

> cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais. (p. 128)

Tendo por base de pensamento e atuação o Regulamento n.º 124/2011 da OE, publicado em Diário da República, "a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (p. 8656).

Ainda, em conformidade com o mesmo regulamento:

> …os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (p. 8656)

O enfermeiro durante o processo de cuidar mobiliza determinados comportamentos específicos que refletem as suas competências. Estas resultam de um saber agir, um querer agir e um poder agir, contextualizados nos objetivos do serviço e da organização de saúde. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de dados, de forma sistémica e sistematizada, com o objetivo de conhecer continuamente a situação do doente, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Em concordância com os mesmos autores, o profissional deve revelar-se num processo ininterrupto de construção e aprofundamento de cenários, podendo a formação despontar como uma resposta às transformações existentes e às mudanças a gerir, bem como a consciencialização como um trabalho sobre si próprio, mobilizado em altura oportuna, facilitador de uma mudança de hábitos.

O desenvolvimento de competências dirigidas a uma área específica de intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários e/ou diferenciados é o objetivo dos cursos de especialização.

A aquisição de habilidades profissionais específicas tem como desígnio dar resposta às carências de cuidados de saúde das populações e dirigida para a inserção no mercado de trabalho. Engloba questões do quotidiano laboral, capacitando o enfermeiro para uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa e família (Paz & Kaiser, 2011).

No âmbito das competências desenvolvidas, alicerçado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho como competências do enfermeiro na área da pessoa em situação crítica, apresentam-se:

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

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

Reconhecendo que a UCI constitui um ambiente com caraterísticas específicas que permitem a prática especializada de enfermagem à pessoa em situação crítica e respetivos familiares ou responsável legal, para prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, foi importante a aplicabilidade dos conhecimentos sobre as fases e procedimentos associados ao circuito da pessoa em situação crítica e as principais estratégias terapêuticas face aos motivos do internamento (modelo de vigilância e supervisão, equipamentos tecnológicos disponíveis e sua adequação às diferentes situações).

Ao longo destes meses de estágio, neste serviço diferenciado e direcionado ao atendimento da pessoa em situação crítica, procurei sempre a aquisição de competências inerentes à sua dinâmica, nomeadamente o acolhimento da pessoa em situação crítica e família no serviço. Facilitei a verbalização de todas as dúvidas e preocupações, procurando sempre dar a melhor resposta possível face à situação.

Neste âmbito, atualizei conhecimentos através da participação nas Jornadas Humanize Healthcare onde foram veiculados todos os projetos englobados no Projeto Humanizar+, promovido por esta instituição (Apêndice A). De referir o facto de, neste evento, ter sido atribuído o primeiro prémio no concurso de fotografia ao serviço onde decorreu o estágio, numa iniciativa que envolveu todos os enfermeiros desta UCI numa série de atividades fomentadas no âmbito da Humanização.

Efetuei planos de cuidados, os quais executei estabelecendo prioridades em função dos fenómenos identificados. Estabeleci relações de trabalho construtivas e de colaboração com enfermeiros e restante equipa comunicando ao enfermeiro responsável as ocorrências do serviço. Utilizei indicadores que permitem, assim como a toda a equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde da pessoa em situação crítica e introduzi as medidas corretivas julgadas necessárias.

Todo o conhecimento proporciona confiança na prestação de cuidados e uma resposta mais eficaz e eficiente em situações mais exigentes e diferenciadas. No decorrer deste estágio tive a oportunidade de colocar em prática novos conhecimentos, facilitadores de mudança, perspetivando a otimização de resultados. Para tal contribuíram a pesquisa bibliográfica e o auxílio da equipa multidisciplinar.

No decorrer deste estágio acompanhei a enfermeira orientadora e tentei colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, acompanhando as orientações das atividades a executar assim como as tarefas a delegar. A delegação de tarefas é fundamental no trabalho de enfermagem, onde todos os minutos são traduzidos em ganhos em saúde. Esta não constitui uma transferência de responsabilidade, uma vez que, todas as tarefas delegadas são supervisionadas e avaliadas de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados.

A criação de um ambiente adequado à execução das atividades diárias é exemplo de competência adquirida em liderança. A abordagem da pessoa em situação crítica e a colaboração na coordenação dos elementos da equipa, exige do enfermeiro especialista o reconhecimento dos papéis e funções de toda a equipa multidisciplinar, visando a promoção de um ambiente adequado e favorável à prática clínica. Colaborei com os recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

Diariamente foram tomadas várias decisões, no seio da equipa multidisciplinar, devidamente sustentadas. O desenvolvimento de uma prática profissional ética neste contexto, discutindo as abordagens e planeando as intervenções conjuntamente, nomeadamente no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos, exames complementares de diagnóstico, acompanhamento e transporte da pessoa em situação crítica, tornou-se fundamental.

A tomada de decisão requer conhecimento sustentado. Portanto, a frequência das unidades curriculares de Enfermagem da pessoa em situação crítica e intensivismo e Enfermagem da pessoa em situação crítica e emergência permitiram fundamentar decisões tomadas e sustentadas em bases científicas e técnicas.

Durante o percurso deste estágio tive sempre em mente os princípios éticos, reforçados na unidade curricular de Bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça como preconizado por Beauchamp e Childress (2009). Respeitei a relação privilegiada entre a pessoa em situação crítica e sua família, criando sempre que possível, um ambiente tranquilizador, onde valores como o respeito, privacidade, e dignidade foram permanentes.

Mantive a confidencialidade e a segurança da informação clínica adquiridas enquanto profissional. Promovi o respeito pelo direito da pessoa em situação crítica no acesso à informação e colaborei com a equipa nos ensinos com vista à melhoria do nível de conhecimentos da pessoa em situação crítica e família.

Importa referir a importância da unidade curricular de Gestão e Qualidade em Enfermagem, que alicerçou os conhecimentos neste âmbito dando a conhecer a legislação, políticas e

procedimentos de gestão de cuidados e fundamentou a utilização dos métodos de organização do trabalho adequados.

É propósito desta instituição a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, gerindo o risco ao nível do patamar institucional. Todos os profissionais, sempre que necessário, devem fazer notificações de risco na plataforma informática da instituição, acessível a toda a equipa multidisciplinar, para que todos os problemas levantados e identificados possam ser avaliados, melhorados e até mesmo solucionadas, por forma a diminuir o risco dos cuidados. Estas notificações devem visar sempre a criação um ambiente terapêutico seguro, bem como a melhoria contínua da qualidade.

Identifiquei e utilizei, de forma adequada todos recursos materiais e equipamentos existentes na unidade evitando o desperdício.

Para garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos e, assente no Regulamento n.º 429/2018,

> …os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (p. 19363)

Torna-se essencial uma monitorização adequada e contínua com vista à avaliação e reavaliação das medidas instituídas com vista à obtenção de respostas ao estado de saúde da pessoa em situação crítica. De salientar que entendo a importância da realização das diferentes técnicas e, cuja execução em ambiente controlado, se manifesta em maior qualidade e segurança para a pessoa em situação crítica.

Fui capaz de vigiar e interpretar ritmos cardíacos, monitorizar frequência cardíaca, tensão arterial invasiva, temperatura central, dor, débito cardíaco, pressão venosa central, volume sistólico, resistência vascular periférica, resistência vascular sistémica, índice cardíaco, índice de resistência vascular sistémica, saturação do sangue venoso misto, dióxido de carbono expirado, pressão de encravamento da artéria pulmonar, débito urinário horário. Identifiquei situações de complicações respiratórias e cardiovasculares. Executei técnica de posicionamento em decúbito ventral na pessoa em situação crítica. Preparei, administrei e vigiei a resposta terapêutica a fármacos vasoativos em articulação com a vigilância de parâmetros hemodinâmicos, pulso e preenchimento capilar.

Interpretei resultados laboratoriais (hemograma, coagulação e ionograma) e gasimétricos arteriais, procedi a recolha de espécimenes para analise (urina, sangue, secreções brônquicas,

drenado pleural, ascítico e exsudados), administrei unidades de glóbulos rubros, pools de plaquetas e unidades de plasma humano.

Na extensa área da monitorização hemodinâmica invasiva, pretendo ressalvar aquela efetuada através do cateter de Swan-Ganz que foi o primeiro dispositivo que possibilitou a monitorização em pessoas em situação crítica através de cateterismo cardíaco (Swan, Ganz & Forrester, 1970), citado por Demiselle, Mercat e Asfar (2018).

Permitiu produzir conhecimento a respeito da hemodinâmica sistémica e pulmonar. Por esses motivos históricos, os cateteres de Swan-Ganz representam uma ferramenta pedagógica essencial para o ensino, a aprendizagem e compreensão da hemodinâmica e fisiopatologia do choque (Sharkey, 1987), citado por Demiselle, Mercat e Asfar (2018).

Apesar do desenvolvimento de outras ferramentas de monitorização em cuidados intensivos, o cateter de Swan-Ganz é o único dispositivo que oferece a possibilidade de avaliar facilmente e monitorizar continuamente a função do ventrículo direito (Ventetuolo & Klinger, 2014).

Além disto, em pessoas em situação crítica com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), fornece informações significativas para a correta interpretação das trocas gasosas (Radermacher, Maggiore & Mercat, 2017).

No que compete à monitorização e vigilância dos níveis neuropsíquicos, vigiei a atitude psicológica da pessoa em situação crítica, monitorizei dados do Bispectral Index (BIS) e do electroencefalograma (EEG), avaliei estado da consciência através da Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliei os diferentes níveis de sedação através das escalas: Ramsay e Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), avaliei o Delirium através da escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), monitorizei sensibilidade dos membros inferiores através da Escala de Bromage, em pessoas em situação crítica com cateter epidural.

Na temática da nutrição, devidamente regulamentada pelo Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho e, em específico relativamente à nutrição artificial, a implementação da avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do SNS, enquadra-se num conjunto de medidas que visam combater a desnutrição hospitalar, uma situação que amplifica a necessidade de cuidados de saúde e influencia marcadamente a qualidade de vida dos doentes, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde.

A nutrição adequada é de extrema relevância dado que a doença impede que a pessoa em situação crítica receba nutrição apropriada devido a anorexia, náusea, vómito, jejum processual e capacidade de absorver a partir do intestino. A desnutrição é conhecida por estar associada ao aumento do tempo de tratamento intensivo, tempo de permanência, incidência de infeção, dependência do ventilador, pior estado funcional no momento da alta e morte (Hejazi, Mazloom, Zand, Rezaianzadeh & Amini, 2016).

Em função destes conhecimentos, fui eficiente na avaliação nutricional no momento da avaliação inicial com registos de peso, altura, índice de massa corporal e perímetro braquial. Demonstrei conhecimento e apliquei os protocolos de nutrição entérica e parentérica instituídos no serviço, reconheci as diferentes fórmulas de nutrição entérica e parentérica existentes, revelei conhecimento e manuseei os diferentes tipos de sondas entéricas (nasogástricas, nasojejunais). Determinei glicemias capilares por aparelho eletrónico, preparei e administrei insulina por via subcutânea e endovenosa.

No âmbito das intervenções específicas na UCI, colhi sangue arterial através de cateter arterial ou punção para realização de gasimetria e interpretei resultados, monitorizei balanço hídrico, preparei material e colaborei na colocação de drenos torácicos, prestei cuidados à pessoa em situação crítica com dreno torácico segundo norma do serviço, avaliei pressão intra-abdominal, prestei cuidados à pessoa em situação crítica com drenos (redyvac, pezzer, pigtail, multitubular, telha), efetuei tratamento de feridas com grande exsudado, através de terapia de pressão negativa. Sustentei conhecimentos nesta imensa temática efetuando formação específica, através das participações:

- V Curso Prático do Pé Diabético (Apêndice B);
- Dia Mundial do Cancro Digestivo (Apêndice C) no qual foi apresentado o serviço de Gastroenterologia deste centro hospitalar, feita uma abordagem atual do cancro gástrico e cuidados de enfermagem e cuidados alimentares no doente gastrectomizado;
- XXXII Jornadas Portuguesas de Cirurgia (Apêndice D);
- 8.ª Jornada Urológica (Apêndice E) onde foram abordados temas da mudança de paradigma na enfermagem urológica, desafios desde o pré ao pós-operatório, uso do laser em ambulatório, cirurgia urológica mini-invasiva por retroperitoneoscopia, cirurgia laparoscópica transperitoneal.

Colaborei na realização de broncofibroscopias, punção lombar, toracocentese e pericardiocentese, introduzi e removi cateteres intravenosos periféricos.

Preparei material para colocação de cateter femural e demonstrei conhecimentos para efetuar técnicas de substituição renal (TSR) nomeadamente Hemofiltração Venovenosa Contínua, Hemodiafiltração Venovenosa Contínua, Hemofiltração de Alto Volume, Hemodiálise Contínua, Ultrafiltração Continua Lenta, utilizando diferentes tipos de hipocoagulação, membranas e solutos. Monitorizei dados dos monitores de TSR em uso na unidade e procedi aos devidos registos.

Ao nível dos Sistemas Músculo-Esquelético e pele, monitorizei a força muscular através da escala da Força Muscular, efetuei monitorização do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da Escala de Braden, adequando a respetiva prevenção e tratamentos. Nesta abrangente e estimulante área, senti a necessidade de frequentar o V Curso Prático do Pé Diabético (Apêndice B) com uma extensão imensa de conteúdos: factos e números no pé diabético, fisiopatologia, pé neuropático, pé isquémico (do diagnóstico clínico à revascularização), pé de Charcot, infeção de pé diabético, tratamento da dor neuropática, organização de cuidados ao pé diabético em Portugal, website de Consulta do pé diabético, Medicina Geral e Familiar: atuação, tratamento multidisciplinar hospitalar e o papel dos sistemas de informação na saúde. Frequentei o bloco prático: doente isquémico, doente neuropático e doente com Charcot, calçado técnico, aplicação para antibioterapia no pé diabético, apósitos e pensos, cuidados de podologia e calçado, cuidados gerais e de penso.

Estive presente numa formação em serviço submetida ao tema **"**Apresentação do resultado dos indicadores no âmbito das úlceras por pressão do ano 2018" (Apêndice F), na qual foi apresentado um estudo relativo às úlceras por pressão no serviço, discutidos os resultados e criadas estratégias para melhoria de resultados no âmbito do programa de melhoria da qualidade dos cuidados.

Efetuei cuidados oftálmicos à pessoa em situação crítica sob sedação e/ou curarização ou inconsciente, que apresenta comprometimento ou perda de mecanismos de proteção ocular para evitar potenciais complicações oculares. No sentido de uniformizar um procedimento de cuidados oftálmicos foi efetuada uma formação em serviço na qual estive presente, intitulada "Cuidados oftalmológicos ao doente crítico" (Apêndice G).

No ato nobre de cuidar, uma preocupação constante dos profissionais de saúde trata-se da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Citando Somerville (2001), "tratamento para alívio da dor… é um direito humano fundamental" (p.215).

Aludindo também a Cousins (1999) "o alívio de dor intensa e implacável estão no topo de uma lista de direitos humanos" (p. 541).

Estas primeiras declarações vinculando o controlo da dor e os direitos humanos eram, de muitas maneiras, vetores de alerta para a realidade. Os autores, conscientes do enorme fardo global da dor e seu tratamento redutor generalizado, alcançaram uma linguagem de universalidade e responsabilidade que refletia o seu sentido de urgência. Desde a década de 90 do século XX, a noção de acesso à gestão da dor como um direito humano tem ganho uma dimensão significativa já que especialistas em saúde pública e legal procuraram descompactar as suas dimensões, implicações e limitações (Brennan, Carr & Cousins, 2007), (Lohman, Schleifer & Amon, 2010) e (Amon & Lohman, 2011).

Convém reter que a dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo esta impacto no estado geral do indivíduo. Por este facto, a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016).

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde, conforme exposto pela Direção-Geral da Saúde na Circular Normativa nº 09/DGCG emitida a 14 de junho de 2003.

A Carta dos Direitos do Doente Internado publicada pelo Ministério da Saúde em 12 de maio de 2005 e, posteriormente, pela Direção Geral de Saúde (DGS) em 1 de junho de 2011, assinala igualmente o direito do doente ao tratamento da dor.

Procurei estar alerta para toda a sintomatologia associada ao processo de dor e, auxiliado pela utilização de escalas de avaliação da dor, atuei de forma coerente no seu controlo de forma farmacológica e não farmacológica. De realçar a importância de ter frequentado a sessão de formação de Implementação da Unidade Funcional da Dor Aguda (UDA) no centro hospitalar (Apêndice H).

Segundo a Norma n.º 003/2012 da DGS, a UDA promove a prestação de cuidados individualizados, no âmbito da dor aguda pós-operatória, procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas aos doentes da unidade hospitalar

que deles necessitem. Constitui-se por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde com formação e experiência na abordagem da dor aguda. A sua ação visa melhorar a qualidade do controlo da dor, promover o recobro e a reabilitação funcional dos doentes e contribuir para a humanização e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como para o controlo dos seus custos.

Ainda segundo a mesma norma, considerando o maior obstáculo ao alívio adequado da dor a ausência de organização, a UDA tem como objetivo incentivar a cooperação interprofissional e entre os serviços assistenciais da unidade hospitalar, coordenando os profissionais envolvidos no processo global de gestão da dor aguda, de modo a reduzir a prevalência de dor não controlada, a prevenir a ocorrência de morbilidade, a curto e longo prazo, relacionada com a sua abordagem inadequada, bem como das respetivas repercussões sociais e económicas.

Por forma a aumentar a segurança da comunicação, em concordância com Despacho n.º 1400-A/2015, o Plano Nacional para a segurança dos doentes para 2015-2020 afirma que "as tecnologias de informação e comunicação desempenham uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço" (p. 3882).

No que compete à informação, por forma a abranger a documentação clínica que gere o fluxo de trabalho complexo da UCI, é utilizado um sistema informatizado de recolha e monitorização de dados e de documentação de enfermagem. Fornece a todos os profissionais de saúde uma imagem maior e melhor da jornada do doente e do seu estado de saúde atual. Permite a partilha contínua de informações em todo o continuum de cuidados dentro da equipa multidisciplinar.

Esta solução automatizada organiza dados de dispositivos de alto volume, resultados de laboratório, cálculos, pedidos, medicamentos e documentação clínica para enfermeiros, médicos e outros membros da equipa multidisciplinar. Com uma interoperabilidade aprimorada, colhe dados dos dispositivos do monitor de sinais vitais para o ventilador e compartilha automaticamente até os dados mais discretos da pessoa em situação crítica com o registo geral.

Este software de gestão dos cuidados intensivos ajuda a reduzir as complexidades inerentes a estas unidades, avaliando possíveis complicações, identificando padrões e notificando a equipa clínica quando as pessoas em situação crítica estão mais vulneráveis. Torna-se um auxílio na automatização de unidades de cuidados intensivos com fluxos de trabalho editáveis de práticas

recomendadas de centenas de hospitais em todo o mundo, enquanto fornece aos enfermeiros, e restantes profissionais o acesso a dados relevantes e informativos numa única tela para que possam dirigir o seu foco para a pessoa em situação crítica.

Auxiliado por esta poderosa ferramenta de trabalho, fui capaz de analisar, interpretar e documentar os dados com exatidão, nomeadamente, efetuar a avaliação inicial de enfermagem, avaliar e documentar a evolução da pessoa em situação crítica, no sentido dos resultados esperados, atualizar o plano de cuidados regularmente e de acordo com a evolução do doente, desenvolver ações adequadas, vocacionadas ao planeamento da alta assegurando que a informação dada era apresentada de forma clara e apropriada, garantir a continuidade de cuidados pós alta elaborando a nota de alta de enfermagem.

Os sistemas de classificação medem a gravidade da doença da pessoa em situação crítica e classificam as atividades de enfermagem em cuidados diretos e indiretos. Estes são usados para quantificar o desempenho clínico e explorar os efeitos de carga de trabalho dos enfermeiros (Miranda & Jegers, 2012) e (Kakushi & Évora, 2014).

O Nine Equivalents of Manpower use Score (NEMS) deriva do Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) como parte do Programa da Comissão das Comunidades Europeias para a pesquisa em cuidados intensivos na Europa (Miranda, Moreno & Iapichino, 1997).

De acordo com os mesmos autores, O NEMS é um índice que mede o desempenho da carga de trabalho, descrevendo intervenções terapêuticas em nove itens: monitorização, medicação intravenosa, ventilação mecânica ou suplementar, medicações vasoativas únicas ou múltiplas, técnicas dialíticas e intervenções especiais dentro ou fora da UCI. O índice encontra-se entre 1 e 56 pontos, com números mais altos indicando maior carga de trabalho e é avaliado retrospetivamente uma vez ao dia.

O NEMS é o instrumento utilizado na UCI, sendo o seu preenchimento uma tarefa importante, a qual realizei de forma criteriosa.

2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes identificam-se com sendo de importância máxima. Assim, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica traduz-se numa competência clínica especializada do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Como também o é a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Regulamento n.º 429/2018).

O Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, assegura que os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Portanto,

> …uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. (p. 13962)

Uma situação de exceção consiste, essencialmente, numa situação em que se verifica um desequilíbrio entre as carências e os recursos disponíveis. Este desnível obriga a atuação, estruturação e gestão ponderada dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018).

A Lei de bases da Proteção Civil n.º 27/2006, efetua a definição de catástrofe como: "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (p. 4696).

No âmbito da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, a pesquisa bibliográfica e as formações realizadas nesta área de intervenção, bem como os contributos lecionados no curso, assumiram papel de destaque na reflexão sobre a prática da realidade institucional onde realizei o estágio e desenvolvi o exercício profissional, promovendo a aquisição de competências.

A atualização de conhecimentos proporcionados pelo curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da North American Heart Association, que frequentei previamente, conforme (Apêndice I), tendo em mente também as dinâmicas necessárias neste estágio, assumiu importância fundamental.

A articulação do Hospital com o extra-hospitalar é realizada com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Situações onde ocorrem multivitímas poderão advir de fenómenos naturais, tecnológicos ou mistos, associados aos riscos existentes no território, cuja resposta nacional está consagrada no Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil da Autoridade Nacional de Proteção Civil (2019), entre outros planos regionais, locais ou especiais.

Nesta área, frequentei a II Reunião Científica do serviço de Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Vale do Sousa, nas quais foram expostos temas referentes às atividades efetuadas por esta em ambiente extra-hospitalar e a sua articulação com o ambiente intra-hospitalar, conforme (Apêndice J).

Durante este estágio tentei aprofundar conhecimentos referentes aos planos de catástrofe e aos seus princípios de atuação, através da consulta das normas institucionais e de conversas informais com a equipa multidisciplinar. Considero ser necessário reforçar a formação e a implementação de simulacros, periodicamente, para que o conhecimento sobre os planos chegue a todos os profissionais, visando uma atuação eficaz quando necessário.

Tive a oportunidade de efetuar o transporte de pessoas em situação crítica que consiste num processo complexo, composto por várias fases envolvendo os profissionais de saúde. Requer planeamento cuidadoso para a prevenção de possíveis complicações que prejudicam a segurança da pessoa em situação crítica fora do ambiente de cuidados intensivos. Pode ser realizado do ambiente pré-hospitalar ao departamento de emergência, dentro de diferentes áreas do hospital para intervenções diagnósticas e terapêuticas ou de um hospital para outro. Neste caso o objetivo é geralmente a centralização, ou a necessidade de um nível de atendimento mais apropriado (Italian Board of Health, citado por Bambi, Lucchini, Innocenti & Mattiussi 2015).

Numa revisão de literatura efetuada por estes autores evidenciou-se que, no presente assim como no passado, o risco de ocorrência de efeitos adversos relacionados com o transporte é real e depende do cenário, das equipas, da pessoa em situação crítica e tipo de transportes realizados.

Assegurei o transporte de pessoas em situação crítica para fora da unidade em dois contextos distintos, o intra-hospitalar, aquando da realização de exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos cirúrgicos ou ao bloco operatório e o inter-hospitalar, em transferência de para outras unidades de saúde.

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

Em conformidade com o Regulamento 429/2018, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica deve ser capaz de liderar 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 e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Na vertente da prevenção e controlo da infeção, sendo esta um risco presente nas diversas áreas de atuação, implementei e dei cumprimento rigoroso às medidas de prevenção e de controlo de infeção.

Estive presente numa formação em serviço intitulada "Vigilância epidemiológica e controlo de infeção no SMI (UCIP e UIP)", (Apêndice K), na qual foram abordados conceitos de vigilância epidemiológica, descrição das atividades desenvolvidas no serviço e resultados como a taxa de adesão à lavagem das mãos, apresentação de resultados de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde, discussão dos resultados apresentados e estratégias tomadas para os melhorar.

De acordo com o veiculado pela DGS (2018), no seu Relatório Anual do Programa Prioritário de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos:

> As infeções associadas a cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde. (p. 4)

A prevenção e controlo de infeção por parte de toda a equipa multidisciplinar assume um papel importante, tanto para a pessoa em situação crítica como para os seus familiares e acompanhantes, garantindo-lhes segurança e confiança em relação aos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na UCI, existe sempre a necessidade de cumprir as normas vigentes para o controlo e prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Torna-se crucial a realização da lavagem/desinfeção das mãos respeitando os cinco momentos para a higienização das mãos, a utilização de equipamento de

proteção individual, a adoção de práticas seguras na prestação de cuidados/técnicas de enfermagem e também a adoção de práticas seguras na preparação e administração de medicação e hemoderivados.

A Direcção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, em 2009 emite a Circular Normativa nº 13/DQS/DSD respeitante à Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Esta, determina a obrigatoriedade de todos os profissionais de saúde procederem à higiene das suas mãos de acordo com o modelo concetual proposto pela World Health Organization (WHO) designado por "**Cinco Momentos**". Os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do Órgão de Gestão da Unidade de Saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos.

De acordo com o preconizado pela WHO (2009), os "cinco momentos" para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

1. **Antes do contacto com o doente;**
2. **Antes de procedimentos limpos/assépticos;**
3. **Após risco de exposição a fluidos orgânicos;**
4. **Após contacto com o doente;**
5. **Após contacto com o ambiente envolvente do doente.**

Nesta relevante área, a qual nos diz muito respeito a nós enfermeiros, estive presente na formação Higienização das mãos e equipamento de proteção individual, conforme (Apêndice L).

Muito importante e, de acordo com a recomendação do grupo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), em conformidade com a o preconizado pela DGS (2018), a nível hospitalar estão em curso uma série de medidas para combater as infeções por microorganismos multirresistentes. Assim, dando cumprimento à norma estabelecida, devem fazer pesquisa de staphylococcus aureus resistente à meticilina em zaragatoa nasal e pesquisa de bactérias produtoras de carbapenemases em zaragatoa retal todos as pessoas em situação crítica que entram neste serviço.

Até ser conhecido o resultado, a pessoa em situação crítica deverá ser mantida sob precauções adicionais de contacto com identificação visível e separação física através de biombos móveis.

Os profissionais devem utilizar luvas e bata ou avental sempre que contactem com a pessoa em situação crítica ou com o seu ambiente, de acordo com o procedimento a efetuar (a utilização de máscara apenas é indicada quando são efetuados procedimentos geradores de aerossóis). Os familiares durante a visita devem usar luvas e bata (DGS, 2018).

São tarefas de enfermagem supervisionar e assegurar que estes procedimentos são cumpridos e, nesta vertente, dei particular atenção a toda a dinâmica em torno da pessoa em situação crítica com o intuito de cumprimento rigoroso da norma. É de primordial importância o combate à infeção hospitalar e, para tal, há que articular todos estes procedimentos sempre com o objetivo de evitar erros, não descurando o pensamento crítico que sempre esteve presente na minha abordagem durante o contexto de estágio.

Relativamente à dinâmica respiratória e ventilatória invasiva, assumi sempre como fulcral a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) que se trata de uma infeção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação e ventilação mecânica e representa uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns em unidades de cuidados intensivos (Guillamet & Kollef, 2015).

A PAV é uma causa significativa de morbilidade e mortalidade na pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos, que é sujeita a ventilação mecânica invasiva através de um tubo endotraqueal ou traqueostomia. O seu diagnóstico precoce e a adoção de práticas preventivas podem reduzir a mortalidade e diminuir o desenvolvimento de agentes patogénicos multirresistentes aos fármacos antibióticos (Muscedere, Shorr & Jiang, 2012).

Entre as tarefas que executei, encontram-se a preparação de material e execução de teste ao ventilador, preparação de material para entubação endotraqueal/traqueostomia e colaboração na sua colocação, prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica ventilada artificialmente (aspiração de secreções orafaringe/tubo endotraqueal/cânula traqueostomia, correta fixação do tubo endotraqueal, vigilância da pressão do cuff), monitorização de frequência respiratória, saturação de oxigénio, módulo ventilatório, fração inspirada de oxigénio, volume minuto, volume corrente, pressão positiva no final da expiração, compliance respiratória, pressão de planalto, pressão de ajuda e pressão inspiratória, vigilância da adaptação da pessoa em situação crítica ao módulo ventilatório/sinais de trabalho respiratório, prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em fase de desmame ventilatório e remoção de tubo endotraqueal.

Na área da dinâmica respiratória e ventilatória não invasiva, preparei material para utilização do Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) e CPAP com Boussignac, prestando cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica sujeita a ventilação não invasiva (aspiração de secreções, correta fixação da máscara nasal/facial, vigilância das áreas de contacto face/máscara). Monitorizei frequência respiratória, saturação de oxigénio, módulo ventilatório, fração inspirada de oxigénio, volume minuto, volume corrente, pressão positiva aérea na inspiração e pressão positiva aérea na expiração e vigiei a adaptação da pessoa em situação crítica ao módulo ventilatório/sinais de trabalho respiratório.

2.4. Atividades complementares desenvolvidas durante o estágio

No decorrer do estágio, com o intuito de envolver toda a equipa no processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (AIFCPC), apresentação dos elos dinamizadores definidos neste processo, apresentação do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica (RAIF), apresentação do Regulamento da AIFCPC, foi efetuada uma formação na qual estive presente, conforme (Apêndice M).

Nesta vertente, conjuntamente com a enfermeira gestora, dei cumprimento a uma exigência do centro hospitalar, a qual passou por criar um extenso Plano de Atividades de Enfermagem para o ano de 2020 com a exigida apresentação em sede de reunião de serviço à equipa de enfermagem, de acordo com (Apêndice N).

O referido Plano de Atividades visou a sistematização do trabalho que a UCI prevê efetuar no ano de 2020, em resposta à solicitação do Conselho de Administração.

A organização do plano teve por objetivo a tradução dos recursos deste serviço, respeitando as grandes opções julgadas pertinentes e as metas específicas enquadradas no contexto do futuro próximo do centro hospitalar.

O Plano de Atividades assume particular importância enquanto instrumento previsional de gestão e documento estruturante da atividade de enfermagem em cada Contexto da Prática Clínica (CPC). No mesmo, encontra-se definida a estratégia e é apresentada a programação da atividade a desenvolver na prossecução dos objetivos e metas a alcançar, bem como dos recursos envolvidos.

O Plano de Atividades incorpora a Política Institucional respeitando os estatutos da OE e o REPE com referência aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE). Explicita estratégias, metas e indicadores sensíveis aos cuidados gerais e especializados em Enfermagem. O Plano de Atividades inclui um conjunto de medidas em função do último relatório de atividades. Os enunciados descritivos dos PQCE como área de intervenção e melhoria contínua fazem também parte integrante do documento.

De acordo com o RAIF, este documento demonstra os mecanismos formais que evidenciam a participação dos enfermeiros e enfermeiros especialistas da área de candidatura do serviço na elaboração, discussão e aprovação do plano de atividades (ata de reunião e documento com sugestões). Responsabilizei-me pela manutenção das competências, definindo estratégias de

formação contínua. Participei na organização do serviço, em particular em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem**.**

Em articulação direta com a enfermeira gestora da UCI, levei a bom porto um trabalho que me deu especial prazer em executar. Tratou-se de uma atualização com respetiva fundamentação teórica, reorganização, e reestruturação das Normas e Protocolos de Enfermagem da UCI em suporte digital. Desta forma, foram compilados um conjunto de documentos essenciais rapidamente acessíveis ficando em pasta digital na estação informática central da UCI. Este trabalho foi apresentado em reunião formal de serviço submetida ao tema: Normas, Procedimentos e Protocolos de atuação de Enfermagem, conforme (Apêndice O).

Participei ainda, nas Primeiras Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do centro hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E): Sobre"Viver" aos Cuidados Intensivos, de acordo com (Apêndice P), no qual foram abordadas temáticas relacionadas com os registos, avaliação dos doentes pós alta, sequelas, reabilitação da pessoa em situação crítica, apoio à sua família e fim de vida em UCI. Pude contactar com uma realidade provavelmente um pouco distinta. Aprender com os pares, entender o que de bom se executa e assim poder estabelecer paralelismos colocando em perspetiva as diferentes dinâmicas.

Estive presente numa importante atividade promovida pelo centro hospitalar intitulada: Curso de Enfermeiro Especialista: das competências aos projetos e práticas de enfermagem, conforme (Apêndice Q) no qual foi apresentada a visão estratégica dos cuidados de enfermagem especializados para o futuro próximo e o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista. Um painel de enfermeiros especialistas convidados das várias áreas de especialidade veicularam assuntos prementes relacionados com competências específicas, trabalho atual e perspetivas de melhorias futuras neste centro hospitalar. Foi explicitado o tema da idoneidade formativa em enfermagem. Vários projetos em saúde foram referidos, além de uma pertinente abordagem às questões de investigação e à revisão sistemática.

Participei na iniciativa promovida pelo Serviço de Psicologia do centro hospitalar intitulada "Uma Hora Fora da Caixa". O convidado, médico e professor universitário José Eduardo Pinto da Costa palestrou sobre o tema: "A Arte de Não Envelhecer". Tratou-se de uma conversa informal que visou incentivar a aproximação dos participantes à temática do envelhecimento e suas controvérsias, conforme (Apêndice R).

CAPÍTULO II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo decorreu numa UCI de um centro hospitalar do norte de Portugal. Este centro hospitalar visa a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, sendo constituído por doze concelhos, sem prejuízo do direito de livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas, desenvolvendo funções de assistência e de ensino pré e pós-graduado e estimulando a investigação e o desenvolvimento científico, em articulação com os centros de saúde e os demais hospitais integrados no SNS.

Desenvolve ainda ações de investigação, formação e ensino, em benefício dos seus profissionais, em cooperação com as diversas instituições de ensino, outros hospitais e instituições de saúde.

A UCI situa-se no quarto piso do corpo central do hospital, perto dos serviços de Urgência e Bloco Operatório. Trata-se de um serviço autónomo, em sistema fechado. Para poder circular no serviço, visitas e profissionais têm de utilizar os equipamentos de proteção individual e lavar as mãos oportuna e corretamente.

O serviço tem uma lotação de 10 camas, duas em isolamento, no entanto a lotação praticada no momento é de 6 camas. Embora não haja secções separadas por género, são feitos todos os esforços para assegurar a privacidade, a dignidade e o conforto da pessoa em situação crítica.

A UCI admite pessoas em situação crítica provenientes de outros hospitais ou de outros serviços deste hospital após o agravamento do seu estado clínico. Admite também pessoas em situação crítica no pós-operatório e tem como missão garantir o cuidado e tratamento de excelência a todas as pessoas em situação crítica admitidas.

Dispõe de uma equipa de enfermeiros especializados e de médicos especializados, devidamente treinados na prestação de cuidados intensivos e assistentes operacionais com formação específica. A equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros, dos quais um Enfermeiro Gestor, sete Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e doze Enfermeiros de Cuidados Gerais.

O método de trabalho é o de cuidados integrais, estando os três enfermeiros distribuídos em

cada turno respetivamente, manhã, tarde e noite. Respeita o Regulamento n.º 743/2019 da OE que determina o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, sendo uma Unidade de nível III com um rácio enfermeiro/doente de 1:2.

Possui ainda um sistema informatizado de recolha e monitorização de dados que lhe confere uma enorme versatilidade, quer na vertente da admissão, quer na vertente da vigilância e prescrição. Desta forma, o suporte clínico está informatizado, desde a admissão até ao momento da alta. Tem, ainda dentro dos recursos tecnológicos de suporte orgânico, a possibilidade de executar técnicas de substituição renal dispondo para esse efeito de vários monitores.

Pratica os princípios da gestão participada, assentes no pressuposto de que o interesse e a responsabilidade pela missão do serviço são de todos os interessados, e de que o êxito só pode resultar do contributo empenhado de todos.

A UCI é um sistema fechado que permite, segundo orientações do regulamento, a visita de familiares da pessoa em situação crítica. Neste serviço é permitida a entrada diária de duas visitas por doente, maiores de doze anos de idade, no período das 16:30 às 18:00, não em simultâneo. A visita de não familiares é permitida perante autorização do doente ou seu representante legal. As informações clínicas são transmitidas aos familiares ou seus representantes legais na UCI das 11:00 às 13:00 e desde as 18:00 até às 22:00, sendo expressamente proibido dar informações por via telefónica (Normas e Regulamentos da UCI, 2019).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A família na unidade de cuidados intensivos

As necessidades das famílias das pessoas em situação crítica em UCI têm sido extensivamente examinadas ao longo das décadas e são descritas como necessidades de suporte, conforto, informação, proximidade e segurança (Molter, 1979) e (Leske, 1986).

Um claro foco na literatura é o reconhecimento de que os familiares da pessoa em situação crítica, internados em cuidados intensivos têm necessidades e os enfermeiros estão muito bem posicionados para atender a muitas dessas necessidades. Resolvendo as necessidades de uma família, proporciona-se-lhe uma maior facilidade no sentido de lidar com a experiência na UCI e com a situação crítica da pessoa em situação crítica (Bandari e cols., 2015).

As famílias da pessoa em situação crítica apresentam dificuldade em entender o estado em que se encontra o seu familiar. É competência dos enfermeiros cuidar da pessoa em situação crítica e dos seus familiares como parte integrante do cuidado de enfermagem. A família deve entrar na UCI, tornando-se imperioso cuidar da mesma para potencializar as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica. É necessário questionar a família sobre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos, entender-lhe as emoções (Inaba, Silva & Telles, 2005).

Para pessoas em situação crítica e familiares, a hospitalização em cuidados intensivos é um acontecimento estressante e único, provocado por fatores como o risco de morte, a incerteza quanto ao tratamento e recuperação, o medo quanto à possibilidade de não se obter sucesso ou um bom prognóstico. São ainda identificados outros fatores como a ansiedade, tristeza, sofrimento, impotência e também a grande limitação pelo afastamento dos familiares desse cenário (Frizon, Nascimento, Bertoncello & Martins, 2011).

Os familiares têm necessidades específicas e apresentam níveis elevados de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento na UCI e que muitas vezes persistem após a morte do seu ente querido (Pochard e cols., 2001) e (Abbott, Sago, Breen, Abernethy & Tulsky, 2001).

O tratamento implementado à pessoa em situação crítica na UCI é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por alta intensidade e complexidade de eventos e situações, tanto para

a pessoa em situação crítica como para sua família. Pode ser menos hostil se os profissionais de saúde perceberem cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas (Simoni & Silva, 2012).

A UCI é diferente de outras unidades de internamento e, sobretudo, do ambiente de casa da pessoa em situação crítica e seus familiares. É um ambiente que possui diversa tecnologia, altamente sofisticada, no qual a pessoa em situação crítica convive com situações de emergência, risco e morte, havendo isolamento social e falta de privacidade (Nascimento & Trentini, 2004).

Qualquer agravamento de saúde que aconteça com um dos membros da família pode causar um processo de desorganização na psicodinâmica familiar. Quando uma doença grave atinge um membro da família e acarreta internamento hospitalar, todo o sistema familiar é atingido (Martins e cols., 2009).

Envolver as pessoas em situação crítica e as famílias desde cedo no processo de tomada de decisão pode proporcionar a oportunidade à pessoa em situação crítica de compartilhar os seus valores e preferências pelos cuidados antes de serem incapacitados pela doença grave. Sabemos que as preferências mudam à medida que o contexto da doença muda e os tratamentos são percebidos como cada vez mais onerosos, resultando num ponto de inflexão - o ponto em que um indivíduo não deseja mais suportar o tratamento e prefere concentrar-se na paliação dos sintomas (Kryworuchko & Heyland, 2009).

De acordo com os mesmos autores, as famílias e os profissionais de saúde tomam decisões por muitas pessoas em situação crítica internadas em UCI que estão gravemente afetadas e não têm capacidade para tomar as suas próprias decisões. A equipa de saúde precisa fornecer apoio àqueles que se tornarão os tomadores de decisão substitutos na UCI em transições de cuidados e ao longo da trajetória da doença, para que as famílias envolvidas tenham uma boa compreensão das preferências evolutivas dos tratamentos instituídos.

As pessoas em situação crítica na UCI geralmente não conseguem apreciar os processos de cuidado, no entanto, a equipa de saúde também cuida dos membros da família que estão entrelaçados na experiência da doença. As famílias têm um papel importante no compartilhamento de informações relevantes, como por exemplo: o que aconteceu antes da admissão; que tipo de pessoa em situação crítica é; e, talvez mais importante, o que o esta desejaria em termos de atendimento, dada a situação clínica. Cada vez mais, as famílias são

envolvidas pela equipa de saúde como parceiras na tomada de decisões (Davidson e cols., 2007).

A importância da família da pessoa em situação crítica na UCI é bem reconhecida dado que os membros da família frequentemente fornecem cuidados e apoio contínuos durante toda a doença e trajetória de recuperação (Wetzig & Mitchell, 2017).

De acordo com um estudo prospetivo, descritivo e quantitativo efetuado em 2012 na UCI deste centro hospitalar, através de um questionário entregue aos familiares no fim da segunda vez que visitaram o familiar, cerca de 92% referiu que após a visita aos seus familiares as dúvidas foram esclarecidas e que perceberam a informação fornecida. Esta informação foi transmitida principalmente pelos médicos (72%), só 8% questionou os cuidados de enfermagem prestados. Aquando das visitas, 56% dos inquiridos referiram que gostavam de estar sozinhos, mas 44% gostavam de estar acompanhados por outro familiar.

Concluiu-se com este estudo que a família tinha necessidade de informação clínica não se interessando tanto pelos cuidados diretos à pessoa em situação crítica.

O grupo de enfermagem tinha a perceção que não dava atenção suficiente aos familiares, mas estes também não evidenciaram necessidade de mais atenção, queriam era a possibilidade de visitarem acompanhados por outro familiar. O que vai de encontro com o preconizado por Davidson e cols. (2007) que referiram que as necessidades da família se baseiam na informação, no apoio e na possibilidade de estar perto do seu familiar.

2.2. A doença crítica na família – um processo de transição

A Teoria de Enfermagem das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis desde a década de 60 do século XX, tem como conceito central a transição, a qual é definida de acordo com Meleis e Trangenstein (1994):

> A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequências, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta. (p. 256)

Para a sua elaboração, a autora debruçou-se sobre o planeamento familiar e nos processos envolvidos como o tornar-se mãe ou pai e o domínio dos papéis parentais. Em seguida, o seu foco de investigação dirigiu-se para as intervenções que podem facilitar o processo de transição e para as pessoas que não as conseguem realizar de forma saudável (Alligood, 2013).

Posteriormente, foram realizadas pesquisas acerca das experiências de transição em diferentes situações, tais como: o tornar-se mãe, a experiência da menopausa, o diagnóstico de doença congénita no filho, a migração transnacional e o tornar-se cuidador da família. O seus resultados foram compilados em artigos científicos internacionais que contribuíram para a construção de um modelo explicativo das intervenções de enfermagem.

Sendo um processo que ocorre ao longo do tempo no qual existe mudança, mas também fluxo e movimento, a transição pode ser definida como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outra, sendo que se considera completa quando a pessoa alcança um período de maior estabilidade do que aquele que tinha anteriormente (Chick & Meleis, 1986) e (Meleis & Trangenstein, 1994).

Todas as transições proporcionam mudança e, para a compreender, torna-se fundamental identificar os efeitos e os seus significados. Estas devem ser exploradas segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, perceções, identidades, relações e rotinas (Meleis e cols, 2000).

Meleis e cols. (2000) consideram que as transições são percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autónomas, nem mutuamente exclusivas.

Assumem diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas.

São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências, como a consciencialização, o empenho, a mudança e a diferença, o espaço temporal, os eventos e os pontos críticos (Meleis e cols., 2000).

Relativamente à sua natureza, de acordo com Meleis e cols. (2000), as transições podem ser de diferentes tipos:

- desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital);
- situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis);
- saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença);
- organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional).

A vulnerabilidade experimentada face a uma situação de doença crítica reserva à família momentos de grande instabilidade. As pessoas vivem processos que designam transição, pelo impacto que geram na sua vida pessoal, familiar ou social (Meleis, 2012).

A transição relaciona-se com temas muito pertinentes para a enfermagem, como é o caso da mudança e do desenvolvimento. Os enfermeiros trabalham muitas vezes com pessoas, respetivas famílias e cuidadores que as vivenciam. Como tal, Afaf Meleis, recomendou a transição como um conceito central da disciplina da enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994).

Exemplos de transições que podem tornar os doentes vulneráveis são experiências de doenças como diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação; desenvolvimento de transições de vida útil, como gravidez, parto, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte: transições sociais e culturais, como migração, aposentadoria e assistência familiar (Schumacher & Meleis, 1994) e (Meleis & Trangenstein, 1994).

Ainda, segundo os mesmos autores, os enfermeiros geralmente são os principais cuidadores dos doentes e das suas famílias enquanto estes experimentam processos de transição. Os enfermeiros identificam as intervenções mais ajustadas às mudanças e demandas que as estes trazem para a vida quotidiana dos doentes e suas famílias. Além disso, os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que identificam as transições iminentes facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença.

A família depara-se com um grave processo de saúde, que na globalidade desconhece, num contexto de internamento particular, tanto pela tecnologia em uso, como pelas restrições no

acesso. Em função da transição saúde-doença, a família descobre transformações significativas no seu bem-estar, oriundas da situação de doença, mas também do quotidiano onde tudo decorre. Foi constatado que a família se torna cliente da enfermagem pela vivência deste processo e encontra, nos momentos que lhe reserva o acesso à unidade de internamento e nas dúvidas que lhe assistem, a presença dos enfermeiros (Mckiernan & McCarthy, 2010) e (Sundararajan, Sullivan & Chapman, 2010).

O papel do familiar cuidador ascende-se por via da transição da própria família, sendo desenvolvido através da sua interação com o indivíduo com incapacidade e com a restante família, traduzindo-se num processo de consciencialização e experiência individual (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dibble, 2000).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo abordo os constituintes da investigação, apresentando os elementos que a integram e a caraterizam.

A metodologia constitui-se como sendo a junção dos métodos e técnicas que conduzem a elaboração do processo de investigação científica. Nesta etapa do processo de investigação, cabe ao investigador selecionar os métodos que irá empregar por forma a obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 2003).

3.1. Questão de investigação

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009), questão de investigação refere-se a um enunciado interrogativo de uma forma clara, sem equívocos estabelecendo os conceitos-chave, especificando a população alvo, incutindo uma investigação empírica.

A formulação de uma questão de investigação adequada ao problema em estudo, é suscetível de ser respondida, constituindo um dos primordiais desafios dos investigadores que contribuem para a prática baseada na evidência. Uma questão defeituosamente elaborada reduz a possibilidade de se encontrar informação adequada e pertinente, podendo resultar num consumo exagerado de tempo na pesquisa (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino & Pestana, 2018).

Assim sendo, formulo a seguinte questão de investigação:

- **Quais as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos de um centro hospitalar da região norte de Portugal?**

3.2. Definição de objetivos

O objetivo de um estudo assinala a sua necessidade. Trata-se de um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação de acordo com o patamar dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin, 2003).

Os objetivos de uma investigação devem assinalar de forma clara e nítida qual é o fim que o investigador almeja (Fortin e cols., 2009).

Para este estudo, foi estabelecido o seguinte **objetivo geral**:

- Identificar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos de um centro hospitalar da região norte de Portugal;

Como objetivos específicos, definiram-se:

- Caraterizar o perfil sociodemográfico dos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos de um centro hospitalar da região norte de Portugal;
- Categorizar, de acordo diferentes dimensões, as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI;
- Comparar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI entre homens e mulheres;
- Comparar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI entre os familiares que já tiveram um familiar previamente internado e as necessidades daqueles que não tiveram um familiar previamente internado;
- Comparar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI entre os familiares que vivem na mesma localidade do centro hospitalar e aqueles que vivem noutra localidade;
- Comparar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI de acordo com as distintas habilitações literárias.

3.3. Hipóteses de investigação

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), estruturar uma investigação em função de hipóteses consiste na melhor forma de a orientar com organização e rigor. As hipóteses indicam o caminho da procura dando um fio condutor à investigação e fornecendo o critério para a recolha de dados que confrontará as hipóteses com a realidade. Uma hipótese consiste, portanto, uma resposta provisória a uma pergunta.

Para este estudo, as hipóteses estabelecidas apresentam-se:

- **Hipótese 1 -** As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes entre homens e mulheres.
- **Hipótese 2 -** As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes naqueles que já tiveram um familiar previamente internado em cuidados intensivos daqueles que não tiveram.
- **Hipótese 3 -** As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes entre os familiares que vivem na mesma localidade do centro hospitalar e aqueles que vivem noutra localidade.
- **Hipótese 4 -** As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes consoante as habilitações literárias.

3.4. Tipo de estudo

O estudo assume-se como descritivo, transversal, quantitativo.

Consiste num estudo descritivo pois, como afirma Vilelas (2009), este tipo de estudo busca a especificação das propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avalia diferentes aspetos, dimensões ou constituintes do fenómeno ou fenómenos a investigar.

Trata-se de um estudo de corte transversal, indo de acordo ao afirmado por Rouquayrol e Almeida (2006) em que estudos transversais ou de corte transversal são aqueles que visualizam a situação de uma população num determinado momento, como instantâneos da realidade.

Ao nível da abordagem, classifica-se como quantitativo, pois este método de investigação é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis sendo apoiado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003).

3.5. População e amostra

População é definida como um conjunto de elementos, quer sejam indivíduos, espécies ou processos, que têm características comuns. O elemento é a unidade básica da população junto da qual a informação é recolhida (Fortin e cols, 2009).

A população deste estudo foi constituída por familiares das pessoas em situação crítica internadas na UCI de um centro hospitalar da região norte do país, no período compreendido entre outubro e dezembro de 2019.

Segundo Fortin (2003), amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica miniaturizada da população alvo.

No respeitante à amostra, carateriza-se como não probabilística intencional pois trata-se de um procedimento de seleção em que cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser selecionado para formar a amostra. Esta é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num exato momento (Fortin e cols., 2009).

Critérios de inclusão são definidos como as características fundamentais da população alvo que os investigadores utilizarão para responder à pergunta do estudo. Por outro lado, critérios de exclusão são definidos como aspetos dos potenciais participantes que preenchem os critérios de inclusão, mas apresentam características adicionais, que poderiam interferir no sucesso do estudo ou aumentar o risco de um desfecho desfavorável para esses participantes (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2007).

Passo a enunciar os critérios de inclusão, portanto, as características que a população apresenta no sentido de fazer parte da amostra:

- idade igual ou superior a 18 anos;
- leitura, escrita e compreensão da língua portuguesa;
- ter um familiar internado na UCI;

- ter visitado o familiar pelo menos uma vez;
- aceitar participar voluntariamente no estudo, assinando o termo de consentimento informado.

Como critérios de exclusão, aponto:

- Dificuldade de compreensão, leitura/escrita para o preenchimento dos questionários.

O processo de recrutamento de amostra e a recolha de dados ocorreram durante um período compreendido precisamente entre 10 de outubro a 31 de dezembro de 2019. Neste espaço temporal foram admitidas 88 pessoas em situação crítica na UCI. Durante 83 dias, 85 familiares foram inquiridos resultando em 84 questionários totalmente preenchidos, o que significa uma taxa de conclusão de 98,82%.

3.6. Instrumento de recolha de dados

O instrumento selecionado para a recolha de dados foi o questionário, limitando o sujeito às questões formuladas, sem que este tenha a possibilidade de as alterar ou precisar o seu pensamento (Fortin, 2003).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), as principais vantagens de um questionário são a possibilidade de quantificar um grande número de dados, proceder a numerosas análises e a sua representatividade ser facilmente satisfeita, tomando em conta que esta representatividade nunca é absoluta.

Um claro foco na literatura é o reconhecimento de que os familiares da pessoa em situação crítica internados em cuidados intensivos têm necessidades e os enfermeiros estão muito bem posicionados para atender a muitas dessas necessidades. Resolvendo as necessidades de uma família, proporciona-se-lhe uma maior facilidade no sentido de lidar com a experiência na UCI e com a situação crítica da pessoa em situação crítica (Bandari e cols., 2015).

As necessidades das famílias das pessoas em situação crítica em UCI têm sido extensivamente examinadas ao longo das décadas e são descritas como necessidades de apoio, conforto, informação, proximidade e garantia (Molter, 1979) e (Leske, 1986).

Com o objetivo de identificar um grau de importância para as necessidades específicas da família em contexto de cuidados intensivos e proporcionar um instrumento prático e útil para

utilizar na prática clínica, abrangendo um conjunto amplo de necessidades, Molter e Leske em 1983 criaram o Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), (Leske, 1991). O CCFNI inicial teve origem no trabalho desenvolvido por Molter, em 1976. A concetualização do construto das necessidades da família resultou de uma revisão da literatura e da experiência clínica de um conjunto de enfermeiros. Posteriormente, em 1991, Leske conduziu um estudo com 677 participantes com o intuito de avaliar a fidelidade e a validade de construto do CCFNI.

O CCFNI é composto por 45 afirmações, com distribuição aleatória, que expressam necessidades específicas da família e às quais atribui diferentes graus de importância, utilizando uma escala de Likert de quatro categorias em que é efetuada a seguinte correspondência:

- **1.** Sem importância;
- **2.** Pouco importante;
- **3.** Importante;
- **4.** Muito importante.

No final existe uma questão aberta cujo objetivo é identificar necessidades não previstas anteriormente (Molter & Leske, 1995).

A fidelidade do CCFNI foi avaliada recorrendo ao método da consistência interna. Verificou-se que os 45 itens apresentam um alfa (α) de Cronbach de 0.92, embora variem entre 0.61 e 0.88 mediante cada dimensão do instrumento (Leske, 1991).

A validade de construto foi investigada através de análise fatorial de componentes principais, tendo mostrado uma disposição de 5 fatores: **suporte, conforto, informação, proximidade e segurança**, que explica 40.2% da variância total (Leske, 1991).

A dimensão suporte (α de Cronbach de 0.88) expressa uma variedade de recursos, sistemas e estruturas de suporte necessários à família após a doença crítica do seu familiar. Suporte implica proporcionar assistência ou ajuda. É composta pelos itens 2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34 e 37 (Leske, 1991).

A dimensão conforto (α de Cronbach de 0.75) implica proporcionar alívio do sofrimento e angústia. Contém os itens 8, 20, 21, 23, 28 e 32 (Leske, 1991).

Relativamente à dimensão informação (α de Cronbach de 0.78), esta reflete a busca de informação e conhecimento através do envolvimento da família, podendo pode ser obtida pela observação direta do doente, pela participação nos cuidados ou através do contacto com a equipa de saúde. É formada pelos itens 3, 4, 11, 13, 15, 16, 19 e 38 (Leske, 1991).

A dimensão proximidade (α de Cronbach de 0.71) traduz a necessidade de contacto pessoal e permanência junto do doente, quer fisicamente quer emocionalmente. Constitui-se pelos itens 6, 10, 29, 36, 39, 40, 41, 44 e 45 (Leske, 1991).

A dimensão segurança (α de Cronbach de 0.61) implica a capacidade da equipa para inspirar confiança, segurança e libertação das dúvidas. Constitui-se pelos itens 1, 5, 14, 17, 35, 42 e 43 (Leske, 1991).

Relativamente à pontuação do CCFNI, podem verificar-se as necessidades de maior importância para a família através da revisão da classificação individual dos itens. As pontuações dos itens poderão também ser somadas de modo a obter o score total do instrumento, ou então, as pontuações dos subconjuntos de itens pertencentes às cinco dimensões de necessidades da família, podem ser somados de modo a obter o score parcial de cada dimensão. Valores mais elevados significam que existe uma maior quantidade de necessidades percecionadas como muito importantes (Molter & Leske, 1995).

O CCFNI foi traduzido e culturalmente adaptado para a população portuguesa por Campos (2014) e foi nomeado de Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI).

O instrumento (Apêndice S) a utilizar neste estudo foi, portanto, construído atempadamente sendo composto por duas partes que se complementam:

- **Primeira parte:** caraterização do perfil sociodemográfico do familiar da pessoa internada na UCI;
- **Segunda parte:** Inventário de Necessidades da Família em Unidades de Cuidados Intensivos (INFUCI).

3.7. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas

Numa grande parte das disciplinas científicas, os estudos de investigação abrangem os aspetos da atividade humana, desde comportamentos, estados de saúde dos indivíduos ou grupos, aos estilos de vida, entre outros. Contudo, seja qual for o aspeto a ser estudado, a investigação deve estar assente no respeito pelos direitos humanos (Fortin e cols., 2009).

Na base de uma investigação científica deve estar o código de ética, pois sem ele para apontar os limites e orientar os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa (Ribeiro, 2007).

Durante o estudo respeitei, escrupulosamente, as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Sommerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da OMS, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Os pedidos de autorização para uso da escala CCFNI à autora original, Jane Leske (Apêndice T) e à autora da versão traduzida e validada para a população portuguesa INFUCI, Sara Campos (Apêndice U), foram efetuados e gentilmente concedidos.

O projeto de investigação foi devidamente apresentado à Enfermeira Gestora e ao Diretor da UCI. Foi efetuado um pedido ao Diretor da UCI com o objetivo de serem atestadas as condições logísticas e humanas que assegurassem a realização da investigação em condições éticas adequadas (Apêndice V), o qual foi acedido com celeridade (Apêndice W). Previamente à realização deste estudo, efetuei um pedido de autorização à Comissão Ética de Saúde do centro hospitalar (Apêndice X), o qual foi acedido, conforme (Apêndice Y).

De acordo com Fortin e cols. (2003), nas investigações científicas é imperativa a necessidade da obtenção de consentimento informado dos participantes, do respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, do respeito pela justiça e pela equidade e do respeito pelos grupos vulneráveis.

Ainda, segundo Fortin e cols. (2003), deverá procurar-se reduzir inconvenientes e otimizar vantagens. Assim sendo, por forma a não colocar em causa o estudo, previamente ao preenchimento dos questionários, forneci aos participantes toda a informação relativa ao propósito e objetivo da investigação. Elaborei uma declaração de consentimento informado (Apêndice Z) que foi assinada pelo investigador e devidamente apresentada aos participantes, os quais a devolveram assinada, ficando estes últimos com um duplicado da mesma. A sala de reuniões da UCI foi o local apropriado para esta exposição e o momento consistiu precisamente no final da visita diária.

A participação no estudo foi completamente voluntária, e a todos os membros da família foi facultada a opção de desistência a qualquer momento. Os sujeitos foram incentivados a direcionar quaisquer perguntas ou dúvidas relativas ao processo. Além disso, na eventualidade de surgir alguma preocupação, os detalhes de contacto foram fornecidos. Nenhum dos sujeitos

que participaram no estudo entrou em contacto com o pesquisador à posteriori com dúvidas ou questões.

Nenhuma informação de identificação foi usada na pesquisa, apenas um número confidencial de identificação de questionário, garantindo o anonimato. O questionário foi cuidadosamente recolhido após o seu preenchimento. Não houve riscos associados a este estudo e nenhum direito humano foi violado durante o desenrolar da pesquisa.

Após a conclusão de cada sessão de recolha de dados, procedi a um rigoroso processo de armazenamento em pasta fechada dos documentos. As medidas de segurança incluíram cópias impressas que foram armazenadas num arquivo fechado sendo os dados relevantes extraídos para uma base de dados que foi armazenada no computador pessoal.

3.8. Tratamento e análise de dados

Antes da análise de dados, para responder aos objetivos específicos definidos e testar as hipóteses equacionadas, foi feita uma análise à consistência interna do instrumento que avalia as necessidades dos familiares, com recurso ao teste do coeficiente α de Cronbach, tendo-se obtido um índice de confiabilidade de 0.92 para o total do instrumento, valor que assegura fiabilidade elevada. Relativamente às diferentes dimensões, recorrendo também ao método de consistência interna, encontrou-se para a dimensão suporte um índice de confiabilidade de 0.85, dimensão conforto um índice de confiabilidade de 0.69, dimensão informação um índice de confiabilidade de 0.73, dimensão proximidade um índice de confiabilidade de 0.77 e dimensão segurança um índice de confiabilidade de 0.70.

A análise de dados incluiu uma revisão completa e entrada numa base de dados no software informático IBM-SPSS®, versão 22.0. Recorri à estatística descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis, das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis com nível de medição rácio. Além disso, sempre que possível pela dimensão dos grupos, foram utilizados testes de comparação de médias ou variância entre grupos, com vista a responder às hipóteses equacionadas.

O tratamento dos dados foi efetuado de forma a poder comparar os resultados com os obtidos pelos autores que utilizaram o mesmo instrumento.

Para a análise inferencial, numa primeira abordagem tornou-se necessário analisar as variáveis para entender se tinham ou não distribuição normal para escolha dos testes a efetuar, respetivamente paramétricos ou não paramétricos. Concluiu-se que as variáveis dependentes não seguiam distribuição normal, portanto procedeu-se ao teste de hipóteses através de testes não paramétricos, ou seja, teste de Mann-Whitney U para averiguar de diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos e o teste de Kruskal-Wallis para aferir diferenças significativas numa ou mais variáveis entre mais do que dois grupos. Utilizou-se um nível de significância estatística de $p \leq 0.05$ para aceitar o resultado dos testes de hipóteses como indicador de diferença ou relação significativa entre as variáveis.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A exposição dos resultados segue a organização do instrumento de recolha de dados. Apresentam-se primeiramente os dados relativos à caraterização sociodemográfica e a seguir os dados referentes às necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica de acordo com o INFUCI.

As caraterísticas sociodemográficas, mostradas na tabela 1, revelam que participaram no estudo um total de 84 familiares adultos da pessoa em situação crítica em UCI.

Globalmente, 59 (70,2%) das pessoas inquiridas eram do sexo feminino e 25 (29,8%) pertenciam ao sexo masculino.

No respeitante às idades em anos, obteve-se média = 47,57 (±14,90), sendo que a mais nova tinha 20 anos e a mais velha apresentava 83 anos de idade. Na faixa etária dos 20-35 anos, encontravam-se 18 familiares (21,4%), entre os 36-50 anos, situavam-se 38 (45,2%), entre os 51-65, encontravam-se 24 (28,6%) e finalmente na faixa etária dos 66-83 anos, estavam 4 (4,8%).

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa em situação crítica internada na UCI, a maior parte eram filhos, correspondendo a 35 (41,7%), também cônjuges 25 (29,8%). Com outro grau de parentesco, surgiram 10 pessoas (11,9%), companheiros 2 (2,4%), pais 7 (8,3%) e irmãos 5 (6,0%).

Verificou-se que 47 (56,0%) dos familiares viviam com a pessoa em situação crítica, internada na UCI. Os familiares que não viviam com a pessoa em situação crítica em UCI, eram 37 (44,0%) e destes, 21 (56,8%) viam-na mais do que uma vez por semana, 10 (27,0%) semanalmente, 3 (8,1%) mensalmente, 2 (5,4%) anualmente, e 1 (2,7%) menos de uma vez por ano.

Os familiares que viviam na mesma localidade do centro hospitalar, eram 20 (23,8%) e os que viviam noutra localidade, eram 64 (76,2%).

Constatou-se que, como habilitações literárias, 21 (25,0%) completaram o ensino primário, 15 (17,9%) não concluiu o ensino secundário, 27 (32,1%) tinha o ensino secundário concluído, 8 (9,5%) possuía formação pós-secundário e 13 (15,5%) possuía grau universitário.

Tabela 1.
Caraterização sociodemográfica da população/amostra em estudo

Variáveis sociodemográficas	Frequência	Percentagem
Género		
Masculino	25	29,8%
Feminino	59	70,2%
Total	84	100,0%
Idade (anos)		
20-35	18	21,4%
36-50	38	45,2%
51-65	24	28,6%
66-83	4	4,8%
Total	84	100,0%
Média±dp 47,57±14,90		
Grau de parentesco com o doente		
Esposa/o	25	29,8%
Companheira/o	2	2,4%
Mãe/Pai	7	8,3%
Irmã/Irmão	5	6,0%
Filha/Filho	35	41,7%
Outro	10	11,9%
Total	84	100,0%
Previamente já teve algum familiar internado numa UCI		
Sim	24	28,6%
Não	60	71,4%
Total	84	100,0%
Vive com o doente		
Sim	47	56,0%
Não	37	44,0%
Total	84	100,0%
Não vivendo com o doente, com que frequência o vê		
Mais do que uma vez por semana	21	56,8%
Semanalmente	10	27,0%
Mensalmente	3	8,1%
Anualmente	2	5,4%
Menos de uma vez por ano	1	2,7%
Total	84	100%
Local de residência		
Mesma localidade do Hospital	20	23,8%
Noutra localidade	64	76,2%
Total	84	100%
Habilitações literárias		
Ensino primário	21	25,0%
Ensino secundário não concluído	15	17,9%
Ensino secundário concluído	27	32,1%
Programa pós-secundário	8	9,5%
Grau universitário	13	15,5%
Total	84	100,0%

Relativamente às necessidades de segurança, dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI e de acordo com o INFUCI, como mostrado na tabela 2, verificou-se que a mais importante para os familiares inquiridos, foi ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis, com média = 3,98 (±0,15), seguida de saber o prognóstico do seu familiar, com média = 3,96 (±0,19), sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar, com média = 3,94 (±0,24), obter respostas sinceras às questões colocadas, com média = 3,94 (±0,24), sentir que existe esperança, com média = 3,88 (±0,36), conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar, com média = 3,88 (±0,36), receber informações que compreenda, com média = 3,81 (±0,42).

Tabela 2.
Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de segurança dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Necessidades de Segurança	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis	84	3,98	0,15	3	4
Saber o prognóstico do seu familiar	84	3,96	0,19	3	4
Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar	84	3,94	0,24	3	4
Obter respostas sinceras às questões colocadas	84	3,94	0,24	3	4
Sentir que existe esperança	84	3,88	0,36	2	4
Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar	84	3,88	0,36	2	4
Receber informações que eu compreenda	84	3,81	0,42	2	4
n válido (de lista)	84				

No que respeita às necessidades de informação, dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI e de acordo com o INFUCI, como mostrado na tabela 3, constatou-se que a mais importante para os familiares inquiridos, foi falar diariamente com um médico, com média = 3,92 (±0,28), seguida de saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar, com média = 3,83 (±0,46), saber qual o tratamento médico do seu familiar, com média = 3,80 (±0,51), conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar, com média =3,77 (±0,45), poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita, com média = 3,61 (±0,56), saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar, com média = 3,51 (±0,63), saber que tipo de informação cada membro da equipa pode dar, com média = 3,43 (± 0,68) e poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar, com média = 3,13 (± 1,03).

Tabela 3.
Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de informação dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Necessidades de Informação	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Falar diariamente com um médico	84	3,92	0,28	3	4
Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar	84	3,83	0,46	1	4
Saber qual é o tratamento médico do seu familiar	84	3,80	0,51	1	4
Conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar	84	3,77	0,45	2	4
Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita	84	3,61	0,56	2	4
Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar	84	3,51	0,63	2	4
Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar	84	3,43	0,68	1	4
Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar	84	3,13	1,03	1	4
n válido (de lista)	84				

Em relação às necessidades de proximidade, dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI e de acordo com o INFUCI, como mostrado na tabela 4, constatou-se que a mais importante para os familiares inquiridos, foi receber informações sobre o estado do seu familiar, pelo menos uma vez por dia, com média = 3,83 (±0,38), seguida de ser informado das intenções e planos de transferência enquanto ainda estão a ser planeados, com média = 3,79 (±0,41), poder visitar o seu familiar com frequência, com média = 3,74 (±0,52), receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar, com média = 3,71 (±0,57), ter um horário de visitas que comece à hora marcada, com média = 3,65 (±0,57), ter uma sala de espera perto do seu familiar, com média = 3,55 (±0,67), ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar), com média = 3,43 (±0,75), poder visitar o seu familiar em qualquer momento, com média = 3,23 (±0,95) e falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a), com média = 3,06 (±0,99).

Tabela 4.
Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de proximidade dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Necessidades de Proximidade	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia	84	3,83	0,38	3	4
Ser informado das intenções e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados	84	3,79	0,41	3	4
Poder visitar o seu familiar com frequência	84	3,74	0,52	2	4
Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar	84	3,71	0,57	1	4
Ter um horário de visitas que comece à hora marcada	84	3,65	0,57	2	4
Ter uma sala de espera perto do seu familiar	84	3,55	0,67	1	4
Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar)	84	3,43	0,75	1	4
Poder visitar o seu familiar em qualquer momento	84	3,23	0,95	1	4
Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a)	84	3,06	0,99	1	4
n válido (de lista)	84				

No que se refere às necessidades de suporte, dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI e de acordo com o INFUCI, como mostrado na tabela 5, verificou-se que a mais importante para os familiares inquiridos, foi ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar, com média = 3,74 (±0,44), seguida de obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez, com média = 3,64 (±0,53), ter amigos próximos para apoiarem, com média = 3,58 (±0,54), conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer, com média = 3,50 (±0,65), ter alguém que se preocupa com a sua saúde, com média = 3,44 (±0,65), receber informações sobre quem pode ajudar nos problemas familiares, com média = 3,29 (± 0,72), poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação, com média = 3,23 (± 0,78), receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas ajudarem nos problemas, com média = 3,23 (± 0,80), sentir que pode chorar, com média = 3,17 (±0,88), estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos, com média = 3,11 (±0,96), poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade, com média = 3,01 (±0,77), ter alguém que ajude nos problemas financeiros, com média = 2,90 (±0,97), receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar, com média = 2,43 (±1,05),

ter assistência religiosa/espiritual, com média = 2,43 (±1,07), ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a), com média = 2,38 (±0,97).

Tabela 5.
Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de suporte dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Necessidades de Suporte	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar	84	3,74	0,44	3	4
Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez	84	3,64	0,53	2	4
Ter amigos próximos para me apoiarem	84	3,58	0,54	2	4
Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer	84	3,50	0,65	1	4
Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	84	3,44	0,65	2	4
Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares	84	3,29	0,72	1	4
Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação	84	3,23	0,78	1	4
Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas	84	3,23	0,80	1	4
Sentir que pode chorar	84	3,17	0,88	1	4
Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos	84	3,11	0,96	1	4
Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade	84	3,01	0,77	1	4
Ter alguém que ajude nos problemas financeiros	84	2,90	0,97	1	4
Receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar	84	2,43	1,05	1	4
Ter assistência religiosa/espiritual	84	2,43	1,07	1	4
Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a)	84	2,38	0,97	1	4
n válido (de lista)	84				

Relativamente às necessidades de conforto, dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI e de acordo com o INFUCI, como mostrado na tabela 6, constatou-se que a mais importante para os familiares inquiridos, foi sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital, com média = 3,67 (±0,50), seguida de ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes, com média = 3,44 (±0,83), ter uma casa de banho perto da sala de espera com média = 3,32 (±0,68), ter mobiliário confortável na sala de espera, com média = 2,90 (±0,89), ter telefone perto da

sala de espera, com média = 2,44 (±1,00) e ter acesso a alimentação no hospital, com média = 2,38 (±1,15).

Tabela 6.
Médias e desvio padrão relativos a cada item da dimensão Necessidades de conforto dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Necessidades de Conforto	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital	84	3,67	0,50	2	4
Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes	84	3,44	0,83	1	4
Ter uma casa de banho perto da sala de espera	84	3,32	0,68	1	4
Ter mobiliário confortável na sala de espera	84	2,90	0,89	1	4
Ter telefone perto da sala de espera	84	2,44	1,00	1	4
Ter acesso a alimentação no hospital	84	2,38	1,15	1	4
n válido (de lista)	84				

Quanto às distintas dimensões do INFUCI constatou-se, de acordo com a tabela 7, que as necessidades de segurança, com média = 3,91(±0,18) são as que apresentam valor médio superior, seguidas pelas necessidades de informação, com média = 3,63 (±0,36), necessidades de proximidade, com média = 3,55 (±0,40), necessidades de suporte, com média = 3,14 (±0,46) e finalmente, necessidades de conforto, com média = 3,03 (±0,54).

Tabela 7.
Médias e desvio padrão das dimensões do INFUCI, após soma ponderada (em função do número de itens de cada dimensão) de todos os itens da respetiva dimensão

Dimensão	n	Média	Erro Desvio	Mínimo	Máximo
Segurança	84	3,91	0,18	3,14	4,00
Informação	84	3,63	0,36	2,50	4,00
Proximidade	84	3,55	0,40	2,44	4,00
Suporte	84	3,14	0,46	2,20	4,00
Conforto	84	3,03	0,54	1,67	4,00

Relativamente à questão aberta, sugerindo aos familiares que colocassem em evidência outras necessidades, não contempladas no INFUCI, obtivemos respostas igualmente importantes e significativas. Foi possível identificar outras necessidades, nomeadamente, de comunicação

com o próprio familiar, como referiu Q5: "… um tablet para poder escrever e transmitir informações".

Podemos identificar outras necessidades como, aumentar o tempo de visita, como veiculado por Q67: "… mas talvez uma pequena janela horária de visitas pela manhã seria algo bom, reduzia em muito o isolamento do doente", por Q75: "Poder ter uma pequena visita da parte da manhã, se isso não prejudicar o doente" e por Q80: "Aumentar o número de visitas possíveis. Aumentar o tempo de visita".

Foi reconhecida outra necessidade, relativa às condições físicas da sala de espera da UCI, como afirmado por Q7: "… a sala de espera deveria ser mais reservada, visto que esta se situa num corredor" e por Q83: "A sala de espera necessita de outras condições. Poderia ter mais lugares para os familiares se sentarem e um roupeiro de parede ou cabide para as roupas e sacos".

Enquadrado nas necessidades de informação e, reforçando a sua importância, Q76 refere: "Poder ligar para ter informações". Ainda nesta dimensão, Q82 afirma: "Ter uma informação mais detalhada do equipamento médico que está a ser aplicado e a sua função".

De notar que foi manifestada opinião relativa aos cuidados prestados e estrutura da UCI, como afirmado por Q67: "De um modo geral, acho que as condições e os serviços prestados são adequados à zona e aos cuidados que aqui acontecem". Foi também feita menção à forma como são recebidos os familiares, como referido por Q75: "… Como familiar senti-me bem recebida nesta unidade".

Seguidamente são apresentados os resultados relativos às hipóteses formuladas. Para testar a **Hipótese 1 - As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes entre homens e mulheres**, executou-se teste não paramétrico de Mann-Whitney U (nível de significância de $p \leq 0.05$).

Verificou-se que as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante o género diferem apenas na dimensão segurança, na qual os familiares do género feminino apresentam valor mais elevado nesta necessidade. Nas outras dimensões, verificou-se que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 8.
Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função do género

	Género	n	Postos de Média
Segurança	Masculino	25	35,08
	Feminino	59	45,64
	Total	84	
Informação	Masculino	25	38,96
	Feminino	59	44,00
	Total	84	
Proximidade	Masculino	25	37,04
	Feminino	59	44,81
	Total	84	
Suporte	Masculino	25	40,30
	Feminino	59	43,43
	Total	84	
Conforto	Masculino	25	41,46
	Feminino	59	42,94
	Total	84	

Tabela 9.
Teste não paramétrico de Mann-Whitney U para aferir significância estatística nas Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função da variável independente: género

	Segurança	Informação	Proximidade	Suporte	Conforto
U de Mann-Whitney	552,000	649,000	601,000	682,500	711,500
Significância Sig. (2 extremidades)	**0,02**	0,38	0,18	0,59	0,80

Para testar a **Hipótese 2 - As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes naqueles que já tiveram um familiar previamente internado em cuidados intensivos daqueles que não tiveram,** executou-se teste não paramétrico Mann-Whitney U (nível de significância de $p \leq 0.05$).

Constatou-se que as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante a experiência prévia com familiar em UCI diferem nas dimensões suporte e conforto, nas quais os familiares com experiência prévia sentem maior necessidade nestas dimensões. Verificou-se que em relação às restantes necessidades não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 10.
Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função de ter tido familiar previamente internado em cuidados intensivos ou não

	Previamente já teve algum familiar internado numa UCI	n	Postos de Média
Segurança	Sim	24	44,13
	Não	60	41,85
	Total	84	
Informação	Sim	24	47,02
	Não	60	40,69
	Total	84	
Proximidade	Sim	24	50,33
	Não	60	39,37
	Total	84	
Suporte	Sim	24	52,02
	Não	60	38,69
	Total	84	
Conforto	Sim	24	51,65
	Não	60	38,84
	Total	84	

Tabela 11.
Teste não paramétrico de Mann-Whitney U para aferir significância estatística nas Necessidades dos familiares em função da variável independente: ter tido familiar previamente internado em cuidados intensivos ou não

	Segurança	Informação	Proximidade	Suporte	Conforto
U de Mann-Whitney	681,000	611,500	532,000	491,500	500,500
Significância Sig. (2 extremidades)	0,63	0,28	0,06	**0,02**	**0,03**

Para testar a **Hipótese 3 - As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes entre os familiares que vivem na mesma localidade do centro hospitalar e aqueles que vivem noutra localidade,** executou-se teste não paramétrico de Mann-Whitney U (nível de significância de $p \leq 0.05$).

Verificou-se que as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante o local de residência diferem nas dimensões proximidade e informação, nas quais os familiares que vivem na mesma localidade do hospital têm maior necessidade. Nas outras dimensões, verificou-se que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 12.
Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função do local de residência

	Local de residência	n	Média
Segurança	Mesma localidade do Hospital	20	47,43
	Noutra localidade	64	40,96
	Total	84	
Informação	Mesma localidade do Hospital	20	51,60
	Noutra localidade	64	39,66
	Total	84	
Proximidade	Mesma localidade do Hospital	20	52,75
	Noutra localidade	64	39,30
	Total	84	
Suporte	Mesma localidade do Hospital	20	51,28
	Noutra localidade	64	39,76
	Total	84	
Conforto	Mesma localidade do Hospital	20	49,38
	Noutra localidade	64	40,35
	Total	84	

Tabela 13.
Teste não paramétrico de Mann-Whitney U para aferir significância estatística nas Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função da variável independente: local de residência

	Segurança	Informação	Proximidade	Suporte	Conforto
U de Mann-Whitney	541,500	458,000	435,000	464,500	502,500
Significância Sig. (2 extremidades)	0,19	**0,05**	**0,03**	0,07	0,15

Para testar a **Hipótese 4 – As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos são diferentes consoante as habilitações literárias**, executou-se teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (nível de significância de $p \leq 0.05$)

Verificou-se que não existem diferenças nas necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante as suas habilitações literárias.

Tabela 14.
Valores médios das Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos em função das habilitações literárias

	Habilitações literárias	n	Média
Segurança	Ensino primário	21	43,50
	Ensino secundário não concluído	15	39,73
	Ensino secundário concluído	27	47,04
	Programa pós secundário	8	42,63
	Grau universitário	13	34,58
	Total	84	
Proximidade	Ensino primário	21	45,33
	Ensino secundário não concluído	15	43,53
	Ensino secundário concluído	27	42,39
	Programa pós secundário	8	39,56
	Grau universitário	13	38,77
	Total	84	
Informação	Ensino primário	21	41,71
	Ensino secundário não concluído	15	43,93
	Ensino secundário concluído	27	43,69
	Programa pós secundário	8	40,25
	Grau universitário	13	41,04
	Total	84	
Conforto	Ensino primário	21	42,05
	Ensino secundário não concluído	15	52,80
	Ensino secundário concluído	27	41,22
	Programa pós secundário	8	42,19
	Grau universitário	13	34,19
	Total	84	
Suporte	Ensino primário	21	41,10
	Ensino secundário não concluído	15	52,70
	Ensino secundário concluído	27	44,11
	Programa pós secundário	8	40,06
	Grau universitário	13	31,15
	Total	84	

Tabela 15.
Teste não paramétrico de Kruskal Wallis para aferir a relação entre as habilitações literárias e Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

	Segurança	Proximidade	Informação	Conforto	Suporte
Qui-quadrado	4,005	0,743	0,260	4,316	5,726
graus de liberdade	4	4	4	4	4
Significância Sig.	0,41	0,95	0,99	0,37	0,22

5. DISCUSSÃO

Uma das principais responsabilidades do enfermeiro especialista na UCI é colmatar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica. Concordando com Kohi, Obogo e Mselle (2016), os familiares poderão fazer a interligação entre os enfermeiros e a pessoa em situação crítica, cujas funções fisiológicas e psicológicas estão comprometidas. Incutindo no familiar um estado de tranquilidade e segurança, provavelmente, no decorrer da visita, este transmitirá esses sentimentos, o que se poderá traduzir em melhorias na evolução do estado da pessoa em situação crítica.

Neste estudo, verificou-se que as necessidades identificadas como mais importantes pelos familiares se enquadram nas dimensões segurança e informação, concretamente: ter a garantia que os melhores cuidados eram prestados, saber o prognóstico, sentir que os profissionais hospitalares se preocupam, obter respostas sinceras às questões colocadas e falar diariamente com o médico. É relevante observar a pequena diferença nas médias de pontuação destes itens, o que sugere que ter estas necessidades atendidas é grandemente valorizado pela vasta maioria dos participantes deste estudo.

Os resultados encontrados têm suporte em estudo prévio, efetuado por Molter (1979), que conclui que as dimensões entendidas como tendo um maior grau de importância, são a segurança e informação, seguidas da dimensão proximidade. Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar, obter respostas sinceras às questões colocadas, ter a garantia que os melhores cuidados eram prestados e saber o prognóstico, foram necessidades às quais foi dado um grau de importância elevado.

Similarmente, Omari (2009), afirma que sete das dez necessidades com maior grau de importância, se encontram na dimensão segurança, concretamente: ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis, sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar, sentir que existe esperança, obter respostas sinceras às questões colocadas, receber informações que compreenda, saber o prognóstico do seu familiar, conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar e as três restantes enquadram-se na dimensão informação, precisamente: saber qual o tratamento médico do seu familiar, saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar, conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar.

Também Hinkle e Fitzpatrick (2011), identificaram as três necessidades mais importantes como pertencendo às dimensões segurança e informação, concretamente, a garantia que os melhores cuidados possíveis estão a ser prestados, saber aquilo que está a ser feito pelo seu familiar e a obtenção de respostas honestas às questões colocadas.

Igualmente, Obringer, Hilgenberg e Booker (2012), obtiveram elevada classificação dos itens na dimensão segurança, nomeadamente, a obtenção de respostas sinceras às questões foi avaliada como sendo a mais importante, seguida por estar seguro que os melhores cuidados possíveis estão a ser prestados, o que refletiu a importância que os familiares atribuíam à confiança nos elementos da equipa multidisciplinar.

Em consonância também, Padilla (2014), chega à conclusão de que as principais necessidades das famílias da pessoa em situação crítica dizem respeito à dimensão segurança, seguidas pelas necessidades de informação que implicam uma comunicação fundamentada e detalhada de aspetos relacionados com os cuidados e tratamento.

Torna-se crucial para os enfermeiros da UCI, estarem bem informados acerca dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e preparados para responder de forma articulada, concisa e percetível quando abordados sobre a segurança e situação clínica por membros da família. Objetivamente, deve-se transmitir confiança e segurança nos cuidados e na informação, mantendo uma esperança pragmática num resultado desejável.

Ter alguém que ajude nos problemas financeiros, ter mobiliário confortável na sala de espera, ter telefone perto da sala de espera, receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar, ter assistência religiosa/espiritual, ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a), ter acesso a alimentação no hospital, foram as necessidades identificadas, embora com menor grau de importância. São necessidades de suporte e conforto e têm sido referidas em estudos prévios, de acordo com uma revisão da literatura efetuada por Padilla (2014), como tendo um grau de importância inferior às demais, sugerindo que para muitos membros da família, a necessidade de serviços e recursos, por parte de outros, neste momento da hospitalização em UCI, torna-se menos importante do que a segurança e informação.

Similarmente, Molter (1979), conclui que as dimensões entendidas como tendo um menor grau de importância são o suporte e o conforto e entre as necessidades menos importantes encontram-se também: ter alguém que ajude nos problemas financeiros, ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a), receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar.

No que se refere à questão sobre outras necessidades não contempladas no INFUCI surgem em destaque as necessidades de aumento do tempo de visita, número de visitas diárias e a possibilidade de abertura de um período de visita durante a manhã, às quais foi dada a devida atenção e debatido com a direção da UCI um plano de ação com o intuito de as colmatar. Ainda nesta questão, surgiu uma necessidade relacionada com a comunicação família/pessoa em situação crítica. Por se considerar de extrema importância, foi proposto ao serviço a aquisição de um equipamento eletrónico que facilitasse este processo de comunicação. Esta sugestão foi acedida, tendo sido adquirido um equipamento eletrónico, em concreto um iPad de última geração e instaladas diversas aplicações que oferecem respostas a esta necessidade, quer seja no âmbito da visita presencial, quer seja ao nível da comunicação através de videochamada, encontrando-se neste momento já em utilização por toda a equipa e pelos familiares que assim o entendam. Revelou-se como sendo uma importante medida com vista a facilitar e tornar menos penoso o internamento em UCI, sobretudo considerando os tempos de afastamento social e limite extremo de visitas levado a cabo pela instituição com vista a auxiliar no combate aos efeitos devastadores da pandemia que nos assola.

Ainda na questão sobre necessidades não contempladas no INFUCI surge em destaque a necessidade de melhoria das condições da sala de espera da UCI. Como medida a implementar, propõe-se uma restruturação desta sala no sentido de a tornar mais acolhedora, permitindo maior privacidade, garantindo mais conforto e disponibilizando equipamentos de apoio para os pertences dos familiares.

No respeitante às necessidades de informação e, realçando a sua importância, outra melhoria a implementar poderá passar pela elaboração de um guia atualizado de informação aos familiares em suporte de papel e em suporte digital utilizando para este efeito o meio audiovisual (televisão) presente na sala de espera, no qual constem as informações pertinentes a respeito das caraterísticas, dinâmica e normas da UCI, uma descrição geral dos cuidados prestados a este nível e do quotidiano da pessoa em situação crítica, recursos do centro hospitalar e conselhos úteis para auxiliar os familiares nesta transição.

No que se refere às hipóteses formuladas, verificou-se que as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante o género diferem na dimensão segurança, na qual os familiares do género feminino apresentam valor mais elevado nesta necessidade, talvez porque a sociedade continue a esperar da mulher, pelo seu papel agregador, mais que do homem em atividades familiares, nomeadamente as relacionadas com o ato de cuidar e acompanhar o elemento doente da família e esta expetativa seja transversal ao cuidar em casa ou deixar ao

cuidado dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. Além disto, provavelmente as mulheres sejam mais sensíveis a esta situação e tenham em atenção determinadas particularidades que os homens não considerem muito relevantes.

As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante a experiência prévia com familiar internado neste tipo de unidade de saúde diferem nas dimensões suporte e conforto, nas quais os familiares com experiência prévia sentem maior necessidade nestas dimensões provavelmente devido ao facto da maior literacia dos familiares a respeito de toda a exigência do ambiente de UCI ser fator condicionador de que o conforto e as estruturas de suporte devam ser consideradas como relevantes nas dinâmicas exigidas a este nível, quer sejam aquelas que se aplicam concretamente ao momento de visita, quer sejam as que se dirigem à reestruturação familiar e procura de suporte externo à família, ou mesmo apoio diferenciado no sentido de facilitar esta transição.

As necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em UCI mediante o local de residência diferem nas dimensões proximidade e informação, na qual os familiares que vivem na mesma localidade do hospital têm maior necessidade. A maior facilidade de acesso ao hospital poderá traduzir-se num anseio de que esta condição seja fator que possa conduzir a uma maior envolvência nas dinâmicas de visita e informação cedida pelos profissionais.

6. CONCLUSÃO

Este projeto teve como finalidade melhorar a interação entre família, pessoa em situação crítica e profissionais de saúde, com vista à satisfação de necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica, em UCI.

Enquadrando a teoria das transições, o enfermeiro necessita ter conhecimento a respeito do crescimento e do desenvolvimento da pessoa em situação crítica e dos seus familiares, sempre consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que provocam instabilidade com o intuito de ser facilitador de um processo de transição saudável. Perspetivar o exercício da enfermagem mais humanizador, científico e holístico deverá ser uma meta a alcançar.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como ações interventivas continuadas no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de segurança e bem-estar.

Torna-se relevante promover os cuidados numa perspetiva transicional, visando a valorização das pessoas. Os cuidados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal, mediante um maior equilíbrio e estabilidade.

A equipa multidisciplinar deve unificar esforços para reconhecer as necessidades da família e planear formas de as satisfazer de forma competente. Dentro da equipa multidisciplinar, os enfermeiros são os profissionais mais habilitados para liderar iniciativas neste sentido. Uma avaliação precisa das necessidades familiares e uma comunicação clara com os elementos da família, pode preparar os enfermeiros para intervir adequadamente.

A fim de fornecer cuidados de enfermagem especializados e melhorar os padrões, as necessidades dos membros da família que acompanham a pessoa em situação crítica em internamento numa UCI, devem ser equacionadas com regularidade.

As intervenções especializadas de enfermagem precisam ter como foco a comunicação e o atendimento de qualidade à pessoa em situação crítica. Como os resultados deste estudo evidenciam, as famílias precisam saber que a pessoa em situação crítica está a receber os melhores cuidados e que os enfermeiros e a equipa multidisciplinar estão disponíveis para responder eficazmente à medida que as condições mudam.

Oportunidades para informar os enfermeiros sobre a prática baseada na evidência são recomendadas para melhorar a sua capacidade de satisfazer as necessidades dos membros da família.

As políticas para melhorar a implementação das orientações poderiam beneficiar enfermeiros, membros da família e, mais importante, as pessoas em situação crítica na UCI.

A eficaz comunicação com a pessoa em situação crítica e a família, deve continuar a ser uma prioridade de enfermagem. O conhecimento adquirido a partir deste estudo, sobre as necessidades familiares da pessoa em situação crítica oferece aos enfermeiros da UCI oportunidades para uma análise mais aprofundada.

Como limitação aponto, o facto deste estudo ter decorrido numa única UCI pois, diferentes unidades, com práticas distintas, poderão ser geradoras de graus de necessidades, díspares dos encontrados. As conclusões desta investigação não se podem generalizar, estando delimitadas a esta amostra e a esta UCI.

Pode ser também identificada como uma limitação do estudo, as diversas patologias das pessoas em situação crítica na UCI não terem sido avaliadas. Deste modo, os participantes da pesquisa podem ter variado as suas necessidades com base no tipo e gravidade da doença dos seus familiares.

O presente relatório traduz a análise e reflexão crítica deste percurso, através da agilização dos objetivos definidos com as atividades realizadas para os atingir e as consequentes competências adquiridas ou aperfeiçoadas.

Além de documentar a aprendizagem consolidada ao longo deste estágio, a sua elaboração constituiu um momento de enriquecimento. Transversalmente à consulta bibliográfica realizada e à sua análise, houve um evidente progresso da minha capacidade crítica e reflexiva sobre o saber ser, saber fazer, e saber estar e saber transformar em enfermagem.

Tornou-se ainda mais evidente a verdadeira necessidade da busca contínua de formação relevante e atualizada. A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica foi, sem sombra de dúvida, um sólido alicerce que me garante uma mais ajustada atuação em ambiente profissional, permitindo a aplicação dos conhecimentos técnicos, científicos, culturais e humanos, valores e capacidades conducentes a uma prática de cuidados de excelência.

Posso concluir que a realização de estágio numa UCI foi uma mais valia, quer enquanto profissional, quer enquanto aluno deste curso, possibilitando a aquisição de competências que me permitirão progredir para uma nova fase, visando sempre a excelência dos cuidados em enfermagem.

Neste processo de análise e reflexão sobre o percurso académico e profissional realizado, estou ciente que, empenho, proatividade, respeito, empatia e consciência foram sempre patenteados, no meu âmbito de competência e responsabilidade.

Procurei garantir a prestação de cuidados de enfermagem especializados, individualizados e globais, de elevada qualidade, num quadro de eficiência e eficácia, dando resposta às necessidades de saúde das pessoas e famílias, promovendo a continuidade de cuidados.

Os princípios humanistas de respeito pelos valores, cultura, religião e todos os demais previstos no Código Deontológico dos Enfermeiros, foram suporte fundamental no meu exercício de funções.

Para alcançar competências em enfermagem da pessoa em situação crítica, foi essencial a análise crítica e reflexiva sobre as tomadas de decisão, aquisição e atualização e de novos conhecimentos. Os momentos de discussão de ideias, com a enfermeira orientadora e com a equipa multidisciplinar, as reflexões sobre a prática clínica, num exercício contínuo, aquando da prestação de cuidados, visaram a implementação de melhores cuidados.

Perante a pessoa em situação crítica, frágil nas suas funções vitais, há expectativa sobre o enfermeiro, para que exerça um nível assistencial elevado, por parte da sociedade, do próprio e da família/responsável legal. Da minha observação, considero sem qualquer reserva, que seria proveitoso para a UCI onde decorreu o estágio a existência de mais enfermeiros especialistas em enfermagem da pessoa em situação crítica.

Na minha perspetiva, considero um enorme benefício o investimento na formação e investigação contínua na área da enfermagem da pessoa em situação crítica e na atualização persistente dos protocolos ajustados às necessidades dos familiares.

Procurei, também, alcançar as competências do enfermeiro especialista na área da gestão dos cuidados, na adaptação da liderança, em trabalho de equipa multidisciplinar. O estágio tornou-se, assim, importante uma vez que me proporcionou a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O trabalho proposto pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora foi executado com dedicação. Revisão, reestruturação e reordenação de protocolos do serviço traduziram-se em ganhos pessoais e profissionais, dado que se tornou um desafio a pesquisa sobre as diversas temáticas e consequente atualização dos conhecimentos teóricos e práticos.

Com este relatório não consigo abranger nem preencher toda a complexidade e extensão de conhecimentos, reflexões, casos clínicos, e trabalho diário realizado ao longo destes meses de estágio. Considero que este não é o final de um trajeto, mas o início de uma nova etapa. Desta forma, desejo aprofundar conhecimentos com o propósito da melhoria contínua de competências para uma prática de enfermagem especializada. Em suma, o propósito essencial terá que ser uma incessante procura da excelência nos cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, K.H., Sago, J.G., Breen, C.M., Abernethy, A.P., & Tulsky, J.A. (2001). Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Critical Care Medicine, 29*, 197-201. Recuperado em 16 de dezembro, 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11176185

Alligood, M.R. (2013). Nursing theorists and their work. *Mosby Elsevier*, 8th Edition, 416-433.

Amon, J., & Lohman, D. (2011). Denial of pain treatment and the prohibition of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. *Interrights Bulletin. 16* (4), 172-184. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011.12%20InterRights%20Bulletin%20Article_only.pdf

Bambi, S., Lucchini, A., Innocenti, D., & Mattiussi, E. (2015). Complications in critically ill adult patients transportations reported in the recent literature. *Emergency Care Journal, 11* (1), 12-16. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi:10.4081/ecj.2015.4781

Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Mirmohammadkhani, M., Vaismoradi, M., & Snelgrove, S. (2015). Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: An Iranian perspective. *Journal of Research Nurs*ing *20*, 401-422. Recuperado em 16 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.1177/1744987115591868

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. 6th Edition, New York: Oxford University Press

Brennan, F., Carr, D.B., & Cousins M. (2007). Painmanagement: a fundamental human right. *Anesth Analg*. *105* (1), 205-221. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55

Boletim Informativo n.º 53/2018, de 28 de dezembro. Plano Estratégico de Enfermagem do centro hospitalar para o biénio 2019-2020, 6-7.

Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos – tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory.* Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem. Universidade do Porto. Porto. Recuperado em 20 de dezembro, 2018 de https://core.ac.uk/download/pdf/143399470.pdf

Chase, R. B., & Aquilano, N. J. (1995). *Gestão da produção e das operações: Perspectivas do ciclo de vida*. 1ª edição, Lisboa: Monitor.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*, 237-255. Recuperado em 20 de março, 2019, de https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs

Circular Normativa nº 09/DGCG/2003, de 14 de junho. A Dor como 5º sinal vital. Direcção-Geral da Saúde Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx

Circular Normativa nº 13/DQS/DSD/2010, de 14 de junho. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boa-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx

Cousins, M.J. (1999). Pain: the pain, present and future of anesthesiology? *The E. A. Rovenstine Memorial Lecture. Anesthesiology, 91* (2), 538-551. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi:10.1097/00000542-199908000-00029

Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M.M., Tieszen, M., Kon, A.A.M., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I.D., Levy, M.M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Task Force 2004–2005. *Crit Care Med, 35*, 1-18. Recuperado em 21 de março, 2019, de doi: 10.1097/01.ccm.0000254067.14607.eb

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo. Diário da República n.º 30/2017, Série I, Lisboa, 694-720. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://data.dre.pt/eli/dec-lei/18/2017/02/10/p/dre/pt/html

Lei n.º 27/2006, de 03 de julho. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República nº 27/2006, Série I, Lisboa, 4696-4706. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, Lisboa: Ministério da Saúde, 2959-2962. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html

Demiselle, J., Mercat, A., & Asfar, P. (2018). Is there still a place for the Swan–Ganz catheter? Yes. *Intensive Care Medicine, 44* (6), 954-956. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.1007/s00134-018-5158-0

Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho. Rastreio Nutricional, Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rastreio-nutricional--documento-de-apoio-a-implementacao-da-avaliacao-do-risco-nutricional.aspx

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, Série II, N.º 28, Lisboa. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://dre.pt/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210

DGS (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário, Lisboa. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.ª ed. Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Frizon, G., Nascimento, E.P., Bertoncello, K.G., & Martins, J.J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha Enfermagem*, *32*, 72-78. Recuperado em 12 de dezembro, 2018, de http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100009

Gil, A. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Edição, São Paulo: Atlas.

Guillamet, C. & Kollef, M. H. (2015). Ventilator associated pneumonia in the ICU: Where has it gone? *Current Opinion in Pulmonary Medicine, 21* (3), 226-231. Recuperado em 21 de setembro, 2019, de https://doi:10.1097/MCP.0000000000000151

Hejazi, N., Mazloom, Z., Zand, F., Rezaianzadeh, A., & Amini, A. (2016). Nutritional Assessment in Critically Ill Patients. *Iran J Med Sci*., *41* (3), 171-179. Recuperado em 14 de outubro, 2019, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4876294/

Hinkle, J. L., & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing, 27* (4), 218-225. Recuperado em 01 de fevereiro, 2020, de http://doi:10.1016/j.iccn.2011.04.003

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2007). *Designing Clinical Research*. 3rd Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: Wolters Kluwer. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de Health https://www.kau.edu.sa/GetFile.aspx?id=240104&fn=Designing%20Research.pdf

Inaba, L. C., Silva, M. J. P., & Telles, S. C. R. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem TT - The critical patient and communication: the vision of the family regarding the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*, *39* (4), 423-429. Recuperado em 20 de março, 2019, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf

Kakushi, L. E., & Évora, Y. D. M. (2014). Direct and indirect nursing care time in an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *22* (1), 150-157. Recuperado em 14 de outubro, 2019, de http://doi:10.1590/0104-1169.3032.2381

Kryworuchko, J., & Heyland, D.K. (2009). Using family satisfaction data to improve the processes of care in ICU. *Intensive Care Med*, *35*, 2051-2058. Recuperado em 12 de março, 2019, de https://doi:10.1007/s00134-009-1611-4

Kohi, T. W., Obogo, M. W., & Mselle, L. T. (2016). Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National Hospital Intensive Care Units, Tanzania. *BMC Nursing*, *15* (1). Recuperado em 27 de dezembro, 2019, de https://doi:10.1186/s12912-016-0139-5

Lei *n.º 156/2015*, de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I, Lisboa, 8059-8105. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https:// data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html

Leske, J. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, *20*, 236-244. Recuperado em 10 de dezembro, 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2032860

Lohman, D., Schleifer, R., & Amon, J.J. (2010). Access to pain treatment as human right. *BMC Medicine*. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https:// https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-8

Martins, J., Schneider, D., Coelho, F., Nascimento, E., Albuquerque, G., Erdmann A., & Gama, F. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul. Enferm. 22* (3), 265-271. Recuperado em 26 de dezembro, 2018, de http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a05v22n3.pdf

McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phemenological study. *Intensive Critical Care Nursing*, *26* (5), 254-261. Recuperado em 22 de dezembro, 2018, de https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.004

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, *42*, 255-259. Recuperado em 22 de março, 2019, de http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0

Meleis, A., (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th Edition, Philadelphia (US), Lippincott Williams.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23* (1), 12–28. Recuperado em 22 de fevereiro, 2019, de http://doi:10.1097/00012272-200009000-00006

Miranda, D., Moreno, R., & Iapichino, G. (1997). Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med, Springer-Verlag*, *23*, 760-765. Recuperado em 14 de outubro, 2019, de https://doi.org/10.1007/s001340050406

Miranda, D., & Jegers, M. (2012). Monitoring costs in the ICU: a search for a pertinent methodology. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *56* (9), 1104-1113. Recuperado em 14 de outubro, 2019, de http://doi:10.1111/j.1399-6576.2012.02735.x

Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, 8, 332-339.

Molter, N., & Leske, J. (1995). Critical Care Family Needs Inventory. Heart and Lung. Recuperado em 28 de dezembro, 2018, de https://www.researchgate.net/publication/239487849_Critical_Care_Family_Needs_Inventory

Muscedere, J., Shorr, A., & Jiang, X. (2012). The adequacy and timely empiric antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia and blood stream infection: a meta-analysis. *J Crit Care*, *27*, 322.e7-322.e14. Recuperado em 21 de setembro, 2019, de https://doi:10.1016/j.jcrc.2011.09.004

Nascimento, E.P., & Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad, *Revista Latino Am Enfermagem*, *12* (2), 250-257. Recuperado em 17 de dezembro, 2018, de http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015

Normas e Regulamentos da UCI. (2019)

Norma n.º 003/2012, de 19 de outubro, Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Direção Geral de Saúde. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de

https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n 0032012-de-19102012-png.aspx

Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing, 21* (11-12), 1651-1658. Recuperado em 20 de dezembro, 2019, de https://doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x

Omari, F. (2009). Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship, 1*, 28-34. Recuperado em 10 de dezembro, 2019, de https://doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01248.x

Padilla, C. F. (2014). Most Important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm, 32* (2), 306-316. Recuperado em 17 de janeiro, 2020, de https://doi:10.17533/udea.iee.v32n2a13

Paz, P. O., & Kaiser, D. E. (2011). A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 32* (1), 23-30. doi:10.1590/s1983-14472011000100003. Recuperado em 17 de setembro, 2019, de http://dx.doi:10.1590/S1983-14472011000100003

Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., le Gall, J.R., Dhainaut, J.F., & Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine, 29*, 1893-1897. Recuperado em 16 de dezembro, 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588447

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. Diário da República, 35, Série II, 8656-8657. Recuperado em 21 de Março, 2019, de https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/741508/details/maximized?parte_filter=33&serie=II&search=Pesquisar&ano=2011&types=DR&fpb=dHJ1ZQ%3D%3D

Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 35/2011, Série II, 8656-8657. Recuperado em 21 de março, 2019, de https://dre.pt/home/-/dre/3477013/details/maximized

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 135, Série II, 19359-19364. Recuperado em 21 de março, 2019, de https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 184, 128-155. Recuperado em 21 de dezembro, 2019 de https://dre.pt/application/conteudo/124981040

Radermacher, P., Maggiore, S., & Mercat, A. (2017). Fifty years of research in ARDS. Gas exchange in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. *196*, 964-984. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2156SO

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Legis Editora.

Rouquayrol, M.Z, & Almeida, N. (2006). Epidemiologia e saúde, 6ª Edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos, 15*, 1-37. Recuperado em 15 de dezembro, 2018, de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Simoni, R.M., & Silva, M.P. (2012). O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. *Rev. Esc. Enferm., USP*, *46*, 65-70. Recuperado em 22 de dezembro, 2018, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/10.pdf

Silva, S.D., & Costa, F. J. (2014). Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. PMKT – *Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, São Paulo, Brasil, *15*, 1-16. Recuperado em 02 de janeiro, 2019, de http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/15/1_Mensura%C3%A7%C3%A3o%20e%20Escalas%20de%20Verifica%C3%A7%C3%A3o%20uma%20An%C3%A1lise%20Comparativa%20das%20Escalas%20de%20Likert%20e%20Phrase%20Completion.pdf

Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health, 23*, 191–203. Recuperado em 02 de janeiro, 2019, de https://books.google.pt/books?id=5elOAQAAQBAJ&pg=PA654&lpg=PA654&dq=Schumacher,+K.;+Stewart,+B.;+Archbold,+P.;+Dodd,+M.+%26+Dibble,+S.+(2000).&source=bl&ots=iwUFsGMepn&sig=ACfU3U27jZWrjFH86T2W_Vaw5cgFutgpTQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwj_p5KVktThAhWRx4UKHUy-Dd8Q6AEwAXoECAUQAQ#v=onepage&q=Schumacher%2C%20K.%3B%20Stewart%2C%20B.%3B%20Archbold%2C%20P.%3B%20Dodd%2C%20M.%20%26%20Dibble%2C%20S.%20(2000).&f=false

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship, 26*, 119-127. Recuperado em 02 de abril, 2019, de doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, 3*, III Série, 15-23. Recuperado em 22 de abril, 2019, de http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn3/serIIIn3a02.pdf

Sharkey, S. (1987). Beyond the wedge: clinical physiology and the SwanGanz catheter. *Am J Med. 83*, 111–122. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.1016/0002-9343(87)90504-3

Somerville, M.A. (2001). Death Talk: The case against euthanasia and physician-assisted suicide. Montreal, Canada: *McGill-Queen's University Press*, 215.

Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 46-55.

Sundararajan, K., Sullivan, T., & Chapman, M. (2012). Determinants of family satisfaction in the intensive care unit, *Anaesthesic Intensive Care*, *40* (1), 159-165. Recuperado em 22 de dezembro, 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22313078

Swan, H., Ganz, W., & Forrester, J. (1970). Catheterization of the heart in man with use of a fow-directed balloon-tipped catheter. *N Engl J Med. 283*, 447–451. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.1056/nejm197008272830902

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série 10*, 135–142. Recuperado em 21 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.12707/riv16026

Ventetuolo, C., & Klinger, J. (2014). Management of acute right ventricular failure in the intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc. 11* (8), 811-822. Recuperado em 26 de setembro, 2019, de https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201312-446FR

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, Geneve. Recuperado em 14 de outubro, 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=E6453F1BA669916B4839AF02B4E64209?sequence=1

Wetzig, K., & Mitchell, M. (2017). The needs of families of ICU trauma patients: an integrative review. *Intensive Crit. Care Nurs. 41*, 63-70. Recuperado em 22 de agosto, 2019, de https://doi: 10.1016/j.iccn.2017.02.006

APÊNDICES

Apêndice A - Certificado de presença nas "Jornadas Humanize Healthcare"

CERTIFICADO

Certifica-se que **Miguel Ângelo Bento Machado**

participou nas **jornadas Humanize HEALTHCARE,** do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no Centro Pastoral de Amarante, no dia 20 de setembro de 2019.

Penafiel, 20 de setembro de 2019

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

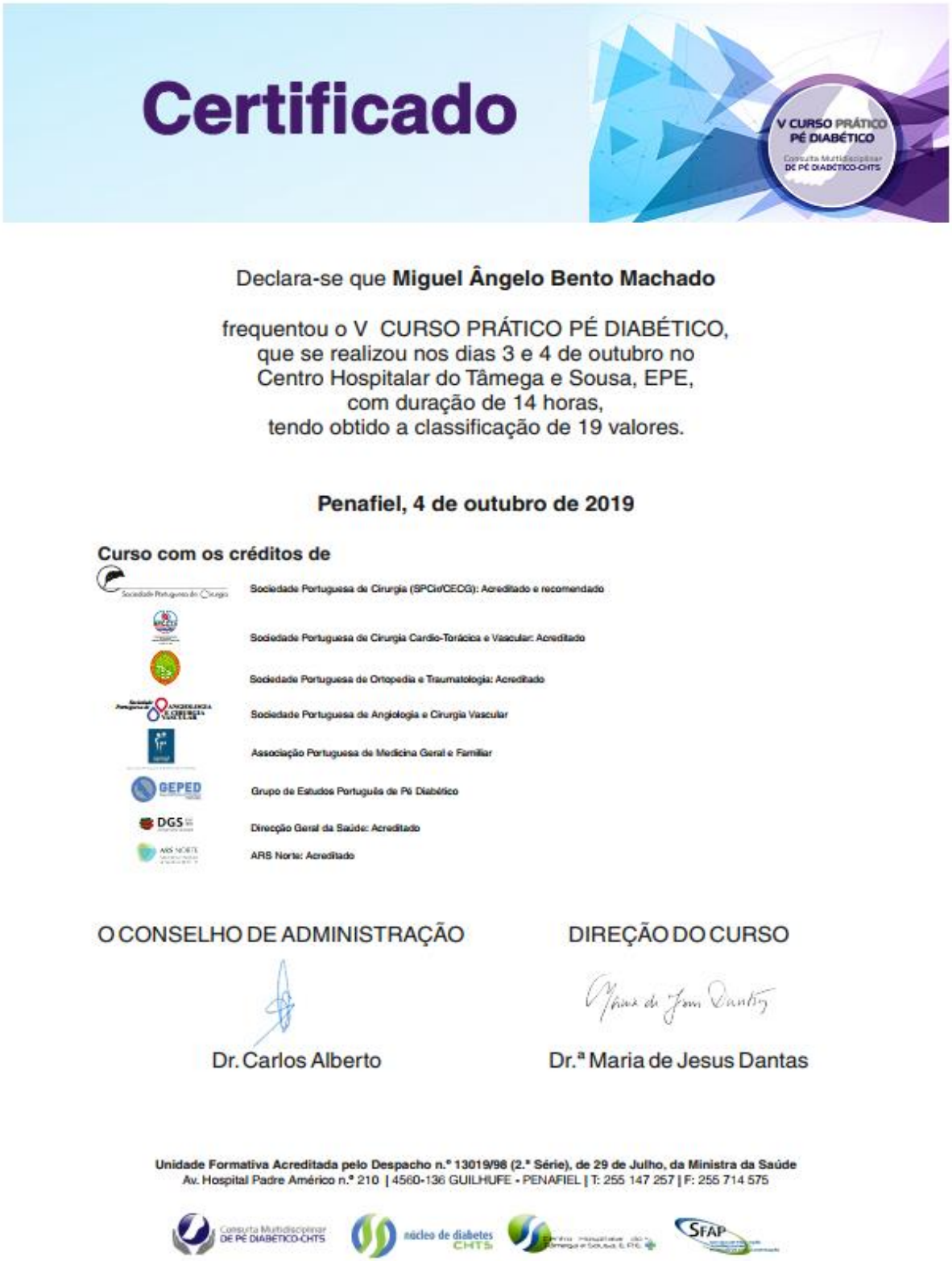
REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP

Apêndice B - Certificado de participação no "V Curso Prático do Pé Diabético"



Certificado

V CURSO PRÁTICO PÉ DIABÉTICO

Consulta Multidisciplinar DE PÉ DIABÉTICO-CHTS

Declara-se que **Miguel Ângelo Bento Machado**

frequentou o V CURSO PRÁTICO PÉ DIABÉTICO,
que se realizou nos dias 3 e 4 de outubro no
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE,
com duração de 14 horas,
tendo obtido a classificação de 19 valores.

Penafiel, 4 de outubro de 2019

Curso com os créditos de

Sociedade Portuguesa de Cirurgia (SPCir/CECG): Acreditado e recomendado

Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular: Acreditado

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia: Acreditado

Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

GEPED — Grupo de Estudos Português de Pé Diabético

DGS — Direcção Geral da Saúde: Acreditado

ARS Norte: Acreditado

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Dr. Carlos Alberto

DIREÇÃO DO CURSO

Dr.ª Maria de Jesus Dantas

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4560-136 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575

Consulta Multidisciplinar DE PÉ DIABÉTICO-CHTS — núcleo de diabetes CHTS — SFAP

Apêndice C - Certificado de participação no evento "Dia Mundial do Cancro Digestivo"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

DIA MUNDIAL DO CANCRO DIGESTIVO
30 SETEMBRO 2019
CANCRO GÁSTRICO

CERTIFICADO

Certifica-se que **Miguel Ângelo Bento Machado**

participou no **Dia Mundial do Cancro Digestivo – Cancro Gástrico** do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório do Hospital Padre Américo, no dia 30 de setembro de 2019.

Penafiel, 30 de setembro de 2019

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Carlos Amorim

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP

Apêndice D - Certificado de presença nas "XXXII Jornadas Portuguesas de Cirurgia"

XXXII JORNADAS PORTUGUESAS DE CIRURGIA

11/12 OUT 2019

CERTIFICADO

Certifica-se que

Miguel Ângelo Bento Machado

Esteve presente na **XXXII Jornadas Portuguesas de Cirurgia**, que teve lugar na Fundação Cupertino Miranda, nos dias 11 e 12 de Outubro de 2019.

17-10-2019

PRESIDENTE

DR. JOSÉ DAVIDE

Apêndice E - Certificado de presença na "8.ª Jornada Urológica"

8ª JORNADA UROLÓGICA

DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE

18 OUTUBRO 2019 | 08:00

PENAFIEL PARK HOTEL

CERTIFICADO

Certifica-se que **Miguel Ângelo Bento Machado**

participou na 8ª Jornada Urológica do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa que se realizou no Penafiel Park Hotel, no dia 18 de outubro de 2019.

Penafiel, 18 de outubro de 2019

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Carlos Alberto

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE · SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE · Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. · SFAP

Apêndice F - Certificado de presença na sessão de formação "Apresentação do resultado dos indicadores no âmbito das úlceras por pressão do ano 2018"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP Serviço de Formação Aperfeiçoamento Profissional e Documentação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

MIGUEL ANGELO BENTO MACHADO

Participou como formando (a) na Acção de Formação no **SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA** com o Tema:

"APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DOS INDICADORES NO ÂMBITO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO DO ANO 2018, INSERIDO NO PMCQ"

que teve lugar neste Centro Hospitalar – Penafiel - HPA, no dia 21 de Outubro de 2019, com a duração de **30 MINUTOS.**

Programa:

- Apresentação do estudo realizado na UCIP.
-Apresentação de dados recolhidos.
- Discussão dos resultados

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., aos 18 de Dezembro de 2019

O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

CRISTINA PINTO, ENF.
ENFERMEIRO CHEFE

O SFAP,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRECTORA SERVIÇO

Certificado n.º F S 3444/2019

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFE – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

Apêndice G - Certificado de presença na sessão de formação "Cuidados oftalmológicos ao doente crítico"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP Serviço de Formação Aperfeiçoamento Profissional e Documentação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

MIGUEL ANGELO BENTO MACHADO

Participou como formando (a) na Acção de Formação no **SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA** com o Tema:

"APRESENTAÇÃO DA NORMA:

- CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS AO DOENTE CRÍTICO"

que teve lugar neste Centro Hospitalar – Penafiel - HPA, no dia 21 de Outubro de 2019, com a duração de **30 MINUTOS.**

Programa:

- **Contextualização relativo aos cuidados Oftalmológicos necessários nos doentes**
- **Apresentação da Norma;**
- **Discussão sobre Norma.**

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., aos 21 de Dezembro de 2019

O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA,

CRISTINA PINTO, ENFª.
ENFERMEIRO CHEFE

O SFAP,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRECTORA SERVIÇO

Certificado n.º F S 3473/2019

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 28 de Julho, da Ministra da Saúde
Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFE – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

Apêndice H - Certificado de participação na sessão de formação "Implementação da Unidade Funcional da Dor Aguda"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP

Serviço de Formação Aperfeiçoamento Profissional e Documentação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto-Lei n.º 50/98, de 11 de Março; Decreto Regulamentar n.º 35/2002, de 23 de Abril)

Certifica-se que **MIGUEL ÂNGELO BENTO MACHADO**, frequentou a 09 de Outubro de 2019, com a duração total de 5 horas, a formação: **IMPLEMENTAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL DA DOR AGUDA.**

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, aos 15 de Outubro de 2019

O VOGAL DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,

(João Ribeiro, Enfº Diretor)

O SFAP,

(Alexandre Arcosa, Coordenador Serviço)

Certificado n.º SH 695/2019

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFE – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

Apêndice I - Certificado de formação profissional no curso de "Suporte Avançado de Vida - Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)"

Certifica-se que **Miguel Ângelo Bento Machado**, nascido em 25/12/1979, com o Número de Identificação Civil 11581635, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 26/04/2019 a 27/04/2019, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 27 de abril de 2019

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro

American Heart Association. | AUTHORIZED TRAINING CENTER

INEM ENTIDADE ACREDITADA

ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

Certificado nº 27042019CHTS-13/2019

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Apêndice J - II Reunião Científica do serviço de Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Vale do Sousa

2ª Reunião Científica

VMER Vale do Sousa

Certificado

Certifica-se que

Miguel Ângelo Bento Machado

Participou na 2.ª Reunião Científica da VMER, no dia 31 de janeiro que se realizou no auditório do Hospital Padre Américo em Penafiel, com a duração de 4 horas.

Penafiel, 31 de janeiro de 2020.

Conselho de Administração

14h30 – Sessão de Abertura

15h00 – Via Verde de Trauma
Dr. António Marques (CHP)

15h45 – Mesa Redonda – Via Verde AVC
Dr. Vítor Fagundes (CHTS)
Enf.º Marco Alves (CHTS)
Enfª Marlene Ribeiro (CHTS)
Enf.º Pedro Moreira (CHTS)

16h45 – Intervalo

17h00 – Mesa Redonda – ECMO
Dr. Paulo Figueiredo (CHSJ)
Enf.º Carlos Ferreira (CHSJ)
Enf.º Pedro uis Ferreira (CHTS)

18h00 – Sessão Prática
Preparação e utilização do Compressor Cardíaco Externo (LUCAS®)

18h30 – Sessão encerramento

REPÚBLICA PORTUGUESA · 40 SNS · VMER · SFAP

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde | Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4560-210 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 527 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

Apêndice K - Certificado de presença na sessão de formação "Vigilância epidemiológica e controlo de infeção no SMI (UCIP e UIP)"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP Serviço de Formação Aperfeiçoamento Profissional e Documentação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

MIGUEL ANGELO BENTO MACHADO

Participou como formando (a) na Acção de Formação no **SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA** com o Tema:

"VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLO DE INFECÇÃO NO SMI (UCIP E UIP) "

que teve lugar neste Centro Hospitalar – Penafiel - HPA, no dia 21 de Outubro de 2019, com a duração de **30 MINUTOS.**

Programa:

- Breve resumo bibliográfico sobre conceitos de vigilância epidemiológica;
- Descrição das actividades desenvolvidas nos Serviços e resultados como a taxa de adesão á lavagem das mãos;
- Apresentação de resultados de incidência das infecções associadas Aos cuidados de Saúde;
- Discussão sobre resultados apresentados estratégicas a tomar para melhorar os resultados.

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., aos 23 de Dezembro de 2019

O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA,

CRISTINA PINTO, ENFA.
ENFERMEIRO CHEFE

O SFAP,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRECTORA SERVIÇO

Certificado n.º F S 3527/2019

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFE – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

Apêndice L - Certificado de presença na sessão de formação "Higienização das mãos e equipamento de proteção individual"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP

Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MIGUEL ÂNGELO BENTO MACHADO**, frequentou a 18 de Novembro 2019, com a duração total de 3 horas, o curso **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E USO DE EUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL.**

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, aos 30 de Dezembro de 2019.

O VOGAL DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,

Enfermeiro Diretor

(José Ribeiro, Enf. Diretor)

O SFAP,

(Eliana Pereira, Dra.)

Certificado n.º SH 891/2019

Apêndice M - Certificado de presença na sessão de formação "Candidatura do SMI (UCIP e UIP) à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica"

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SFAP Serviço de Formação Aperfeiçoamento Profissional e Documentação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

MIGUEL ANGELO BENTO MACHADO

Participou como formando (a) na Acção de Formação no **SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA** com o Tema:

"CANDIDATURA DO SMI (UCIP E UIP) Á ACREDITAÇÃO IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA"

que teve lugar neste Centro Hospitalar – Penafiel - HPA, no dia 21 de Outubro de 2019, com a duração de **30 MINUTOS.**

Programa:

- **Processo de AIFCPC;**
- **Informações gerais;**
- **Apresentação dos Elos de Dinamizadores definidos pelo processo de AIFCPC;**
- **Apresentação do RAIF;**
- **Apresentação de Regulamento da AIFCPC;**
- **Envolvimento de toda a equipa neste processo.**

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., aos 21 de Dezembro de 2019

O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA,

CRISTINA PINTO, ENFª
ENFERMEIRO CHEFE

O SFAP,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRECTORA SERVIÇO

Certificado n.º F S 3501/2019

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFE – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

Apêndice N - Sessão de formação "Plano Atividades de Enfermagem UCI-2020"

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Plano Atividades de Enfermagem UCIP-2020

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO: SMI nível III (UCIP)**	
N.º:	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:** 120 minutos
OBJECTIVO GERAL: Apresentação e discussão do Plano Atividades de Enfermagem para 2020					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Saúde
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros		**N.º**		**PERFIL:** Licenciatura em enfermagem, Especialização em enfermagem	
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:**	
LOCAL: UCIP		**ESPAÇO:** Sala de reuniões		**DATA:** 27 de dezembro, 2019	**HORA:** 10:30
MONITOR/FORMADOR: Miguel Machado		**T:**		**E:**	**CAP:**

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	**0 Nota Introdutória** O Plano de Atividades visa a sistematização do trabalho que o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) na área da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) prevê efetuar no ano de 2020, em resposta à solicitação do Conselho de Administração. A organização do plano tem por objetivo a tradução das capacidades deste serviço, respeitando as grandes opções julgadas pertinentes e as metas específicas enquadradas no contexto do futuro próximo do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.	1.1 – Promover a formação e atualização teórica e prática da equipa; 1.2 – Dar a conhecer o plano de atividades de Enfermagem concebido para 2020; 1.3 – Sensibilizar o grupo para a necessidade do envolvimento na discussão e aprovação deste documento;		120 minutos	Expositivo e participativo	Computador e projetor multimédia	Diagnóstica: Colocação de questões aos formandos e interpretação das respostas
Desenvolvimento	**I Enquadramento do CHTS** 1.1 Caraterização do CHTS 1.2 Caraterização do Ambiente Externo do CHTS 1.3 Quadro de Referência da Enfermagem no CHTS **II Caraterização do Contexto da Prática Clínica (CPC)** 2.1. Descrição do CPC 2.1.1 Apresentação do CPC 2.1.2 Organigrama da Equipa de Enfermagem e Modelo Organizacional 2.1.3 Recursos Humanos 2.1.4. Recursos Financeiros 2.1.5 Recursos Tecnológicos 2.1.6 Instalações 2.1.7 Identificação dos Clientes 2.1.8 Tipificação dos Serviços Prestados 2.2 Posicionamento Estratégico do CPC 2.2.1 Missão Visão e Valores do CPC 2.2.2 Objetivos do CPC						

	2.2.3 Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no CPC 2.2.4 Estratégia de Gestão do CPC 2.2.5 Análise Swot do CPC 2.2.6 Planeamento Estratégico do CPC (Balanced Score Card) e Principais Áreas de Intervenção do CPC **III Principais Linhas de Atividade a Desenvolver pelo CPC** 3.1 Atividades para Cuidados Gerais 3.2 Atividades para Cuidados Especializados 3.3 Planeamento Estratégico para as Atividades de Cuidados Gerais 3.4 Planeamento Estratégico para as Atividades de Cuidados Especializados 3.5 Cronograma de Atividades 3.6 Estratégias para a Implementação das Atividades 3.7 Recursos Humanos 3.8 Recursos Materiais	1.4 – Propor estratégias de atuação uniformizadas; 1.5 – Abordar em concreto as atividades para cuidados gerais 1.6 – Abordar em concreto as atividades para cuidados especializados					
Conclusão	**IV Divulgação e Partilha do Plano de Atividades** **V Avaliação do Plano de Atividades Anual** **VI Considerações Finais** Este plano de atividades, pretende trazer à luz todo o trabalho já realizado em anos anteriores e que pretendemos dar continuidade, no sentido de garantir nos diferentes eixos os melhores cuidados, com a melhor eficiência e mais importante com a maior satisfação possível dos nossos utentes. **VII Referências Bibliográficas**						

Apêndice O - Sessão de formação "Normas, Procedimentos e Protocolos de atuação de enfermagem"

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Normas, Procedimentos e Protocolos de atuação de enfermagem

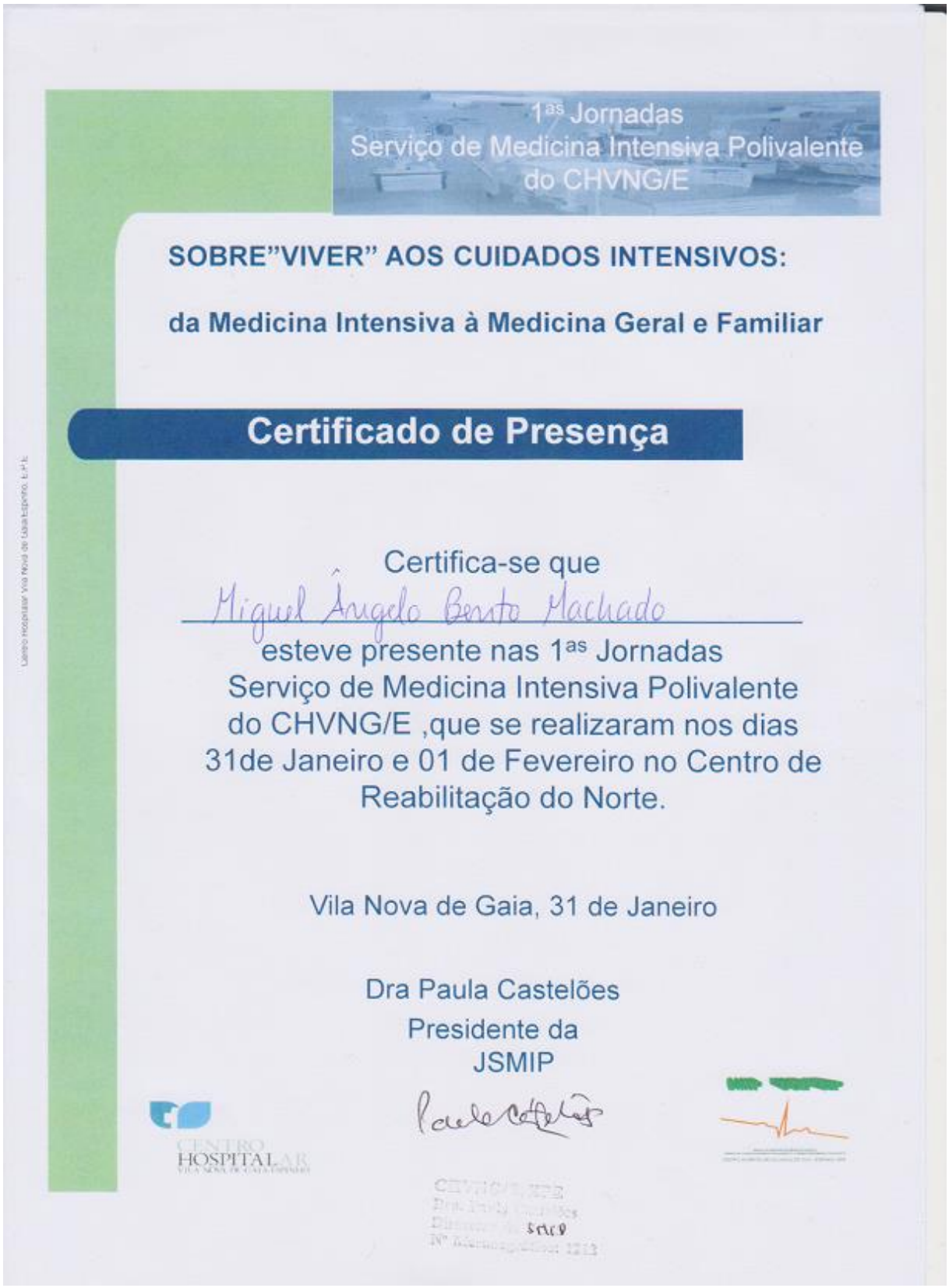
2019

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO: SMI nível III (UCIP)**	
N.º:	**Carga horária:** 60 minutos	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL: Apresentação e discussão das alterações e adendas às Normas, procedimentos e protocolos de atuação de enfermagem do serviço					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Saúde
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros		**N.º**		**PERFIL:** Licenciatura em enfermagem, Especialização em enfermagem	
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:**	
LOCAL: UCIP		**ESPAÇO:** Sala de reuniões		**DATA:** 27, dezembro, 2019	**HORA:** 09:30
MONITOR/FORMADOR: Miguel Machado		**T:**		**E:**	**CAP:**

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS/ TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	Torna-se imperiosa a contínua revisão e atualização de Normas e Protocolos de atuação que traduza de forma clara as orientações técnicas emanadas, quer pelas diretivas e normas internacionais, quer por um conjunto de referências teóricas e práticas existentes sobre a matéria	1.1 – Promover a formação e atualização teórica e prática da equipa; 1.2 – Dar a conhecer toda a alteração na estrutura e conteúdo das normas e protocolos existentes no serviço; 1.3 – Sensibilizar o grupo para a necessidade do envolvimento conjunto;	Reflexão conjunta e participativa dos intervenientes	60 minutos	Expositivo e participativo	Computador e projetor multimédia	Diagnóstica: Colocação de questões aos formandos e interpretação das respostas
Desenvolvimento	A enfermagem, enquanto atividade centrada no cuidado humano embebida de um mandato social e natureza específica, surge como um recurso efetivo da sociedade para responder às necessidades de saúde das populações. O trabalho desenvolvido pretende assumir-se como um instrumento para a correção de problemas, enfatizando a promoção dos métodos de organização mais atualizados e adequados às novas exigências						

SFAP – SERVIÇO DE FORMAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL E DOCUMENTAÇÃO

Apêndice P - Certificado de presença nas "Primeiras Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do CHVNG/E: Sobre"Viver" aos Cuidados Intensivos"



1as Jornadas
Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
do CHVNG/E

SOBRE"VIVER" AOS CUIDADOS INTENSIVOS:

da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar

Certificado de Presença

Certifica-se que

Miguel Ângelo Bento Machado

esteve presente nas 1as Jornadas
Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
do CHVNG/E ,que se realizaram nos dias
31de Janeiro e 01 de Fevereiro no Centro de
Reabilitação do Norte.

Vila Nova de Gaia, 31 de Janeiro

Dra Paula Castelões
Presidente da
JSMIP

CENTRO HOSPITALAR

Apêndice Q - Certificado de presença no "Curso de Enfermeiro Especialista: das competências aos projetos e práticas de enfermagem"

6 FEVEREIRO 2020
Auditório
Hospital São Gonçalo
08:30 - 13:30

Curso
ENFERMEIRO ESPECIALISTA:
Das competências aos projetos e práticas de enfermagem

CERTIFICADO

Certifica-se que

Miguel Ângelo Bento Machado

Esteve presente no **Curso de ENFERMEIRO ESPECIALISTA: Das competências aos projetos e práticas de enfermagem** no dia 6 de Fevereiro que se realizou no auditório do Hospital de São Gonçalo em Amarante.

Penafiel, 6 de fevereiro de 2020

Conselho de Administração

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde | Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4560-210 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 527 | E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. | SFAP

Apêndice R - Certificado de presença na palestra "A Arte de Não Envelhecer"

Apêndice S - Instrumento de recolha de dados

Primeira Parte: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Preencha as seguintes informações para nos ajudar a conhecer um pouco sobre si e o seu grau de parentesco com o doente.

Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

Idade _____

Grau de parentesco com o doente:

☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Companheira ☐ Companheiro

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Irmã ☐ Irmão

☐ Filha ☐ Filho ☐ Outro (Especifique):_____

Anteriormente a este acontecimento mais recente, já teve algum familiar numa UCI (Unidade de Cuidados Intensivos)?

☐ Sim ☐ Não

Vive com o doente?

☐ Sim ☐ Não

Em caso de resposta negativa, com que frequência vê, em média, o doente?

☐ Menos de uma vez por ano ☐ Anualmente ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente

☐ Mais de uma vez por semana

Qual o seu local de residência?

☐ Na mesma localidade do hospital ☐ Noutra localidade

Qual das seguintes situações melhor descreve o nível mais elevado de educação que concluiu?

☐ Ensino primário

☐ Ensino secundário não concluído

☐ Ensino secundário concluído

☐ Programa pós-secundário (por exemplo, formação profissional ou técnica)

☐ Grau universitário

Segunda parte:

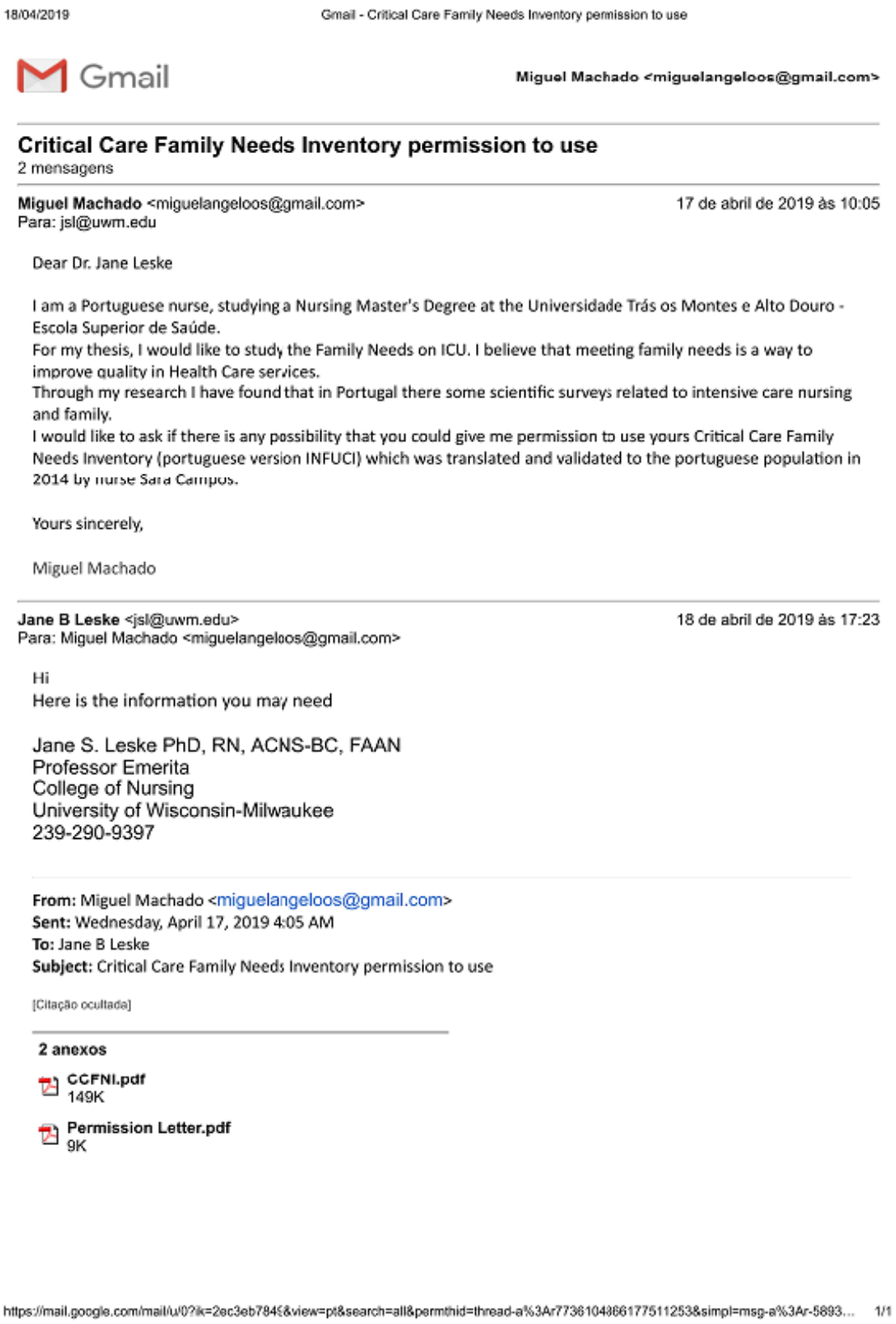
Inventário das necessidades da família na unidade de cuidados intensivos
(Molter e Leske, 1983)

Por favor indique (X) qual o grau de **IMPORTÂNCIA** que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
1. Saber o prognóstico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
2. Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	_____	_____	_____	_____
3. Falar diariamente com um médico.	_____	_____	_____	_____
4. Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	_____	_____	_____	_____
5. Obter respostas sinceras às questões colocadas.	_____	_____	_____	_____
6. Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	_____	_____	_____	_____
7. Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação.	_____	_____	_____	_____
8. Ter acesso a alimentação no hospital.	_____	_____	_____	_____
9. Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
10. Poder visitar o seu familiar em qualquer momento.	_____	_____	_____	_____
11. Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	_____	_____	_____	_____
12. Ter amigos próximos para me apoiarem.	_____	_____	_____	_____
13. Conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar.	_____	_____	_____	_____
14. Sentir que existe esperança.	_____	_____	_____	_____
15. Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
16. Saber qual é o tratamento médico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique (X) qual o grau de **IMPORTÂNCIA** que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
17. Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis.	_____	_____	_____	_____
18. Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	_____	_____	_____	_____
19. Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar.	_____	_____	_____	_____
20. Ter mobiliário confortável na sala de espera.	_____	_____	_____	_____
21. Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	_____	_____	_____	_____
22. Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	_____	_____	_____	_____
23. Ter telefone perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____
24. Ter assistência religiosa/espiritual.	_____	_____	_____	_____
25. Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	_____	_____	_____	_____
26. Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	_____	_____	_____	_____
27. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	_____	_____	_____	_____
28. Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	_____	_____	_____	_____
29. Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	_____	_____	_____	_____
30. Sentir que pode chorar.	_____	_____	_____	_____
31. Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	_____	_____	_____	_____
32. Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique (X) qual o grau de **IMPORTÂNCIA** que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
33. Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	_____	_____	_____	_____
34. Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares.	_____	_____	_____	_____
35. Receber informações que eu compreenda.	_____	_____	_____	_____
36. Ter um horário de visitas que comece à hora marcada.	_____	_____	_____	_____
37. Receber informação sobre a assistência religiosa/ espiritual hospitalar.	_____	_____	_____	_____
38. Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
39. Ser informado das intensões e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.	_____	_____	_____	_____
40. Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
41. Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia.	_____	_____	_____	_____
42. Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.	_____	_____	_____	_____
43. Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
44. Poder visitar o seu familiar com frequência.	_____	_____	_____	_____
45. Ter uma sala de espera perto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
46. Outra:				

Apêndice T - Autorização para utilização do questionário CCFNI pela autora Doutora Jane Leske



18/04/2019 Gmail - Critical Care Family Needs Inventory permission to use

Gmail

Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com>

Critical Care Family Needs Inventory permission to use

2 mensagens

Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com> 17 de abril de 2019 às 10:05
Para: jsl@uwm.edu

Dear Dr. Jane Leske

I am a Portuguese nurse, studying a Nursing Master's Degree at the Universidade Trás os Montes e Alto Douro - Escola Superior de Saúde.
For my thesis, I would like to study the Family Needs on ICU. I believe that meeting family needs is a way to improve quality in Health Care services.
Through my research I have found that in Portugal there some scientific surveys related to intensive care nursing and family.
I would like to ask if there is any possibility that you could give me permission to use yours Critical Care Family Needs Inventory (portuguese version INFUCI) which was translated and validated to the portuguese population in 2014 by nurse Sara Campos.

Yours sincerely,

Miguel Machado

Jane B Leske <jsl@uwm.edu> 18 de abril de 2019 às 17:23
Para: Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com>

Hi
Here is the information you may need

Jane S. Leske PhD, RN, ACNS-BC, FAAN
Professor Emerita
College of Nursing
University of Wisconsin-Milwaukee
239-290-9397

From: Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com>
Sent: Wednesday, April 17, 2019 4:05 AM
To: Jane B Leske
Subject: Critical Care Family Needs Inventory permission to use

[Citação ocultada]

2 anexos

CCFNI.pdf
149K

Permission Letter.pdf
9K

https://mail.google.com/mail/u/0?ik=2ec3eb784f&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar7736104866177511253&simpl=msg-a%3Ar-5893... 1/1

Dear Researcher,

Please find enclosed a copy of the *Critical Care Family Needs Inventory*. You have permission to use/modify and/or translate the tool to meet your research needs and credit is referenced in your work. The psychometric properties of the instrument are published in Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, Heart & Lung, 20, 236-244. Please do not hesitate to contact me if you have any questions. Best wishes for a successful research project.

Sincerely,

Jane S. Leske PhD, RN, ACNS-BC, FAAN

Apêndice U - Autorização para utilização do questionário INFUCI pela Enfermeira Sara Campos

Gmail Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização do INFUCI

3 mensagens

Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com> 2 de maio de 2019 às 07:37
Para: sarafilcampos@gmail.com

Bom dia Enfª Mestre Sara Campos.

Sou Enfº e encontro-me neste momento a frequentar o curso de mestrado da pessoa em situação crítica na Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.
No âmbito do meu projeto de estágio, pretendo estudar as necessidades da família do doente internado numa unidade de cuidados intensivos. Deparei com o seu trabalho de mestrado, o qual achei muito pertinente.
Previamente, já obtive por parte da Drª Jane Leske a devida autorização para utilização do CCFNI.
Gostaria de lhe pedir autorização para utilização da versão traduzida e validada culturalmente para a população portuguesa.

Com os melhores cumprimentos.

Miguel Machado

Sara Campos <sarafilcampos@gmail.com> 3 de maio de 2019 às 20:49
Para: Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com>

Caro Enfermeiro Miguel Machado,

Envio em anexo o INFUCI, bem como, a autorização para a sua utilização.
Em caso de dúvidas não hesite em contatar-me.
Bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

--
Sara Campos

2 anexos

INFUCI.pdf
75K

Autorização_utilização_INFUCI_Miguel_Machado.pdf
42K

Miguel Machado <miguelangeloos@gmail.com> 3 de maio de 2019 às 21:03
Para: Sara Campos <sarafilcampos@gmail.com>

Muito obrigado pela autorização e pela disponibilidade mostrada.
Será uma ferramenta de enorme utilidade no meu trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Machado

[Citação ocultada]

Caro Enfermeiro Miguel Machado,

Envio-lhe uma cópia do Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, que corresponde à versão traduzida e adaptada à população Portuguesa do *Critical Family Needs Inventory*.

Tem a minha autorização para utilizar o instrumento de acordo com as suas necessidades de investigação.

Caso tenha alguma questão não hesite em contatar-me.

Desejo-lhe a maior sorte para o desenvolvimento da sua tese de mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Campos

Porto, 2 de Maio de 2019

Apêndice V - Pedido ao Diretor da UCI com garantia de estarem reunidas as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas

ASSUNTO: Condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Exmo. Sr. Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar [redacted]

Eu, enfermeiro Miguel Ângelo Bento Machado, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, irei realizar estágio na UCIP no período compreendido entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, sob a orientação da Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires, venho por este meio solicitar uma declaração sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Pretendo efetuar um estudo com familiares de pessoas internadas na unidade de cuidados intensivos polivalente deste Centro Hospitalar para fins de investigação, tendo como intuito desenvolver um projeto denominado: "Necessidades dos Familiares da Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos".

O estudo que pretendo desenvolver terá caráter descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa.

A população serão todos os familiares dos doentes internados na UCIP deste Centro Hospitalar, no período compreendido entre outubro e novembro de 2019. Será utilizada uma amostra não probabilística, intencional.

Constitui objetivo deste estudo:

- Identificar as necessidades da família do doente internado numa UCI

O instrumento selecionado para a colheita de dados será um questionário constituído por duas partes, como apresento em anexo:

- Primeira parte: caraterização do perfil bio demográfico do familiar da pessoa internada na UCI;
- Segunda parte: Inventário de Necessidades da Família em Unidades de Cuidados Intensivos (INFUCI), validado para a população portuguesa por Campos (2014).

Para entrega e preenchimento dos questionários será utilizada a sala de reuniões, no final da visita diária.

Os dados recolhidos são confidenciais, assegurando sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Ângelo Bento Machado

(Miguel Ângelo Bento Machado)

Apêndice W - Declaração do Diretor da UCI com garantia de estarem reunidas as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas

DECLARAÇÃO

Declaro que estão reunidas as condições logísticas e humanas, que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas, para o projeto denominado "Necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica em Cuidados Intensivos", do estudo a realizar pelo Enfermeiro Miguel Ângelo Bento Machado, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da pessoa em situação crítica na Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, no período compreendido entre Setembro de 2019 e Fevereiro de 2020.

Penafiel, 09 de Julho de 2019

Director do Serviço de Medicina Intensiva

(Dr. Estevão Lafuente)

Apêndice X - Pedido de autorização à Comissão de Ética de Saúde do centro hospitalar para realização de projeto de investigação

[redacted]

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CENTRO HOSPITALAR DO [redacted]

Ent 26.07.'19 10:55 30489 [redacted]

MINUTA DE REQUERIMENTO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E ENSAIOS CLÍNICOS

Exmo. Senhor Presidente
do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar [redacted]

MIGUEL ÂNGELO BENTO MACHADO (*nome completo*), portador do Cartão de Cidadão n.º / B.I. n.º 11581635 6ZY2 emitido em __/__/__, pelo Arquivo de Lisboa, licenciado(a) em ENFERMAGEM .(*habilitações literárias*), residente em [illegible] 4560-874 [illegible], actualmente a exercer funções de ENFERMAGEM, em [redacted]/UCIP (*Instituição/Serviço*), cédula profissional n.º 39500 (*quando exista*), contactável para o telefone/telemóvel n.º 936118789 entre as 08:00 e as 20:00 e/ou para o endereço electrónico 71654@[redacted] min-saude.pt vem requerer a V/Exa. autorização para a realização da Pesquisa Clínica/Investigação Clínica subordinada ao tema Necessidades dos familiares (descrição sucinta e objectivo principal). da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

Data: 26/07/2019

Assinatura (*conforme o BI*): Miguel Ângelo Bento Machado.

Anexo: Processo documental exigido para avaliação do projecto.

[redacted] Mod. 318-R_00

Apêndice Y - Declaração comprovativa de autorização concedida pela Comissão Ética de Saúde do centro hospitalar

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

40 ANOS | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019

[redacted]

Exmo. Senhor,

Miguel Ângelo Bento Machado

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	30-08-2019	**Nº: 32/2019** **PROC. Nº:**	10/10/2019

ASSUNTO: **"Necessidades de Familiares de Pessoas em Situação Critica Internadas em Cuidados Intensivos"**

Exmo. Senhor

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Investigação Científica subordinada ao tema "Necessidades de Familiares de Pessoas em Situação Critica Internadas em Cuidados Intensivos".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 04-10-2019 foi autorizado realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Formação, **o relatório final**, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo do Conselho de Administração,

[redacted] Enfº Diretor)

Avenida do [redacted]

Apêndice Z - Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo de investigação

ASSUNTO: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Estarei disponível para qualquer informação que julgar pertinente solicitar. Se concorda com a proposta que lhe será feita, queira assinar este documento.

Eu, enfermeiro Miguel Ângelo Bento Machado, estudante do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, pretendo desenvolver um estudo de investigação cuja temática se centra nas necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos, tendo como principal finalidade contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem no cuidado à família da pessoa em situação crítica na UCI.

A sua colaboração é apenas solicitada para o preenchimento de um questionário que compreende 2 partes:

- **Primeira parte:** caraterização do perfil sociodemográfico do familiar da pessoa internada na UCI,
- **Segunda parte:** Inventário de Necessidades da Família em Unidades de Cuidados Intensivos (INFUCI).

Este preenchimento não compreende nenhum risco para o participante.

A informação recolhida será sujeita a confidencialidade, sendo garantido o anonimato.

A participação é voluntária, podendo a colaboração ser terminada a qualquer momento, sem que daí incorram prejuízos para o participante.

Mais informo que este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar onde se realiza o estudo.

Solicito então o seu consentimento por escrito, em como aceita participar neste projeto depois de devidamente informado(a).

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me (Miguel Ângelo Bento Machado), investigador principal do estudo e aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Disponibilizo o meu contacto:

- endereço eletrónico: miguelangeloo@sapo.pt

Obrigado pela sua colaboração,

_____

(Miguel Ângelo Bento Machado)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador. Comprometo-me ainda assegurar a veracidade dos dados que irei transmitir.

Nome:

_____

Assinatura:

_____

Data:

_____

Nota: Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado, uma via para o investigador e a outra para a pessoa que consente.