



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Intervenção especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica: “Participação da Família”**

Sónia Maria da Silva Gomes Santos

—

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Intervenção especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica: “Participação da Família”**

Sónia Maria da Silva Gomes Santos



Orientador: Anabela Pereira Mendes
Coorientador: Fernanda Simões Bernardo



Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Deus quer, o Homem sonha, a obra nasce...”

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Ao Ângelo, pela caminhada conjunta num percurso atribulado, que recheado de momentos bons e menos bons resultou em algo do qual nos orgulhamos.

Ao Gonçalo, que entre dias e noites difíceis foi a força motriz que permitiu alcançar este momento.

AGRADECIMENTOS

Aos extraordinários profissionais de saúde com quem tive a oportunidade de me cruzar neste percurso de crescimento.

À Sr.^a Enf^a Vera Magarreiro pela disponibilidade, profissionalismo e compreensão com que me brindou durante o estágio.

À Sr.^a Enf^a Ana Filipa Duarte, pela postura assertiva e profissional com que me recebeu, tornando-se dessa forma um exemplo.

Aos meus colegas de mestrado, pela disponibilidade, pela ajuda, pelo carinho durante este percurso.

À Ana, Andreia, Rita, Patrícia, Sofia e Rui sem vós teria sido impossível, não haverá forma de vos agradecer.

Aos meus pais e sogra, decididamente este percurso é também mérito vosso.

À Sr.^a Prof.^a Fernanda Simões pela disponibilidade.

À Sr.^a Prof.^a Anabela Mendes, por ter acreditado quando eu própria duvidava, tornou-me melhor enfermeira.

RESUMO

A Pessoa é um ser social inserido em grupos, sendo o primeiro e nuclear, a família. Um evento crítico afeta a família da pessoa em situação crítica por constituir uma fonte de ansiedade, stress e medo. Ao enfermeiro compete a prestação de cuidados à pessoa e família, numa visão holística e humanizada tendo presente que a pessoa influencia e é influenciada pela sua família. A Lei 33/2009 representa a normativa jurídica que contempla a presença constante do familiar ou pessoa significativa junto da pessoa em situação crítica assistida no serviço de urgência. Perante esta realidade, urge a necessidade de envolver este familiar no plano terapêutico da pessoa em situação crítica, promovendo a sua participação nos cuidados e disponibilizando a informação essencial para diminuir a ansiedade e stress vivenciados pelo processo de doença. Esta temática constituiu a matriz para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, baseado no modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Patrícia Benner cujo objetivo é alcançar o nível de perito no qual a competência transforma-se fruto da experiência e do domínio. Para tal, foi desenvolvido estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, estabelecidos objetivos específicos e realizadas atividades sustentadas nos objetivos do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Família; Participação; Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

A person is a social being inserted in groups, with the first and foremost being family. A critical event affects the family of the person in critical condition as it is a source of anxiety, stress and fear. The nurse is responsible for providing care to the person and family, in a holistic and humanized view considering that the person influences and is influenced by his family.

Law no. 33/2009 represents the legal norm that contemplates the constant presence of the relative or significant person with the person in critical situation assisted in the emergency service. Upon this reality, there is an urgent need to involve this family member in the therapeutic plan of the person in critical condition, promoting their participation in care and providing essential information to reduce the anxiety and stress experienced by the disease process.

This subject constituted the matrix for the path of acquisition and development of competences based on the Dreyfus model adapted to Nursing by Patrícia Benner, whose objective is to reach an expert level as a result of experience and mastery. To this end, an internship was developed in the context of the intensive care unit and the emergency service, specific goals were set and activities were carried based on the objectives of the Master's degree in Nursing, specialized in patients in critical condition.

Keywords: Person in critical situation; Family; Stakeholder Participation; Nursing Interventions

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APA – American Psychological Association

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção Geral de Saúde

E-CPR - *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enf^o/Enf^a – Enfermeiro / Enfermeira

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento para o exercício profissional do enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

Sr./Sr.^a – Senhor / Senhora

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

INDICE

INTRODUÇÃO	21
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 – Assegurar a presença da família junto do doente	30
1.2 – Dotar a família de informação e suporte	32
1.3 – Encorajar a participação da família e o seu envolvimento na prestação de cuidados	33
2- ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
3 - CONCLUSÃO	55
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de Estágio

Apêndice II - Relatório do Congresso do Doente Crítico 2019 Setúbal

Apêndice III - Relatório das Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva 2019 Lisboa

Apêndice IV - Sessão de formação em serviço subordinada ao tema "Comunicação de Más Notícias em Unidade de Cuidados Intensivos"

Apêndice V - Sessão de formação em serviço subordinada ao tema "Comunicação Terapêutica"

Apêndice VI - Poster apresentado nas 1^{as} Jornadas "Pensar a Enfermagem Avançada no atual contexto dos cuidados de saúde"

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de conceitos	25
-------------------------------------	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, pertencente ao 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) tem como finalidade expor as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste período de formação.

A Pessoa é um ser social inserida em grupos, sendo o primeiro de todos a família. No meu contexto de exercício clínico a presença da família/pessoa significativa é tónica central no cuidado à Pessoa em situação crítica (PSC). Aliás, esta presença é, em Portugal, um direito previsto por lei desde 2009 quando surge o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (Lei n. 33/2009, 2009). De tal forma importante que foi reforçado com a lei que consolida os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Lei n. 15/2014, 2014).

Enquanto enfermeiros, mais do que a questão legal subjacente ao direito ao acompanhamento, é no Código Deontológico e Regulamento do Exercício da Profissão do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 1996) que alicerço a minha escolha da temática, no artigo 110.º que nos remete para a humanização dos cuidados e do holismo da pessoa enquanto elemento inserido numa família (Lei n. 156/2015, 2015) e, na descrição objetiva do alvo de cuidados do Enfermeiro de Cuidados Gerais caracterizando os cuidados enfermagem como uma “*interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo e família (Ordem dos Enfermeiros, 1996) e, na área específica da PSC a presença da família é vista como uma oportunidade importante de troca de informação vital entre os vários intervenientes (profissionais de saúde e familiares) (Barreto, Garcia-Vivar, Mitchell, & Marcon, 2018).

Para este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências a temática escolhida foi *Intervenção especializada de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: “Participação da família”*, fundamentada no REPE e nos Padrões de

Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE). Escolha consubstanciada pelo quadro legal português e sustentada em evidência científica que valoriza e promove a presença e participação da família. Por fim, representa, igualmente, uma preocupação pessoal enquanto pessoa e enfermeira.

O meu exercício de enfermagem sempre foi realizado em serviço de urgência, conheci a realidade antes do diploma legal que valida o acompanhamento permanente, assisti à sua implementação e reconheço diariamente algum “desconforto” e “renitência” por parte dos profissionais na presença constante do acompanhante/familiar o que resulta numa ausência de envolvimento do familiar nos cuidados o que é corroborado em outros contextos de cuidados à PSC (Soury-Lavergne et al., 2012). Pessoalmente não sinto qualquer desconforto ou renitência no acompanhamento permanente da Pessoa utilizadora do serviço de urgência, pelo contrário, tenho a forte convicção que pelo caminho do envolvimento e *engagment* da família nos cuidados e no plano terapêutico do doente, conseguimos enquanto profissão tornar “visível” a intencionalidade dos Cuidados de Enfermagem. Conseguimos, pela proximidade, mais do que a premissa de advogar o doente, a disseminação do cuidado centrado na Pessoa, central ao exercício dos enfermeiros.

A excelência dos cuidados de enfermagem é desta forma uma condição *sine qua non* para o cumprimento de todos os fundamentos que alicerçam esta escolha. Considerando Patrícia Benner e a sua adaptação do Modelo de Dreyfus a minha pretensão é atingir o nível de perito, alguém que domina o conhecimento, que age de forma intuitiva por apresentar uma compreensão da globalidade da situação (Benner, 2001). Este nível é alcançado através de uma “aprendizagem experiencial” que, executada em “ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade” (Benner, 2001, p. 13).

Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências teve como finalidade desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família. Para estabelecer objetivos específicos foram considerados os objetivos do CMEPSC e os descritores de Dublin para o 2º ciclo, que resultou em 5 (cinco) objetivos: 1) Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC; 2) Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica; 3) Desenvolver competências comunicacionais na intenção de envolver a família nos cuidados de enfermagem à

PSC; 4) Promover a segurança nos cuidados à PSC e família nomeadamente na gestão do controlo de infeção e 5) Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

O presente relatório está dividido em dois capítulos, sendo que o primeiro capítulo constitui o enquadramento teórico com a explanação do referencial teórico de sustentação para este percurso de formação e um segundo capítulo com a análise de desenvolvimento de competências apresentado em dois subcapítulos correspondentes aos dois contextos clínicos de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU).

Importa referir que, doravante, surgirá o termo doente como sinónimo de PSC e que o presente relatório procurou respeitar o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa atualmente em vigor assim como a sexta edição da norma da *American Psychological Association* (APA) e as regras de elaboração de trabalhos escritos da ESEL.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Durante este percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências no decorrer deste CMEPSC foi elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com vista a obter subsídios para o desenvolvimento da temática. A partir da questão de investigação: “*Quais as intervenções de enfermagem que promovem o engagment/participação da família no cuidado à pessoa em situação crítica?*” foi iniciada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL* com os seguintes descritores: *Family, Caregivers, Critical Ill Patients, Critical Care, Nursing Process, Nursing Interventions* e *Stakeholder Participation*. Esta pesquisa e consequente RIL permitiu obter subsídios relevantes para a concretização dos objetivos propostos, no que concerne ao conhecimento de fatores facilitadores e dificultadores da participação da família no Cuidado à PSC.

A definição dos conceitos centrais desta temática **Intervenção especializada de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: “Participação da Família”** foi um marco de primordial importância. A interligação entre os conceitos e o papel do enfermeiro neste contexto de aquisição de competências é explanado no mapa representado na figura 1.

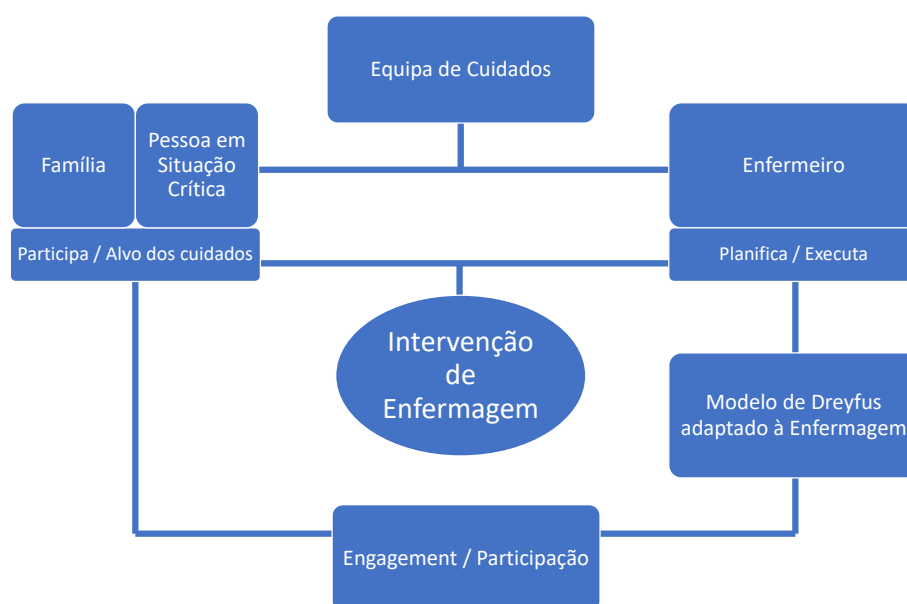


Figura 1 – Mapa de conceitos

A OE define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n. 429/2018, 2018). Esta definição da OE é análoga a da literatura, para Benner e colaboradoras, a PSC é “o indivíduo que por doença ou lesão está impossibilitado de manter a sua estabilidade hemodinâmica de forma independente, ou que apresenta um alto risco de instabilidade” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 87).

O REPE descreve objetivamente o alvo de cuidados do Enfermeiro de Cuidados Gerais e caracteriza os cuidados de enfermagem como uma “interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Enquanto enfermeiros em processo de aquisição de competências na área específica da PSC é-nos exigida a capacidade de cuidar da família que vivencia estes processos complexos associados à doença crítica (Regulamento n. 429/2018, 2018).

Importa aferir quem é esta “família”. São inúmeros os conceitos de família existentes na literatura, uns fomentam o laço de consanguinidade outros relevam a coabitação contudo para este processo defende-se um conceito de família suficientemente alargado e abrangente até em concordância com o preconizado na Lei n. 33/2009 que refere “Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço” (Lei n.33/2009, 2009). Reportando-me novamente a Benner e colaboradoras, a família é descrita como qualquer pessoa significativa envolvida no seu bem-estar (2011). Consideramos a PSC soberana na sua escolha ao nomear quem constitui a pessoa significativa que pretende ver envolvida no plano terapêutico. Podemos, portanto, assumir que “A família é quem os seus membros dizem que são” (Wright e Leahey, 2009, p. 48).

O referencial de qualquer enfermeiro deve seguramente passar por aquelas que são, genericamente, as linhas condutoras do exercício de enfermagem - os padrões de qualidade. Atingir um nível mais avançado de *expertise* é elevar estes padrões a um nível de excelência. As quatro dimensões explanadas consideradas nos padrões de qualidade validam a importância do envolvimento da família na prestação de cuidados, uma vez que a saúde é caracterizada também como bem-estar físico e

o conforto emocional e espiritual, para esse conforto não podemos descurar a pessoa enquanto ser social, inserido num ambiente constituído por elementos humanos e cujos cuidados de enfermagem surgem em parceria, envolvendo as pessoas significativas sejam família ou conviventes significativos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Poderia isto ser suficiente se este percurso correspondesse a um estadio inicial, contudo procura-se a excelência dos cuidados numa área de especialização, com vista a prestar estes cuidados numa ótica diferenciada, de um Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica (EEEPSC) que elenca entre as várias competências necessárias a primordial para o sucesso deste caminho: “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;(...*” (Regulamento n. 429/2018, 2018) e onde a relação entre os elementos da equipa de cuidados é evidenciada como competência necessária a adquirir “*(...)Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;*” (Regulamento n. 429/2018, 2018).

A doença crítica tem um enorme impacto físico e psicológico para os doentes e suas famílias, sendo uma situação completamente angustiante para ambas as partes. Este impacto pode ser exacerbado pela ausência de envolvimento da família no processo de prestação de cuidados ou pela ausência de apoio emocional, informação ou comunicação pelos profissionais de saúde (Hetland *et al.*, 2018). A família de um doente em situação crítica que se encontra num **Serviço de Urgência** ou numa **Unidade de Cuidados Intensivos** é por si um alvo de cuidados, visto que não retratamos visitantes, retratamos pessoas que são decisores, cuidadores, mas sobretudo pessoas que estão num processo de adaptação a um evento adverso propiciador de stress (Hickman, Sara, & Douglas, 2010).

A autora Patrícia Benner e colaboradoras apresentam a sua definição de família, como a unidade básica do cuidar, sendo ela uma “extensão” da Pessoa e que a influência, defendem também que a família é indissociável da Pessoa pelo que o alvo de cuidados do enfermeiro é o binómio e não as partes independentes (Benner *et al.*, 2011, p. 267). Esta perceção exige do enfermeiro a capacidade de compreender que todo e qualquer evento que afete a pessoa afeta inevitavelmente a sua família e neste contexto específico, de um evento súbito, esse fenómeno revela-se uma experiência traumática e potenciadora de stress (Hickman *et al.*, 2010).

A importância do exercício de enfermagem junto da família da PSC é evidente em situações tão delicadas e complexas como, por exemplo, no processo de doação de órgãos. Autores descrevem como a chave do sucesso do processo de doação a proximidade dos enfermeiros à família (Sque, Payne, & Vlachonikolis, 2000), proximidade esta, identificada pelas próprias famílias que se referem aos enfermeiros como os profissionais de saúde mais disponíveis e úteis na prestação de apoio emocional (Pelletier-Hibbert, 1998). O papel do enfermeiro especialista também nesta área da doação de órgãos está reconhecido como sendo fundamental. Em países onde o processo está dependente da validação da família, o papel do enfermeiro traduz-se num incremento do número de órgãos colhidos (Hulme et al., 2016). A gestão das necessidades destas famílias exige um conhecimento especializado de enfermagem assim como elevadas competências e perícia, características do enfermeiro perito (Coyle, 2000).

Em contextos altamente tecnológicos tais como UCI os enfermeiros são considerados vitais para promover o *engagement* da família (Hetland et al., 2017). Contudo, os mesmo autores, afirmam que entre os profissionais são várias as perceções acerca desse envolvimento. Um estudo de 2011, realizado em França, revela que apenas 0,5% de uma amostra de 731 profissionais de saúde de UCI considera que a participação da família nos cuidados deverá ser encorajada, simultaneamente 84% considera potencialmente benéfica na relação entre profissionais de saúde e familiares uma política de visita de 24h na UCI (Soury-Lavergne et al., 2012). Contudo, é evidente o reconhecimento de que devem estar mais disponíveis e recetivos ao estabelecimento de uma colaboração benéfica para o doente, uma vez que a presença da família é fundamental na prestação de cuidados ao paciente (Beer e Brysiewicz, 2017).

O exercício de enfermagem desenvolve-se em contextos reais pelo que Benner e colaboradoras (2011) defendem a detenção, por parte do enfermeiro, de diversas capacidades que lhe possam permitir atuar de forma eficaz, atendendo à elevada complexidade da realidade.

No referencial teórico adotado para este percurso, *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*, Patrícia Benner e colaboradoras, referem que as situações de emergência estão associadas a ambientes altamente tecnológicos, contudo relembram que a ciência é completamente dependente dos valores humanos

e que o verdadeiro desafio é criar culturas organizacionais que os consigam conciliar (Benner et al., 2011). Consideram que a prestação de cuidados ao doente em situação crítica é *"intelectualmente e emocionalmente desafiante"*, o que se reflete na rápida, mas consciente, tomada de decisão e pela necessidade de respostas eficazes perante situações de risco de vida real (Benner et al., 2011, p.1).

O que também se traduz como desafiante é o contacto com a família do doente em situação crítica. Benner (2011) cita Stannard (1997) ao dizer que o enfermeiro com competências especializadas no cuidado crítico cuida da família como sendo uma extensão do doente (Benner et al., 2011) e dessa forma este cuidado centrado no doente-família é um desafio considerando a elevada complexidade dos cuidados de saúde.

O exercício especializado de enfermagem no que concerne aos cuidados críticos é valorizado pelo julgamento e sabedoria clínica, em que o enfermeiro reflete sobre as suas aprendizagens experienciais com a busca pelo saber em simultâneo. A sua elevada complexidade está associada às múltiplas configurações dos cuidados prestados. Aconselha-se o desenvolvimento de competências específicas que se fortalecem pela associação entre os saberes práticos e os saberes teóricos. Torna-se assim fundamental desenvolver um elevado nível de capacidades, raciocínio e julgamento clínico (Benner et al., 2011).

Em contexto de cuidados críticos, seja um SU ou uma UCI, a tomada de decisão é efetivada sob pressão, onde o tempo para refletir sobre as várias hipóteses ou cenários expectáveis, é por vezes extremamente limitado e a margem de erro deverá ser nula. Esta reflexão e a decorrente tomada de decisão tem de ser efetuada com a consciência de que se trata de uma situação dinâmica em que o curso temporal pode ser decisivo. As boas práticas associadas a bons julgamentos, resultantes de raciocínios éticos e clínicos, pressupõem uma aprendizagem contínua associada à experiência, que inclua reflexão e diálogo com o doente e a respetiva família (Benner et al., 2011).

A família da PSC pretende que o foco de atenção dos profissionais de saúde seja o doente, e cuidar destas famílias não constitui tradicionalmente uma intervenção dotada de tempo (Benner et al., 2011). Perante um doente habitualmente sedado, emerge a ansiedade pela possibilidade de morte e o medo e o arrependimento são sentimentos experienciados pelas famílias que os acompanham. Cuidar destas

famílias e doentes demanda um profundo conhecimento da sua situação e cria nos profissionais de saúde um trabalho emocional acrescido (Benner et al., 2011).

De seguida serão retratadas as três dimensões que as autoras do *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* defendem como os focos de intervenção do exercício do enfermeiro especializado com competências no cuidado à família: **Assegurar a presença da família junto do doente; Dotar a família de informação e suporte e Encorajar a participação da família e seu envolvimento na prestação de cuidados** (Benner et al., 2011).

1.1 – Assegurar a presença da família junto do doente

A família entendida como uma extensão do doente torna fundamental, no cuidado, a necessidade de ser assegurada a sua presença junto do mesmo. Benner cita Chesla & Stannard (1997) ao afirmar a existência histórica de uma política restritiva de visita nos cuidados críticos. Sendo que esta restrição determina uma limitação na interação enfermeiro-família (Benner et al., 2011). De entre várias razões para a restrição de visitas estão a estabilidade do doente, a limitação do espaço físico e as competências no cuidado à família por parte dos enfermeiros. Essa restrição é descrita por Benner e colaboradoras (2011) como a forma de permitir o “foco dos clínicos exclusivamente nas necessidades do doente” (p.272).

Atualmente esta política restritiva de visita nos cuidados críticos tem vindo a ser discutida, os profissionais de saúde creem que uma flexibilidade na visita melhoraria a relação entre a equipa de cuidados e a família (Soury-Lavergne et al., 2012) sendo desta forma considerada como potenciadora do cuidado centrado no doente e família (Oczkowski et al., 2017). Ao ser potenciadora do cuidado deverá dessa forma esta presença ser considerada como uma intervenção de enfermagem descrita por Benner e colaboradoras como pertencente a um exercício especializado de enfermagem (2011).

Este exercício especializado de enfermagem, descrito por Benner e colaboradoras ao citarem Benner, Tanner & Chesla (2009) é caracterizado por gerir a ansiedade e tristeza associada ao evento crítico, permanecendo o enfermeiro disponível e emocionalmente conectado ao doente e família (2011).

Assegurar a presença da família junto do doente não é mais do que potenciar a possibilidade de a família “estar com” a PSC. Os enfermeiros são promotores dessa união familiar em momentos limite tais como o nascimento ou a morte, contudo é conhecido o desejo das famílias que tal se proporcione em outras circunstâncias. A presença da família em momentos como a de reanimação do doente é entendida como uma intervenção com carácter redutor dos efeitos psicológicos que a doença crítica apresenta nos familiares e nos profissionais de saúde (Galvin, Leitch, Gill, Poser, & McKeown, 2018).

Quando a condição clínica do doente agrava, assegurar esta presença não pode ser limitativa da intervenção ao doente. Daí que a intervenção de enfermagem na promoção da presença da família requer julgamento clínico. Em contexto de cuidados críticos o agravamento clínico é evento recorrente, contudo é nos transmitido por Benner et al. ao citarem Stillweel (1984) que é no agravamento clínico que a família tem especial preferência em estar junto do doente.

“A família constitui a pedra basilar do doente, a separação da família do doente crítico, por convenção é considerado uma prática desumana, assegurar a presença da família é uma questão ética” (Benner et al., 2011, p.274).

Não obstante esta premissa, a individualidade do doente e família regula a relação terapêutica. Nem todas as famílias pretenderão estar presentes, e as suas “necessidades e desejos devem ser conhecidos e satisfeitos com o cuidado apropriado e a informação necessária, sem julgamento ou coação para estar presente se tal não for sua vontade” (Benner et al., 2011, p.275). Para atingir este nível de cuidados é necessário estabelecer uma relação de confiança.

O tempo é facilitador de estabelecimento de confiança, em serviços de cuidados críticos com elevada dinâmica de doentes tais como os SU, a comunicação não-verbal é um poderoso recurso utilizado pelo enfermeiro especializado com competências no cuidado à família (Benner et al., 2011).

1.2 – Dotar a família de informação e suporte

A informação é uma necessidade identificada pelas famílias. Reconhecida de vital importância pelos enfermeiros em contextos clínicos de abordagem e tratamento da PSC (Saldaña, Alarcón, & Romero, 2015). Surge recorrentemente associada à necessidade de suporte e são ambas sobrevalorizadas pelas famílias se assegurada a presença junto ao doente (Benner et al., 2011). Em contextos como UCI, é reconhecido pelos enfermeiros a importância da informação clínica ser prestada na presença do enfermeiro de referência (Soury-Lavergne et al., 2012). Responder à necessidade de informação da família da PSC permite “dar a conhecer” uma realidade que poderá traduzir-se numa alteração significativa do curso de vida. Dotar a família de informação e suporte exige, do enfermeiro, a capacidade de gerir a ansiedade, stress e medo sem ocultar o realismo da situação vivenciada. “Muitas famílias nunca enfrentaram uma doença crítica antes pelo que apenas podem ter esperança e não previsões” (Benner et al., 2011, p.287) e desta forma o cuidado dirigido a esta família adquire um elevado nível de sensibilidade pela situação delicada que se vive.

Assegurar o momento em que a família tem condições para reter a informação é uma forma de julgamento crucial para a efetiva compreensão da mensagem. Reformular, reestruturar e repetir são estratégias facilitadoras perante a ausência de compreensão por parte dos familiares (Benner et al., 2011).

As famílias apreciam informação honesta que seja transmitida de forma sensível. Sendo que reconhecem quando o enfermeiro informa por ser apenas parte do seu trabalho ou quando essa transmissão de informação é para garantir o entendimento da mensagem (Benner et al., 2011). A existência de uma estrutura de comunicação entre equipa de cuidados e a família, em contexto de cuidados críticos está diretamente relacionada com o aumento da satisfação da família (Huffines et al., 2013).

O enfermeiro especializado com competências no cuidado à família apresenta a capacidade de transmitir informação de forma sensível, adequada à família que receciona e, ajustada ao quadro clínico do doente, em suma uma transmissão realista ainda que não desanimadora (Benner et al., 2011).

Esta transmissão de informação e a promoção do suporte adequado, perante a ansiedade vivida pelas famílias, requer do enfermeiro paciência na gestão de

sentimentos, compreensão dos mesmos e competências comunicacionais específicas tais como a escuta ativa e a “apropriação da informação de forma a poder simplificá-la e reproduzi-la múltiplas vezes” (Benner et al., 2011, p.288).

1.3 – Encorajar a participação da família e o seu envolvimento na prestação de cuidados

A participação da família e o seu envolvimento na prestação de cuidados requer uma consciencialização da família quanto ao seu papel integrante no plano terapêutico da PSC. Simultaneamente, é imprescindível, existir disponibilidade da família em participar e envolver-se nos cuidados sendo responsabilidade do enfermeiro promover essa participação e envolvimento atendendo à família como uma “extensão da PSC” (Benner, et al., 2011). Promover a participação da família e o seu envolvimento integra em si as duas dimensões anteriormente explanadas, uma presença assegurada e informada em resposta às necessidades expressas. “Muitas famílias não têm experiência em serviços de cuidados críticos o que faz com que não saibam o que se espera delas e do seu comportamento, o que é seguro ou permitido fazer” (Benner et al., 2011, p.279).

Assistir a família na compreensão do ambiente que a rodeia, no caso específico de uma UCI, é facilitador e redutor da ansiedade vivida pelas famílias (Skoog, Milner, Gatti-petito, & Dintyala, 2016).

Encorajar a família a participar nos cuidados ao doente é aspeto essencial, que pode acontecer desde o mais simples ato como passar uma compressa, a um envolvimento mais profundo como convidar a participar nos cuidados de higiene. Determinar a extensão do desejo da família em participar nos cuidados requer do enfermeiro uma perceção sensorial cuidadosa e boas competências comunicacionais (Benner et al., 2011).

Os enfermeiros que trabalham com doentes críticos adultos regularmente promovem o cuidado integral ao doente. Requer julgamento clínico saber quando “recuar” e criar a possibilidade de a família envolver-se na prestação direta de cuidados (Benner et al., 2011) tendo em consideração que a participação nos cuidados ao doente é reconhecida como redutora dos efeitos psicológicos da situação que é vivenciada (Galvin et al., 2018).

2 - ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O projeto de estágio elaborado durante a frequência do CMEPSC sob a temática *Intervenção especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: “Participação da Família”* culminou num percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contextos clínicos específicos – UCI e SU.

As competências visadas para aquisição e desenvolvimento estão preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no plano curricular do CMEPSC e nos regulamentos de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC. (EEEPSC)

O Modelo Dreyfus de aquisição de competências adaptado aos cuidados de enfermagem define cinco (5) níveis de proficiência característicos do exercício de enfermagem: Iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Este percurso formativo permitiu o alcance do nível de perito na prestação de cuidados à PSC e sua família.

Considerando Patrícia Benner e a sua adaptação do Modelo de Dreyfus atingir o nível de perito é representar alguém que domina o conhecimento, que age de forma intuitiva por apresentar uma compreensão da globalidade da situação (Benner, 2001). Este nível é alcançado através de uma “aprendizagem experiencial” que executada em “ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade” (Benner et al., 2011, p.13).

O enfermeiro especialista (EE), segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista “*é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem*” (Regulamento n. 140/2019, 2019, p.4744). O Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro imputa ao grau de mestre um conhecimento aprofundado num domínio especializado, o que nos conduz igualmente às competências do Enfermeiro Especialista. Torna-se, dessa forma fundamental um nível de raciocínio e julgamento clínico elevado e diferenciados, com uma aprendizagem essencialmente autónoma. (Benner et al., 2011)

A escolha dos contextos clínicos surgiu após visitas prévias aos locais, no âmbito da UC de Ensino Clínico, que revelaram características específicas dos contextos potencialmente favoráveis ao sucesso do percurso.

O primeiro contexto clínico foi uma UCI pertencente a um Hospital Central da Grande Lisboa. A escolha surgiu pela existência de um processo formalizado de acolhimento à família e uma política organizacional não restritiva no que concerne às visitas e à permanência da família junto do doente. Concomitantemente, constitui-se como uma UCI de referência no cuidado ao doente crítico, com a implementação de modalidades terapêuticas como a *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e do programa de reconhecido valor de ganhos em saúde: o *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (E-CPR). O segundo contexto clínico foi um SU médico-cirúrgico de um hospital distrital. A escolha desse contexto prendeu-se com três motivos: A tipologia de SU ser igual à do contexto laboral do meu exercício de enfermagem; a localização geográfica permitir um acesso mais rápido à restante rede de referenciação e dessa forma entender se essa particularidade se traduz nos cuidados de enfermagem e, por fim, pela presença constante do familiar/pessoa significativa junto do doente tal como previsto na Lei 33/2009 e como defendido pelo referencial teórico de suporte a este percurso.

O percurso formativo realizado nos contextos clínicos escolhidos foi implementado conforme o cronograma proposto no projeto de estágio. (Apêndice I)

Concordante com a finalidade deste percurso: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família foram estabelecidos objetivos específicos:

- 1) Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC;
- 2) Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica;
- 3) Desenvolver competências comunicacionais na intenção de envolver a família nos cuidados de enfermagem à PSC;
- 4) Promover a segurança nos cuidados à PSC e família nomeadamente na gestão do controlo de infeção;
- 5) Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI e SU.

O presente capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos sendo que cada um deles irá explanar a análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências

em cada contexto clínico tendo por base os objetivos específicos. Os objetivos serão retratados com o reporte das atividades que conduziram à sua concretização, para cada objetivo será retratado um quadro com as competências adquiridas e/ou desenvolvidas durante a sua consecução.

2.1 - Intervenção especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Primeiro e segundo objetivo: Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica.

As atividades realizadas com vista a atingir estes objetivos foram:

- Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados;
- Implementação e análise da intervenção do enfermeiro à PSC e família no processo de cuidados;
- Identificação dos fatores que influenciam a tomada de decisão em clínica;
- Análise do desenvolvimento do conhecimento teórico e instrumental;
- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias de melhoria da qualidade.
- Concretização de documentos reflexivos no decorrer do estágio.

A Medicina Intensiva é considerada pela DGS como

uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (...) é por natureza multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais (Saúde, 2003, p.5).

As UCI são consideradas locais diferenciados, dotados de recursos humanos qualificados e preparados para prestação de cuidados a doentes em situações complexas. Estes cuidados alicerçam-se em atitudes e recursos tecnológicos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurando as necessidades e funções vitais do doente 24 horas por dia (DGS, 2003). A complexidade do contexto clínico fica patente perante a definição explanada traduzida na complexidade de

patologias médicas e cirúrgicas. O ambiente altamente tecnológico e de características diferentes do que habitualmente exerço o meu exercício clínico, potenciou uma constante necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver perícia no manuseamento do equipamento. Ultrapassada esta dificuldade, todo o processo foi centrado no cuidado à PSC e família, com partilhas e reflexões permanentes com a Sr.^a Enf^a orientadora sobre o exercício clínico efetuado.

Para um exercício de enfermagem de excelência foi fundamental aprofundar conhecimentos na área do doente crítico e na especificidade do contexto de cuidados intensivos, foi fulcral para o crescimento profissional a participação no Congresso do Doente Crítico 2019 com a elaboração de um relatório organizador das temáticas tratadas (Apêndice II) e a participação nas Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva e respetiva execução de relatório agregador da informação pertinente. (Apêndice III) Estas participações permitiram consolidar e adquirir conhecimentos necessários para uma resposta efetiva no cuidado ao doente crítico em UCI.

A condição de instabilidade que caracteriza a PSC, nomeadamente em contexto de UCI resulta frequentemente na morte do doente. “A morte é sempre uma possibilidade” (Benner et al., 2011, p.274) e a transmissão desse acontecimento à família foi entendida durante o estágio como um momento de enorme apreensão e desconforto por parte dos enfermeiros. Essa identificação levou à descoberta da necessidade de debater estratégias que permitissem a transmissão da informação um momento menos desconfortável para o enfermeiro e consequentemente mais centrado na necessidade da família. Propôs-se a realização de uma sessão de formação à equipa subordinada ao tema a comunicação de más notícias em UCI (Apêndice IV). A sessão foi um momento de partilha de experiências, de informação obtida por via de evidência científica e de identificação de pontos de melhoria e projetos futuros.

Quando nos reportamos ao doente crítico a família tem necessidades específicas e a de informação é uma dessas necessidades, nem sempre correspondida por parte dos profissionais (Mendes, 2016). A par dessa necessidade é igualmente reconhecida a necessidade dessa informação ser honesta e compreensível por parte da família (Bond et al., 2003).

Uma característica da UCI onde foi desenvolvido este percurso é a existência de um encontro formal denominado de acolhimento, realizado com a família da PSC admitida. Este encontro, realizado preferencialmente pela equipa de cuidados

(enfermeiro e médico) é uma ocasião de fundamental importância para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança entre a equipa de cuidados e a família e uma oportunidade para responder à necessidade de informação da família. Realizado em espaço físico próprio para o efeito, com condições estruturais que conferem conforto, esse acolhimento caracteriza-se por permitir dar a conhecer elementos importantes da orgânica da UCI (horários previstos de visita, contactos telefónicos a utilizar) tal como permitir a expressão de dúvidas existentes fruto do evento crítico vivenciado. Ao participar em vários momentos de acolhimento, surgiu a necessidade da elaboração de um jornal de aprendizagem sobre o vivenciado e que permitisse uma reflexão e análise sobre a vulnerabilidade presente quer na família quer no enfermeiro. A vulnerabilidade da família decorrente do evento súbito da PSC e a vulnerabilidade do enfermeiro relacionada com o desconforto da transmissão de informação angustiante para a família. A vulnerabilidade relaciona-se com a exposição a situações com as quais existe dificuldade em lidar (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Karen Schumacher, 2000) tendo neste sentido a sessão de formação realizada desempenhado o importante papel na partilha de estratégias facilitadoras na gestão dessa vulnerabilidade.

Áreas de Competência		Competências adquiridas/desenvolvidas
Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC		Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio; Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador.
Enfermeiro Especialista		Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
--	---

Terceiro e quarto objetivo: Desenvolver competências comunicacionais na intenção de envolver a família nos cuidados de enfermagem à PSC e Promover a segurança nos cuidados à PSC e família nomeadamente na gestão do controlo de infeção.

As atividades com vista a atingir estes objetivos foram:

- Mobilização de competências comunicacionais no cuidado à PSC e sua família;
- Promoção da expressão de dúvidas pela família da PSC;
- Perceção dos conhecimentos e comportamentos da família da PSC;
- Realização de ensinamentos à PSC e família quando identificadas necessidades;
- Observação das práticas atuais no controlo de infeção no contato com a PSC e família;
- Conhecimento de instruções de trabalho/protocolos na área do controlo de infeção;
- Demonstração de conhecimento sobre boas práticas na prevenção e o controlo de infeção.

Ao longo do período de estágio em UCI a presença da família foi sempre incentivada e potenciada, sendo habitualmente uma característica que define aquela UCI em particular. Ao longo do tempo foi possível constatar que a flexibilidade existente quer nos horários de visita quer no tempo de permanência aumentava a confiança da família na equipa de saúde e nos cuidados prestados. O ambiente de UCI era desconhecido da maioria das famílias com quem se estabeleceu contato tal como Benner e colaboradoras (2011) afirmam, sendo que dessa forma as dúvidas expressadas foram inúmeras. A permanência constante na sala, a individualização da comunicação através do uso do nome do familiar, a utilização criteriosa da linguagem para ser entendível assim como o ajuste da cadência do discurso conforme perceção do entendimento foram estratégias utilizadas para melhor responder às necessidades das famílias. A consciência da importância da comunicação não-verbal permitiu

consolidar comportamentos e adequá-los intencionalmente a cada familiar com que existia interação garantindo uma relação terapêutica fortificada. Separar a família do doente crítico, por convenção é considerada uma prática desumana (Benner et al., 2011) e como tal potenciou-se em todos os momentos a sua presença, sendo que para que possa ser estimulado um maior envolvimento, é necessária uma atenção maior do controlo de infeção.

O doente crítico em UCI, pela instabilidade que lhe é característica, submetido a modalidades terapêuticas invasivas e com a colocação de dispositivos médicos invasivos apresenta um risco infeccioso acrescido. Neste percurso colaborou-se diretamente com o grupo de trabalho do controlo de infeção da UCI, na pessoa do elemento responsável, pela reestruturação da norma sobre medidas protetoras nos diferentes tipos de isolamento quer para profissionais quer para familiares/visitas. Esta colaboração iniciou-se pela análise de evidência científica sobre precauções e medidas de isolamento considerando diferentes agentes patogénicos e diferentes vias de transmissão com posterior momento de encontro para partilha da análise e reorganização da norma.

A UCI apresenta uma política de incentivo à higienização das mãos dos familiares nos momentos pré e pós visita, sendo que em situações específicas outras medidas tiveram de ser implementadas com a necessidade de instruir os familiares na correta colocação de equipamento de proteção individual (EPI) específico. Todos estes momentos exigiram o desenvolvimento de competências comunicacionais adequadas à transmissão de informação necessária à manutenção da segurança do doente e família.

Áreas de Competência	Competências adquiridas/desenvolvidas
Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC	Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina;
Enfermeiro Especialista	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);

Enfermeiro Especialista	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Quinto objetivo: Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI.

As atividades com vista a atingir este objetivo foram:

- Integração na equipa multidisciplinar com respeito aos limites profissionais de cada elemento constituinte;
- Conhecimento de instruções de trabalho/protocolos instituídos;
- Conhecimento dos sistemas de informação utilizado;
- Execução de registos de enfermagem adequados e em tempo oportuno segundo sistema de informação utilizado em UCI;
- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados;
- Demonstração de conhecimentos teórico-práticos nos cuidados à PSC e sua família;
- Observação e colaboração no acolhimento à família da PSC na UCI;
- Promoção do envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem à PSC;
- Observação da consulta de Follow-Up realizada na UCI.

Durante o período de estágio na UCI foram prestados cuidados especializados a doentes críticos com patologia médica, cirúrgica, neurocirúrgica e hematológica, situações com elevados níveis de complexidade, onde o registo de enfermagem apresenta um nobre valor pela sua pertinência, por serem a tradução da evolução clínica do doente. O evoluir do estágio permitiu evoluir gradualmente na prestação de cuidados especializados, sendo que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se” (Benner, 2001, p.63).

Foram geridos protocolos complexos de sedo-analgesia, insulinoaterapia e de anticoagulação em doente em ECMO e tomado conhecimento do protocolo de gestão térmica em doentes pós paragem cardiorrespiratória. (PCR)

O nível de complexidade das situações clínicas do doente é mutável ao longo do período de internamento, foram vivenciados momentos de melhoria clínica evidente em que doentes anteriormente submetidos a ventilação mecânica invasiva foram extubados, iniciando assim um processo de retoma de atividades tais como a ingestão oral de alimentos e líquidos. Assegurar a presença da família, junto do doente crítico, requer julgamento por parte do enfermeiro, (Benner et al., 2011) não menos verdade, é igualmente necessário julgamento crítico para perceber o momento de potenciar o envolvimento da família nos cuidados ao doente. O momento em que foi incentivado o envolvimento de um familiar na função de ajudar o doente a alimentar-se, permitiu ao familiar sentir segurança na recuperação do doente e ao doente o conforto de partilhar o momento com a sua esposa. Ao enfermeiro cabe a capacidade de determinar qual o nível de envolvimento que a família expressa em participar nos cuidados (Benner et al., 2011), ao longo deste percurso este envolvimento foi fomentado conforme a vontade e disponibilidade dos familiares e doentes.

Realizaram-se acolhimentos a famílias de doente recém-admitidos na UCI, com a crescente preocupação de responder às necessidades individuais de quem se acolhia. Foi possível assistir a uma consulta de follow-up que consiste numa consulta realizada ao doente no período temporal de 6 a 9 meses após alta da UCI. Nesta consulta aplica-se um questionário com perguntas fechadas e abertas que permite avaliar a experiência que o doente recorda do período de internamento na UCI. Esta dinâmica permite refletir sobre as perceções do doente e família num período crítico e implementar respostas ajustadas às necessidades verbalizadas e dessa forma individualizar os cuidados prestados em situações futuras onde se estabeleça um

paralelismo. Este percurso, ao ser orientado por uma Sr.^a Enf^a com funções de gestão apenas na ausência do Enf^o chefe de equipa, foi importante e absolutamente essencial a experiência de acompanhar durante um turno o enfermeiro com funções de gestão. As funções do Enf^o chefe de equipa são fulcrais para a excelência dos cuidados globais ao doente. Percecionou-se a capacidade de intuitivamente, apreender cada situação com identificação rápida do problema, conforme descrito por Benner (2001). Assim como Benner (2001) afirma "o todo é maior do que as partes que o compõem" (p.70) e dessa forma foi evidente que uma apreensão rápida do problema permite revelar as competências do enfermeiro perito sendo que não foca a sua atenção aos pormenores, mas à globalidade da situação.

Áreas de Competência	Competências adquiridas/desenvolvidas
Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC	Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica; Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina;
Enfermeiro Especialista	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

2.2 - Intervenção especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família em contexto de Serviço de Urgência

Primeiro e segundo objetivo: Aprofundar conhecimentos teóricos e instrumentais na intervenção de enfermagem à PSC e Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica.

As atividades realizadas com vista a atingir estes objetivos foram:

- Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados;
- Implementação e análise da intervenção do enfermeiro à PSC e família no processo de cuidados;
- Identificação dos fatores que influenciam a tomada de decisão em clínica;
- Reflexão sobre fatores que influenciam a tomada de decisão em clínica;
- Análise do desenvolvimento do conhecimento teórico e instrumental;
- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias de melhoria da qualidade.

O SU é o local apropriado para a resposta de cuidados de saúde a situações urgentes e emergentes. A DGS (2001) apresenta o conceito de Urgências como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e de Emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p.7).

O contexto clínico onde foi realizado este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências é de igual tipologia ao do meu contexto profissional, um serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) localizado num hospital distrital. Os SUMC são locais de “acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência” (DGS, 2001).

O SU é um local onde a presença do familiar é uma realidade, a PSC vítima de um evento crítico súbito solicita e carece recorrentemente do conforto da presença do familiar/pessoa significativa, reconhecido na literatura como fundamental inclusive em situações-limite em sala de reanimação (Youngson, Currey, & Considine, 2017). Em Portugal foi legislado o direito do doente, ao acompanhante, seja familiar ou outra pessoa por si indicada nos SU do SNS (Lei n.33/2009, 2009). Independentemente da

questão legal o Código Deontológico do Enfermeiro exorta no artigo 110, a humanização dos cuidados, com a assunção do dever de prestar atenção à pessoa inserida numa família de forma a encarar essa família igualmente como um alvo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O SUMC onde exerci o percurso de aquisição de competências é constituído por diversos espaços/salas fechadas. Em cada espaço encontra-se equipamento específico para a atuação pretendida e existe um “circuito” para o doente. A PSC é assistida no SU, habitualmente num momento inicial, na sala de reanimação, nesse local é avaliada, estabilizada e transferida para o local ideal para a continuidade de cuidados. A avaliação e estabilização da PSC em sala de reanimação é um processo realizado pelo enfermeiro afeto a esse posto de trabalho que, não raras vezes, corresponde ao enfermeiro chefe de equipa.

Essa decisão que implica a necessidade de competências específicas é muitas vezes efetuada pelo enfermeiro chefe de equipa, especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica que, por défice de recursos humanos, assume diversas vezes, esse posto de trabalho simultaneamente com as funções específicas de chefe de equipa. Esta acumulação de várias funções em simultâneo constituiu uma dificuldade visível no exercício da sua atividade. A constante solicitação de resolução de questões a par das inúmeras PSC admitidas exercem uma pressão adicional perante a possibilidade de erro. Esta perceção de pressão adicional foi diversas vezes debatida diretamente com a Sr.^a Enf^a orientadora, sobretudo pelo entendimento de que o contexto de simultaneidade de funções, onde existe a preocupação de atender às várias solicitações, influencia o exercício de enfermagem.

A presença da família junto da PSC assistida em sala de reanimação era relegada para um momento posterior. Esta presença pressupõe da parte do enfermeiro o papel de cuidador da família, ao integrá-la no plano terapêutico da PSC, assegurar a sua presença e promover a informação que no momento particular de uma admissão num SU é fundamental determina o que será o envolvimento da família nos cuidados posteriores. Assegurar a presença da família junto da PSC requer julgamento, sendo que o julgamento clínico está dependente de vários fatores entre eles o contexto em que a situação ocorre (Tanner, 2006). Durante o período de estágio, primei por assegurar a presença da família tanto e quanto possível junto da PSC em sala de reanimação, foi detetada a multiplicidade de papéis como uma condicionante à tomada de decisão na promoção da presença e informação da família em sala de

emergência e refletido em conjunto com a Sr.^a Enf^a orientadora. No decurso do estágio existiu uma alteração organizacional importante do contexto onde exerci a aquisição e desenvolvimento de competências.

Alguns profissionais de saúde foram fisicamente agredidos por parte de familiares/acompanhantes no exercício das suas funções. Estes incidentes motivaram por parte da instituição hospitalar a emissão da indicação para restringir o acesso a familiares/acompanhantes ao mínimo contato e a sua permanência no interior do SU ao menor tempo possível. Este não cumprimento do legalmente previsto sustentou-se na premissa da garantia da segurança quer dos profissionais quer dos doentes. Contudo, este incidente traduziu-se muito além desta condicionante, traduziu-se num crescente expressar da vulnerabilidade sentida pela equipa multiprofissional.

Os contatos entre enfermeiros e familiares foram reduzidos substancialmente e cada contato transparecia desconforto perante o sentimento de ameaça/perigo iminente. Este desconforto vivenciado na primeira pessoa é apresentada na literatura sob a forma de preocupação perante a presença do familiar em situações de reanimação em meio hospitalar, precisamente pela possibilidade do seu comportamento se tornar disruptivo condicionando o cuidado ao doente e a segurança dos profissionais (Youngson et al., 2017).

Ambas as partes (enfermeiro e família) apresentavam-se desconfortáveis e a relação terapêutica anteriormente fortalecida pela presença constante do familiar/acompanhante alterou-se existindo simultaneamente um aumento da vulnerabilidade da PSC pela ausência do conforto que o familiar representa (Youngson et al., 2017). Perante isto, uma reflexão profunda da situação conduziu-me à proposta de realização de uma sessão de formação sobre comunicação terapêutica (Apêndice V). Esse momento de partilha e reflexão permitiu o debate sobre comunicação terapêutica, comunicação efetiva, barreiras à comunicação e estratégias de melhoria da comunicação terapêutica em ambiente de SU. Em equipa debateu-se a importância de se reconhecer as barreiras à comunicação, características de um SU tais como a ausência de privacidade ou o fluxo de necessidades superior aos recursos de resposta que influenciam doentes/familiares e profissionais em igual medida (Bramhall, 2014). Conhecer e reconhecer estas barreiras permite ao enfermeiro gerir o impacto dessas barreiras e utilizar estratégias facilitadoras da comunicação repercutindo a sua ação na relação terapêutica com o doente/familiar.

Reconhecer que os gestos corporais representam 55% da comunicação (Stuart & Laraia (2006) cit. por Coelho & Sequeira, 2014) permite ao enfermeiro delinear intervenções direcionadas com base no seu julgamento clínico do momento vivenciado.

Áreas de Competência	Competências adquiridas/desenvolvidas
Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC	Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações; Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina; Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”.
Enfermeiro Especialista	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

Terceiro e quarto objetivo: Desenvolver competências comunicacionais na intenção de envolver a família nos cuidados de enfermagem à PSC e Promover a segurança nos cuidados à PSC e família nomeadamente na gestão do controlo de infeção.

As atividades com vista a atingir estes objetivos foram:

- Mobilização de competências comunicacionais no cuidado à PSC e sua família;
- Promoção da expressão de dúvidas pela família da PSC;
- Utilização de estratégias de comunicação efetiva com a PSC e família;
- Realização de ensinamentos à PSC e família quando identificadas necessidades;
- Identificação de técnicas de comunicação dos elementos da equipa multidisciplinar à PSC e família em situações emergentes;

- Observação das práticas atuais no controlo de infeção no contato com a PSC e família;
- Conhecimento de instruções de trabalho/protocolos na área do controlo de infeção;
- Demonstração de conhecimento sobre boas práticas na prevenção e o controlo de infeção.

Durante o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências e perante os acontecimentos anteriormente descritos que condicionaram a realidade pré-existente, o recurso a estratégias de comunicação terapêutica foi regular, de forma a potenciar o envolvimento da família no plano terapêutico do doente. O estágio decorreu com a orientação de uma Sr.^a Enf^a com funções de chefe de equipa e dessa forma, o local de exercício de prestação de cuidados foi maioritariamente a sala de reanimação.

Em todas as situações de PSC recebida em sala de reanimação, foi assegurada a presença da família sempre que a mesma se encontrava presente e expressava essa vontade. Desloquei-me por diversas vezes à sala de espera para providenciar informações aos familiares presentes, dessa forma potenciando a relação terapêutica pretendida e minimizando o stress e ansiedade vivenciado pela família, sobretudo entendido este “ir ao encontro” da família como uma intervenção potenciadora da relação terapêutica. O SU onde decorreu o estágio pertence à área metropolitana de Lisboa, com uma população abrangida significativa, de estrutura etária mediantemente inferior em relação ao meu contexto laboral, contudo com locais/bairros de uma enorme vulnerabilidade social com níveis de literacia baixos e contexto socioeconómico frágil.

A necessidade de adequar a linguagem e abordagem à família nestas situações atinge primordial importância. A garantia de que a informação era rececionada e compreendida permitiu fortalecer a relação enfermeiro-família. Uma senhora vítima de acidente vascular cerebral de etiologia hemorrágica, sem potencial recuperador e prognóstico reservado vinha acompanhada por dois filhos. Após fornecimento de informação médica mantiveram-se a aguardar na sala de espera.

Ao abordar os filhos no intuito de indagar a sua vontade em estar junto da senhora foi percecionada a incompreensão da família da informação médica que lhes foi veiculada. Existiu assim a necessidade de readaptar a linguagem ao

entendimento dos familiares, de forma a promover o suporte necessário após o seu entendimento. Assegurada a compreensão do status da senhora, foi assegurada por sua vontade a presença junto dela, aos dois filhos em simultâneo para que também se pudessem apoiar mutuamente.

Ao assegurar a presença da família e o seu envolvimento na participação dos cuidados, nomeadamente assistir à alimentação do doente, o controlo de infeção ganha uma particular importância. A sobrelotação habitual do SU conduz a um elevado número de pessoas num espaço de dimensões reduzidas e potencia a probabilidade de infeções cruzadas por contato entre doentes e familiares distintos. Nos vários contatos com familiares foi reforçada a importância da higienização das mãos ou desinfeção das mesmas com as soluções presentes por todo o SU assim como a importância de se manterem junto do seu familiar e apenas com ele contatarem fisicamente.

A estrutura física do SU em questão não é facilitadora em situações de necessidade de isolamento de contato, apresenta apenas um espaço passível de garantir esse isolamento, sendo que a gestão desse espaço segue a indicação do chefe de equipa de forma a gerir adequadamente a sua utilização.

Tomado conhecimento dos vários protocolos em vigor, aplicados conforme estipulado pelo grupo de trabalho na área do controlo de infeção do SU e as indicações dos Srs. Enf^o elos de ligação das várias equipas. Percecionada a ausência de contentores para depósito de lixo não contaminado na sala de reanimação foi questão debatida com elementos do grupo de controle de infeção e refletida sobre os potenciais custos acrescidos da assunção de todo o desperdício ser considerado e manuseado como lixo contaminado.

Áreas de Competência	Competências adquiridas/desenvolvidas
Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC	Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina;
Enfermeiro Especialista	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);

Enfermeiro Especialista	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Quinto objetivo: Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família em contexto de SU.

As atividades com vista a atingir este objetivo foram:

- Integração na equipa multidisciplinar com respeito aos limites profissionais de cada elemento constituinte;
- Conhecimento de instruções de trabalho/protocolos instituídos;
- Conhecimento do plano de catástrofe em vigor;
- Conhecimento dos sistemas de informação utilizado;
- Melhoria dos registos de enfermagem com vista à garantia da continuidade de cuidados;
- Identificação de focos de instabilidade na PSC e intervenção adequada;
- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados;
- Demonstração de conhecimentos teórico-práticos nos cuidados à PSC e sua família;
- Identificação de critérios de transferência e referenciação da PSC;

O SU em causa apresenta várias especialidades médicas e serviços complementares em permanência durante as 24h do dia, tais como: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurologia, Imagiologia, Cardiopneumologia, Laboratório de Hemodinâmica, Bloco Operatório e Medicina Intensiva. Ao longo das oito semanas de estágio foram prestados cuidados à PSC nas mais variadas áreas de intervenção: Doentes com patologia médica com indicação de internamento em enfermaria, doentes com patologia vascular com acompanhamento à Imagiologia e Unidade de AVC

para tratamento farmacológico direcionado; Doentes com evento traumático, politraumatizados, com compromissos osteoarticulares e neurológicos onde foi possível aplicar conhecimentos adquiridos no curso de Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) e consequente preparação do doente para transferência até centro de trauma da rede de referênciação.

Cuidados de enfermagem que envolvem da parte do enfermeiro a capacidade de prever potenciais riscos e minimizá-los, para que a segurança do doente não seja, em momento algum, colocada em causa. Qualquer transporte da PSC, seja um transporte intra ou inter-hospitalar é um foco de potencial instabilidade do doente, de crise. Nesses momentos é fundamental a previsão e gestão dessas crises, competência que Benner (2001) atribui ao enfermeiro perito. Foram prestados cuidados a doentes com eventos críticos de etiologia cardíaca e acompanhados ao Laboratório de Hemodinâmica para intervenção imediata, assim como colocados em prática os conhecimentos adquiridos no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) em três situações de PCR duas delas com retorno da circulação espontânea. Nas várias situações de prestação de cuidados foi evidente o papel preponderante do Enf.º Chefe de Equipa enquanto elemento gestor de cuidados e recursos.

Tive a oportunidade de desempenhar esse papel de gestor, com a necessidade de ajustar os recursos às necessidades de forma a potenciar a equipa para a melhor resposta possível. O SU é um contexto de prestação de cuidados, onde geralmente, os recursos existentes são inferiores à demanda, desta forma os registos executados são fundamentais para garantir a transição de cuidados segura, dando cumprimento à norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017). Ao longo do período de estágio essa metodologia foi abordada informalmente com enfermeiros do SU, resultando numa maior uniformização de registo.

O exercício de enfermagem no contexto de SU é desafiante pela natural dinâmica de priorização de problemas e resolução ou encaminhamento para local próprio. O efémero contato existente entre enfermeiro e PSC foi uma das razões que conduziu à realização de um estudo de caso, permitindo dessa forma reorganizar o pensamento e traduzir por escrito o processo de

enfermagem, com as suas várias etapas, tendo antecipadamente o conhecimento da dificuldade que daí resultaria quer pela efemeridade do contato quer pela situação clínica ser suscetível de não permitir uma completa colheita de dados. Durante este período de estágio foi, igualmente, determinante na aquisição e desenvolvimento de competências a participação nas 1ª Jornadas *Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde* com a elaboração de um poster (Apêndice VI) alusivo ao projeto de estágio que culminou neste percurso e consequente relatório. Esta participação permitiu a disseminação de conhecimento em ambiente científico, relevante para o crescimento da identidade profissional que se pretende adquirir – estadio de perito – assim como apreender conceitos fundamentais com peritos de elevada notoriedade na Enfermagem tal como o Prof^o Doutor Abel Paiva, a quem devemos a expressão que define a essência deste percurso, na consolidação de um exercício de enfermagem conceptualizado e fundamentado, em suma a procura por uma “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007, p. 12).

Áreas de Competência	Competências adquiridas/desenvolvidas
Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC	Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina;
Enfermeiro Especialista	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2). Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;
--	---

3 - CONCLUSÃO

O presente relatório visa explicar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem na área de especialização PSC com vista ao cumprimento dos objetivos do CMEPSC, enquadrados nos descritores de Dublin para o 2.º ciclo. Simultaneamente apresenta a pretensão de ter atingido as competências definidas nos regulamentos de competências gerais de EE e competências específicas de EEEPSC.

A temática definida *Intervenção especializada de enfermagem à PSC: “Participação da família”* revelou-se uma matriz desafiante, que me conduziu a uma reestruturação do pensamento, com inequívoco reflexo no julgamento e raciocínio clínico essencial para o exercício de enfermagem em contexto de cuidados críticos. O referencial teórico adotado *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* de Patrícia Benner, Patrícia Kyriakidis e Daphne Stannard permitiu um sólido crescimento profissional que se baseou num processo de aquisição e desenvolvimento de competências com tradução real na prestação direta de cuidados.

A atual evidência sobre a temática desenvolvida visa como contexto primordial a UCI. Esta constatação potenciou o desafio, na capacidade necessária de integração de conceitos e estratégias sustentadas em evidência para, em contexto de SU, adquirir e desenvolver as competências pretendidas.

O período de estágio em UCI permitiu adquirir competências especializadas de enfermagem à PSC e família importantes para o desenvolvimento da minha identidade profissional. Ao constituir-se um contexto no qual a minha experiência era parca, trabalhar fora da “zona de conforto” revelou-se fundamental para o crescimento, para que baseada no referencial teórico que conduziu este percurso, fosse colocando as questões certas, característica expectável do enfermeiro (Benner, 2001).

As dificuldades sentidas foram sobretudo associadas à multiplicidade de afeções admitidas naquela UCI e à complexidade dos cuidados associados a modalidades terapêuticas pouco familiares que permitiram uma pesquisa incessante de informação e evidência para consubstanciar o exercício clínico. O maior desafio revelou-se pela supremacia do modelo biomédico num contexto altamente tecnológico. Desafiante, no sentido, em que é precisamente neste contexto que entendo ser fundamental o reforço do exercício autónomo do enfermeiro, em que as

intervenções autônomas de enfermagem reportam para a imprescindibilidade do enfermeiro junto da PSC e família numa UCI. No final deste percurso encaro o enfermeiro perito, neste contexto, como a peça fundamental, cujo exercício clínico se revela inconfundível, de elevada qualidade e responsável por instigar o desenvolvimento das potencialidades dos seus pares, assim como, as suas, com vista à garantia da melhoria dos cuidados prestados.

O período de estágio em SU permitiu sobretudo, desenvolver competências num contexto em que apresento onze (11) anos de experiência, mas que requeria domínio para que ocorresse a transformação da competência (Benner, 2001). A maior dificuldade sentida prendeu-se com a familiaridade do contexto com o meu local de trabalho e a preocupação de permanecer no papel de estudante com vista à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. A conceptualização do exercício clínico permitiu ultrapassar essa dificuldade e ser entendida, pelos pares como um elemento em formação, o que permitiu partilhas importantes de vivências contributivas para o sucesso deste percurso.

O verdadeiro desafio começa neste momento, com o terminar de uma etapa que não finaliza o processo que se prevê e se ambiciona longo e próspero no futuro. A ambição passa por contribuir, no futuro, para a mudança do paradigma da família enquanto contexto do doente, para a construção de um maior envolvimento da família devidamente suportada por intervenções de enfermagem que respondam às suas reais necessidades e preocupações. Ambiciono o cuidado à família absolutamente indissociável da PSC, seja em que circunstância for, não como mero observador, mas como parte integrante do plano terapêutico do doente desde a situação *life saving* ao momento da alta.

Até esse momento, resta-me o compromisso de ser exemplo diário e constante, em todas as interações estabelecidas de uma enfermagem conceptual, baseada na evidência, de uma disciplina científica de elevada importância para a manutenção da Humanidade.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beer, J., & Brysiewicz, P. (2017). The conceptualization of family care during critical illness in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 22, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.006>
- Bond, A.E., Draeger, C.R., Mandleco, B., Donnelly, M., 2003. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury. Implications for evidence-based practice. *Crit. Care Nurse* 23 (4), 63–72, Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12961784>.
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S. S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*, 65(4), 567–576. <https://doi.org/10.1111/inr.12490>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (Second Edi). New York: Springer Publisher Company.
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 29(14), 53–59. <https://doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355>
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 31–38.
- Coyle, M. A. (2000). Meeting the needs of the family: The role of the specialist nurse in the management of brain death. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(1), 45–50. <https://doi.org/10.1054/iccn.1999.1469>
- Direção Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, 24.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017.
- Galvin, I. M., Leitch, J., Gill, R., Poser, K., & McKeown, S. (2018). Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 65(12), 1348–1371.

<https://doi.org/10.1007/s12630-018-1227-7>

- Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., Daly, B., Nurses, C., & Hetland, B. (2017). Engagement in Care Among Critical. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), 160–170. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017118>
- Hickman, R. L., Sara, A.-B., & Douglas, L. (2010). *Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members*. *AACN Advanced Critical Care* (Vol. 21). Obtido de <http://acc.aacnjournals.org/>
- Huffines, M., Johnson, K. L., Naranjo, L. L. S., Lissauer, M. E., Fishel, M. A.-M., Howes, S. M. D., ... Smith, R. (2013). Improving Family Satisfaction and Participation in Decision Making in an Intensive Care Unit. *CriticalCareNurse Vol*, 33(5), 56–69. <https://doi.org/10.4037/ccn2013354>
- Hulme, W., Allen, J., Manara, A. R., Murphy, P. G., Gardiner, D., & Poppitt, E. (2016). Factors influencing the family consent rate for organ donation in the UK. *Anaesthesia*, 71, 1053–1063. <https://doi.org/10.1111/anae.13535>
- Lei n. 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1.a série — N.º 181 — 16/09/2015, 8059–8105. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.33/2009. (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diario da Republica*, 1ª Serie (n.134 - 14-07-09), 4467.
- Lei n. 15/2014. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.a série — N.º 57 — 21 de Março de 2014.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Karen Schumacher. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos, 25(1), 4470014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Lisboa*, 6. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Pelletier-Hibbert, M. (1998). Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 27(4), 230–237. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(98\)90034-6](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(98)90034-6)
- Regulamento n. 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Serie (n.º 26 - 06 - 2 - 2019, 4744–4750*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n. 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em si. *Diário da República, 2ª Serie (n.º 135 - 16 - 7 - 2018)*, 19359–19370. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Saldaña, D. M. A., Alarcón, M. P., & Romero, H. A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 33(1), 102–111.
- Saúde, M. da. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. An Pediatr Contin. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. <https://doi.org/10.1103/PhysRevB.91.155123>
- Silva, A. P. (2007). «Enfermagem Avancada» Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*.
- Skoog, M., Milner, K. A., Gatti-petito, J., & Dintyala, K. (2016). Art Family on stress ICU. *American Association of Critical Care Nurses*.
- Soury-Lavergne, A., Hauchard, I., Dray, S., Baillot, M. Lou, Bertholet, E., Clabault, K., ... Roch, A. (2012). Survey of caregiver opinions on the practicalities of family-centred care in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1060–1067. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03866.x>

- Sque, M., Payne, S., & Vlachonikolis, I. (2000). Cadaveric donotransplantation: Nurses' attitudes, knowledge and behaviour. *Social Science and Medicine*, 50(4), 541–552. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00325-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00325-1)
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of nursing education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x>
- Youngson, M. J., Currey, J., & Considine, J. (2017). Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3624–3635. <https://doi.org/10.1111/jocn.13733>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de Estágio

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Anos	2019														2020									
Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro					
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23		6	13	20	27	3	10	17	24	
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20		3	10	17	24	31	10	14	21	28	
Estágio com Relatório															F	N								
															É	A								
															R	T								
															I	A								
															A	L								
															S									

Unidade de Cuidados Intensivos- Estágio de 30 de Setembro a 22 de Novembro

Serviço de Urgência - Estágio de 25 de Novembro a 15 de Fevereiro

Semana na Escola de Enfermagem de Lisboa - 23 a 27 de Setembro

Realização e entrega de Relatório de Estágio - 17 a 28 de Fevereiro

APÊNDICE II

Relatório do Congresso do Doente Crítico 2019 Setúbal

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019

– Setúbal

Surge o presente relatório para dar a conhecer as mais valias/competências adquiridas ao longo de dois dias de congresso num ambiente de partilha de conhecimento científico.

O Congresso iniciou com uma mesa dirigida a eventos/incidentes multivítimas com palestrantes civis e militares. Foram mostrados vários instrumentos utilizados em todo o Mundo para triagem em cenários multivítimas, contudo foi também mostrado que não existe evidência que suporte os vários algoritmos, assim como também não existe evidência que beneficie um algoritmo em detrimento de outro. Isto leva-nos à conclusão de que o “melhor” algoritmo será o que permitirá de forma rápida (tempo inferior a um minuto) proceder a uma priorização de vítimas adequada e correta. Um ponto positivo desta mesa inicial foi a apresentação do palestrante militar. Deu a conhecer os meios militares de resposta a cenários multivítimas, com especial foco nos incidentes tático-policiais. Desconhecia a organização interna da GNR no que concerne a respostas nestes cenários, assim como desconhecia a existência na GNR de ambulâncias SVB, SIV e SAV um pouco à semelhança do INEM. Foi transmitida e reforçada a ideia de que em teatros de operações no território nacional a entidade responsável pelo socorro é o INEM, informação essa já adquirida na UC de Intervenção em Situações de Urgência, Emergência e Catástrofe.

A mesa seguinte tinha como tema a Via Verde PCR e Dador de Coração Parado. Foram apresentados dados relativos ao programa E-CPR do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central em que, infelizmente, as estatísticas do programa deste Centro Hospitalar estão ligeiramente abaixo da média europeia (21% vs 29%) dados que merecem atenção e preocupação da parte da equipa integrante. As causas destes valores não se encontram claramente definidos, mas acredita-se que determinadas características inerentes ao sucesso da técnica podem estar na sua génese. Tomei conhecimento da “golden hour” em E-CPR, o que corresponde ao

tempo desde a PCR e o início da E-CPR e, que foi explanado pela palestrante que deveria rondar os 60 minutos (1 hora). Este facto fez-me refletir na realidade em que exerço e a distância a que me encontro do E-CPR mais próximo e na dificuldade real de “usufruir” de uma técnica de reconhecido valor, mesmo tendo à disposição um compressor torácico externo que viabiliza o transporte de uma vítima em PCR. A manutenção do dador foi uma apresentação de um palestrante do Hospital São João – Porto, em que descreveu a dinâmica habitual do serviço perante um possível dador de órgãos. Esta mesa terminou com a apresentação de uma palestrante do Instituto Português do Sangue e da Transplantação sobre a identificação do dador. A obrigatoriedade da consulta do RENNDA foi um dos exemplos dados, esta apresentação não trouxe informações acrescidas atendendo a que na UC de Enfermagem e Políticas de Saúde, o grupo de trabalho que integrei optou por o tema da Doação de Órgãos e o Papel do Enfermeiro nesse processo como área de interesse e como tal obtivemos nessa altura as últimas informações disponíveis.

O congresso continuou com uma mesa especialmente dirigida à criança gravemente doente, a criança em situação crítica. Esta mesa, para mim, apresentou um interesse relativo, isto porque o único contato que tenho com a criança gravemente doente é em contexto pré-hospitalar, sendo que executamos os algoritmos estabelecidos e procedemos ao transporte acompanhado até à unidade hospitalar, a partir desse momento a criança fica à responsabilidade da Urgência Pediátrica. Os transportes inter-hospitalares da criança gravemente doente, no meu contexto laboral, são maioritariamente procedidos pelo INEM com a equipa TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico). Foi interessante conhecer o trabalho efetuado no Hospital Espírito Santo – Évora, contudo por desconhecimento meu, não tenho condições de estabelecer o paralelismo com a realidade onde exerço. A palestra sobre cetoacidose diabética foi elucidativa e clara, contudo assente no diagnóstico, exames complementares de diagnóstico e tratamento com enfoque especial à atuação médica.

O primeiro dia do congresso terminou com uma mesa sobre Serviço de Urgência.

Esta mesa despertou-me natural interesse visto tratar-se do meu contexto laboral. A palestra referente à triagem de Manchester foi uma apresentação estatística sobre o fluxo de doentes e as respetivas prioridades. Foi interessante descobrir que são generalizados os três picos de afluência ao SU – às 12h, 16h e 20h, o que trouxe de novo foi a perspetiva de que a eficiência de um SU pode passar pela sua

reorganização física e de recursos humanos perante as estatísticas de triagem que apresentam e as características da população que servem. Nesta mesa também houve a apresentação dos dados estatísticos da equipa de Hospitalização Domiciliar do Hospital Garcia de Orta (pioneiro na área) e a apresentação das características da Telessaude em Portugal nomeadamente o funcionamento da SNS24. Contudo o que evidencio é a apresentação do palestrante que abordou o tema da organização do SU sob a visão do enfermeiro. A sua apresentação focou aspetos que considero importantes nesta etapa da minha formação. A “figura” de Chefe de Equipa, enquanto Líder e os outcomes positivos que daí advêm tais como: Aumento dos índices de confiança da equipa, promover o aumento da produtividade, incutir mudança cultural no seio da equipa. Assim como abordou um assunto sobre o qual não me tinha questionado, se o enfermeiro que exerce a sua prática no serviço de urgência deverá ter características de personalidade específicas. O palestrante defende positivamente essa vertente e elencou algumas dessas características tais como: Ritmo – Ação/Intervenção, Presença no Caos com comportamento promotor de segurança, Multitarefa com capacidade de organização e priorização e estratégias de coping numa vertente de lucidez perante o caos. Esta apresentação fez-me refletir sobre os enfermeiros que considero “referências” na minha prática e na presença destas características neles.

O segundo dia de congresso iniciou-se com um update de informações na área dos cuidados críticos. As bundles de sépsis foram as que nos foram lecionadas na UC de Enfermagem em Cuidados Intensivos o que validou a informação obtida no decurso do mestrado. A apresentação da Via Verde Trauma do Hospital de São João apresentou dados importantes e preocupantes, o impacto económico derivado a incidentes traumáticos corresponder a 1% do Produto Interno Bruto (PIB) é, em termos de sustentabilidade económica, um elemento que carece de especial atenção para formas de prevenção ou minimização. Quanto ao funcionamento real da Equipa de Trauma, foi apresentada a sua constituição e a apresentação foi rapidamente encurtada por questões de tempo.

Os cuidados de pós reanimação, que foram a última apresentação desta mesa, foi uma revisão de informação já obtida ao longo do Mestrado nos cursos de SAV e ATCN nas suas diferentes vertentes, com um enfoque à prática médica.

A mesa seguinte revelava-se promissora e foi em determinados aspetos em outros nem tanto. Perspetivava-se o papel do enfermeiro no pré-hospitalar (PH). O

palestrante vindo de Barcelona fez uma apresentação da organização que representava o Instituto de Estudos Médicos (IEM) e da organização institucional do pré-hospitalar na Catalunha. A apresentação da realidade PH dos Açores trouxe à discussão uma situação que me preocupa enquanto enfermeira a exercer funções no pré-hospitalar em contexto de ambulância SIV: Iniciar manobras de reanimação em todas as circunstâncias de PCR. Nos Açores existe o protocolo “Vitima Cadáver” o que em determinadas condições lhes permite não iniciar manobras de reanimação na ausência de um médico que verifique o óbito. Em situações de morte evidente (putrefação, decapitação ou rigidez cadavérica) assim como em situação de doença em fase terminal, prolongada ou incapacitante, é decidido em concordância com o médico regulador não iniciar manobras de reanimação ao abrigo do protocolo. Este protocolo não pode ser implementado se tiverem sido iniciadas manobras de SBV pois não permite a suspensão de manobras iniciadas. Contudo é um protocolo inexistente no Continente e cuja implementação poderia permitir uma maior dignificação a situações de morte às quais acorremos enquanto meio de emergência. As restantes palestras foram referentes a aspetos singulares de diferentes realidades tais com a Eslovénia, sendo de ressaltar o trabalho executado na Madeira (território português) onde os enfermeiros assumem o papel de triagem e aconselhamento via 112, algo que no território continental foi abolido em Julho de 2010.

Os desafios para a enfermagem à Pessoa em situação crítica foi uma mesa que abordou temas tais como as equipas de emergência interna, a ecografia no PH e os registos na emergência PH. Este último tópico foi uma apresentação de um novo software do INEM que se encontra em fase de implementação após teste. Corresponde a um software mais intuitivo de preenchimento e que permite ativar “alertas” que motivam intervenções, um exemplo será o alerta PCR que motivará o envio de ajuda diferenciada para o local tal como uma VMER.

A equipa de emergência interna é uma realidade em vários hospitais e uma lacuna em tantos outros (no meu contexto laboral é inexistente), foram explanados os critérios de ativação da equipa de emergência interna da qual o palestrante faz parte e, o mais importante na minha ótica, a necessidade do enfermeiro manter-se alerta e vigilante ao doente para antecipar focos de instabilidade, e em caso de surgirem, rapidamente identifica-los e ativar a equipa com vista a evitar uma intervenção em situação de PCR. A ecografia no PH acredita-se ser uma realidade a curto/médio prazo, é uma técnica não invasiva, de rápida execução e custo efetivo baixo pelo que surge como uma aposta futura. O palestrante referiu ser uma prática já utilizada por

enfermeiros no contexto laboral dele no que concerne à cateterização vesical e na cateterização periférica.

A última mesa do congresso levantou controvérsias em questões centrais da intervenção do doente crítico, utilizar adrenalina? Sim ou não? Ou, de que forma? Via aérea avançada, terá de ser definitiva? Foi um dos momentos, para mim, mais produtivos em termos de conhecimento científico. Dois palestrantes diferentes, com base no mesmo estudo científico, conseguiram apresentar duas posições em relação à administração de adrenalina. E um dos pontos que mais me entusiasmou é que se aparentemente pareciam ser posturas antagonistas (um a favor da administração e outro contra) na realidade não foi assim. Duas apresentações distintas com leituras distintas do mesmo artigo conseguiram mostrar à assembleia que é importante administrar adrenalina em PCR, inquestionavelmente, contudo deverá repensar-se seriamente a forma como está preconizada, os momentos de administração, as doses que estão a ser administradas, todos estes elementos são importantes para tornar a adrenalina um fármaco potenciador inegável da recuperação da circulação espontânea mas não equacionados devidamente podem tornar a administração de adrenalina num fator potenciador de outcomes neurológicos não favoráveis ou desejáveis.

Por razões familiares não pude assistir à conferência de encerramento do congresso e que tratava a intervenção humanitária internacional.

Desta forma, a minha participação neste congresso resultou em subsídios importantes em áreas desde a escolha de um sistema de triagem multivítimas com vista à sua eficiência até à importância de “questionarmos” os protocolos que atualmente executamos tão confiantemente (como a administração de adrenalina em PCR) passando pelo papel do enfermeiro em contextos complexos como o do Serviço de Urgência.

Sónia Gomes Santos n.º 8829

Setúbal, Outubro de 2019

APÊNDICE III

Relatório das Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva 2019

Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Participação nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva –
Lisboa

Este relatório visa dar a conhecer os conhecimentos adquiridos na participação nas Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva em Lisboa nos dias 4 e 5 de Novembro.

As jornadas iniciaram-se com uma conferência sobre o início da atividade das UCI em Portugal, uma visão retrospectiva. As jornadas revelaram-se um encontro de cariz substancialmente médico, inúmeras palestras foram especificamente descrições do atual *know how* médico em determinados procedimentos e atuações médicas, o que do ponto de vista da Enfermagem é sempre interessante o conhecimento do que existe e o que de melhor se faz, contudo, pouca implicação terá na génese da minha prática. Dessa forma irei relatar sucintamente alguns aspetos médicos que me despertaram interesse e curiosidade e irei abordar mais pormenorizadamente as três apresentações cujos palestrantes foram enfermeiros pela natural identificação com as temáticas e sua abordagem.

A primeira sessão científica abordou a ressuscitação cardiorrespiratória. A eterna questão *stay and play vs scoop and go*, foi apresentada evidência científica¹ que realça fortemente o fator tempo para o sucesso de uma reanimação, os algoritmos/protocolos de intervenção em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) cada vez mais englobam a necessidade de aplicar inúmeros instrumentos e técnicas para melhorar os outcomes, ao protocolo “linear” de Suporte Avançado de Vida (SAV) é imprescindível neste momento avaliação de *End tidal* de CO₂ (EtCO₂), garantir compressões torácicas externas de elevada qualidade (e neste campo os

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27760796>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26920493>

atuais compressores automáticos são uma mais valia crucial para este aspeto) e cada vez mais equacionar a hipótese de uma ressuscitação cardiorrespiratória com recurso a circulação extracorpórea (E-CPR). Esta última indicação tem as suas vantagens contudo é absolutamente tempo dependente, iniciar E-CPR num tempo alvo inferior a 60 minutos desde o momento da PCR é limitativo se considerarmos a nossa realidade de pré-hospitalar (distâncias consideráveis, locais de difícil acesso com vitimas localizadas em andares de prédios sem elevador e acessos estreitos, trânsito incontornável nas grandes cidades que dificulta e atrasa a chegada ao hospital).

O tema de E-CPR foi amplamente debatido por apresentar uma sobrevida de 29%, contudo esse sucesso está diretamente dependente: do ritmo de PCR (Fibrilhação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso estão relacionadas a melhores *outcomes* de sobrevida e neurológicos), de ser presenciada com um tempo de *no flow* igual a zero com Suporte Básico de Vida imediato. Os cuidados pós reanimação, cujo palestrante foi um enfermeiro, foram uma das palestras mais “interessantes” do ponto de vista de Enfermagem. Esta palestra incidiu sobretudo sobre a gestão térmica pós PCR, sendo que após estabelecer uma temperatura alvo habitualmente entre os 32°C e 36°C é uma vigilância e monitorização apertada o sucesso da intervenção. Essa vigilância e monitorização enquadra-se na prestação de cuidados de enfermagem e como tal temos nessa gestão térmica um papel preponderante. Não só na gestão térmica como na gestão da oxigenação e dos níveis de glicemia, se considerarmos que duas das maiores causas de lesões secundárias são a hiperoxigenação e a hiperglicemia. A gestão de uma oxigenação para Saturações Periféricas na ordem dos 94%-98% e a gestão glicémica para valores inferiores a 180mg/dl fazem parte do papel fundamental que o enfermeiro representa junto da Pessoa em Situação Crítica nos cuidados pós reanimação.

Na sessão científica seguinte, onde foram abordados vários tipos de choque e as várias intervenções irei de forma sucinta explorar o que mais me despertou interesse. Em relação ao choque séptico existe neste momento evidência científica que relaciona o incremento “não” controlado de volume com o aumento da mortalidade, ou seja, o *fluid challenge* muitas vezes indevidamente monitorizado é fator de pior *outcomes* nos nossos doentes, esta informação é importante sendo que o enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar não é responsável pela prescrição de fluidos, mas é responsável pela sua administração e vigilância. A monitorização do perfil tensional

do doente para valores de Pressão Arterial Média de 65-70mmHg, exceto doentes com antecedentes de Hipertensão Arterial. Foi interessante saber que a mortalidade triplica perante a introdução tardia de um vasopressor, o que implica da parte do enfermeiro uma clara necessidade de competência na identificação de focos de instabilidade para agilizar esta introdução de forma precoce. No que concerne ao choque hipovolémico foram abordadas as classes de choque e as terapêuticas de primeira linha para o choque hemorrágico e não hemorrágico. O mais pertinente da palestra foi a evidência mostrada sobre os efeitos prejudiciais das transfusões de componentes sanguíneos, ser associado a um aumento da mortalidade e do crescimento tumoral foi uma das informações que retive. Nos restantes choques abordados foram tratados dados estatísticos e terapêuticas indicadas.

Em relação à palestra de via aérea avançada foi interessante validar informações já conhecidas como a importância da pré-oxigenação prévia à tentativa de intubação contudo confesso que desconhecia que essa pré-oxigenação nos “permite” um intervalo entre a apneia e um valor de SpO2 inferior a 90% de cerca de 8-10 minutos o que é deveras significativo se considerarmos que habitualmente sem esse procedimento são 1 a 2 minutos o tempo de dessaturação. Importante recordar que a intubação é um procedimento potencialmente doloroso e como tal estar alerta para uma conveniente sedo-analgesia do doente, aspeto para o qual o enfermeiro ao estar desperto pode ser vetor de sensibilização no seio da equipa. Uma informação que retive também nesta palestra foi a indicação do uso de cetamina para induções de sequência rápida para intubação em populações específicas e com as quais tenho contato no meu contexto profissional sobretudo no pré-hospitalar: Pessoa asmática, pessoa queimada e população pediátrica. Sobre a restante sessão gostaria de realçar a palestra dada pelo Senhor Enfermeiro Paulo Baltazar sobre Alto Fluxo. A importância da instituição de oxigenioterapia por Alto Fluxo, com controlo de temperatura, visto o ponto ideal alveolar estar compreendido nos 37°C a 100% de humidade. Este tipo de procedimento não me é familiar no meu contexto profissional, tive contato com o Alto Fluxo durante este estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e as vantagens de permitir que o doente se alimente e comunique verbalmente, com um dispositivo nasal cujos pontos de pressão que carecem que vigilância e cuidado são apenas as narinas são importantes ao considerar a instituição de oxigenioterapia a doentes em que dispositivos anteriores não foram eficazes.

Quanto ao segundo dia de jornadas a abordagem ao doente com lesão neurológica aguda todas as palestras foram medicamente direcionadas a

intervenções cirúrgicas específicas assim como exames complementares de diagnóstico. A palestra que mais interesse me despertou foi a abordagem cirúrgica do acidente vascular cerebral hemorrágico. O palestrante teve a preocupação de elucidar acerca dos diferentes diagnósticos e quais tem indicação cirúrgica o que me remeteu para o meu contexto clínico, onde é solicitado parecer à neurocirurgia e recorrentemente é referido não haver indicação cirúrgica. Consigo neste momento entender que os doentes com indicação cirúrgica são especificamente os doentes com hematomas lobares e hemorragias intraventriculares, sendo que os restantes não exigem como tratamento inicial a cirurgia. Esta informação permite-me neste momento entender o porquê de determinados doentes ficarem em vigilância no hospital onde exerço funções e dessa forma os cuidados que lhe deverão ser prestados não poderão descurar a sua vertente neurológica. A sessão seguinte sobre o doente politraumatizado teve em todas as palestras uma visão puramente médica, com enfoque na vertente cirúrgica e de exames complementares e surge aqui a terceira palestra dada por um enfermeiro sobre trauma da bacia e dos membros. Palestra onde foi focada a importância da contenção da bacia em situação de instabilidade ou suspeita de instabilidade pela cinemática do trauma. O especial interesse nesta palestra foi sobretudo pela abordagem multidisciplinar da apresentação onde o papel do enfermeiro esteve presente na identificação de focos de instabilidade e vigilância de sinais de choque.

A última sessão científica mais uma vez apresentou um foco meramente médico na abordagem ao doente cirúrgico transplantado. As últimas sessões abordaram a Medicina Hiperbárica e o seu papel importante na sua incorporação no plano terapêutico de determinados doentes. A sessão de encerramento foi uma visão sobre a importância da evolução das Unidades de Cuidados Intensivos na clara evolução da Medicina e na evolução dos cuidados de saúde prestados.

Sónia Gomes Santos n.º 8829

Lisboa, Novembro de 2019

APÊNDICE IV

Sessão de formação em serviço subordinada ao tema
“Comunicação de Más Notícias em Unidade de Cuidados
Intensivos”

Comunicação de Más Notícias em Cuidados Intensivos

O quê é? Que impacto causa? O que fazer?

Mestranda: Sónia Gomes Santos

Professor Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Professor Coorientador: Fernanda Simões

Lisboa, Novembro 2019

Sumário

- Objetivo
- Pertinência do tema
- Definição de más notícias
- Impacto da comunicação de más notícias
- Estratégias de comunicação de más notícias: SPIKES Protocol / NURSE
- Considerações Finais

Objetivo

- Identificar o conceito de má notícia em Unidade de Cuidados Intensivos;
- Capacitar o profissional de estratégias de transmissão de más notícias.

Pertinência do Tema

Novas Pesquisas | MedSh 2018 | Publicações | Imagens | Mais • Terminar Sessão | Pasta | Preferências | Idiomas | Ajuda

ESEL A pesquisar: MEDLINE Complete Escolha as Bases de Dados

breaking bad news Seleccione um Campo (opcional) * Pesquisar

AND - nurs* Seleccione um Campo (opcional) * Limpar ?

AND - Critical Care Seleccione um Campo (opcional) *

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

Não foram encontrados resultados.

ESEL A pesquisar: CINAHL Complete Escolha as Bases de Dados

breaking bad news Seleccione um Campo (opcional) * Pesquisar

AND - nurs* Seleccione um Campo (opcional) * Limpar ?

AND - Critical Care Seleccione um Campo (opcional) *

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

Opções de pesquisa

Registo Desejado

Tela Integral disponível

Consultar Google Scholar

Lista de Resultados Pesquisa 1 de 7

Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news.

Autores: Iranpour, Masoumeh, Karam, Zahra, Behrani, Naser

Filiação: Nursing and Midwifery Care Research Center of Tehran University of Medical Sciences (PAMRC), Department of Critical Care Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Post Box 8465, Tehran, Iran
School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Department of Statistics, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Fonte: [Austrian Critical Care \(AUST CRIT CARE\)](#), May 2018, 28(2), 77-82, (6)

Google Drive

Adicionar à pasta

Imprimir

E-mail

Guardar

Outro

Más Notícias

A "má notícia" é associada a morte, quer por profissionais quer pelos cidadãos. (Pereira, 2005)

Qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspetiva de futuro em um sentido negativo. (Buckman, 1992; Ptacket, Tara & Eberhardt, 1993, Miranda & Brody, 1992)

*"In **critical care units**, there are a range of potentially critical outcomes for patients, such as deteriorating patient's level of consciousness, organ failure and patient's dependence on medical devices (ventilator, dialysis, intra-aortic balloon pump), unfavourable clinical and para-clinical test results, and even unexpected death."* (Imanipour, Karim, & Bahrani, 2016)

Comunicação de (Más) Notícias

O QUÊ É?



A incerteza é a incapacidade de determinar o significado de doença, ocorre quando o tomador de decisão é incapaz de prever os resultados. Está relacionada com diversos fatores entre eles a **falta de informação** sobre a doença, o tratamento e a imprevisível natureza do trajeto da doença.

Mishell & Clayton (2008)

Impacto da Comunicação de Más Notícias

Uma "má notícia" causa stress no recetor da mensagem. (Stayt, 2009; Imanipour, Karim, & Bahrani, 2016)

INTENSIVE CARE

Journal of
Clinical Nursing

Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care

Louise Caroline Stayt

Aim and objective. The purpose of this phenomenological study is to explore the emotional labour nurses' face when caring for relatives of the critically ill in intensive care unit.

Background. The admission of a critically ill patient into adult intensive care is a crisis for both patients and their families. Family members of the critically ill may experience extreme levels of stress and emotional turmoil throughout the course of the relative's illness. A central tenet of providing holistic nursing care in the intensive care unit is to care for both patients and their families, however, the emotional involvement required places considerable demands on those delivering care. The support health care providers require is frequently overlooked in these challenging environments.

Design. Heideggerian phenomenological approach was adopted.

Methods. A purposive sample of 12 registered nurses working in an adult intensive care unit were interviewed. Interview transcripts were analysed using Colaizzi's framework. Data were collected in autumn 2005.

Results. Analysis of the participants' interview transcripts revealed the following themes: significance of death, establishing trust, information giving, empathy, intimacy and self preservation.

Conclusions. Emotional work forms an important part of the critical care nurses job. The significance of death, breaking bad news and interpersonal relationships are sources of emotional stress for the critical care nurse caring for the family of the critically ill. The impact of this stress on the nurse and the care they deliver requires further investigation.

Relevance to clinical practice. Registered nurses caring for families who have relatives in adult intensive care units expend considerable emotional labour. Potentially, unless appropriately supported and managed, emotional labour may lead to occupational stress and ultimately burnout.

Key words: critical care, family care, nurses, nursing, phenomenology

Accepted for publication: 22 September 2008

Impacto da Comunicação de Más Notícias

QUE
IMPACTO
CAUSA?



A **vulnerabilidade** relaciona-se com a experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem o indivíduo a potenciais danos ou situações com as quais têm dificuldade em lidar.

Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Karen Schumacher (2000)

SPIKES Protocol

- S** – *Setting* / Preparar
- P** – *Perception* / Percepção
- I** – *Information* / Informação
- K** – *Knowledge* / Transmissão de informação
- E** – *Empathy* / Empatia
- S** – *Summarize* / Sistematizar

Buckman (2005)

Nurse

- N** – *Naming / Nomear*
- U** – *Understanding / Compreender*
- R** – *Respecting / Respeitar*
- S** – *Supporting / Suporte, Apoio*
- E** – *Exploring / Explorar*

Back et al (2005)

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

O QUE
FAZER?



Assegurar a presença da família junto do Doente;

Encorajar o envolvimento da família no Cuidado;

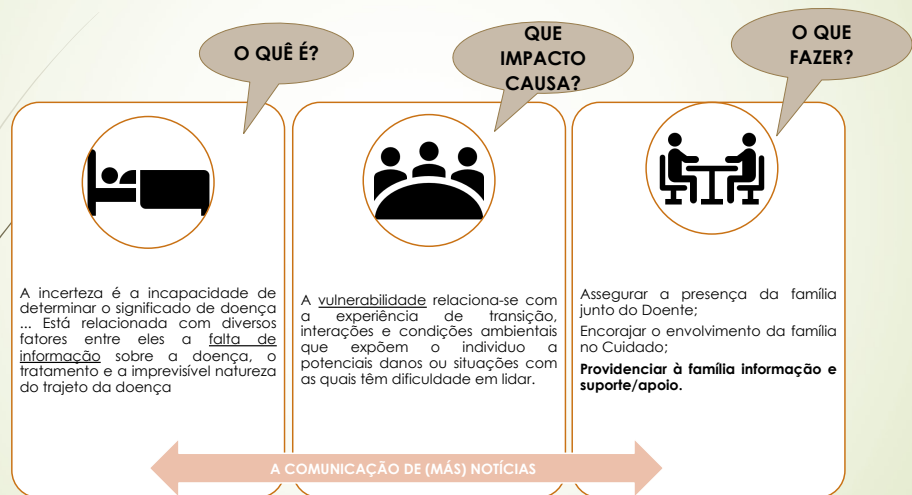
Providenciar à família informação e suporte/apoio.

Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011)

Considerações finais

- Má notícia é toda a informação que defrauda a expectativa do recetor;
- Em Cuidados Intensivos qualquer alteração ao estado do doente pode ser entendido pela família como uma "má notícia";
- Comunicar uma má notícia é potenciador de stress na família e fator de stress no enfermeiro;
- A utilização de estratégias de comunicação de más notícias atenua o stress envolvido na sua transmissão, quer na família, quer no enfermeiro.

Considerações finais



“ O mais importante na comunicação é ouvir o que não foi dito”

Peter Druncker

Referências Bibliográficas



- Back, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Tulsky, J.A., & Fryer-Edwards, K. (2005) Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55, 164–177. doi: 10.3322/ canjclin.55.3.164
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (Second Edij). New York: Springer Publisher Company.
- Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992
- Buckman, R.A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2, 138–142.
- Imanipour, M., Karim, Z., & Bahrani, N. (2016). Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news. *Australian Critical Care*, 29(2), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.07.003>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Karen Schumacher. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*.
- Miranda J. Brody RV. Communicating bad news. *Western Journal of Medicine* 1992;156(1):83-85
- Mishel, Merle H., Clayton, Margaret F. – Theories of Uncertainty in Illness IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia R. – In *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 33–37. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000100004>
- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news - a review of the literature. *JAMA* 1996; 276(16):496-502
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation: The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267–1275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x>

APÊNDICE V

Sessão de formação em serviço subordinada ao tema
“Comunicação Terapêutica”

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

CONTEXTO CLÍNICO: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Como comunicar no “caos”?

Mestranda: Sónia Gomes Santos
Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes
Coorientador: Professora Fernanda Simões

Setúbal, Fevereiro 2020

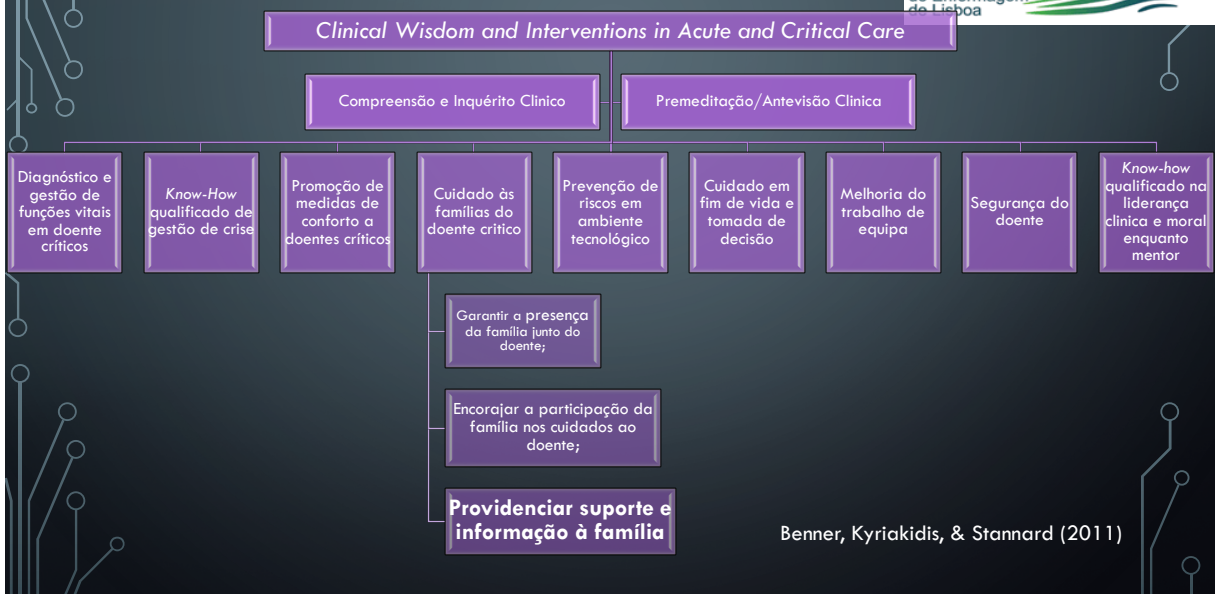
SUMÁRIO

- Objetivo
- Enquadramento da temática
- Conceito de Comunicação Terapêutica
- Comunicação efetiva: Barreiras
- Modelo “SOLER” vs Modelo “SURETY”
- Considerações Finais

OBJETIVO

- Aprofundar o conceito de comunicação terapêutica;
- Capacitar os enfermeiros de modelos facilitadores de comunicação em contexto de Urgência/Emergência

ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA



Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011)

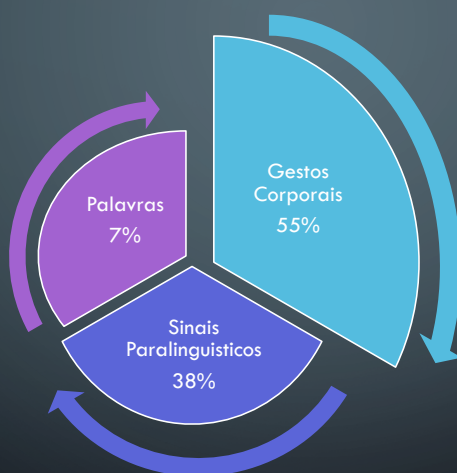
COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

- Comunicação compreende duas componentes: **informativa** (o quê da mensagem) e **afetiva** (o como). (Phaneuf, 2005)
- Método de comunicação através do qual o cuidador responde às necessidades **explícitas** e **implícitas** da pessoa. (Fuller, 2007)
- Comunicação terapêutica favorece a auto-confiança, respeito, tranquilidade, individualidade, compreensão, empatia e **ética** pela pessoa cuidada. (Bertone et al., 2007)
- Comunicação terapêutica faz parte do **papel autónomo** do enfermeiro e requer de uma forma de pensamento específica. (Gefaell, 2007)

COMUNICAÇÃO EFETIVA: BARREIRAS



COMUNICAÇÃO EFETIVA: ESTRATÉGIAS



Stuart & Laraia (2006) citado por Coelho & Sequeira (2014)

MODELO “SOLER”

S	• Squarely
O	• Open posture
L	• Lean towards the other
E	• Eye contact
R	• Relax

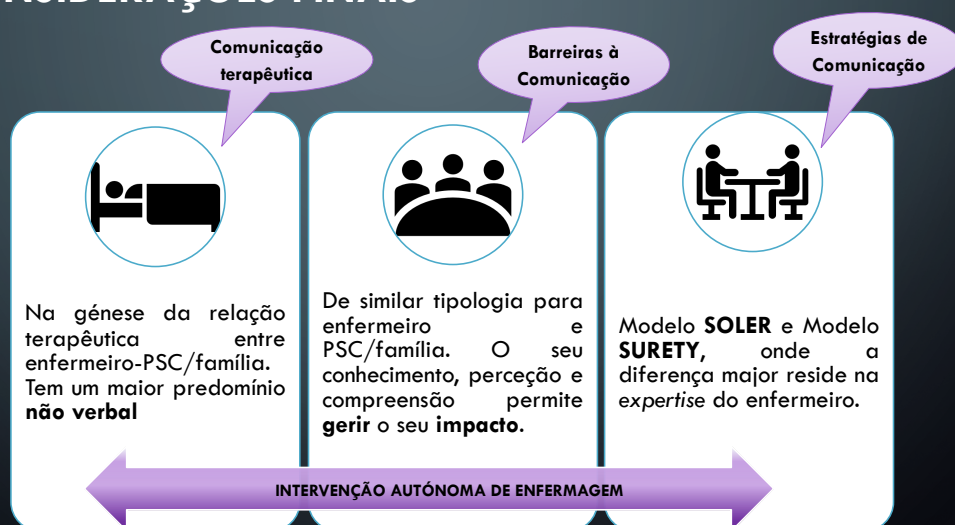
Stickley (2011)

MODELO "SURETY"

S	• Sit na angle to the client
U	• Uncross legs and arms
R	• Relax
E	• Eye contact
T	• Touch
Y	• Your intuition

Stickley (2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (Second Edi). New York: Springer Publisher Company.
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P., e Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Falbe On Line*, 3, 1-5. Acedido Em <http://www.unifalbe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafalbeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 29(14), 53–59. <https://doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355>
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 31–38.
- Fuller, J. K. (2007). Instrumentación quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos. Querétaro México: Editorial Medica Panamericana.
- Gefaell, C. V. (2007). *Comunicación Terapéutica en Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Stickley, T. (2011). From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 395–398. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.03.021>



9º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

CONTEXTO CLÍNICO: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Como comunicar no “caos”?

Mestranda: Sónia Gomes Santos
Professor Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes
Professor Coorientador: Fernanda Simões

Setúbal, Fevereiro 2020

APÊNDICE VI

Poster apresentado nas 1^as Jornadas “Pensar a Enfermagem
Avançada no atual contexto dos cuidados de saúde”

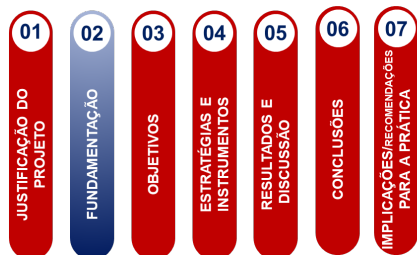
PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM AVANÇADA

Sónia Gomes Santos¹; Anabela Pereira Mendes²; Fernanda Simões³

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da ESEL - na área de especialização Pessoa em Situação Crítica; Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; sonia.santos@campus.esel.pt

² Professora Adjunta na ESEL, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Avançada; Doutora de Enfermagem; anabelapmendes@esel.pt

³ Assistente convidada na ESEL, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem fernandasimoes@esel.pt



JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO 01

CONTEXTO - Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC).

CONDIÇÃO - Em Portugal é um direito o acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde.⁵

REGULAMENTAÇÃO - O Código Deontológico do enfermeiro remete para a humanização dos cuidados, considerando que a PSC está inserida numa família.⁶ A família pode ser um recurso, para a pessoa doente e para a equipa de saúde, pela troca de informação vital entre profissionais de saúde e familiares.¹

FUNDAMENTAÇÃO 02

A família da PSC pretende que o foco de atenção dos profissionais de saúde seja o doente, o que torna o Cuidado à família um desafio em ambientes tecnológicos.³ O reconhecimento desta transição vivida pela pessoa e família com recurso à investigação e sustentado em um **referencial teórico** conduz a um exercício clínico de **"Enfermagem com mais Enfermagem"**⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO 05



OBJETIVOS 03

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica e família
- Promover a participação da família no Cuidado à PSC;

ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS 04

- Realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL) sob a questão
➢ **"Quais as intervenções de enfermagem, que promovem a participação da família, no cuidado à PSC?"**
- Planeamento de atividades promotoras da participação da família da PSC em contexto de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência com base no referencial teórico *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*³.

IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA 07



CONCLUSÕES 06

COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ATUAL NO NÍVEL INDIVIDUAL E DO SISTEMA À LUZ DOS RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA NA IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PARA CORRESPONDER A ESSAS NECESSIDADES.

DO DESENVOLVIMENTO DESTE PROJETO EMERGE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM AVANÇADA:

COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ANÁLISE DA COMPLEXA INTERAÇÃO DOS PROCESSOS SOCIOLÓGICOS DETERMINANTES DA SAÚDE E DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA PSC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S. S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*, 65(4), 567-576. <https://doi.org/10.1111/inr.12490> ²Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ³Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (Second Ed). New York: Springer Publisher Company. ⁴CNA. (2008). Advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 276-278. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03971.3.x> ⁵Lei n.33/2009. (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República*, 1ª Série (n.134 - 14-07-09), 4467. ⁶Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> ⁷Silva, A. P. (2007). «Enfermagem Avançada» Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*.