

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

**Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere**


Mariana Xavier Guimarães Santos

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“O conhecimento é uma aventura em aberto. O que significa que aquilo que
saberemos amanhã é algo que desconhecemos hoje; e esse algo pode
mudar as verdades de ontem”*

Karl Popper

AGRADECIMENTOS

À Professora Anabela Mendes pela orientação, motivação, empenho, disponibilidade e presença constantes ao longo deste percurso formativo.

Aos Enfermeiros Orientadores pela sua colaboração e contributo no meu processo de aprendizagem.

Aos meus amigos pelo suporte e compreensão da minha ausência durante este período.

À minha família pelo seu incentivo, presença, carinho e apoio incondicional durante todo este percurso.

Ao Tiago pelo seu companheirismo, compreensão, carinho, disponibilidade e ajuda constantes.

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO

A pessoa em situação crítica inserida numa família experiencia uma condição de grande complexidade. Assim, a família vivenciando uma transição situacional ocasionada pela transição saúde-doença do seu familiar, também deverá ser alvo de atenção, uma vez que expressa diversas necessidades. Neste âmbito, como intervenção de enfermagem considera-se crucial o acolhimento à família na qual se insere a pessoa em situação crítica para se identificar e satisfazer as suas reais e potenciais necessidades. Justifica-se, assim, a pertinência da temática definida para este percurso – “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a realização de um relatório de estágio com a finalidade de expor o percurso desenvolvido em contexto de cuidados intensivos e urgência, para aquisição/ desenvolvimento de competências preconizadas para o estudante de mestrado em enfermagem na área de especialização supracitada. Deste modo, foi realizada uma análise do percurso formativo estruturada e sustentada na evidência científica e nos seguintes referenciais teóricos: Teoria das Transições de Meleis e Teoria do Conforto de Kolcaba. Na análise encontram-se explanadas as atividades desenvolvidas, em cada contexto clínico, que permitiram adquirir/ desenvolver competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família na qual se insere.

O percurso formativo permitiu, assim, adquirir e mobilizar diversos conhecimentos essenciais, para se desenvolver um exercício clínico sustentado na evidência científica, que garanta uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados, de modo a se atingir o nível de perito na área de especialização em questão e alcançar-se um exercício de excelência.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, família, cuidados críticos, enfermagem.

ABSTRACT

A person that finds herself suffering from critical illness and that is part of a family experiences a very complex condition. The family, going through situational transition due to the patient's health-illness transition, should also be subject to care and attention, since they subject to several necessities. Within this scope, as a nurse's intervention the embracement of the critical patient's family is crucial so as to determine and satisfy both their real and potential needs. It is therefore justifiable the pertinence of the subject which was defined for this path – "Specialized Intervention in Nursing to the Patient with Critical Illness and Embracement to the Family of which he/she is part of".

Within the scope of the curricular unit "Internship and report" in the 6th Course of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Critical Illness from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, the elaboration of an internship report was proposed, aimed at highlighting the developed journey in intensive care and medical emergency, in order to acquire and develop the envisioned skills for students in the master's degree in nursing and in the aforementioned specialization area. In order to do so, the educational program was analysed; this analysis was structured and based on scientific evidence and also on the following theoretical references: Meleis' Transitions Theory and Kolcaba's Comfort Theory. In this analysis, the activities performed for each medical context are explained; these activities allowed the development of skills regarding the specialized nursing care to a person suffering from a critical illness and his/her family.

Thus, the educational programme allowed the acquisition and mobilization of several essential subjects, so as to develop clinical practice based on scientific evidence, which will guarantee improvements both in care quality and safety; such an improvement will help reaching the expert stage in the aforementioned specialization area and achieve excellency in clinical practice.

Keywords: critical illness, family, critical care, nursing.

Índice

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. A Pessoa em Situação Crítica	15
1.2. A Família na qual se insere a Pessoa em Situação Crítica.....	17
1.3. O Acolhimento à Família na qual se insere a Pessoa em Situação Crítica.....	21
1.4. Considerações Finais	24
2. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO	25
2.1. Desenvolvimento de Competências em Contexto Clínico	27
2.2. Considerações Finais	59
3. CONCLUSÃO.....	61
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICES

Apêndice I – Proposta de Cronograma para o Período Formativo

Apêndice II – Relatório do IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico

Apêndice III – Relatório do Congresso Científico STATUS 5

Apêndice IV – Poster “Acompanhante do doente internado em SO – Informações úteis”

Apêndice V – Relatório do IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Apêndice VI – Poster “Intervenção Especializada de Enfermagem no Acolhimento à Família em Contexto de Cuidados Intensivos”

Apêndice VII – Poster “Promoção da Segurança e Qualidade dos Cuidados ao Cliente e Família em Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem”

Apêndice VIII – Tabela de Compatibilidades entre Fármacos

Apêndice IX – Apresentação da Norma de Procedimento: Cuidados de Enfermagem Pós Mortem

Apêndice X – Apreciação do Percurso Formativo em Contexto de Cuidados Intensivos

Apêndice XI – Apreciação do Percurso Formativo em Contexto de Urgência

Índice de Figuras

Figura 1. Mapeamento de conceitos	24
Figura 2. Modelo de Dreyfus: Nível de Perito	27
Figura 3. Evidência científica sobre os contributos da avaliação sistemática da dor, sedação e delirium	30
Figura 4. Constatações acerca da importância da interação/ comunicação com a família na qual se insere a pessoa em situação crítica	40
Figura 5. Evidência científica sobre o período de visita em contexto de cuidados intensivos	47

Siglas e Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CPBCI – Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção

CPOT – Critical-Care Pain Observation Tool

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVN – Escala Visual Numérica

GPT – Grupo Português de Triagem

HDVVC – Hemodiálise Veno-Venosa Contínua

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP – International Association for the Study of Pain

ICN – International Council of Nurses

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OT – Orientação Tutorial

PAINAD – Pain Assessment Demencia Scale de Volicer

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO – Pulse Index Contour Cardiac Output

PNAD - SPCI – Plano Nacional de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAS – Sedation-Agitation Scale

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TISS-28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28

TOT – Tubo Orotraqueal

TSRC – Técnica de Substituição Renal Contínua

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UI&DE – Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Vias Verdes

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a realização de um relatório de estágio com a finalidade de expor o percurso formativo desenvolvido no 3º semestre do curso, cujo objetivo era a aquisição/ desenvolvimento de competências preconizadas para o estudante de mestrado em enfermagem na área de especialização supracitada.

A problemática de partida centrou-se na intervenção à pessoa em situação crítica (PSC), e família na qual se insere. Definindo-se como temática para este percurso formativo a “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”.

O âmbito desta temática surgiu por uma motivação pessoal despoletada pelo contexto de cuidados onde recentemente se iniciou funções, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), considerando, assim, a abordagem desta temática como crucial para o desenvolvimento enquanto profissional e estudante de mestrado. A mesma também emergiu devido a uma necessidade identificada na UCI, prendendo-se com a inexistência de um guia de acolhimento no serviço, ao cliente família. Suscitou alguma inquietação pela experiência vivida em contexto anterior de cuidados (serviço de Medicina Interna), uma vez que era algo imprescindível para facilitar o acolhimento à pessoa e família. Deste modo, considero que o contexto de UCI requer impreterivelmente de um efetivo acolhimento, devido às especificidades do mesmo.

De modo a fundamentar o âmbito da temática, é de fazer referência à alínea a) do artigo 89.º da Deontologia Profissional de Enfermagem – “Da humanização dos cuidados”, que faz uma observância da responsabilidade profissional, referindo que o enfermeiro deve “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, [OE], 2015, p. 97). Neste sentido, compreende-se que a família deve ser valorizada e integrada no cuidado ao doente. Tal como afirmam Oliveira & Nunes (2014, p. 962) a família é “sujeito ativo no processo de cuidado e uma extensão do doente crítico”, experienciando diversos sentimentos negativos aquando do internamento do seu familiar numa

UCI (Frizon, Nascimento, Bertoncetto, & Martins, 2011, p. 75). Desse contexto emergem diversas necessidades expressas pela família. Como tal, segundo A. Mendes (2015, p.13) “a família torna-se cliente de enfermagem, pela vivência de um processo de transição saúde-doença, de um dos seus membros”. O acolhimento é, então, uma intervenção de enfermagem fundamental nesse processo, uma vez, que é sentida pela família como facilitadora, que diminui o seu desassossego, deixando-os confortados (A. Mendes, 2015). Compreende-se, assim, que o enfermeiro deve assumir um papel preponderante no cuidado à família na qual se insere a PSC. Contudo, encontra-se descrito que os enfermeiros vivenciam diversas dificuldades no cuidar da família na qual se insere a PSC (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). Daí a importância desta abordagem tanto para a disciplina, como para a profissão de enfermagem.

O presente trabalho teve como ponto de partida a elaboração de um projeto de estágio baseado na “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”, para o qual se definiu uma finalidade e objetivos, que se associam às competências preconizadas no plano de estudos do CMEPSC, nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e no regulamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC da OE.

Assim, foi definida como finalidade: desenvolver competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e família em contexto de cuidados intensivos e urgência. Tendo como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e família na qual se insere;
- Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família;
- Desenvolver competências comunicacionais no estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família;
- Aprofundar o processo reflexivo no [e do] exercício clínico com a PSC e família na qual se insere;
- Desenvolver competências na apreciação e na tomada de decisão em enfermagem baseadas na evidência científica, que subsidiem a qualidade dos cuidados;
- Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família;

- Desenvolver competências na gestão dos cuidados.

O percurso de aquisição de competências foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos - cuidados intensivos e urgência – essenciais para o desenvolvimento de competências, tal como preconiza o modelo de Dreyfus, que refere que a especialização em enfermagem é atingida através da experiência clínica, permitindo, assim, a aquisição de competências e conhecimentos (Benner, 2001). Este modelo defende a conceção de que um estudante para adquirir e desenvolver uma competência necessita de percorrer cinco níveis de proficiência: “iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 43). Sendo que esses níveis refletem as “mudanças (...) que se introduzem aquando da aquisição de uma competência” (Benner, 2001, p. 43). Segundo este modelo, a aprendizagem experiencial é essencial para a progressão do nível de iniciado a perito (Dreyfus & Dreyfus in Benner, Tanner, & Chesla, 2009). Também é de referir que o nível de competência depende das situações clínicas, uma vez que a mesma enfermeira pode agir como perita numa determinada situação clínica, devido à sua experiência, motivação e disposição de recursos humanos e materiais, mas noutras condições poderá agir num nível de competência diferente (Benner, 2001).

Como forma de se organizar o percurso, em termos do período previsto para a concretização do projeto, foi construído um cronograma [Apêndice I] que contempla o perfil de trabalho.

O trabalho que aqui se apresenta estrutura-se em dois capítulos. O primeiro é referente ao enquadramento teórico, que se encontra dividido em subcapítulos onde estão explicitados os conceitos centrais da temática, com base na evidência científica encontrada através de uma pesquisa inicial para conhecimento do estado da arte, e de uma pesquisa avançada efetuada para a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, e em alguns repositórios científicos nacionais. Como também da consulta de algumas obras de referência na base bibliográfica geral da ESEL. Tendo sido definidas como palavras-chave: *critical illness, family, critical care, nursing*. Também se encontram descritos os quadros de referência teóricos que emergem da temática - Teoria das Transições de Meleis e Teoria do Conforto de Kolcaba.

O segundo capítulo reporta-se à análise do percurso formativo desenvolvido em contexto clínico de cuidados intensivos e urgência, em que se encontram explicitadas as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências, com os respetivos resultados. Esta análise foi sustentada na evidência científica e baseada nos quadros de referência teóricos enunciados anteriormente, tendo sido organizada segundo os objetivos do projeto de estágio supramencionados.

As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma APA, primando-se pela sua pertinência e atualidade.

O documento escrito aqui apresentado cumpre as regras de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESEL.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A temática do projeto que aqui se apresenta - “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere” - faz emergir diversos conceitos inerentes à mesma e que se relacionam diretamente entre si, como o conceito de PSC e os cuidados de enfermagem específicos que requer [cuidados críticos], e o conceito de família e a intervenção de enfermagem à mesma, nomeadamente o acolhimento numa situação crítica vivenciada pela família. Estes conceitos são apresentados de seguida em diferentes subcapítulos.

1.1. A Pessoa em Situação Crítica

A PSC, segundo a OE (2010b, p. 1), define-se 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”. Deste modo, necessita de cuidados de enfermagem [críticos] “altamente qualificados prestados de forma contínua”, que permitam manter “as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” OE (2010b, p. 1). Pela exigência e especificidade dos cuidados é requerido o internamento em unidades de cuidados intensivos, que segundo a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2003a, p. 6) são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Previamente ao internamento na unidade de cuidados intensivos, a PSC é recebida, primeiro, no serviço de urgência (SU), uma vez que este inclui situações urgentes [“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”] e emergentes [“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”] (DGS, 2001, p. 7).

Neste seguimento considerou-se necessário abordar o conceito de cuidar para melhor compreensão do conceito de cuidados críticos. Cuidar, segundo Collière (1989, p. 235) define-se como um “acto de vida, no sentido de que representa uma

variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se”. Os cuidados de enfermagem advêm do cuidar caracterizando-se pela “atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares (...) com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando (...) as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem”, segundo Hesbeen (2000, p. 67). No contexto de situação crítica, os cuidados de enfermagem requerem

“observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa (...), de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2010b, p. 1).

Tal como referem Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), as intervenções de enfermagem são definidas e orientadas segundo a situação crítica da pessoa. As medidas de suporte de vida e de conforto relacionam-se diretamente pelo facto do desconforto e da ansiedade influenciarem a resposta do doente (Benner et al., 2011). Os mesmos autores realçam, assim, a importância do conhecimento e competência relacionados com o conforto que devem estar aliados aos cuidados técnicos, que são maioritariamente invasivos e dolorosos (Benner et al., 2011). De acordo com os autores supramencionados, a promoção de medidas de conforto e de suporte psicossocial no doente crítico são centrais para um exercício clínico de excelência (Benner et al., 2011). Importa, assim, definir o conceito de conforto segundo a teórica Kolcaba (1994, p.1178), que considera-o como *“the satisfaction (actively, passively or co-operatively) of the basic human needs for relief, ease or transcendence arising from health care situations that are stressful”*. É mais do que a ausência de dor e os efeitos das medidas de conforto são percebidos através dos 6 sentidos (visão, audição, olfato, tato, paladar e propriocepção) (Kolcaba, 2003). A sua teoria descreve, assim, a intervenção de enfermagem como humanista e holística, operacionalizando o conforto como um *“outcome holistic”* (Kolcaba, 1994, 2001, p. 1178). Como também, a mesma teoria refere que a promoção do conforto conduz a melhores *outcomes* nos doentes (Kolcaba, 2003). No contexto de cuidados críticos Benner et al., (2011) enunciam como medidas de conforto o toque físico, segurar a mão, providenciar um cobertor, promover um diálogo tranquilizante e promover o conforto corporal através do posicionamento, da luz e da temperatura.

A PSC experiencia um processo de transição, que segundo Meleis (2010), define-se como uma passagem entre dois estados relativamente estáveis que é desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. Meleis (1975) considera, assim, existirem diferentes tipos de transição: saúde-doença; situacional; desenvolvimento e organizacional. Sendo de destacar a transição vivenciada pela PSC, que se reporta à transição saúde-doença. A transição saúde-doença caracteriza-se por uma alteração do estado de saúde para o de doença e vice-versa (Meleis, 1975). Esta alteração pode ser súbita (no caso de doença aguda) ou gradual (que permite a aceitação da nova condição), como também pode evoluir de uma transição aguda ou gradual para um estado de saúde-doença crónico (Meleis, 1975). Segundo a mesma teórica, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para avaliar e identificar as necessidades do doente durante o processo de transição, intervindo especificamente com base nas suas necessidades individuais e perdas que emergem da transição que experiencia (Meleis, 1975).

Contudo, os cuidados críticos por serem altamente medicalizados, direcionam imediatamente o foco de atenção para o doente crítico, mas este encontra-se inserido num contexto social familiar (Benner et al., 2011). Neste sentido, a família torna-se uma extensão do doente crítico (Benner et al., 2011). Revelando-se aqui a sua máxima importância.

1.2. A Família na qual se insere a Pessoa em Situação Crítica

Primeiramente surgiu a necessidade de se definir o conceito de família, que segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (International Council of Nurses, ICN, 2015, p. 59) define-se como uma “unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”. Segundo Hanson (2005, p. 6), a família define-se “como dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos”. O mesmo autor considera, assim, que os enfermeiros, sempre que possível, devem questionar o doente sobre quem é que consideram como família (Hanson, 2005). Rel-

vas (2003, p. 26) reforça essa concepção, ao afirmar que “o grupo familiar não se identifica unicamente através de laços biológicos ou legais, mas antes como um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia”. Alarcão (2002, p. 37) partilha da mesma perspetiva, considerando a família como “um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação (...) de vivência de relações afetivas profundas” que vão definindo quem somos e que nos fazem sentir pertencer àquela família e não a qualquer outra. Também a define como “um grupo institucionalizado, relativamente estável, e que constitui uma importante base da vida social” (Alarcão, 2002 p. 37).

Os autores enunciados anteriormente partilham todos da mesma perspetiva, ao defenderem que a família é um sistema, e que é considerada como um todo, tal como também está descrito na definição anterior de família apresentada na CIPE. Assim, Hanson (2005, p. 10) afirma que a família é um sistema interativo, em que “o todo é mais do que a soma das suas partes”. Neste sentido, segundo o mesmo autor, a “abordagem ao sistema implica sempre que quando algo ocorre numa parte do sistema, as outras partes também são afetadas”, sendo o caso quando um familiar adoece, todos os outros membros são afetados (Hanson, 2005, p. 10). Alarcão (2002, p. 39 e 44) expõe a sua perspetiva, referindo que a família deve ser vista “como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna una e única”, e não como a soma das suas partes, ou seja, “é algo mais do que a soma (...), pelo que tem sentido observar a interação e equacionar o seu desenvolvimento como sistema total”. Relvas (2003, p. 24) reafirma que “cada família é um todo (...), mas é também parte de outros sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade)”, sendo “um sistema social, aberto e auto-organizado”. No entanto, Alarcão (2002) e Relvas (2003) ressaltam que essa concepção de totalidade, não pode fazer esquecer o indivíduo, que se constitui como o menor dos subsistemas.

De acordo com Alarcão (2002, p. 91) “a família está sujeita a dois tipos de pressão: a interna e externa”, sendo de referir que relativamente à pressão externa, a família assume a função de suporte dos seus membros, pelo que quando “um membro da família se encontra numa situação de stress os restantes (...) também sentem essa pressão”. Relvas (2003, p. 27 e 28) suporta tal aceção ao referir que a família está

“sujeita a mudanças permanentes (...) causadoras de stress”, e essas mudanças correspondem às crises, que “apesar de implicarem grande stress (...) podem ter que ver com exigências de mudança internas ou externas, com as tarefas normativas do evoluir familiar (...) ou com situações e fontes de stress acidentais”. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) a mudança provoca a rutura de ideias, identidades, relações, percepções e rotinas, estando normalmente associada a situações críticas e desestabilizadoras.

Compreende-se, assim, que a família em qualquer momento do seu ciclo vital vivencia um processo de transição. Neste contexto experiencia um processo de transição situacional, que envolve a aquisição ou a perda de um papel desempenhado pela pessoa em diferentes contextos (Meleis, 1975). A. Mendes (2015, p. 33) corrobora tal asserção ao referir que “à situação saúde-doença do seu familiar associaram-se muitas vezes, a perda de vínculo laboral (...) a dificuldade na assunção de novos papéis no contexto familiar, entre outras”. Tais mudanças podem, então, levar a profundas alterações tanto na vida das pessoas como dos seus significativos afetando a sua saúde e bem-estar (Meleis & Schumacher, 1994).

Contextualizando para a temática em causa, os membros da família na qual a PSC está inserida, enfrentam mudanças muito significativas que lhes impõem a necessidade de gerir “todo o processo de vida, que envolve o contexto de internamento, mas também tudo o que lhe é externo” (A. Mendes, 2015, p. 36). Nesse contexto de internamento, particularmente numa UCI, a família experiencia um grande sofrimento, ansiedade e insegurança, associados à ausência da pessoa internada que lhes é significativa (A. Mendes, 2015). Como também, de acordo com Frizon et al. (2011, p. 75), a família vivencia sentimentos de “dor, tristeza, angústia, impotência, medo e desespero”, ocasionados “por um grande impacto emocional (...) ou à possibilidade iminente da perda”. Deste modo, segundo A. Mendes (2015, p. 45), os membros da família ficam “expostos a múltiplas fontes de stress físico e psicológico”. A autora refere ainda que se torna “mais marcante quando a situação se apresenta de um modo súbito, não reservando tempo de preparação ou adaptação” (A. Mendes, 2015, p. 13).

A evidência científica identificada através da RIL corrobora tal asserção, ao evidenciar que o internamento de um membro da família em estado crítico é uma situação profundamente stressante e, muitas vezes, inesperada, que provoca diversas mudanças no quotidiano da família (Al-Mutair, Plummer, Clerehan, & O'Brien, 2013;

Karlsson, Tisell, Engstrom, & Andershed, 2011; Kutash & Northrop, 2007). Como tal, a família nesse contexto expressa diversas necessidades. Tais necessidades têm sido estudadas por inúmeros autores, sendo de referir que tais estudos se baseiam particularmente no “*Critical Care Family Needs Inventory*” desenvolvido por Molter (1979), que nomeia as necessidades da família em 5 categorias: “*support, comfort, information, proximity to patient, and assurance*” (Davidson, 2009, p. 30). Através desses estudos tem-se verificado que as necessidades de informação e confiança são as mais manifestadas pela família, como também as de suporte e de proximidade que conduzem a uma diminuição da ansiedade e sentimento de impotência por parte da família (Al-Mutair et al., 2013; Khalaila, 2013; Obringer et al., 2012). Também A. Mendes (2015, p. 203) afirma que a possibilidade de a família “ser informada reverteu significativamente para a redução ou controlo das outras necessidades”, tendo facilitado “progressivamente a aprendizagem na gestão da ausência da pessoa doente, da necessidade de estar próximo e do recurso constante, com exaustão, a múltiplas fontes de informação”. Desta forma, a família sabe “gradualmente o que procurar e onde procurar, ponderando os ganhos conseguidos, nomeadamente na interpretação dos acontecimentos; dissipar a dúvida e a incerteza; reduzir a subjetividade; estar preparado e preparar; gerir emoções; autocontrolo e bem-estar” (A. Mendes, 2015, p. 204). De acordo com a mesma autora, a informação assume, assim, um lugar central devido à possibilidade de sossegar (A. Mendes, 2015).

Posto isto, compreende-se que o enfermeiro deve assumir um papel preponderante no cuidado à família na qual se insere a PSC. Tal como Silva (2009, p. 45) refere “a unidade familiar é fundamental para a continuidade dos cuidados mas também a própria família necessita de apoio/ajuda nas suas necessidades, para poder transmitir apoio/ ajuda e «energia familiar» ao próprio doente”. O artigo 89.º da Deontologia Profissional de Enfermagem – “Da humanização dos cuidados” corrobora pela observância que faz da responsabilidade profissional, referindo que “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade” (OE, 2015, p.97).

1.3. O Acolhimento à Família na qual se insere a Pessoa em Situação Crítica

A família é “parte do doente e (...) sujeito do processo de cuidado” (Oliveira & Nunes, 2014, p. 955). A vivência de um processo de transição saúde-doença de um dos seus membros, constitui-a como cliente de enfermagem (A. Mendes, 2015). De acordo com a mesma autora, “pretende-se que a sua vulnerabilidade seja reconhecida e que o cuidado que recebem seja o mais humanizado possível, considerando na pessoa doente, a família em que se insere” (A. Mendes, 2015, p. 215). Tal como está descrito pela OE (2015, p.97), a humanização dos cuidados pode-se traduzir pelo “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda”. Neste sentido, importa referenciar a importância da intervenção de enfermagem, que se centra fundamentalmente no acolhimento à família na qual se insere a PSC. Definindo, primeiramente, o conceito acolhimento, segundo o “Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico” (2016), este está descrito como sendo a “forma como se recebe ou se é recebido”; “hospitalidade; hospedagem” e “refúgio; abrigo; proteção”. A origem da palavra parte de “acolher+i+-mento” (“Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico,” 2016).

Transpondo para a enfermagem, o acolhimento pode ser entendido como a “capacidade de receber, de aceitar a presença e as necessidades da pessoa da família com quem diretamente interagem”, como também pelo diálogo com a família [construindo uma oportunidade de interação] estabelecendo-se uma relação terapêutica, pelo estar próximo, pela compaixão, empatia e disponibilidade (A. Mendes, 2015, p. 110). Passa por um momento inicial, aquando a admissão à unidade, em que é imprescindível o registo do nome dos membros da família, como também

se associe um rosto, um número de telefone a um nome que lhe dá significado de existir (...), possibilitando que, (...) perceba que o que se comunica lhe diz respeito e visa a resposta às suas necessidades ou necessidades percebidas, (...) pela equipa da unidade que procura, por iniciativa própria, agir em conformidade (A. Mendes, 2015. p. 216).

Dessa interação inicial pretende-se que se “criem pontes para outros encontros que possibilitem, pela construção e desconstrução de saberes e emoções, saber estar e agir no sentido de sustentar e possibilitar a vivência de determinada experiência” (A. Mendes, 2015, p. 28). Ou seja, o acolhimento deve ser entendido como algo contínuo

durante o internamento, não se resumindo somente ao primeiro dia, segundo A. Mendes (2015).

A interação assume, assim, um aspecto fulcral no acolhimento, no sentido em que mediando os cuidados de enfermagem, permite “um olhar detalhado e simultaneamente abrangente, das necessidades e motivações individuais e conjuntas”, reconhecendo que “cada um tem os seus *outcomes* próprios e intrínsecos à experiência” (A. Mendes, 2015, p. 215 e 216). Como Chalifour (2008, p. 177) refere, o acolhimento é “a estratégia relacional mais importante”, consistindo “em prestar atenção ao cliente e ao que ele vive (comportamentos, sensações, pensamentos, emoções, necessidades) e, favorecer a sua expressão”.

Relativamente aos *outcomes* advindos do acolhimento, foi realizada a RIL com o objetivo de se identificar qual o subsídio da intervenção terapêutica de enfermagem no acolhimento à família da PSC em contexto de UCI. Como tal da pesquisa efetuada, nomeadamente do trabalho realizado por A. Mendes (2015, p. 205 e 215), verificou-se que os familiares sentiram-se acolhidos, referindo que havia a “possibilidade de interagir, de comunicar para expressar as suas dúvidas, as suas preocupações e incertezas; de encontrar respostas, um sorriso, algum sossego” e que “estar perto era acolher e ser acolhido, que eram protegidos e confortados”, dando especial destaque aos enfermeiros pela sua presença constante e simpatia. Outro subsídio positivo da intervenção de enfermagem evidenciou-se pelo que a família relatou aquando o regresso a casa, em que “recorda a unidade e reencontra nos pequenos gestos dos enfermeiros, nas pequenas frases, o aconchego, a paz que lhe era devida” (A. Mendes, 2015, p. 219). Segundo um estudo elaborado por Silva (2012, p. 82) acerca das vivências da família na qual se insere a PSC, também se constatou que os familiares sentiram “segurança nos cuidados prestados pela equipa, caracterizando-a como disponível e eficiente”. Oliveira (2013, p.140) através do estudo que realizou acerca das vivências dos doentes e familiares em relação às visitas na UCI concluiu que ambos os participantes manifestaram que é feito “um acompanhamento adequado dos familiares e com profissionalismo”.

Em diversos estudos revelou-se que uma informação clara e uma boa comunicação possibilitam o sentimento de confiança na família, como também a proximidade, o suporte e o conforto, que se relacionam com uma satisfação total por parte da família (Al-Mutair et al., 2013; Eggenberger & Nelms, 2007; Karlsson et al., 2011; Khalaila,

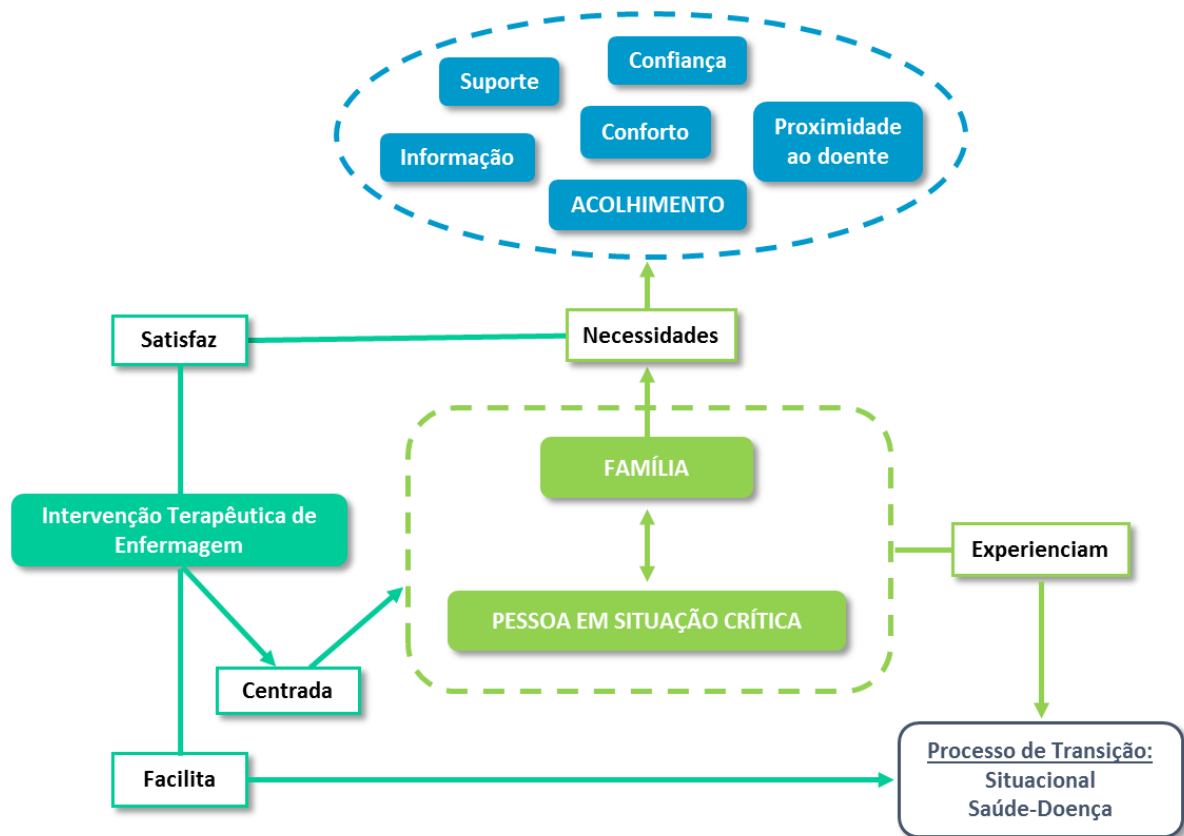
2013). É de ressaltar que um dos estudos, elaborado por Kutash & Northrop (2007), expressa a importância do conforto e suporte sentido pela família, nomeadamente através da percepção dos cuidados que são prestados à pessoa significativa, que se revela positiva pela compaixão dos enfermeiros que os deixa confortados.

Como tal, entende-se que o acolhimento à família na qual se insere a PSC deve ser considerado como algo imprescindível na intervenção de enfermagem, uma vez que permite à família atenuar o seu desassossego, sentindo-se confortada e preservada pela equipa de enfermagem (A. Mendes, 2015). Neste contexto é fundamental abordar o conceito de conforto, uma vez que se trata de um *outcome* do acolhimento. Segundo a perspetiva da teórica Kolcaba (2003) o conforto envolve 4 contextos: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Kolcaba (2003) defende que o cuidado promotor de conforto deve ser proactivo, dinamizador e intencional, sendo requerido pelos doentes e família em qualquer contexto. De acordo com Benner et al. (2011) o conforto promove tanto o bem-estar no doente como na família.

No entanto, segundo Oliveira & Nunes (2014), o acolhimento constitui-se um desafio para os enfermeiros no contexto de UCI. O que se verificou nos estudos identificados na RIL, em que é referido ser necessário melhorar a informação dada à família, e que as necessidades dos familiares não são devidamente identificadas (Khalaila, 2013; Omari, 2009). Essas dificuldades manifestadas pelos enfermeiros podem dever-se à “falta de tempo, à ausência de recursos, ao receio da aproximação emocional, à priorização constante dos cuidados à pessoa, à reduzida formação, aos conflitos interpessoais e ao desconhecimento das necessidades da família” (Sá et al., 2015, p. 31).

De forma a sistematizar os conceitos centrais abordados anteriormente, foi elaborado o seguinte mapeamento [Figura 1].

Figura 1. Mapeamento de conceitos



1.4. Considerações Finais

A elaboração deste capítulo permitiu a aquisição de um conhecimento aprofundado dos conceitos emergentes da temática do projeto de estágio “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”, através de uma pesquisa bibliográfica efetuada na base bibliográfica geral da ESEL, da evidência científica encontrada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, e nos repositórios científicos nacionais, como também da pesquisa avançada efetuada para a elaboração da RIL.

Constata-se, assim, através do conhecimento obtido e com base nos referenciais teóricos abordados [Teoria das Transições de Meleis e Teoria do Conforto de Kolcaba] que a PSC e a família na qual se insere vivenciam um processo de transição [transição saúde-doença e situacional respetivamente] ocasionado por uma situação crítica. Como tal, emerge um conjunto de necessidades expressas tanto pela PSC como pela família, nomeadamente o conforto, que requerem ser identificadas e satisfeitas pelo enfermeiro, numa ótica de intervenção centrada na PSC e na família.

2. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

A concretização do projeto de estágio centrado na temática “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere” implicou um percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos clínicos para a aquisição e desenvolvimento de competências, preconizadas no plano de estudos do CMEPSC, nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e no regulamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC da OE.

O percurso formativo foi desenvolvido em contexto clínico de cuidados intensivos e urgência de forma a dar resposta à finalidade e aos objetivos definidos no projeto de estágio. Destacando-se o contexto de cuidados intensivos pelo âmbito do projeto ter surgido devido a uma motivação pessoal despoletada pelo contexto clínico onde atualmente se exerce funções, numa UCI. No entanto, ambos os contextos se revelaram de extrema importância para este percurso por terem permitido o acesso a diversas situações de aprendizagem. Tal como refere Benner (2001, p. 61) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.

Partindo do conceito de competência, segundo Fleury & Fleury (2001, p. 188) define-se como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”. De acordo com o modelo de Dreyfus, “a competência é definida em relação a uma situação mais que como uma característica ou um dado que transcende todas as situações” e transforma-se com a experiência e o domínio, sendo que essa mudança conduz a uma melhoria nas práticas (Benner, 2001, p. 63). Baseando-se no mesmo modelo, que defende a existência de cinco níveis de proficiência [iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito], considera-se situar entre o nível de iniciado avançado e competente, uma vez que apesar de 4 anos de experiência profissional, apenas exerce funções no mesmo serviço, numa UCI, há cerca de 1 ano e meio (Benner, 2001). Contudo, o contexto clínico de cuidados intensivos, onde se desenvolveu parte do percurso formativo, permitiu se situar no nível de competente devido às situações clínicas que proporcionou, conduzindo a uma “planificação consciente e deliberada” característica deste nível de

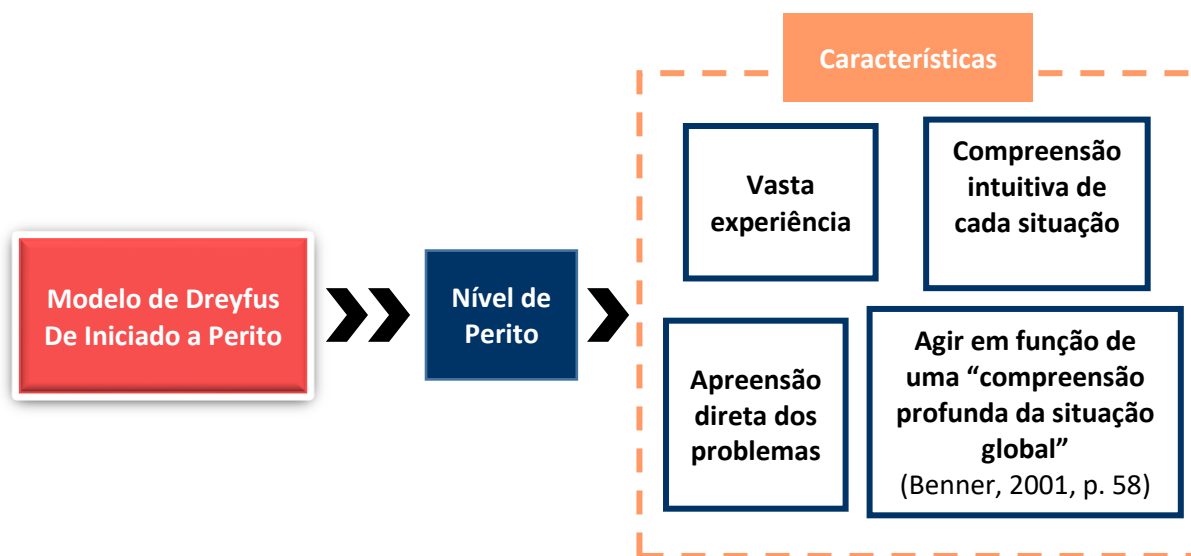
competência (Benner, 2001, p. 54). Tal característica possibilita a aquisição de eficiência e organização (Benner, 2001). O modelo de Dreyfus também refere que nesse nível “as enfermeiras podem (...) tirar benefícios dos exercícios das tomadas de decisões e de simulações, que lhes dão a prática para planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados para fazer face as necessidades dos doentes” (Benner, 2001, p. 54).

Neste âmbito surgiu, também, o conceito de enfermagem avançada, que é definido, de acordo com a National Association of Clinical Nurse Specialists (2010), como uma aplicação de uma gama alargada de competências clínicas, teóricas e de investigação numa área especializada em enfermagem, sendo caracterizadas nos seguintes domínios: competência clínica; trabalho em equipa; liderança; *coaching*; investigação e tomada de decisão ética. Tal aceção de enfermagem avançada vai ao encontro do que está preconizado pelo perfil de competências inerentes ao plano de estudos do CMEPSC, aos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e ao regulamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC da OE. Ou seja, estas competências cruzam-se, de uma forma geral, com os domínios contemplados na conceção de enfermagem avançada. Como tal, as competências que se adquiriram e desenvolveram no âmbito da temática do projeto de estágio, com vista à aquisição do grau académico de Mestre e do título profissional de Enfermeiro Especialista (requerido após a conclusão do curso), basearam-se nos documentos referidos anteriormente. Importa, neste âmbito, definir o conceito de enfermeiro especialista que segundo a OE (2010a, p. 2) é

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

A formação avançada pressupõe que se atinga um nível de perícia numa determinada área de enfermagem. De acordo com o modelo de Dreyfus (Benner, 2001, p. 58) o nível de perito caracteriza-se pela existência de uma vasta experiência, por uma compreensão intuitiva de cada situação, apreensão direta dos problemas e pelo agir em função de uma “compreensão profunda da situação global” [Figura 2].

Figura 2. Modelo de Dreyfus: Nível de Perito



No entanto, segundo o modelo mencionado anteriormente, “uma enfermeira não se torna perita sem que seja confrontada durante o tempo suficiente com a mesma população de doentes”, de modo a que num mesmo contexto consiga apreender todos os elementos e particularidades de uma determinada competência (Benner, 2001, p. 204). Como tal, apesar de se situar no nível de competente devido ao tempo de experiência profissional em cuidados intensivos, o desenvolvimento deste percurso formativo em contexto clínico de cuidados intensivos e urgência abriu um caminho com vista à passagem gradual do nível de competente para o nível de perito no contexto onde exerce funções.

Apresenta-se no subcapítulo seguinte uma análise fundamentada do percurso formativo, que foi estruturada de acordo com os objetivos delineados no projeto de estágio e assente nos referenciais teóricos selecionados [Teoria das Transições de Meleis e Teoria do Conforto de Kolcaba]. Encontram-se, assim, explanadas as atividades e as competências adquiridas/ desenvolvidas no que concerne aos resultados obtidos.

2.1. Desenvolvimento de Competências em Contexto Clínico

O percurso formativo partiu da seguinte **finalidade**: desenvolver competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e família em contexto de

cuidados intensivos e urgência. Considerando esta finalidade definiram-se um conjunto de **objetivos** que se passaram a analisar individualmente. O primeiro objetivo foi definido como:

1. Aprofundar conhecimentos no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e família na qual se insere.

Para atingir este objetivo realizaram-se determinadas atividades em cada um dos contextos clínicos. No contexto de **cuidados intensivos**, houve a oportunidade de prestar cuidados diferenciados e especializados à PSC e família na qual se insere, nomeadamente ao doente sob ventilação mecânica e sedação. Neste sentido, foi elaborado um **estudo de caso** sobre uma situação de cuidados específica, de forma a poder planear de modo estruturado e sustentado os cuidados prestados à PSC e sua família. Assim, efetuou-se um **plano de cuidados**, em que se destaca o diagnóstico de enfermagem referente ao risco de padrão respiratório ineficaz relacionado com ansiedade secundária à ventilação mecânica e presença de tubo orotraqueal (TOT) [definido segundo a taxonomia NANDA International].

Em torno dessa temática, houve a necessidade de se definir o conceito de ventilação mecânica, que se define como um procedimento que envolve a utilização de um aparelho para facilitar o transporte de oxigénio e de dióxido de carbono entre a atmosfera e os alvéolos, com o objetivo de melhorar as trocas gasosas (Stacy, 2014). A ventilação mecânica divide-se nas seguintes modalidades: controladas ou assistidas (em volume ou pressão), em mistas (associa “os princípios de controlo por volume e pressão”) e as combinadas (“combinam princípios de modalidades controladas e assistidas”) (Dias, Caramelo, & Marcelino, 2008, p. 67).

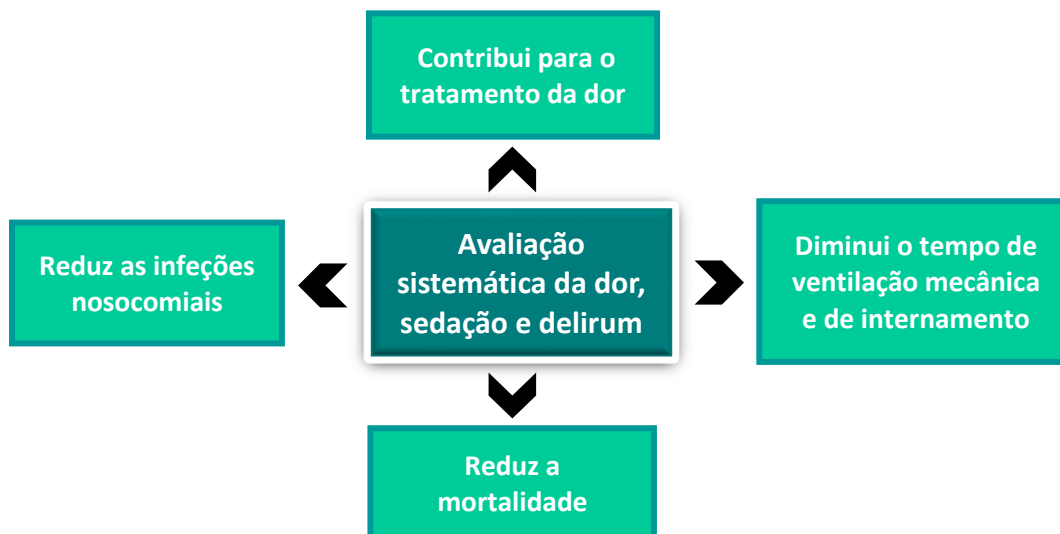
No entanto, os doentes que requerem ventilação mecânica apresentam diversos sintomas como ansiedade, dor, dispneia, confusão, agitação e perturbações no sono (Stacy, 2014). Estes sintomas devem ser controlados através de sedação e analgesia, como também através de medidas não farmacológicas como a redução do nível de ruído, a presença de luz natural e o estabelecimento de um método de comunicação com o doente (Stacy, 2014). Tais medidas, como a administração de analgesia ou sedação, diminui a necessidade e consumo de O₂, melhorando a ventilação (Goll, 2003). Por outro lado, no contexto de **urgência**, contactou-se maioritariamente com o doente submetido a ventilação não invasiva (VNI), que é um modo “de fornecimento

de suporte ventilatório sem a utilização de prótese traqueal (tubo oro-traqueal, naso-traqueal ou cânula de traqueostomia)”, definindo-se “pela interface entre o ventilador e doente” (J. J. Mendes, 2015, p. 113). A VNI apresenta como vantagens: “uma maior autonomia e conforto do doente, como a sua aplicação em algumas situações clínicas se associa a diminuição da morbidade (incluindo necessidade de intubação), mortalidade e custos” (J. J. Mendes, 2015, p. 113).

Um dos congressos em que se participou com os objetivos de atualizar e adquirir conhecimentos na área da PSC – o IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico [para o qual foi elaborado um relatório – Apêndice II] - permitiu o conhecimento de evidência científica acerca da sedação e analgesia no doente crítico. A título de exemplo apresenta-se o seguinte artigo científico: “Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain , Agitation , and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit” (Barr et al., 2013). Neste artigo encontra-se evidenciado que a agitação e a sedação estão presentes frequentemente em doentes críticos, associando-se a piores *outcomes* clínicos (Barr et al., 2013). Como também indicam que antes da administração de sedação, se deve reduzir a ansiedade e a agitação através da promoção de conforto, da administração de adequada analgesia e da otimização de um ambiente promotor do sono e repouso (Barr et al., 2013). Apresentam como instrumentos válidos de avaliação da sedação a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) and Sedation-Agitation Scale (SAS), para avaliar a qualidade e o nível de sedação em doentes internados em cuidados intensivos (Barr et al., 2013).

Outro artigo apresentado no congresso anteriormente citado referiu-se à revisão efetuada às guidelines anteriormente mencionadas, intitulado de “Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)”, que mostra que uma avaliação sistemática da dor, sedação e delirium pode melhorar significativamente o tratamento da dor, reduzir as infeções nosocomiais, diminuir o tempo de ventilação mecânica e de internamento, bem como reduzir a mortalidade (Baron et al., 2015) [Figura 3].

Figura 3. Evidência científica sobre os contributos da avaliação sistemática da dor, sedação e delirium



Como se pôde constatar a dor é um sintoma transversal ao doente crítico, em consequência de situações patológicas, traumatismos, intervenções terapêuticas como cirurgia e múltiplos procedimentos de diagnóstico invasivos (Schroeder, 2003). Tal como se encontra descrito pela DGS (2003b, p. 1), a “dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”. Neste sentido, tornou-se pertinente abordar o segundo objetivo que se relaciona diretamente com o objetivo anterior:

2. Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família.

A dor, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP, 2012), define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. A IASP (2012) também menciona que a incapacidade de comunicação verbal não invalida a possibilidade da pessoa experienciar dor e necessitar de um adequado tratamento para alívio da mesma. Referindo que a dor é sempre subjetiva (IASP, 2012). A OE (2008, p. 11) também realça que a dor, nos últimos tempos, “tem sido contextualizada como uma experiência individual subjectiva e multidimensional”, contribuindo os “factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais” para a sua subjetividade. Os enfermeiros, “enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto (...) encontram-se numa posição relevante para promover e in-

tervir no controlo da dor” (OE, 2008, p. 11). Neste âmbito, preconiza-se que a prestação de cuidados inclua “a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas” (OE, 2008, p. 15). Uma das recomendações do Plano Nacional de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (PNAD – SPCI) indica que se deve “após a avaliação da intensidade da Dor (...) efectuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais” (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012, p. 48). Relativamente à avaliação da dor, Pinho et al. (2012, p. 47) consideram como “gold standard” a intensidade da dor descrita pelo doente. Em doentes que comunicam é recomendada a utilização da Escala Visual Numérica (EVN) e em doentes que não comunicam, sedados e ventilados recomenda-se a avaliação da dor “por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)” (Pinho et al., 2012, p. 47).

Contextualizando o PNAD – SPCI, este foi criado a partir de um grupo de trabalho que reuniu 17 UCI portuguesas com o objetivo de indicar uma escala comportamental para avaliar a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados (Pinho et al., 2012, p. 8). A par deste objetivo, o PNAD – SPCI também

“pretende promover o desenvolvimento de competências na área da avaliação da dor em doentes críticos, avaliar as propriedades, como instrumento de medida, de duas escalas de avaliação da dor em doentes críticos, que não comunicam e submetidos à ventilação mecânica e conhecer a opinião dos enfermeiros participantes no Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), sobre a aplicabilidade das escalas propostas” (Pinho et al., 2012, p. 8).

As escalas a que se referem são a BPS, que tem como critérios de avaliação: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ventilatória, e a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) que inclui 5 critérios de avaliação: a musculatura facial, a tranquilidade, o tónus muscular, a adaptação ventilatória e o conforto (Pinho et al., 2012). Dos resultados obtidos do estudo realizado por Pinho et al. (2012) foi selecionada pelos enfermeiros a BPS como escala de avaliação da dor no doente crítico. No entanto, a escala de dor selecionada, após validação psicométrica, foi a ESCID, segundo a informação obtida através da participação no IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico [Apêndice II].

No referido congresso também foram abordadas as escalas de dor BPS e a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), que são as escalas de dor comportamen-

tais validadas para monitorizar a dor em doentes críticos que não comunicam verbalmente, mas que mantêm a sua função motora sendo possível observar-se a sua reação motora, segundo as guidelines americanas (Barr et al., 2013). No mesmo artigo é referido que estudos recentes mostram que a utilização de escalas comportamentais de dor melhora tanto a gestão da dor como os *outcomes* clínicos, nomeadamente a diminuição do tempo de ventilação mecânica e de internamento em cuidados intensivos (Barr et al., 2013). Em relação ao tratamento da dor está preconizado que em todos os procedimentos invasivos ou potenciadores de dor se deve administrar terapêutica analgésica preventiva e/ou medidas não farmacológicas, como o relaxamento, para alívio da dor (Barr et al., 2013). Aprofundando a questão das medidas não farmacológicas para o controlo da dor, Schroeder (2001, p. 86) indica as seguintes: a massagem [que diminui a tensão muscular e promove a circulação local]; os exercícios de mobilidade [que relaxam os músculos, promovem a circulação e previnem a dor relacionada com a rigidez e imobilidade]; a aplicação de quente/frio [que reduz o espasmo muscular e a congestão vascular]; a “prevenção e controlo da ansiedade” [através de “exercícios progressivos de relaxamento e (...) respiração lenta e controlada”]; a “informação preparatória” [para “preparar o doente, explicando-lhe as possíveis expectativas, de modo a reduzir o stress e a ansiedade”]; o ensino [através de “métodos para prevenir ou reduzir a dor” como a “sugestão de posições confortáveis”]; a distração [no sentido de encorajar o doente a focar-se em algo não relacionado com a dor, como através da leitura, do diálogo, da música, entre outros]; as “imagens guiadas” [“o doente emprega um processo mental que usa as imagens para alterar o estado físico ou emocional” que promove o relaxamento] e o “biofeedback” [“o doente aprende o controlo consciente dos processos fisiológicos que são normalmente controlados pelo inconsciente”].

Referente ainda ao congresso supramencionado, foi também dado a conhecer o seguinte artigo científico: “Update on the assessment and treatment of pain in critically ill patients”, que evidencia a importância da utilização de escalas comportamentais, para facilitar a gestão da dor pelos profissionais, através da sua recomendação por variadas comissões internacionais, como a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) e a IASP (Carrillo-Torres, Ramirez-Torres, &

Mendiola-Roa, 2016). Como também é dada relevância à dimensão espiritual, no sentido em que o suporte fornecido tanto ao doente, como à família é considerado como a melhor medida de alívio da dor (Carrillo-Torres et al., 2016).

Reportando para o contexto de **cuidados intensivos** pôde-se verificar no mesmo a existência de um protocolo de dor a nível hospitalar e do serviço, havendo um enfermeiro do serviço como elo de ligação, pelo que o protocolo foi analisado e aplicado no âmbito da gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC inserida numa família. O protocolo a nível hospitalar tem como objetivos “assegurar o controlo da dor ao Cliente”, “uniformizar princípios para o controlo da dor” e “definir escalas de avaliação da intensidade da dor ao nível” do hospital, “uniformizando de acordo com as áreas de prestação de cuidados” (Grupo Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2013, p. 1). Focando a nível do serviço, as escalas de avaliação da dor utilizadas são a ESCID [que se encontra validada pelo PNAD – SPCI (Pinho et al., 2012)] e a Pain Assessment Demencia Scale de Volicer (PAINAD) [que se aplica na pessoa com idade superior a 18 anos e com limitação na capacidade cognitiva e de comunicar, apresentando como critérios de avaliação: a respiração independente da vocalização, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolação] (Grupo Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2013). Pelo que, aquando da prestação de cuidados à PSC, foram mobilizadas essas duas escalas e a escala de sedação RASS, efetuando-se a avaliação da dor e do nível de sedação, e o registo através do sistema informático do serviço. Foram, também, geridas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. Como exemplo de medidas não farmacológicas destacam-se a alternância de decúbitos, o correto posicionamento, a utilização de técnicas de relaxamento, como o encorajamento de uma respiração lenta e rítmica e a massagem (Silva, Vasconcelos, & Nóbrega, 2011; Urden et al., 2014). No entanto, desconheciam-se as escalas de dor em questão até à realização do estágio em cuidados intensivos, uma vez que no contexto onde se exerce funções [UCI] está preconizada a utilização da escala de dor BPS.

No contexto de **urgência** percebeu-se que o serviço não tem um protocolo de dor implementado e o sistema informático apenas contempla a escala de dor numérica e de faces, o que se tornou limitativo para a avaliação da dor em doentes sedados e ventilados. Como tal, esta foi uma dificuldade identificada, tendo havido uma reflexão partilhada com a Enfermeira Orientadora, que manifestou que era um

problema já relatado, mas que o sistema informático não possibilitava a introdução de outras escalas. No entanto, foi superada tal dificuldade tendo-se avaliado a dor no doente crítico com as escalas existentes e gerido a mesma através da mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, como as enunciadas anteriormente.

De acordo com Kolcaba (2003) observou-se que a gestão efetiva da dor é considerada como uma parte significativa da promoção do conforto, sendo que a relação entre o alívio da dor e o conforto é muito complexa. A mesma teórica também faz referência às medidas de conforto poderem ser utilizadas como adjuvantes da administração de opioides e outros analgésicos no tratamento da dor (Kolcaba, 2003). Relativamente às medidas de conforto, analisaram-se 3 tipos de acordo com a teórica: medidas de conforto técnicas [que se referem à manutenção de homeostasia e controlo da dor, através da monitorização de sinais vitais e administração de terapêutica analgésica]; *coaching* [para diminuir a ansiedade, promover a confiança, informar, encorajar e ouvir] e *comfort "Food for the Soul"* [que tem como objetivo atingir a transcendência através da presença e de interações memoráveis entre o enfermeiro e o doente e/ou a família, ou um grupo, sugerindo-se como medidas de "*comfort food*": a massagem, a otimização de um ambiente promotor de tranquilidade, a imagem guiada, a musicoterapia e o toque]. Segundo Kolcaba & Kolcaba (2003) o cuidado promotor de conforto levanta algumas questões éticas, como o princípio da beneficência, uma vez que a promoção do conforto se prende com o que o doente deseja e aguarda dos enfermeiros e da restante equipa. O princípio enunciado direciona primeiramente a atitude do enfermeiro para não lesar o doente e segundo para promover o seu bem. Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem o princípio da beneficência implica "fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício", surgindo pela perspetiva "de não fazer mal, sobretudo de não causar dano e, assim, designa-se como princípio da não maleficência" (OE, 2015, p. 60). No entanto, para alguns autores, "não causar dano é mais imperativo, é mais obrigatório do que a exigência de promover o bem" (OE, 2015, p. 60). Kolcaba & Kolcaba (2003) parecem defender essa perspetiva pelo facto de priorizarem o não causar dano relativamente ao promover o bem.

Os mesmos autores também associam o princípio da autonomia ao cuidado promotor de conforto, no sentido em que o conforto promove o *empowerment* e motiva

os doentes, quando necessitam e desejam tomar uma decisão ou agir segundo os seus interesses (Kolcaba & Kolcaba, 2003). Tal como se encontra definido na Deontologia Profissional de Enfermagem o princípio da autonomia relaciona-se com a “liberdade de ação com que cada pessoa escolhe” (OE, 2015, p. 60). Falando de princípios é essencial abordar-se o artigo 78.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, que declara que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 38). Importa, assim, definir o conceito de dignidade humana que é considerado como um princípio moral, constituindo-se como “o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (OE, 2015, p. 39).

Segundo a teórica Meleis (1975) analisou-se que a PSC, que vivencia uma transição saúde-doença, não deve ser considerada como uma unidade isolada e as alterações que ocorrem na sua situação devem ser exploradas e contextualizadas no seu ambiente familiar, como a experiência de dor.

A pesquisa e análise de evidência científica efetuada sobre a dor na PSC e família na qual se insere permitiu a aquisição de um conhecimento aprofundado e atualizado, contribuindo para gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar/conforto da PSC e sua família. Destacou-se, também, a realização do **plano de cuidados** em contexto de cuidados intensivos [onde foi levantado o diagnóstico de enfermagem relacionado com a dor, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e a sua avaliação, segundo a taxonomia NANDA International] que foi sustentado teoricamente. E a participação no IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico [Apêndice II] que proporcionou a aquisição e atualização de conhecimento acerca da evidência científica produzida no âmbito da dor no doente crítico.

Como tal, considera-se que com as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, desenvolveu-se e adquiriu-se a competência **“faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”** [integrada na competência “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”] (OE, 2010b, p. 3).

Retomando a questão inicial relacionada com a prestação de cuidados ao doente sob ventilação mecânica e sedação, emerge a situação da comunicação verbal,

que se encontra comprometida devido à presença do TOT e à alteração do estado de consciência. Segundo Stacy (2014), o comprometimento da comunicação é um dos maiores stresses para o doente sob ventilação mecânica. Tal como indica um estudo elaborado por Baumgarten & Poulsen (2015) a experiência relatada pelo doente ventilado, acerca da incapacidade de comunicar, é descrita como uma das piores, levando a sentimentos de raiva e de frustração, e de sentirem que não são vistos como seres humanos. Assim, torna-se relevante abordar o terceiro objetivo:

3. Desenvolver competências comunicacionais no estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família.

A comunicação, segundo Phaneuf (2005, p. 23), define-se como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”, transmitindo-se “de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”. A comunicação compreende, assim, duas componentes, uma informativa, do domínio cognitivo, e outra afetiva, relacionada com o modo como é transmitida a mensagem, ou seja o comportamento não verbal (Phaneuf, 2005). Riley (2004, p. 18) define a competência de comunicar como a “capacidade de demonstrar conhecimentos acerca de comportamentos adequados a diferentes situações”. Segundo Ciuro (2007, p. 12) a comunicação é “uma das mais importantes competências que o enfermeiro deve desenvolver e aprofundar uma vez que constitui a base para o estabelecimento de uma relação de ajuda”. Tal como Phaneuf (2005, p. 15) afirma a “comunicação é uma ferramenta base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem”. Como tal, segundo a mesma autora, esta relação desenvolve-se através “de trocas calorosas e eficazes entre a enfermeira e a pessoa cuidada, o que confere uma importância capital ao conhecimento de alguns princípios da comunicação” (Phaneuf, 2005, p. 15).

Abordando de um modo mais aprofundado esta temática, falemos de comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal acontece quando as mensagens são transmitidas por palavras, exprimindo-se informações, opiniões, sentimentos e emoções (Phaneuf, 2005). Para que a mensagem verbal seja eficaz, a enfermeira, deve exprimir-se de modo simples, claro, breve, apropriado ao tempo e às circunstâncias e adaptado às reações do doente (Phaneuf, 2005). Por outro lado, a comunicação

não verbal diz respeito a uma variedade “de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas”, contribuindo para o seu significado (Phaneuf, 2005, p. 68). O comportamento não verbal do doente torna-se um elemento particularmente importante de ser observado pela enfermeira, uma vez que a interação estabelecida entre a enfermeira e o doente ocorre num ambiente de medo, sofrimento e tensão (Phaneuf, 2005). Como tal, a relação que se estabelece entre a enfermeira e o doente, é uma relação de ajuda com o objetivo de beneficiar o doente, ajudando-o a “alcançar e manter um nível óptimo de saúde” (Riley, 2004, p. 26). Phaneuf (2005, p. 324) define a relação de ajuda como “uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio”, no sentido de “procurar favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”. A empatia surge como o cerne da relação de ajuda, caracterizando-se por “um sentimento profundo de compreensão do outro”, ou seja, “permite um olhar penetrante sobre a situação, visa a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre”, mas com um “certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda” (Phaneuf, 2005, p. 347).

Centrando a relação de ajuda para a PSC, que vivencia um intenso estado de stress, esta revela-se essencial pela “presença calorosa e tranquilizadora da enfermeira”, como também pelo tocar, uma vez que nem sempre a palavra “é suficiente para tranquilizar e para exprimir a empatia” (Phaneuf, 2005, p. 397). Segundo a mesma autora, “acontece muito frequentemente que o calor da relação com a enfermeira, a suavidade da sua voz vêm compensar o isolamento técnico da pessoa doente” (Phaneuf, 2005, p. 397). Como também a presença da equipa, tal como se encontra evidenciado no estudo elaborado por Baumgarten & Poulsen (2015), a experiência relatada por doentes ventilados mecanicamente mostrou que a presença da equipa levava a sentimentos de segurança e de se sentirem considerados como seres humanos. Phaneuf (2005, p. 329) corrobora tal asserção, ao referir que a presença simboliza “a força que suscita a confiança e que tranquiliza”.

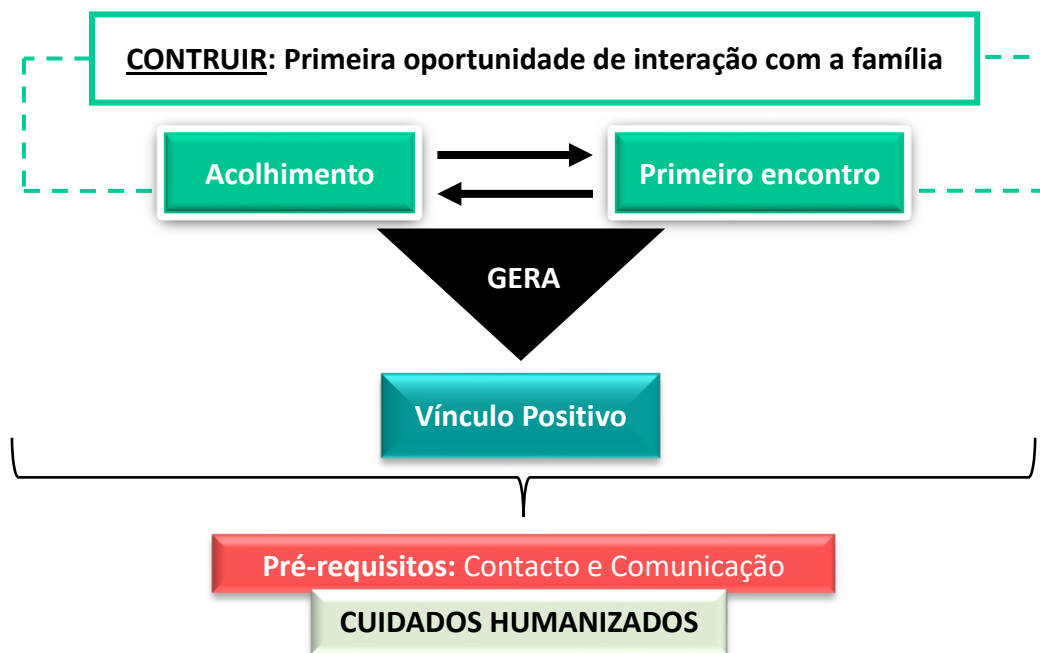
A PSC apresenta, muitas vezes, alteração do seu estado de consciência, o que não invalida a estimulação contínua por palavras e “contactos afectuosos”, pois encontram-se relatados casos em que as pessoas que retomam a consciência “reconhecem o rosto ou a voz da enfermeira que tinha cuidado dela” (Phaneuf, 2005, p. 397 e

398). Como também a PSC pode-se encontrar entubada orotraquealmente o que a impede de comunicar verbalmente (Cavaco, José, & Lourenço, 2013). Segundo os mesmos autores (Cavaco et al., 2013, p. 4536) “para além desta “barreira à comunicação” (...) a pessoa está igualmente submetida à ação da terapêutica farmacológica ou da própria doença, que podem limitar outras formas de comunicação não-verbais”. Neste contexto, torna-se crucial a identificação de comportamentos não verbais no doente, no sentido em que fornecem informações sobre o modo como comunicação está a decorrer. Como tal, perante esta situação dever-se-á estabelecer “um sistema alternativo de comunicação” (Silva, Martinho, Ferreira, Serralheiro, & Paciência, 2006, p. 49). Este sistema refere-se a uma variedade de estratégias que podem facilitar a comunicação, nomeadamente através da comunicação não verbal, sendo de referir a linguagem gestual, gestos, leitura labial, expressão facial ou movimentos palpebrais (que “obrigam a perguntas fechadas, limitam a resposta de sim ou de não”) (Ciuro, 2007, p. 14; Stacy, 2014). Recorrendo a simples instrumentos, que permitem ao doente exprimir as suas necessidades, como papel e lápis, quadros mágicos, quadros magnéticos com letras de plástico, quadros com figuras, alfabeto ou símbolos, ou instrumentos mais sofisticados como o computador (Ciuro, 2007; Stacy, 2014). Também se torna necessário avaliar previamente, em conjunto com a PSC e a família na qual se insere, a capacidade de compreensão, de leitura, de escrita, de audição e de visão (Cardoso, 2012; Hall, 2003).

Outra intervenção de enfermagem fulcral centra-se no esclarecimento à família na qual se insere a PSC acerca da origem do comprometimento da comunicação, ensinando à mesma alternativas para uma eficaz comunicação, como as enunciadas anteriormente (Hall, 2003). Baumgarten & Poulsen (2015) enfatizam a importância da presença dos familiares neste contexto por promoverem um importante suporte e conforto ao doente, compreendendo as suas tentativas de comunicação, como se verificou maioritariamente em contexto de **cuidados intensivos**, uma vez que houve um contacto frequente com doentes ventilados mecanicamente. Os mesmos autores também referem no seu estudo que os doentes demonstraram uma preocupação com a sua família, ficando satisfeitos quando a equipa cuidava deles (Baumgarten & Poulsen, 2015). Tal situação também se observou em ambos os contextos clínicos, quando se promovia uma atenção particular aos familiares que era notória para o doente, existindo, assim, uma satisfação das necessidades de ambos.

Neste contexto, torna-se necessário mobilizar estratégias de comunicação tanto com a PSC como com a sua família (Yancey, 2014). Segundo Adams, Mannix, & Harrington (2015) a comunicação com a família é considerada fundamental pelos enfermeiros de cuidados intensivos, uma vez que a comunicação e a escuta promovem o estabelecimento de uma relação de confiança com a família. Adams et al. (2015) também destacam que uma boa competência de comunicação permite ao enfermeiro ser capaz de ajudar a família a compreender de um modo geral a situação do doente. Como estratégias de comunicação com a PSC e família na qual se insere nomeiam-se as seguintes: repetir a informação as vezes necessárias; utilizar uma linguagem compreensível e um estilo de comunicação livre; informar regularmente sobre a situação do doente; respeitar a privacidade e promover um espaço para a interação com a família; comunicar com os doentes, mesmo que estejam inconscientes [transmite à família que o doente está a ser cuidado e as palavras podem confortá-lo]; dar tempo aos doentes para responderem e colocar questões que consigam responder facilmente; falar lentamente e manter contacto visual (Yancey, 2014). Uma outra questão importante a referir neste âmbito, são “os primeiros minutos da comunicação”, que influenciam o modo como a relação se desenvolverá (Phaneuf, 2005, p. 29). Como tal, o acolhimento e o primeiro encontro são determinantes para se criar um vínculo positivo (Phaneuf, 2005). A. Mendes (2015) também afirma que se deve construir a primeira oportunidade de interação com a família, acolhendo-a e interpretando o modo como chega ao serviço. Apresentando-se como pré-requisitos o contacto e a comunicação (A. Mendes, 2015). Segundo Phaneuf (2005) a comunicação constitui-se como um importante fator para a humanização dos cuidados [Figura 4].

Figura 4. Constatações acerca da importância da interação/ comunicação com a família na qual se insere a pessoa em situação crítica



Nos contextos de **cuidados intensivos** e **urgência**, houve a oportunidade de gerir a comunicação com a PSC e sua família mobilizando estratégias facilitadoras de comunicação [nomeadamente com o doente ventilado e sedado], que promoveram a interação, de modo a estabelecer-se uma relação terapêutica com ambos. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa e análise de evidência científica, como também de fontes teóricas relevantes para aquisição e atualização de conhecimentos nesta área temática. Tais atividades permitiram o desenvolvimento/ aquisição da competência **“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** [integrada na competência “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”] (OE, 2010b, p. 3).

Regressando ao primeiro objetivo, nomeadamente à prestação de cuidados diferenciados e especializados à PSC e família na qual se insere no contexto de **cuidados intensivos**, destaca-se a participação na realização de determinadas técnicas, estando presente um perito [Enfermeira Orientadora], como a técnica de substituição renal contínua (TSRC), a monitorização hemodinâmica invasiva com sistema de PiCCO® (Pulse Index Contour Cardiac Output) e a monitorização da PIC (Pressão Intracraniana).

A TSRC é uma técnica contínua monitorizada por enfermeiros em cuidados intensivos, que pode perdurar por muitos dias permitindo a contínua remoção de fluidos do plasma (Lough, 2014). Existem variados tipos de técnicas, mas debruçar-se-á sobre a técnica de hemodiálise veno-venosa contínua (HDVVC) por ter sido a contactada durante o estágio. A HDVVC tem como objetivo remover solutos pelo princípio da difusão [descrito como o movimento de solutos segundo um gradiente de concentração, ou seja, movem-se de uma maior concentração para a uma baixa através de uma membrana semipermeável] (Lough, 2014). Segundo o mesmo autor, os enfermeiros têm um papel fundamental neste contexto, uma vez que monitorizam a entrada e saída de fluidos, previnem e detetam potenciais complicações, como a hemorragia e hipotensão, supervisionam o funcionamento normal do equipamento e disponibilizam informação ao doente e família sobre a sua situação e utilização da TSRC (Lough, 2014). Analisando um estudo efetuado por Araújo (2009), constatou-se no mesmo que as TSRC são preferencialmente utilizadas nos doentes críticos, contudo quando comparadas com as técnicas intermitentes, não se observa de forma evidente uma vantagem que justifique a sua preferência.

Relativamente à monitorização hemodinâmica invasiva com sistema de PiCCO®, este sistema permite determinar o débito cardíaco através da termodiluição transpulmonar, e de forma contínua através da morfologia da curva de pulso arterial (Silva, 2013). A monitorização hemodinâmica permite, assim, obter informações acerca da fisiopatologia do sistema cardiovascular, nomeadamente no doente com instabilidade hemodinâmica (Silva, 2013). Segundo o mesmo autor, tem-se vindo a verificar uma introdução cada vez mais frequente de sistemas de monitorização pouco invasivos, como o sistema de PiCCO®, encontrando-se em declínio o cateter da artéria pulmonar (Silva, 2013).

Referente à monitorização da PIC [utilizada para quantificar e monitorizar a pressão intracraniana em doentes com suspeita de hipertensão intracraniana] esta permite a obtenção de uma estimativa do valor da pressão de perfusão cerebral (Burke, 2014). Sendo de extrema importância a sua monitorização, uma vez que um aumento da PIC provoca uma diminuição do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, dano cerebral (Burke, 2014).

No contexto de **urgência**, a prestação de cuidados diferenciados e especializados à PSC e família na qual se insere, centrou-se essencialmente na sala de reanimação e na sala de tratamento do sector laranja o que proporcionou o contato com a ativação de Vias Verdes (VV) [trauma, Acidente Vascular Cerebral (AVC), coronária e sépsis] e com a triagem de Manchester. Neste âmbito considerou-se relevante primeiro consultar e analisar o despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014), onde se encontram definidos os níveis de responsabilidade da Rede de Serviços de Urgência, que são os seguintes: Serviço de Urgência Básico (SUB) [primeiro nível de atendimento, que aborda situações de urgência mais simples e mais comuns]; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) [segundo nível de atendimento, que situa-se como meio diferenciado de apoio à rede de SUB] e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) [considerado como o nível mais diferenciado em situação de urgência e emergência]. O despacho (2014) supramencionado faz também referência à implementação de Sistemas de Resposta Rápida designados como VV - AVC, Coronária, Sépsis e Trauma – que deverá ser continuada e intensificada, e à obrigatoriedade de implementação de sistemas de triagem no SU.

Começando por abordar a VV AVC, este sistema de resposta emergente ao doente com AVC agudo permite a diminuição da sua morbimortalidade, segundo Soares-Oliveira & Araújo (2014). Estes autores realizaram um estudo acerca da implementação deste sistema a nível da região Norte, obtendo como resultados “ganhos em saúde, com progressivo maior acesso dos doentes a técnicas eficazes de tratamento e uma melhoria progressiva da equidade do sistema, contribuindo para a redução da mortalidade por doença cerebrovascular verificada no país no período” de 2005 a 2009 (Soares-Oliveira & Araújo, 2014, p. 329 e 330).

O IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico [Apêndice II], enunciado anteriormente, permitiu também observar, através de uma palestra acerca da VV AVC, a sua relevância para um bom prognóstico, tendo sido dado a conhecer que o número de ativações tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

A VV coronária desde a sua criação em 2007 contribuiu para a diminuição da taxa de mortalidade por enfarte, diminuindo de 12% em 2005 para 8% em 2011, o que evidencia a sua importância (Ferreira, 2013). A implementação da VV Sépsis também se revela extremamente importante, uma vez que reduz a morbimortalidade, através

da realização de um conjunto de atividades numa fase precoce da doença, segundo a norma nº 010/2016 de 30 de setembro (DGS, 2016). A par desta temática importa referir a existência da “Surviving Sepsis Campaign”, que consiste na colaboração conjunta entre a “Society of Critical Care Medicine” e a “European Society of Intensive Care Medicine”, com o objetivo de se reduzir a mortalidade por sépsis severa e choque séptico a nível mundial (Society of Critical Care Medicine & European Society of Intensive Care Medicine, 2017a). Como tal, foram criadas bundles para simplificar o complexo processo de cuidados ao doente com sépsis severa (Society of Critical Care Medicine & European Society of Intensive Care Medicine, 2017b).

Por último, a VV trauma será abordada com maior profundidade por ter havido um contacto mais frequente durante o estágio. Segundo o Grupo de Trabalho de Trauma (2009, p. 9) o trauma “mantém-se como uma das causas mais importantes na origem da morbilidade e da mortalidade em Portugal, com maior incidência na população mais jovem”. Como tal, a DGS (2010a) criou a Circular Normativa de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, de forma a melhorar o prognóstico dos doentes traumatizados. A mesma apresenta como requisitos os seguintes: “1. Critérios de activação da Equipa de Trauma (Triagem); 2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; 3. Registos e 4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 min) e 5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora)” (DGS, 2010a, p. 2). Relativamente à avaliação primária esta cumpre a sequência “ABCDE” instituída pelo American College of Surgeons. Neste âmbito ressalto a realização do curso Suporte Avançado de Vida em Trauma (SAV em Trauma), inserido no CMEPSC, que contribuiu fortemente para a aquisição de conhecimentos essenciais à abordagem do doente vítima de trauma, que requer uma rápida avaliação das lesões e a implementação de medidas de suporte de vida (American College of Surgeons, 2012). Como tal, no contexto de estágio destaco a abordagem realizada segundo a sequência “ABCDE” [“A – Airway maintenance with cervical spine protection; B – Breathing and ventilation; C – Circulation with hemorrhage control; D – Disability: Neurological status e E – Exposure/Environmental control: Completely undress the patient, but prevent hypothermia”], que permitiu, assim, mobilizar no exercício clínico os conhecimentos adquiridos no curso supramencionado (American College of Surgeons, 2012, p. 6). Contudo, foram vivenciadas algumas dificuldades

nesta abordagem, nomeadamente nos registos segundo essa metodologia, pela inexperiência clínica nessa área. Com o decorrer do tempo essas dificuldades foram superadas pelas oportunidades de situações de trauma que iam surgindo. A participação no Congresso Científico STATUS 5 [para o qual foi elaborado um relatório – Apêndice III] permitiu nesta realidade adquirir conhecimentos acerca da temática VV Trauma, onde se fez referência à importância de uma intervenção precoce e adequada para melhorar substancialmente o prognóstico do doente vítima de trauma.

A triagem de Manchester foi outra realidade com a qual adquiriu-se experiência, tendo sido pertinente a sua observação e análise através da sua aplicação por um perito [Enfermeira Orientadora] no SU. Este sistema surgiu em Manchester, no ano de 1996, por necessidade de se identificar uma prioridade clínica devido ao “colapso dos cuidados de saúde primários em Inglaterra e do aumento desregulado da procura aos SU hospitalares” (Freitas, 2012, p. 1). Tendo sido o sistema selecionado para Portugal por ser o mais adequado à realidade dos SU (Freitas, 2012). Após a sua implementação em dois hospitais pioneiros, surgiu a solicitação do sistema por outros SU, pelo que houve a necessidade de se criar uma associação sem fins lucrativos – o Grupo Português de Triagem (GPT) – que engloba todos os SU que implementaram o sistema de triagem de Manchester, de acordo com um dos fundadores do GPT – Paulo Freitas (2012). Segundo o GPT o “método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (GPT, 2017). Como tal, a avaliação clínica faz-se através da queixa apresentada pelo doente (GPT, 2017). Para o efeito foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas que englobam na generalidade todas as situações apresentadas nos SU (GPT, 2017). A DGS (2015) elaborou a norma nº 002/2015 de 6 de março, que determina que todos os SU devem ter o sistema de triagem de Manchester implementado.

Em ambos os contextos clínicos de **cuidados intensivos** e **urgência** realizou-se o transporte da PSC para exames complementares de diagnóstico como a TAC, sala de hemodinâmica, transferência para outro serviço do mesmo hospital, como também o transporte inter-hospitalar. Segundo as recomendações emanadas pela Ordem dos Médicos (OM) e SPCI (2008, p. 9) o transporte do doente crítico entre hospitais e serviços do mesmo hospital apesar de acarretar alguns riscos, torna-se necessário por “facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço ou na

instituição, onde o doente se encontra internado”. O mesmo inclui as seguintes fases: decisão [considerada como um ato médico]; planeamento [efetuado “pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente”] e efetivação [que “fica a cargo da equipa de transporte”] (OM & SPCI, 2008).

Relativamente à prestação de cuidados à família na qual se insere a PSC torna-se relevante referenciar o **estudo de caso** efetuado no contexto de **cuidados intensivos** [abordado anteriormente] pela pertinência do seguinte diagnóstico de enfermagem, definido no **plano de cuidados** segundo a taxonomia NANDA International: processo familiar interrompido relacionado com situação de doença manifestado por ansiedade e alteração da dinâmica familiar. Como tal, encontra-se descrito em estudos que a família nesse contexto vivencia diversos sentimentos negativos propiciados “por um grande impacto emocional (...) ou à possibilidade iminente da perda”, que a deixa exposta a variadas fontes de stress físico e psicológico (Frizon et al., 2011, p. 75; A. Mendes, 2015). Neste sentido é, então, crucial que os enfermeiros assegurem que a família possa estar com o seu membro, promovendo assim a união familiar, a aproximação entre ambos, e o bem-estar do doente (Benner et al., 2011). Como também é essencial que os enfermeiros forneçam informação e suporte à família, que são fortemente valorizados pela mesma (Benner et al., 2011).

Aqui se levanta uma questão ética relacionada com o artigo 84.º da Deontologia Profissional de Enfermagem – “Dever de Informar” que implica o respeito pelo direito à autodeterminação, assumindo-se o dever de: “a) informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; (...) c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p. 73). Inerente a este dever emerge inevitavelmente o dever de sigilo referente ao artigo 85.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, em que o enfermeiro tem o dever de: “a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (OE, 2015, p. 78). Importa referir que o dever de sigilo se afirma pelo direito à confidencialidade (OE, 2015).

É também de destacar que a intervenção de enfermagem inicial se deve direccionar no sentido da resolução da situação de crise vivenciada pela família, segundo Urden et al. (2014). Chick & Meleis (1986) referem neste âmbito que a PSC e a família

na qual se insere vivenciam uma transição aquando a admissão numa UCI. Sendo que a intervenção na situação de crise deverá ser orientada para o presente, apesar das questões iniciais que surgem no doente e família se direcionarem para o futuro (há futuro? isto é o fim?), indicando, assim, uma transição (Chick & Meleis, 1986). Contudo, verifica-se a tendência da pessoa centrar-se no passado, o que implica impreterivelmente a intervenção de enfermagem no sentido de iniciar o processo de transição (Chick & Meleis, 1986). Assim, quanto mais cedo forem identificadas e esclarecidas as dúvidas e incertezas, mais cedo será alcançada a transição de recuperação (Chick & Meleis, 1986).

Neste contexto, também se considera essencial abordar o **jornal de aprendizagem** que foi elaborado de forma a responder a um dos objetivos do projeto:

4. Aprofundar o processo reflexivo no [e do] exercício clínico com a PSC e família na qual se insere.

O referido **jornal de aprendizagem** focou-se numa situação motivada pela perceção do reduzido tempo de visita dos familiares na UCI e pelo que é realizado no âmbito do acolhimento à família, que levou inevitavelmente a refletir sobre a mesma. Assim, houve a necessidade de se partilhar esta situação com a Enfermeira Orientadora, que referiu que a área temática da família na UCI era de seu particular interesse, uma vez que elaborou um projeto de investigação sobre o apoio à família do doente crítico internado numa UCI, no sentido de melhorar a intervenção de enfermagem no acolhimento à família do doente crítico, no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Esta situação foi também partilhada com um enfermeiro do serviço, que concordou plenamente com a opinião manifestada, estando o mesmo a desenvolver um projeto relacionado com a temática da família através da implementação de um questionário de satisfação à mesma no serviço.

No entanto, a questão de considerar o tempo de visita reduzido foi refutada pela evidência encontrada. Segundo A. Mendes (2015, p. 188) um tempo de visita de aproximadamente 30 minutos é justificado, no sentido de evitar a exaustão da família, permitir-lhe “balizar o tempo de permanência no hospital” e possibilitar-lhe a preparação para uma experiência desconhecida. De acordo com um estudo realizado por Gonzalez, Carrol, Elliott, Fitzgerald, & Vallent (2004) os doentes referiram que o período de visita deve ser restrito mas flexível o suficiente para se poder identificar as

suas necessidades e a dos familiares. Farrell, Joseph, & Schwartz-barcott (2005) realizaram outro estudo em que os enfermeiros revelaram que a visita pode ter aspetos positivos ou negativos para o doente, no sentido em que alguns familiares tanto podem provocar ansiedade ou transmitir calma ao doente, sendo necessário avaliar cada situação. Como tal, esses autores concluíram que a visita dos familiares em cuidados intensivos é um fenómeno complexo que requer um equilíbrio entre a necessidade de informação da família e o acesso ao seu membro internado, com necessidade dos enfermeiros gerirem os cuidados ao doente crítico de forma segura (Farrell et al., 2005) [Figura 5].

Figura 5. Evidência científica sobre o período de visita em contexto de cuidados intensivos



A par do tempo de visita, foi também importante abordar o ambiente da sala de espera, que segundo Kutash & Northrop (2007), deverá ser convidativo, confortável e a uma distância reduzida do seu membro internado. Frizon, Nascimento, Bertocello, & Martins (2011) também partilham da mesma opinião, referindo que a sala de espera deverá oferecer conforto e privacidade, facilitando o acolhimento à família e minimizando os sentimentos de angústia, medo, impotência e tristeza que antecedem o momento da visita.

Através do processo reflexivo desenvolvido constatou-se que a opinião baseada somente na experiência clínica não é suficiente para justificar o pensamento, necessitando assim do recurso à evidência científica para suportar o exercício clínico na investigação e no conhecimento. O que vai ao encontro de outro objetivo do projeto de estágio: **5. Desenvolver competências na apreciação e na tomada de decisão em enfermagem baseadas na evidência científica, que subsidiem a qualidade dos cuidados.**

Referente ao que é realizado no âmbito do acolhimento à família, teve-se conhecimento da existência de um guia de acolhimento para os familiares [que contempla informações acerca da visita, quem pode requerer informações, recomendações, contactos do serviço, informações do secretariado e dos serviços de apoio do hospital], de uma folha de colheita de dados específica para o acolhimento ao doente e família no momento da admissão [alusiva ao familiar de referência e às informações fornecidas ao mesmo, como a estrutura física, dinâmica de funcionamento do serviço e estado clínico], e de um projeto ainda em construção relacionado com a implementação no serviço de um questionário de satisfação para a família. Como também se verificou a flexibilização no horário de visitas, havendo a possibilidade de se requerer uma autorização concedida pela Enfermeira Chefe do serviço para a visita ser realizada num período diferente do estabelecido, de forma a dar resposta a uma necessidade da família, que não tem oportunidade para visitar o seu membro no período definido para o efeito.

No contexto de **urgência** foi imperativo consultar e analisar o Decreto Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, que determina o direito de acompanhamento dos utentes dos SU do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2009, p. 4467). Assim encontra-se descrito no artigo 2.º do Decreto Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, que “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” (2009, p. 4467). Neste sentido, foi criada no SU uma norma acerca das visitas no Serviço de Observação (SO) que permitiu a existência de dois períodos de visita no SO [no período da manhã e da tarde], geridos pelo Enfermeiro Coordenador do SO [que acompanha as visitas]. Relativamente à sala de reanimação é permitida a visita dos familiares por um período de tempo reduzido, sempre que a situação clínica da pessoa o permita. Este acompanhamento pelos familiares no SU é essencial para atenuar o sofrimento do

doente, uma vez que o contexto de urgência podendo-se caracterizar como impessoal devido ao reduzido tempo de permanência, desencadeia diversos sentimentos negativos, como sofrimento, ansiedade, desconforto e medo da morte (Chambel, 2012).

Aprofundando a caracterização do contexto de urgência, Alminhas (2007, p. 57) menciona que o mesmo induz a uma despersonalização e desumanização dos cuidados, devido às suas “características intrínsecas, intensidade do trabalho físico e mental, responsabilidade profissional, confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso”. Segundo a mesma autora, é necessária a capacidade de se “criar um clima de confiança, escutar” e “saber respeitar a individualidade do doente”, para além do “saber usar conhecimentos técnico-científicos” (Alminhas, 2007, p. 60). Cavalcante, Damasceno, & Miranda (2013) fazem referência que a humanização dos cuidados pode ser promovida através do acolhimento, uma vez que permite estabelecer confiança e empatia através da relação estabelecida entre o enfermeiro e doente/família, promovendo a sua segurança, bem-estar e conforto. Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem, e reportando o artigo 89.º - “Da humanização dos cuidados”, a humanização só é possível “se o ambiente for humanizador” (OE, 2015, p. 97). Como tal, o enfermeiro tem como desafio “criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas sobretudo desenvolver na equipa de profissionais uma cultura de humanização” (OE, 2015, p. 97). O artigo supramencionado da Deontologia Profissional de Enfermagem relaciona-se diretamente com o artigo 86.º - “Do respeito pela intimidade”, que enuncia como deveres do enfermeiro: “a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015, p. 83). Assim, através do respeito pela intimidade, inerente à ação de enfermagem e concretizado tanto pela “utilização de cortinas e biombos como em assegurar que a pessoa está adequadamente coberta para circular dentro e fora do serviço, ou ainda ter em conta o tom e a altura da voz com que se realizam os diálogos”, promove-se a humanização dos cuidados.

Neste contexto houve também oportunidade de contactar com um perito [enfermeiro do serviço] da área temática da família, que no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Gestão em Enfermagem desenvolveu um projeto, a partir do qual emergiu a norma de acolhimento aos acompanhantes dos

doentes internados no SU, atrás mencionada, com os objetivos de organizar os períodos de visita, promover o acolhimento aos acompanhantes dos doentes internados e prestar aos acompanhantes informações e esclarecimentos acerca dos cuidados de enfermagem. Aqui emergem os artigos 84.º e 85.º da Deontologia Profissional de Enfermagem relacionados, respetivamente, com o dever de informar e o dever do sigilo (OE, 2015).

De forma a colmatar uma necessidade do SU, foi elaborado um **poster**, intitulado “Acompanhante do doente internado em SO – Informações úteis” [Apêndice IV], com informações para o acompanhante do doente internado no SO, nomeadamente acerca do sistema de visitas, das condicionantes e dos direitos e deveres do acompanhante segundo a norma instituída no SU e o Decreto Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, Artigo 4.º (Santos, Mendes, & José, 2017). Esse trabalho também foi elaborado com o intuito de promover comportamentos na família que previnam a infeção.

A par do objetivo mencionado anteriormente relacionado com o processo reflexivo, foi realizado um **jornal de aprendizagem** motivado pelo que é realizado na urgência no âmbito do acolhimento à família na qual se insere a PSC, nomeadamente na sala de reanimação em que se presenciou uma situação de fim de vida. A sala de reanimação não sendo um local de internamento, mas sim de atendimento urgente, levou inevitavelmente a refletir sobre o processo de morrer naquele contexto e sobre o que se poderia fazer, qual a intervenção do enfermeiro no acompanhamento à família neste processo? Através da evidência científica verificou-se que a intervenção de enfermagem é fundamental no processo de morrer, nomeadamente no SU, sendo o enfermeiro o profissional que se encontra mais próximo do doente e que mais pode contribuir para o seu conforto nesta difícil fase (Veiga, Barros, Couto, & Vieira, 2009). De acordo com o estudo realizado pelos autores supracitados os enfermeiros neste contexto valorizam especificamente as intervenções terapêuticas de cariz relacional, como a comunicação, a promoção do conforto e o apoio à família permitindo a presença da mesma junto ao doente (Veiga et al., 2009). Como também é referido pelos enfermeiros a importância do alívio de sintomas, nomeadamente da dispneia e da dor, e a promoção de um ambiente calmo (Veiga et al., 2009). Silva, Pereira, & Mussi (2015) também realizaram um estudo em que emergiu como categoria central a promoção do conforto no processo de morrer, tendo como significados: aliviar o desconforto físico, como a dor e a dispneia; disponibilizar apoio social e emocional à pessoa

em fim de vida e à sua família, permitindo a sua presença constante junto da pessoa, mesmo que implique a flexibilização de normas e rotinas hospitalares; e assegurar a manutenção da integridade cutânea e do posicionamento corporal. Neste sentido, compreende-se que o conceito de conforto não se restringe somente ao contexto físico, mas também envolve o contexto psicoespiritual, ambiental e sociocultural, sendo defendida essa perspectiva pela teórica Kolcaba (2003). Kolcaba (2003) também refere que o cuidado promotor de conforto se aplica a todos os contextos clínicos e doentes incluindo a família.

A situação analisada permitiu, assim, refletir aprofundadamente acerca da tomada de decisão, tendo-se recorrido à evidência científica para sustentar o pensamento crítico. Como tal, contribuiu para atingir o seguinte objetivo do projeto: **5. Desenvolver competências na apreciação e na tomada de decisão em enfermagem baseadas na evidência científica, que subsidiem a qualidade dos cuidados.**

As atividades apresentadas anteriormente, que se relacionaram com: a prestação de cuidados diferenciados e especializados à PSC e família em contexto de cuidados **intensivos e urgência**; a pesquisa e análise de evidência científica sobre as propostas terapêuticas no cuidado à PSC e família e das circulares normativas existentes no âmbito da urgência; a mobilização de conteúdos de outras UC; o encontro com peritos da área clínica; a elaboração de um estudo de caso e de jornais de aprendizagem; e a participação em congressos científicos [Apêndices II e III] permitiram desenvolver e adquirir as seguintes competências, atingindo os objetivos supramencionados: **“cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (ESEL, 2010, p. 1; OE, 2010b); **“demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/ novos da disciplina”** (ESEL, 2010, p. 1); **“refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações”** (ESEL, 2010, p. 1) e **“detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”** [integrada na competência desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade] (OE, 2010a, p. 9); e **“selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação”** (ESEL, 2010, p. 1) e **“suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”** [integrada na competência “baseia a sua praxis

clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”] (OE, 2010a, p. 10).

Prosseguindo através do objetivo abordado anteriormente: **5. Desenvolver competências na apreciação e na tomada de decisão em enfermagem baseadas na evidência científica, que subsidiem a qualidade dos cuidados.** É de referir que foram desenvolvidas como atividades a elaboração de um artigo de RIL [revisão efetuada no âmbito do projeto de estágio] numa revista científica sobre “A intervenção de enfermagem acolhimento à família em cuidados intensivos”, encontrando-se em fase de submissão. Esta atividade permitiu interpretar, organizar e divulgar dados provenientes da evidência, que contribuirão para o conhecimento e desenvolvimento de enfermagem após a publicação do artigo, tal como se encontra descrito pela OE (2010a, p. 10) no que se refere à competência **“suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”**. Outra atividade que igualmente deu resposta ao desenvolvimento da competência supracitada, prendeu-se com a participação em congressos científicos durante o CMEPSC, tendo sido referenciados ao longo do trabalho, como: o IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico [Apêndice II] pelo seu contributo na aquisição de conhecimento na área da PSC, mais especificamente na dor no doente crítico e na abordagem ao doente com AVC; e o Congresso Científico STATUS 5 [Apêndice III] que possibilitou a aprendizagem acerca do doente vítima de trauma, nomeadamente o sistema de resposta emergente VV Trauma.

Por último, participou-se no IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [para o qual se elaborou um relatório - Apêndice V], em que se destaca a temática relativa aos contributos para melhores práticas, uma vez que foi mencionada a necessidade de se investir em áreas autónomas de enfermagem como a transmissão e o registo de informação dada ao doente. Esta temática torna-se emergente na prestação de cuidados à família na qual se insere a PSC, uma vez que se levantam as seguintes questões: os registos traduzem a preocupação da família? A mesma revela-se nos registos e na oralidade dos enfermeiros? De acordo com A. Mendes (2015, p. 217), a informação relativa à família deve fazer-se constar nos registos de enfermagem uma vez que possibilita a monitorização de mudanças no seu comportamento, nomeadamente: “ausência total ou permanência constante na

unidade; colocação da mesma questão aos diferentes elementos da equipa; resistência em abandonar o serviço; discurso inapropriado/ agressividade; recusa em participar na tomada de decisão ou nos cuidados, entre outros aspectos”.

Neste âmbito, foi efetuado um **poster** em parceria com a Professora Orientadora Anabela Mendes sobre a “Intervenção Especializada de Enfermagem no Acolhimento à Família em Contexto de Cuidados Intensivos” [Apêndice VI], onde foi referenciada a importância da oralidade e dos registos de enfermagem, particularmente no que diz respeito à informação transmitida à família (Santos & Mendes, 2017). O poster em questão foi apresentado no congresso supramencionado [Apêndice V], integrando um painel de pósteres que se centrou na seguinte temática: gestão, segurança e qualidade dos cuidados. Em conjunto com duas colegas do CMEPSC e em parceria com a Professora Orientadora Anabela Mendes foi elaborado outro **poster** sobre a “Promoção da Segurança e Qualidade dos Cuidados ao Cliente e Família em Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem” [Apêndice VII], onde também foi dada ênfase à importância dos registos de enfermagem traduzirem efetivamente um exercício de excelência, logo de qualidade (Santos, Mendes, Capelo, & Ferreira, 2017). Da pesquisa realizada concluiu-se que “o exercício especializado dos enfermeiros os implica numa intervenção clínica sustentada que garanta ao cliente PSC e família a possibilidade de ultrapassar processos de transição significativos”, sendo sua segurança garantida pela qualidade dos cuidados através de uma gestão eficaz de recursos e meios (Santos, Mendes, Capelo, et al., 2017). Segundo Meleis & Schumacher (1994) a intervenção de enfermagem visa ajudar os clientes a criarem condições que proporcionem uma transição saudável.

Partindo da temática relacionada com a segurança, importa citar a relevância de uma cultura de segurança, temática abrangida pelo congresso acima referido [Apêndice V]. Assim, do estudo apresentado, concluiu-se que os enfermeiros em cuidados intensivos apesar de terem consciência da ocorrência de eventos adversos, torna-se necessária a existência de uma política de segurança na organização que fomente a formação em serviço, o cumprimento de dotações seguras dos enfermeiros, uma boa liderança, comunicação interna e aprendizagem organizacional em termos de recursos, estrutura e responsabilidade. De acordo com a OE (2005) os eventos adversos, que decorrem do tratamento assumem especial importância pelo facto de poderem causar a morte, danos graves, complicações e sofrimento ao doente.

A propósito da área temática do projeto de estágio foi sugerida a participação na Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de) com o intuito de colaborar com a Professora Anabela Mendes [membro da comissão científica]. Assim, este envolvimento possibilita colaborar em estudos de investigação, contribuindo para a produção de novo conhecimento em enfermagem, tal como preconiza a OE (2010a) para a competência em causa.

No contexto de **cuidados intensivos** foi elaborada uma **tabela de compatibilidades entre fármacos** [Apêndice VIII] baseada na evidência científica, com os objetivos de promover a segurança e qualidade dos cuidados à PSC, e de atualizar a tabela existente, respondendo, assim, a uma necessidade do serviço (Santos, Cruz, & Mendes, 2016). Um dos artigos mobilizados para a realização da tabela constata que uma informação rápida e precisa torna-se necessária aquando da administração de terapêutica de forma a “prevenir incompatibilidades e assegurar a efetividade da terapia medicamentosa prescrita, o que contribui para o sucesso terapêutico e a segurança do paciente” (Santos, Hegele, Hoffmann, Chiarani, & Hennigen, 2013, p. 35).

Também se colaborou na atualização de um **protocolo do serviço “Cuidados de Enfermagem Pós Mortem”** realizado pela Enfermeira Orientadora, no qual foi introduzida uma abordagem aos cuidados prestados à família nesse contexto. O protocolo foi apresentado à equipa de enfermagem do serviço com os seguintes objetivos: clarificar a correta prestação de cuidados de enfermagem pós morte e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos mesmos, assim como o acolhimento à família no processo de morrer e morte da PSC, encontrando-se a apresentação no apêndice IX. Referente ao acolhimento à família neste processo destaca-se o estudo realizado por Silva et al. (2015) que enuncia a promoção de conforto como crucial, uma vez que implica suporte social e emocional à família, e possibilita a comunicação de informações e a flexibilização de normas hospitalares, permitindo uma maior interação entre a família e o doente. Esta conceção de conforto vai ao encontro do que preconiza a teórica Kolcaba (2003), uma vez que afirma que o cuidado promotor de conforto implica o conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, sendo que a tomada de decisão se deve basear no equilíbrio de todos os géneros de conforto para se alcançar um nível máximo de conforto.

As atividades acima referidas, como a elaboração de um artigo de RIL, a participação em congressos científicos, a elaboração e apresentação de pôsteres em congresso, a participação na ui&de, e a elaboração de trabalhos nos contextos clínicos [nomeadamente em **cuidados intensivos**: a tabela de compatibilidades e o protocolo “Cuidados de Enfermagem Pós Mortem”], permitiram o desenvolvimento e aquisição das seguintes competências: “**selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação**” (ESEL, 2010, p. 1) e “**suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade**” [integrada na competência “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”] (OE, 2010a, p. 10). Tal como se encontra definido pelo Conselho de Enfermagem (2001, p. 12) o processo de tomada de decisão em enfermagem baseia-se nos resultados da investigação, reconhecendo-se que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

O próximo objetivo do projeto a ser relatado prende-se com: **6. Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família**. Neste âmbito, foi necessário consultar e analisar o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde” (PNCI) (DGS, 2007). O PNCI consiste num programa de intervenção a nível nacional com o objetivo geral de “prevenir e controlar infeções associadas aos cuidados de saúde”, devendo “abranger as seguintes vertentes de intervenção: vigilância epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boas práticas clínicas, formação e consultadoria, definindo objectivos, metas, estratégias, intervenientes, níveis de responsabilidade, temporalidade e metodologias de avaliação” (Costa, Silva, & Noriega, 2008. p. 5). O conceito de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) define-se como um “conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados (...) independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (Costa et al., 2008, p. 5). Contudo, em 2013 o PNCI, através do Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, foi fundido com o “Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos” por apresentarem “estratégias de intervenção comuns e/ou complementares”, gerando um novo programa denominado

“Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos” (PPCIRA) (DGS, 2013a, p. 2). Assim, o novo programa apresenta como objetivo geral reduzir a taxa de IACS, hospitalares e da comunidade, e a “taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos”, e como objetivos específicos “a vigilância contínua da infeção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes” (DGS, 2013a, p. 3). A sua “estratégia global de intervenção (...) visa envolver os vários níveis de prestação de cuidados e os diferentes níveis de decisão (local, regional e nacional)”, e as estratégias específicas centram-se na “informação/educação”, “vigilância epidemiológica”, “normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas” e “incentivos financeiros por via do financiamento hospitalar” (DGS, 2013a, p. 3 e 4).

Em 2014, foi implementada a “Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (CPBCI)”, que dá continuidade à promoção da higiene das mãos, mas com uma abordagem geral das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), de acordo com o PPCIRA (DGS, 2017). Atualmente a campanha designa-se como “Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI” (DGS, 2017a). Segundo a norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro, as PBCI têm como objetivo “prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não”, de modo a “garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde” (DGS, 2013b, p. 10). Destacando-se a higiene das mãos que é considerada como uma das “práticas mais simples e mais efectivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde, contribuindo desse modo para a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes”, segundo a norma n.º 13/DQS/DSD de 14 de junho (DGS, 2010b, p. 5).

No contexto de **cuidados intensivos** procedeu-se à consulta e análise do manual de controlo de infeção a nível hospitalar, nomeadamente das normas e recomendações para prevenção e controlo de infeção. Dá-se especial destaque para as recomendações no caso de pneumonia associada ao ventilador (PAV), uma vez que é a infeção mais comum nas UCI (Carvalho & Silvestre, 2016). Neste âmbito é de referir que houve a oportunidade de reunir com um perito da área – elemento da comissão de controlo de infeção hospitalar – a Enfermeira Coordenadora do serviço, que explicou o que é realizado no âmbito da gestão em serviço para o controlo de infeção,

como a contabilização diária de doentes entubados orotraquealmente/ traqueostomizados, cateteres venosos centrais, cateteres venosos periféricos, cateteres urinários e conhecimento das bacteriologias em curso dos doentes, sendo essa informação enviada para a comissão de controlo de infeção hospitalar.

No contexto de **urgência** também se consultou e analisou o manual de controlo de infeção a nível hospitalar, mais especificamente as normas e regulamentos da comissão de controlo de infeção hospitalar, sendo de referir que pude reunir-me com um perito da área – elo de ligação da comissão de controlo de infeção – a Enfermeira Orientadora [chefe de equipa], em que me explicitou o que é realizado neste âmbito, nomeadamente a realização de formações em serviço. Neste sentido, a Enfermeira Orientadora também se constitui como uma das responsáveis pela formação em serviço, juntamente com os restantes chefes de equipa e o 2º elemento do serviço.

Relacionado com esta temática, obteve-se através da participação no IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [Apêndice V], o conhecimento de uma revisão integrativa acerca das dificuldades e estratégias de adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção das infeções hospitalares. Como tal, foram enunciados os seguintes fatores associados à falta de adesão pelos profissionais: dificuldades na aplicação de medidas de prevenção e presença de irritação cutânea derivada dos produtos. Como estratégias de resolução foram relatadas: formação, medidas que incentivem os profissionais (como prémios de compensação), espaços de reflexão, entre outros.

Posto isto, analisa-se que através das atividades relatadas anteriormente desenvolveu-se e adquiriu-se a seguinte competência: “**maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica**”, preconizada tanto no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010, p. 1), como no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (OE, 2010b).

O último objetivo do projeto reporta-se à área da gestão, mais concretamente: **7. Desenvolver competências na gestão dos cuidados**. Para alcançar o objetivo aqui apresentado houve a necessidade imperiosa de acompanhar a chefia de enfermagem em ambos contextos, tendo sido agendado um dia de estágio para esse efeito.

Assim, no contexto de **cuidados intensivos** acompanhou-se a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Coordenadora do serviço, tendo-se adquirido conhecimentos

sobre em que consiste a gestão a esses dois níveis, nomeadamente a gestão de recursos humanos e de materiais. Relativamente ao nível de gestão da chefia do serviço, obteve-se o conhecimento de que a Enfermeira Chefe é responsável pela elaboração do horário da equipa e respetivas trocas, gestão do material do serviço, assim como a realização de pedidos de compras e a gestão de material contra consumo, supervisionando a reposição de material efetuada pela assistente operacional. Ao nível da gestão efetuada pela Enfermeira Coordenadora tomou-se conhecimento de que a mesma se encarrega da gestão dos cuidados, permitindo-lhe, assim, uma visão alargada da prestação de cuidados ao doente, em que assiste tanto à passagem de informação de enfermagem como médica. Outras das atividades que realiza diariamente referem-se à contabilização de estupefacientes, à verificação do carro de urgência, às atividades relacionadas com a comissão de controlo de infeção [abordadas anteriormente] e à realização do Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) [que consiste num instrumento que permite calcular a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI e estimar a gravidade da doença (Padilha et al., 2005)].

No contexto de **urgência** também se acompanhou o Enfermeiro Chefe do serviço, que permitiu a aquisição de conhecimentos sobre a gestão do serviço ao nível dos recursos humanos, materiais e organização de cuidados. A gestão realizada pelo Enfermeiro Chefe centra-se numa abordagem contingencial devido às características específicas do serviço. Segundo Matos & Pires (2006, p. 510), esta abordagem é uma “opção para ambientes em constante mutação e condições instáveis”. O que implica como competência do Enfermeiro Especialista adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2010a, p. 9). Assim, o Enfermeiro Chefe delega algumas das suas funções de gestão dos recursos humanos no 2º elemento da equipa e na sua administrativa, que efetuam as trocas dos enfermeiros e assistentes operacionais no horário, a justificação de faltas, turnos extraordinários/ férias, marcações de ponto, folhas de obra [pedidos de arranjo de material], pedidos de equipamento. O mesmo também delega nos chefes de equipa a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais pelos postos de trabalho, ficando responsáveis pela organização de cuidados. A gestão do material, nomeadamente o pedido de material ao armazém, é delegada numa assistente operacional sob supervisão do 2º elemento do serviço. Neste sentido, o Enfer-

meiro Chefe encontra-se encarregue de elaborar o horário da equipa, de efetuar validações superiores, de resolver conflitos e de gerir as ocorrências em termos de recursos humanos e de materiais, supervisionando as tarefas delegadas.

A par do objetivo desenvolvido importa referenciar o regulamento n.º 101/2015 que define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor (2015). Saliendo-se do regulamento supracitado o artigo 5.º, que menciona como competências do domínio da gestão as seguintes:

“a) garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera; b) garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; c) gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; d) garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; e) garante a prática profissional baseada na evidência” (2015, p. 5949).

Citando Benner (2001, p. 140) no que concerne a uma gestão eficaz de situações de evolução rápida, as enfermeiras peritas “são particularmente capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente prioridades e delegar no pessoal disponível (...) sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua estratégia em consequência”. Têm, então, a capacidade de corresponderem “rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência” (Benner, 2001, p. 138). O que vai ao encontro do que está preconizado pelo regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista referente ao domínio da gestão dos cuidados, mais precisamente a otimização “do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e do “trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2010a, p. 8 e 9).

As atividades atrás mencionadas proporcionaram o desenvolvimento da seguinte competência: “**gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional**” (ESEL, 2010, p. 1; OE, 2010), através do conhecimento obtido no contexto com peritos da área e na pesquisa bibliográfica.

2.2. Considerações Finais

O desenvolvimento do presente capítulo possibilitou a elaboração de uma análise aprofundada e sustentada teoricamente acerca do percurso formativo.

Para este percurso foram traçados diversos objetivos com a finalidade de se desenvolver competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e família em contexto de cuidados intensivos e urgência. Como tal, os objetivos centraram-se nas seguintes áreas temáticas: cuidado de enfermagem especializado à PSC e família na qual se insere; gestão da dor e bem-estar da PSC inserida numa família; comunicação com a PSC e família; processo reflexivo no e [do] exercício clínico; tomada de decisão em enfermagem baseada na evidência científica; prevenção e controlo de infeção; e gestão dos cuidados. Estes objetivos relacionaram-se diretamente com as competências adquiridas/ desenvolvidas, podendo-se afirmar que as competências se evidenciaram em cada um dos objetivos expressos.

No que concerne ao processo de aquisição/ desenvolvimento de competências realizaram-se diversas atividades consoante os objetivos atrás mencionados, nomeadamente a pesquisa e análise de evidência científica sobre as áreas temáticas enunciadas, uma vez que foi essencial para suportar o exercício clínico no conhecimento e investigação, subsidiando a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e família na qual se insere.

É de referir que foi efetuada uma apreciação global do percurso de aquisição/ desenvolvimento de competências em cada um dos contextos clínicos, pelo Orientador Clínico, pela Professora Orientadora e a nível pessoal. Foi opinião unânime acerca da obtenção de um resultado muito positivo, o que demonstrou que os objetivos propostos foram atingidos e, conseqüentemente, foram desenvolvidas/ adquiridas as competências pretendidas [Apêndices X e XI].

3. CONCLUSÃO

O trabalho aqui apresentado permitiu expor o percurso de aquisição/ desenvolvimento de competências preconizadas para o estudante de mestrado através de uma análise sustentada na evidência científica e nos quadros de referência teóricos [Teoria das Transições de Meleis e Teoria do Conforto de Kolcaba] emergentes da temática “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”.

Primeiramente houve a necessidade de se adquirir um conhecimento aprofundado e compreensão dos conceitos centrais da temática [conceito de PSC, cuidados críticos, família na qual se insere a PSC e intervenção de enfermagem à mesma, nomeadamente o acolhimento], concretizada através do enquadramento teórico exposto no presente trabalho.

Os contextos clínicos [cuidados intensivos e urgência] onde se desenvolveu o percurso formativo possibilitaram a realização de diversas atividades, que permitiram atingir os objetivos definidos no projeto e, conseqüentemente, adquirir/desenvolver as competências preconizadas para o estudante de mestrado, segundo o plano de estudos do CMEPSC, os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e o regulamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC da OE. Assim, a finalidade do percurso formativo, que se prendeu com o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e família em contexto de cuidados intensivos e urgência, foi alcançada.

De forma a identificar-se os pontos fortes e fracos do percurso formativo em ambos os contextos, decidiu-se realizar uma análise SWOT, que corresponde a uma análise interna, através da identificação de pontos fortes *Strengths* (S) e pontos fracos *Weaknesses* (W), e a uma análise externa a partir da identificação das principais oportunidades *Opportunities* (O) e ameaças *Threats* (T) (Infopédia, 2017). Como tal, foram identificados como pontos fortes/ oportunidades: a motivação/ empenho para a operacionalização do projeto de estágio; a experiência profissional prévia em cuidados intensivos; os subsídios obtidos através do encontro com peritos da área clínica; diversas situações de aprendizagem em contexto clínico promotoras do desenvolvimento de competências; a oportunidade para desenvolver em cada contexto diversas

atividades; a aquisição/ aprofundamento de conhecimentos no âmbito do cuidado especializado à PSC e família na qual se insere através da pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, nos repositórios científicos nacionais, e através da consulta de obras de referência na base bibliográfica geral da ESEL; a análise de questões éticas que surgiram ao longo do percurso; e o apoio das Enfermeiras Orientadoras de cada contexto e da Professora Orientadora. Como pontos fracos/ ameaças foram identificados os seguintes: a utilização da taxonomia NANDA International na elaboração do plano de cuidados; a adaptação ao contexto de urgência e a rotatividade de enfermeiros orientadores nesse contexto; a inexistência de um protocolo de dor, bem como a avaliação do doente traumatizado e a elaboração de registos segundo a abordagem “ABCDE” no contexto de urgência. Traduzindo-se os mesmos nas dificuldades sentidas ao longo do percurso, que foram ultrapassadas através da mobilização de recursos e de estratégias, sendo de destacar os pontos fortes mencionados anteriormente, que permitiram um desenvolvimento pessoal e profissional.

O desenvolvimento deste percurso permitiu adquirir uma visão mais alargada dos cuidados prestados à PSC e família na qual se insere, havendo uma consciencialização sustentada do que é necessário melhorar/ alterar no exercício clínico que promova uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados com o objetivo de se atingir a excelência dos mesmos. Como também, através do processo reflexivo desenvolvido constatou-se que o recurso à evidência científica é fulcral para suportar o exercício clínico na investigação e no conhecimento. Assim, foram criadas as condições para se aplicar na prática um conjunto alargado de competências clínicas, teóricas e de investigação na área de especialização PSC, atingindo-se o nível de perito.

Como implicações/ recomendações para a prática destaca-se que é imperativa uma monitorização efetiva da PSC, considerando a gestão da dor e a promoção do conforto essenciais para a melhoria dos *outcomes* clínicos. A família na qual se insere a PSC também deverá ser considerada como foco de atenção, uma vez que vivencia um processo de transição situacional face à transição saúde-doença do seu familiar. Distinguindo-se aqui o acolhimento que propicia a identificação das suas necessidades, nomeadamente de informação e proximidade, bem como de suporte emocional, promovendo assim a confiança e conforto, validado através da avaliação das intervenções realizadas. Importa também fazer referência à importância de se registar oralmente e por escrito os cuidados prestados à família na qual se insere a PSC.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2015). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, 1–11. <http://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135–144. <http://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 75, 57–60.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual* (Ninth Edition). Chicago: American College of Surgeons.
- Araújo, A. V. R. (2009). *Técnicas de Substituição Renal em Cuidados Intensivos*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Acedido 17-10-2016. Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20940/2/Ana Virginia Arajo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20940/2/Ana%20Virginia%20Arajo.pdf)
- Baron, R., Binder, A., Biniek, R., Braune, S., Buerkle, H., Dall, P., ... Weisshaar, G. (2015). Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) – short version. *German Medical Science*, 13, 1–42. <http://doi.org/10.3205/000223>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (29), 205–214. <http://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Quarteto). Coimbra.

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics* (second edition). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Burke, D. M. (2014). Neurologic Clinical Assessment and Diagnostic Procedures. In *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (7ª, pp. 620–645). Elsevier Inc.
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carrillo-Torres, O., Ramirez-Torres, M. A., & Mendiola-Roa, M. A. (2016). Update on the assessment and treatment of pain in critically ill patients. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 79(3), 165–173. <http://doi.org/10.1016/j.hgmx.2016.05.012>
- Carvalho, C., & Silvestre, J. (2016). Recomendações para a prevenção e controlo da infeção - Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV). Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., & Lourenço, I. M. R. (2013). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(5), 4535–4543. <http://doi.org/10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201329>
- Cavalcante, A. K. de C. B., Damasceno, C. A. F., & Miranda, M. D. S. (2013). Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. *Revista Baiana de Enfermagem*, 27(3), 221–233. Acedido 9-01-2017. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=63f283a1-b624-4acf-8cc7-b146e6339564%40sessionmgr102&hid=121>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Volume 1 - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.

- Chambel, É. M. G. M. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24–38). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Ciuro, A. C. P. (2007). Comunicar com o Doente sem Voz. Uma Reflexão - Várias Vivências. *Sinais Vitais*, (Nº 73), 12–21.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida* (Indústrias). Damaia: Indústrias Gráficas, Lda.
- Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf>
- Costa, A. C., Silva, M. G., & Noriega, E. (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde - Manual de operacionalização. Direcção-Geral da Saúde. Acedido 8-10-2016. Disponível em: http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34. <http://doi.org/10.4037/ccn2009611>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). *Diário da República*, 2ª série - N.º 153 (11-8-2014). 20673-20673. Acedido 5-12-2016. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>
- Dias, C., Caramelo, N., & Marcelino, P. (2008). As Modalidades Ventilatórias. Princípios e Terminologia. In *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Doente Crítico* (pp. 57–85). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. (2016). Acedido 12-07-2016. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua->

portuguesa/acolhimento

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2003b). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 de junho. Portugal: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 15-10-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2010a). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular normativa nº: 07/DQS/DQCO de 31 de março. Portugal: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1489515556803>

Direcção-Geral da Saúde. (2010b). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidade de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2013a). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Direcção-Geral da Saúde. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2013b). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma nº 029/2012 de dezembro. Portugal: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e>

circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2015). Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. Norma nº 002/2015 de 6 de março. Portugal: Direção-Geral da Saúde. Acedido 7-12-2016. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS_circular_normativa_15_2015__triagem_e_referenciacao_interna_no_SU.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2016). Via Verde Sépsis do Adulto. Norma nº 010/2016 de 30 de setembro. Portugal: Direção-Geral da Saúde. Acedido 7-12-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Como aderir Estratégia Multimodal PCBCI. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategia-multimodal-pbci/como-aderir-a-estrategia-pbci.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Relatório da Auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infecção e Análise Evolutiva da Adesão à Higiene das Mãos - Dados de 2014. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/relatorios/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infecao-e-analise-evolutiva-da-adesao-a-higiene-das-maos-dado.aspx>

Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (2009). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. In *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics* (pp. 1–23). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Eggenberger, S., & Nelms, T. (2007). Being Family: The Family Experience When An Adult Member Is Hospitalised With Critical Illness. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(9), 1618–1628. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01659.x>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

- Farrell, M. E., Joseph, D. H., & Schwartz-barcott, D. (2005). Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient , Visitor and Staff Needs. *Nursing Forum*, 40(1), 18–28. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=bec92322-a627-49a8-ba21-59ca9c55f570%40sessionmgr4010&hid=4109>
- Ferreira, R. C. (2013). Via verde para a vida. *Teste Saúde*, 102, 18–21. Acedido 5-01-2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24142>
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Rac*, (Edição especial), 183–196.
- Freitas, P. (2012). Protocolo de Triagem de Manchester - a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In *Manual de Urgências e Emergências* (2.^a Edição, pp. 1–7). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Frizon, G., Nascimento, E. R. P. Do, Bertocello, K. C. G., & Martins, J. D. J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaucha Enferm*, 32(1), 72–78. Acedido 10-10-2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S1983-14472011000100009
- Goll, C. A. (2003). Conceitos Gerais nos Cuidados aos Doentes em Estado Crítico: Ventilação Mecânica. In *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos - Intervenções de Enfermagens Independentes e Interdependentes* (4^a, pp. 20–33). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gonzalez, C., Carrol, D., Elliott, J., Fitzgerald, P., & Vallent, H. (2004). Visiting Preferences of Patients in the Intensive Care Unit and in a Complex Care Medical Unit. *American Journal of Criticial Care*, 13(3), 194–198. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bec92322-a627-49a8-ba21-59ca9c55f570%40sessionmgr4010&vid=4&hid=4109>
- Grupo de Trabalho de Trauma. (2009). Normas de boa prática em trauma. Ordem dos Médicos.
- Grupo Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (2013). Norma de

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Nº 1 - Orientações Gerais para o Controlo da Dor.

Grupo Português de Triagem. (2017). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido 5-01-2017. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

Hall, P. (2003). Conceitos Gerais nos Cuidados aos Doentes em Estado Crítico: Suporte psicossocial. In *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos - Intervenções de Enfermagens Independentes e Interdependentes* (4ª, pp. 99–112). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Infopédia. (2017). Análise SWOT. Acedido 10-11-2016. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/84247>

International Association for the Study of Pain. (2012). IASP Taxonomy. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

International Council of Nurses. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2013*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido 10-10-2016. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_2013_TabelasAtualizadas.pdf

Karlsson, C., Tisell, A., Engstrom, A., & Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nursing in Critical Care*, 16(1), 11–18. <http://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x>

Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive

- care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1172–1182. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <http://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company. Acedido 10-10-2016. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&dq=comfort+theory&hl=en&ei=0ci9TK-hJoaosQPbw4j-DA&sa=X&oi=book_result&ct=result#v=onepage&q&f=false
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (2003). The Ethics of Comfort Care. In *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research* (pp. 129–147). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kutash, M., & Northrop, L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 384–388. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x>
- Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República*, 1.ª série - N.º 134 (14-7-2009). 4467. Acedido 10-12-2016. Disponível em: <http://publicos.pt/documento/id492408/lei-33/2009>.
- Lough, M. E. (2014). Kidney Disorders and Therapeutic Management. In *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (7ª, pp. 707–736). Elsevier Inc.
- Matos, E., & Pires, D. (2006). Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: De Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 15(3), 508–514. Acedido 10-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017

- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13–24). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (A. I. Meleis, Ed.) New York. New York: Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., & Schumacher, K. L. (1994). Transitions: a central concept in nursing. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 38–51). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos - desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Mendes, J. J. (2015). Ventilação Mecânica Não Invasiva. In *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 113–122). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2010). *Clinical Nurse Specialist Core Competencies: executive summary 2006-2008*. N.C.C.T. Force. USA.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11–12), 1651–1658. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <http://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Oliveira, P. A. D. (2013). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Acedido 10-10-2016. Disponível em:

<http://esenfc.pt/?url=zJNcxL>

Omari, F. H. (2009). Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 28–34. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01248.x>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Segurança do doente. *Ordem Dos Enfermeiros*, (17). Acedido 10-10-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*. Lisboa. Acedido 10-10-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Acedido 10-10-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros).

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=109a0ca3bc27f3e96597370d5c8cf03d&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2), 229–233. Acedido 10-10-2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200014

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados do Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Acedido 10-10-2016. Disponível em: http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf

Popper, K. R. (1993). *A Sociedade Aberta e os seus Inimigos*. Lisboa: Fragmentos.

Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, 2ª série - N.º 48 (10 - 3-2015) 5948-5952*.

Relvas, A. P. (2003). *Por Detrás do Espelho - Da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem, 19*, 31–46.

Santos, M., Cruz, P., & Mendes, A. (2016). *Tabela de Compatibilidades entre Fármacos*. Lisboa.

Santos, M., Hegele, V., Hoffmann, T. D., Chiarani, F., & Hennigen, F. (2013). Instrumento para avaliação da compatibilidade em Y na administração intravenosa de medicamentos em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, 34–37*. Acedido 10-10-2016. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040307000467BR.pdf>

Santos, M., & Mendes, A. (2017). *Intervenção especializada de enfermagem no acolhimento à família em contexto de cuidados intensivos*. Lisboa.

Santos, M., Mendes, A., Capelo, S., & Ferreira, S. (2017). *Promoção da segurança e qualidade dos cuidados ao cliente e família em situação crítica: uma intervenção*

especializada de enfermagem. Lisboa.

- Santos, M., Mendes, A., & José, S. (2017). *Acompanhante do doente internado em SO – Informações Úteis*. Lisboa.
- Schroeder, S. (2003). Conceitos Gerais nos Cuidados aos Doentes em Estado Crítico: Dor. In *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos - Intervenções de Enfermagens Independentes e Interdependentes* (4^a, pp. 73–88). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Silva, A., Martinho, A. M. P. R., Ferreira, G., Serralheiro, J. I. J., & Paciência, J. M. (2006). Técnicas de Comunicação com o Doente Ventilado. *Sinais Vitais*, (N.º 68), 49–53.
- Silva, C., Vasconcelos, J., & Nóbrega, M. (2011). Dor em Pacientes Críticos sob a Ótica de Enfermeiros Intensivistas : Avaliação e Intervenções. *Rev Rene*, 12(3), 540–547. Acedido 10-10-2016. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a13v12n3.pdf
- Silva, M. H. (2009). Importância da avaliação das necessidades da família do doente, para o desenvolvimento da profissão de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 45–48. <http://doi.org/0872-0844>
- Silva, R., Pereira, Á., & Mussi, F. C. (2015). Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 40–46. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
- Silva, W. O. (2013). Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. *Revista HUPE*, 12(3), 57–65. <http://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7531>
- Silva, A. G. da. (2012). A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - vivências da família. Acedido 20-11-2016. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1200>
- Soares-Oliveira, M., & Araújo, F. (2014). Implementação de um sistema regional de resposta emergente ao acidente vascular cerebral: primeiros resultados. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(6), 329–335. <http://doi.org/10.1016/j.repc.2013.11.004>

Society of Critical Care Medicine, & European Society of Intensive Care Medicine. (2017a). About the Surviving Sepsis Campaign. Acedido 20-10-2016. Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/About-SSC/Pages/default.aspx>

Society of Critical Care Medicine, & European Society of Intensive Care Medicine. (2017b). Bundles. Acedido 20-10-2016. Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/Bundles/Pages/default.aspx>

Stacy, K. (2014). Pulmonary Therapeutic Management. In *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (7^a, pp. 549–586). Elsevier Inc.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (7^a). Elsevier Inc.

Veiga, A., Barros, C., Couto, P., & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida : que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência*, 47–56. Acedido 20-01-2017. Disponível em:http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=Servi%E7o de Urg%Eancia&id_artigo=2142

Yancey, V. (2014). Psychosocial and Spiritual Alterations and Management. In *Critical Care Nursing - Diagnosis and Management* (7^a, pp. 88–103). Elsevier Inc.

APÊNDICES

Apêndice I – Proposta de Cronograma para o Período Formativo

6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Projeto - “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”

Proposta de Cronograma para o Período Formativo

Anos		3º Semestre																					
		2016						2017															
Meses	Set	Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro									
Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	3	9	16	23	30	6	13	20	27	
Semanas	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	2	6	13	20	27	3	10	17	24	3	
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª		15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	23ª	
Reuniões de OT																							
EC Cuidados Intensivos																							
EC Urgência																							
Pesquisa																							
Elaboração do relatório																							
Conferências																							
Entrega e apresentação do relatório																							

F É R I A S N A T A L

Apêndice II – Relatório do IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e
Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e
XIV Congresso do Arco Iberoatlântico

RELATÓRIO DO IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO E XVI CONGRESSO DO ARCO IBEROATLÂNTICO

Nos dias 20 e 21 de fevereiro de 2017 ocorreu na cidade do Porto o IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico: “Uma experiência de vida... Um saber acumulado”, organizado pelo Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto, pela Associação de Apoio ao Serviço de Cuidados Intensivos (ASCI) e pela Sociedad Gallega de Medicina Crítica y Emergencias. Como tal, fui assistir ao referido congresso com os objetivos de atualizar e adquirir conhecimentos na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), no âmbito do projeto de estágio [“Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”] inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC).

O presente congresso permitiu, assim, adquirir e atualizar conhecimentos na área da PSC no contexto de cuidados intensivos através da abordagem de inúmeras temáticas que ocorreram em simultâneo, pelo que seleccionei as que tinham particular interesse a nível académico e profissional como as seguintes: Acidente Vascular Cerebral: do Ictus ao tratamento; Monitorização da oxigenação cerebral; Neurocríticos; Abordagem do doente neurocrítico, o que mostra a evidência; Avaliação da dor no doente crítico; O doente crítico medicado cronicamente com medicamentos opioides fortes e Sedação e delírio em Cuidados Intensivos.

Referente à primeira temática destacou-se a abordagem sobre a Via Verde AVC, uma vez que foi ressaltada a importância da mesma para um bom prognóstico e foi dado a conhecer que o número de ativações tem vindo a aumentar ao longo dos anos. É de evidenciar os modelos de orientação apresentados que se referem ao facto da instituição hospitalar para onde são encaminhados os doentes deterem ou não um centro com trombectomia e trombólise, o que vai depender das características do doente a decisão do seu encaminhamento. Como também a informação acerca do início do tratamento que está preconizado que se inicie na sala de TAC, de forma a reduzir o tempo porta-agulha.

A segunda temática centrou-se na monitorização da oxigenação cerebral, sendo de referir a importância da oxigenação no doente crítico, uma vez que requer uma maior necessidade de O₂ logo um maior aporte de O₂ e uma monitorização efetiva. Como tal, foram abordadas as técnicas de monitorização, como a oximetria de pulso, a gasimetria arterial e venosa, a PbtO₂ (brain tissue oxygen tension) e o NIRS (near infrared spectroscopy).

No que diz respeito à temática seguinte [neurocríticos] destacou-se o papel do EEG e do Doppler transcraniano no doente crítico que permitiu adquirir conhecimentos específicos acerca destas técnicas comumente utilizadas em unidades de neurocríticos onde exerço funções atualmente.

Relativamente à temática acerca da abordagem do doente neurocrítico, o que mostra a evidência, foram divulgadas várias evidências acerca da sedação e analgesia no doente crítico, nomeadamente as últimas guidelines na gestão da dor, agitação e delirium, destacando-se que a sedação associada a benzodiazepinas leva a piores outcomes, como aumento do tempo de ventilação mecânica e delirium. Também foi divulgada evidência sobre o controlo da glicémia nos doentes neurocríticos, que se revela importante para melhores outcomes no doente neurocrítico.

A temática relacionada com a avaliação da dor no doente crítico foi fulcral para a tomada de conhecimento da escala de dor que se encontra validada pelo grupo nacional de avaliação da dor - a ESCID (Escala de Indicadores Comportamentos de Dor), apesar da escala de dor selecionada segundo um estudo de opinião realizado com enfermeiros foi a BPS (Behavioral Pain Scale). Relativamente à palestra relacionada com o doente crítico medicado cronicamente com medicamentos opioides fortes foi demonstrado através de evidência científica que os opioides recomendados são o fentanilo e a morfina, concluindo-se que é sempre necessária uma avaliação periódica da dor no doente crítico. Por último, ainda relacionada com estas temáticas, evidenciou-se a palestra sobre a sedação e delirium em cuidados intensivos, em que foram descritas as escalas de dor, dando o exemplo das escalas utilizadas para os doentes que não comunicam, como a escala de dor BPS e a CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) validadas segundo as guidelines americanas. A utilização de escalas de dor melhora os outcomes clínicos, como a diminuição do tempo de ventilação mecânica e de internamento em cuidados intensivos. Foram também abordadas as intervenções não farmacológicas como o posicionamento, a eliminação

de estímulos irritativos, a comunicação e interação com o doente. Por fim, foi dada relevância ao BIS (índice bispectral) para avaliação objetiva da resposta à sedação que melhora também o outcome.

Concluindo, este congresso revelou-se riquíssimo pela imensidão de temáticas abordadas permitindo a atualização e aquisição de conhecimentos através da evidência científica apresentada. Deste modo, permitiu o desenvolvimento enquanto profissional e pessoa. Como também foi crucial para o percurso formativo de aquisição/ desenvolvimento de determinadas competências preconizadas para o estudante do CMEPSC, como o “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” (ESEL, 2010, p. 1) e “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010, p. 10).

Apêndice III – Relatório do Congresso Científico STATUS 5

RELATÓRIO DO CONGRESSO CIENTÍFICO STATUS 5

Nos dias 28 e 29 de outubro de 2016 ocorreu na cidade de Lisboa o Congresso Científico STATUS 5, organizado por médicos e enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, do Hospital de São José, do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Como tal, fui assistir ao referido congresso com os objetivos de atualizar e adquirir conhecimentos na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), no âmbito do projeto de estágio [“Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”] inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC).

O presente congresso permitiu adquirir e atualizar conhecimentos na área do doente crítico no contexto de pré-hospitalar, urgência e cuidados intensivos, abordando variadas áreas temáticas como: via aérea e respiração; choque - emergências médicas e trauma, e PCR - Paragem Cardio-Respiratória.

Das temáticas abordadas destacou-se o ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) no pré-hospitalar e no Serviço de Urgência, que tem vindo a apresentar um aumento na taxa de sobrevivência nas situações de paragem cardíaca refratária às manobras convencionais, sendo potencialmente benéfica no contexto de pré-hospitalar e urgência. Como tal, foi de extrema importância a abordagem desta temática para adquirir novos conhecimentos numa modalidade terapêutica que vai sendo cada vez mais utilizada em Portugal, podendo assim um dia estar presente no meu exercício clínico em contexto de urgência e cuidados intensivos [no âmbito do projeto de estágio do CMEPSC e a nível profissional].

Outras temáticas que se evidenciaram foram a hipotensão permissiva no pré-hospitalar e sala de emergência, e a Via Verde do Trauma, que permitiram adquirir e atualizar conhecimentos importantes para o exercício clínico no contexto de urgência [no âmbito do projeto de estágio inserido no CMEPSC], acerca da atuação perante um doente crítico vítima de trauma.

Concluindo, este congresso revelou-se fulcral para o desenvolvimento de determinadas competências preconizadas para o estudante do CMEPSC, como “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, 2010, p. 1) e “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
UC Estágio com Relatório

especialidade” (OE, 2010, p. 10). Como também foi essencial para o desenvolvimento enquanto profissional e pessoa.

Apêndice IV – Poster “Acompanhante do doente internado em SO –
Informações úteis”

Acompanhante do doente internado em SO – INFORMAÇÕES ÚTEIS

○ VISITAS

HORÁRIO

- Às 11h
- Às 18h
- Duração ± 10 min.

NÚMERO DE VISITAS

- 1 por doente
- Acompanhadas pelo Enfermeiro Coordenador do SO

INFORMAÇÕES

Pode obter junto do **médico** e do **enfermeiro responsável** pelo doente

DESINFEÇÃO DAS MÃOS

Antes e após contacto com o doente

NOTA: O período de visita está **condicionado às contingências do serviço e ao estado clínico do(s) doente(s)**, podendo ter que **aguardar pelo momento mais oportuno** para entrar

○ CONDICIONANTES

- Entrada a menores de 12 anos de idade
- Colocar objetos pessoais (malas, casacos, entre outros) e/ou sentar na unidade do doente
- Interpelar outros doentes
- Trazer bebidas/ alimentos
- Falar em voz alta
- Utilizar telemóveis



**NÃO QUEIRA LEVAR
MICRÓBIOS CONSIGO**

Se estiver doente evite visitar o seu familiar ou solicite uma máscara de proteção

○ DIREITOS E DEVERES DO ACOMPANHANTE

[Decreto Lei nº 33/ 2009, Artigo 4.º]

1 – O acompanhante tem **direito a informação** (...), com as exceções seguintes:
a) Indicação expressa em contrário do doente;
b) Matéria reservada por segredo clínico.

2 – O acompanhante **deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações**, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.

3 – No caso de **violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito**, os serviços podem **impedir o acompanhante** de permanecer junto do doente e **determinar a sua saída**.

CONTACTOS >>>

Hospital Santa Maria: 217 805 000 | **Urgência Central:** 217 805 111/ 217 805 022
SO: 217 805 342/ 217 979 459 | **E-mail:** relatorioclinicos@chln.min-saude.pt

Apêndice V – Relatório do IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

RELATÓRIO DO IV ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Nos dias 20 e 21 de janeiro de 2017 ocorreu na cidade de Braga o IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Gente que cuida de gente em contexto da prática especializada”, organizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Como tal, fui assistir ao referido congresso com os objetivos de atualizar e adquirir conhecimentos acerca da prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito do projeto de estágio [“Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Acolhimento à Família na qual se insere”] inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC).

O presente congresso permitiu, assim, adquirir e atualizar conhecimentos na área da Especialidade Médico-Cirúrgica através da comunicação de evidência científica, de estudos e experiências partilhadas por enfermeiros especialistas e mestrandos, centrando-se nas seguintes questões: “Que contributos para melhores práticas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC)?”; “A visibilidade da nossa prática”; “Dotações Seguras na Prática da Enfermagem Especializada”; “Gestão, segurança e qualidade dos cuidados” e “Especialidades em Enfermagem: Viver o presente, pensando o caminho para o futuro”.

No que concerne à primeira temática do congresso relativa aos contributos para melhores práticas destacou-se a necessidade de se investir em áreas autónomas de enfermagem como a transmissão e o registo de informação dada ao doente, que emergiu do trabalho apresentado sobre a importância da informação de enfermagem no pré-operatório. Como também se abordou a importância de uma cultura de segurança, concluindo-se do estudo efetuado em contexto de cuidados intensivos, que os enfermeiros têm consciência da ocorrência de eventos adversos, mas recomenda-se a existência de uma política de segurança na organização que vise a formação em serviço, o cumprimento de dotações seguras dos enfermeiros, uma boa liderança, comunicação interna e aprendizagem organizacional em termos de recursos, estrutura e responsabilidade.

Referente à temática sobre a visibilidade da nossa prática foi apresentado um painel de comunicações livres destacando-se a que incidiu sobre a adesão à

terapêutica analgésica pelo doente com dor crónica, em que os resultados dos estudos encontrados evidenciaram que a adesão total é diminuta e a não adesão apresenta altos níveis devido ao receio de adição, que é o fator mais prevalente. Como tal, é necessário que o profissional avalie as capacidades de adesão do doente e o apoio familiar existente.

Também se ressaltou neste âmbito uma revisão integrativa acerca das dificuldades e estratégias de adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção das infeções hospitalares, em que foram enunciados alguns fatores referentes à falta de adesão pelos profissionais, nomeadamente devido às dificuldades na aplicação de medidas de prevenção e à irritação cutânea derivada dos produtos. Como tal, foram enunciadas as seguintes estratégias: formação, medidas que incentivem os profissionais (como prémios de compensação), espaços de reflexão, entre outros.

Relativamente à temática centrada na gestão, segurança e qualidade dos cuidados foi apresentado um painel de pósteres, no qual apresentei dois pósteres elaborados em parceria com a Prof.^a Anabela Mendes, um a título individual sobre a “Intervenção Especializada de Enfermagem no Acolhimento à Família em Contexto de Cuidados Intensivos”, e outro em conjunto com duas colegas do CMEPSC sobre a “Promoção da Segurança e Qualidade dos Cuidados ao Cliente e Família em Situação Crítica: Um intervenção Especializada de Enfermagem”, que permitiram a divulgação do conhecimento nessas áreas temáticas.

Concluindo, este congresso foi essencial para o desenvolvimento enquanto profissional e pessoa, destacando-se o desenvolvimento da capacidade de comunicação oral para um grande público e de argumentação através da apresentação e discussão dos pósteres supramencionados. Como também foi fundamental para o percurso de aquisição/ desenvolvimento de determinadas competências preconizadas para o estudante do CMEPSC, como o “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” (ESEL, 2010, p. 1) e “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010, p. 10).

Apêndice VI – Poster “Intervenção Especializada de Enfermagem no Acolhimento à Família em Contexto de Cuidados Intensivos”

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

M, Santos *; A, Mendes **

* RN, MNSc -Nursing Student , Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL]

**PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

Num contexto de doença crítica o cliente família experiencia direta ou indiretamente fenómenos de mudança significativos. Solicita-se aos enfermeiros um caminho que vai da **apreciação à tomada de decisão com este cliente**, na intenção de **identificar o que o inquieta e quais as estratégias a empreender para o capacitar**.

2 OBJETIVOS

Identificar no quotidiano de interação com a família quais as suas dificuldades face à vivência da situação de doença crítica e que estratégias realizadas, pelo enfermeiro especialista, subsidiam o seu bem-estar e possibilitam algum conforto.

3 METODOLOGIA

Pesquisa sistematizada em bases de dados, MEDLINE e CINAHL através da plataforma EBSCO com descritores específicos: família; pessoa em situação crítica; enfermagem e cuidados críticos, considerando critérios de inclusão e exclusão. Análise de outras fontes de referência como o livro "A informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossegado que Vive em Si"⁽¹⁾ e a Teoria das Transições de Meleis⁽²⁾.

4 RESULTADOS



5 CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES

Salienta-se a importância dos enfermeiros traduzirem oralmente e por escrito a sua realidade dos cuidados⁽¹⁾, nomeadamente na informação que transmitem à família. Importa garantir um discurso claro, que traduza a resposta efetiva às necessidades de conhecimento da família⁽¹⁾, contemplando o seu saber e valorizando o seu empreendedorismo na intenção de participar nos cuidados. Recomenda-se ao enfermeiro especialista uma monitorização efetiva face às competências dos enfermeiros iniciados, na interação com o cliente família e na capacidade de traduzir nos seus registos o que foi realizado e avaliado^(1,6).

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mendes, A. (2015). A informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossegado que Vive em Si. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Frizon, G., Nascimento, E. R. P. Do, Bertonecello, K. C. G., & Martins, J. D. J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaucha Enferm*, 32 (1), 72–78. Acedido a 08/12/2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&npid=S1983-14472011000100009
- Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1172–1182. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x>
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Cleahan, R., & O'Brien, A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135–144. <http://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido a 8/12/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Apêndice VII – Poster “Promoção da Segurança e Qualidade dos Cuidados ao
Cliente e Família em Situação Crítica:
Uma Intervenção Especializada de Enfermagem”

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS AO CLIENTE E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

M, Santos*; S, Ferreira*; S, Capelo*; A, Mendes**

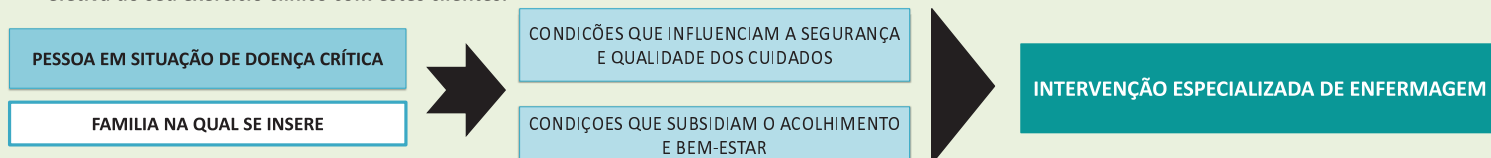
* RN, MNSc -Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] **PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica (PSC) vivencia uma experiência de transição saúde-doença e a família uma transição situacional. Interessa ao enfermeiro especialista **identificar as condições que subsidiam a segurança e a qualidade dos cuidados, na gestão efetiva do seu exercício clínico com estes clientes.**

2 OBJETIVOS

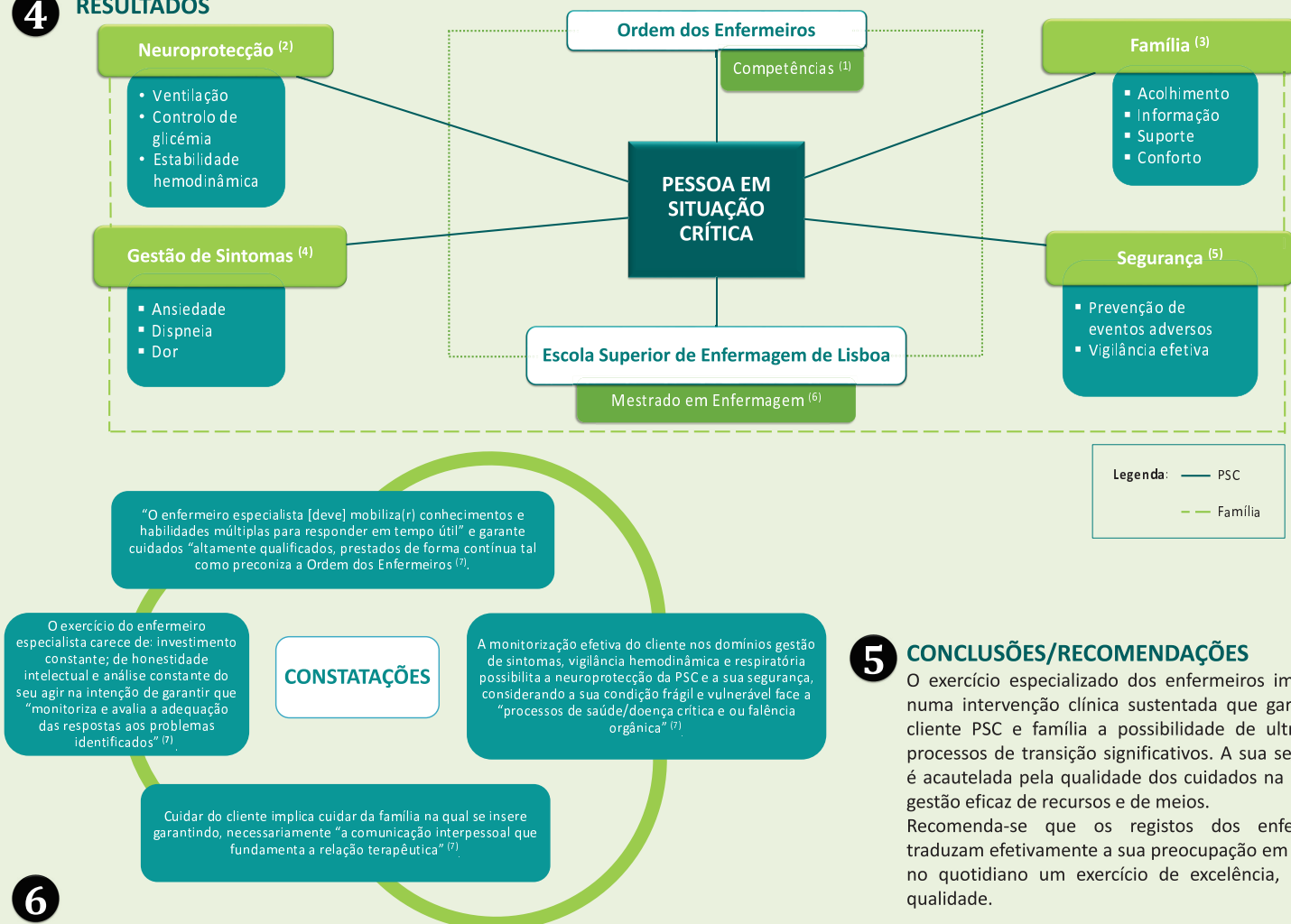
Identificar como podem os enfermeiros especialistas subsidiar a segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação de doença crítica e família na qual se insere.



3 METODOLOGIA

Elaboração de protocolos de pesquisa, salientando-se a identificação das questões de investigação, definição dos critérios de inclusão e exclusão e dos descritores de pesquisa: pessoa, doença aguda, cuidados críticos, família, gestão da segurança, gestão de sintomas e neuroprotecção (de acordo com os descritores em ciências da saúde – <http://decs.bvs.br/>)

4 RESULTADOS



5 CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

O exercício especializado dos enfermeiros implica-os numa intervenção clínica sustentada que garanta ao cliente PSC e família a possibilidade de ultrapassar processos de transição significativos. A sua segurança é acutelada pela qualidade dos cuidados na ótica da gestão eficaz de recursos e de meios. Recomenda-se que os registos dos enfermeiros traduzam efetivamente a sua preocupação em garantir no quotidiano um exercício de excelência, logo de qualidade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido a 5/12/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- (2) Saigal, S., Sharma, J.P., Dhurwe, P., Kumar, S., Gurjar, M. (2015). Targeted temperature management: Current evidence and practices in critical care. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 19(9), 537-546. DOI: 10.4103/09725229.164806
- (3) Mendes, A. (2015). A informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- (4) Dodd, M., & laan, R. N. (2001). Advancing the science of symptom management. *Blackwell Science Ltd*, 33 (5), 668-676
- (5) Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Procede à publicação do Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, Nº28 (10-02-2015) 3882 (2) - 3882 (10)
- (6) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Acedido a 5/12/2016. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- (7) Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 124/2011, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Apêndice VIII – Tabela de Compatibilidades entre Fármacos

Tabela de Compatibilidades entre Fármacos

	Adrenalina	Aminofilina	Amiodarona	Atracúrio	Atropina	Cetamina	Cloreto de Potássio	Dinitrato de Isosorbida	Dobutamina	Dopamina	Fentanilo	Furosemida	Heparina	Insulina	Labetalol	Midazolam	Morfina	Noradrenalina	Piperacilina + Tazobactam	Propofol	Rocurônio	Tramadol	Vancomicina
Adrenalina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Aminofilina	C	I	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Amiodarona	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Atracúrio	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Atropina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Cetamina	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Cloreto de Potássio	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dinitrato de Isosorbida	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dobutamina	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dopamina	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Fentanilo	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Furosemida	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Heparina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Insulina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Labetalol	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Midazolam	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Morfina	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Noradrenalina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Piperacilina + Tazobactam	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Propofol	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Rocurônio	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Tramadol	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Vancomicina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

C Compatível

P Compatível com Precaução

I Incompatível

* Dependente da Concentração

Referências Bibliográficas:

- Hisham, M., Sivakumar, M., & Ganesh, V. (2016). Impact of clinical pharmacist in an Indian Intensive Care Unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 20(2), 78–83. <http://doi.org/10.4103/0972-5229.175931>
- Medscape. (2016). Drug Interaction Checker. Acessado a 29/10/2016. Disponível em: <http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>
- Oliveira, H., & Negrão, N. (2012). *Guia Prático de Incompatibilidades entre os Principais Medicamentos utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do HJLM*. Curitiba. Acessado a 29/10/2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/17018/1037975/I-HGUIA-DE-INCOMPATIBILIDADES-MEDICAMENTOSAS.pdf/a860879e-9cc5-4f00-acd8-0c29b13921ea>
- Santos, M., Hegele, V., Hoffmann, T. D., Chiarani, F., & Hennigen, F. (2013). Instrumento para avaliação da compatibilidade em Y na administração intravenosa de medicamentos em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, 34–37. Acessado a 29/10/2016. Disponível em: <http://www.sbrath.org.br/rb/hss/public/artigos/2013040307000467BR.pdf>

Elaborado por:
 Estudante de Mestrado
 Área de Especialização
 Pessoa em Situação Crítica
 Mariana Santos
 Professora Orientadora:
 Anabela Mendes



Apêndice IX – Apresentação da Norma de Procedimento:

Cuidados de Enfermagem Pós Mortem

Cuidados de Enfermagem Pós Mortem

NORMA DE PROCEDIMENTO

Elaborado por:

Enf.^a [REDACTED]

Enf.^a Mariana Santos [Estudante de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica]

Novembro 2016



OBJETIVOS

- Clarificar a correta prestação de cuidados de enfermagem pós mortem
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos cuidados pós mortem
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do acolhimento à família no processo de morrer e morte da pessoa em situação crítica

CUIDADOS PÓS MORTEM

Conceito de cuidados pós mortem

“Ato através do qual os profissionais de saúde, **depois de verificado o óbito** por um médico, **preparam o corpo** de uma pessoa falecida **antes** da sua **transferência para a morgue**” (Hallouet, Eggers, & Malaquin-Pavan, 2006, p. 71).



Implicam respeito pela **dignidade e sensibilidade** (Potter & Perry, 2006; Silva et al., 2011)

Princípio dos cuidados pós mortem

Assenta na **restauração do corpo** da forma mais **próxima da natural**, sendo realizados por **enfermeiro e auxiliar de enfermagem**.

(Hallouet, Eggers, & Malaquin-Pavan, 2006)

PROCEDIMENTO

INDICAÇÕES

Após a constatação do óbito:

- Observar a hora;
- Informar o médico;
- Fechar os olhos do morto;
- Retirar da cama almofadas e roupas extras;
- Cobrir o corpo com um lençol.

Material:

- Algodão;
- Ligaduras;
- Etiquetas de identificação (4 etiquetas);
- Saco próprio para transporte do cadáver;
- Luvas de procedimento;
- Lençóis;
- Bacia e material de banho se necessário.

PROCEDIMENTO

1. Prestar assistência à família se presente no serviço;
 2. Colocar o paciente em posição anatômica, elevando ligeiramente a cabeça;
 3. Fechar os olhos, usar água tépida para ajudar e fita adesiva se necessário;
 4. Desligar aparelhos e soros conectados ao paciente;
 5. Retirar drenos, algália, sonda nasogástrica, e outros;
 6. Proceder a higienização do corpo;
 7. Fazer tamponamento de orifícios;
 8. Fixar a mandíbula com fio de algodão;
 9. Cobrir o corpo com lençol próprio (etiquetas corretamente preenchidas);
 10. Identificar o corpo e a família (processo interno para informar secretaria(o) de unidade).
- Após a morte o corpo sofre alterações físicas, e por isso a **prestação dos cuidados deve ser o mais cedo possível** de forma a evitar danos nos tecidos ou o desfiguramento de partes do corpo (Potter & Perry, 2006).

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO

Acolhimento à família na qual se insere a “pessoa em processo de morrer e diante da morte”

CRUCIAL

PROMOÇÃO DO CONFORTO

Suporte social e emocional à família

Comunicação de “**informações** detalhadas e sempre que desejadas, **flexibilização** de normas e rotinas hospitalares relacionadas às visitas, permitindo **maior interação entre a família e seu membro internado**”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os enfermeiros encontram-se numa **posição privilegiada**, uma vez que prestam cuidados antes e depois da morte do doente. Contudo o processo de cuidar do doente como corpo pós morte pode levar a **conflitos internos** (Quested & Rudge, 2003);
- Para os profissionais de saúde é desconfortável estar junto de quem está a morrer ou de quem sofre um processo de luto, por isso “torna-se necessária a **capacitação emocional** da **equipe multiprofissional** para lidar com o sofrimento de ambos” (Silva et al., 2015);

CONSIDERAÇÕES FINAIS (CONT.)

- O enfermeiro ao **contribuir para o máximo conforto** do doente, irá também **sentir-se confortado e realizado** (Silva et al., 2015);
- A **promoção de conforto** também implica **suporte social e emocional à família**, além do doente, sentindo-se esta confortada pelos enfermeiros ao sentir que é **aceite, valorizada, ouvida, compreendida** e que recebe **informação** de “forma gentil e compreensível” pelos mesmos (Silva et al., 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hallouet, P., Eggers, J., & Malaquin-Pavan, E. (2006). Cuidados transversais – Cuidados de higiene: Cuidados post mortem. In *Fichas de cuidados de enfermagem* (pp. 45–74). Lisboa: Climepsi editores.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). Princípios do cuidar: Perda e Luto. In *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ª ed., pp. 579–581). Loures: Lusociência.

Quested, B., & Rudge, T. (2003). Nursing care of dead bodies: a discursive analysis of last offices. *Journal of Advanced Nursing*, 553–560.

Silva, R., Campos, A., & Pereira, Á. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 738–744. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>

Silva, R., Pereira, Á., & Mussi, F. C. (2015). Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 40–46. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>

	Adrenalina	Aminofilina	Amiodarona	Atracúrio	Atropina	Cetamina	Cloreto de Potássio	Dinitrato de Isosorbida	Dobutamina	Dopamina	Fentanilo	Furosemida	Heparina	Insulina	Labeltol	Midazolam	Morfina	Noradrenalina	Piperacilina + Tazobactam	Propofol	Rocurônio	Tramadol	Vancomicina
Adrenalina		C	C	C	C	I	P	C	P	P	C	P	C	C	P	P	P	C	C	I	C	P	C
Aminofilina	C		I	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	P	I	C	I	C	C	C	C	I
Amiodarona	C	I		C	C	C	C	C	C	C	C	I*	I	C	P	C	C	C	C	I	C	C	P
Atracúrio	C	I	C		P	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	I	P	C	C
Atropina	C	C	C	P		C	C	C	C	C	C	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	P
Cetamina	I	C	C	C	C		C	C	C	C	I	I	I	I	P	P	P	I	C	P	C	P	C
Cloreto de Potássio	P	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	P	C	C	C	C	C	C	C	C
Dinitrato de Isosorbida	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dobutamina	P	I	C	C	C	C	C	C		P	C	I*	I*	C	P	I*	P	P	I	C	C	P	C
Dopamina	P	C	C	C	C	C	C	P		C	C	I*	C	I	P	P	P	P	C	C	C	C	P
Fentanilo	C	C	C	P	P	I	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Furosemida	P	C	I*	I	C	I	C	C	I*	I*	P		C	C	P	I	I*	C	C	C	C	C	I
Heparina	C	C	I	C	C	I	C	C	I*	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	I
Insulina	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	C	C		C	C	C	C	I	I	C	C	C
Labeltol	P	P	P	C	C	P	P	C	P	P	C	P	C	C		C	C	P	C	P	C	C	C
Midazolam	P	I	C	C	C	P	C	C	I*	P	C	I	C	C	C		C	C	C	I*	C	C	C
Morfina	P	C	C	C	C	P	C	C	P	P	C	I*	C	C	C	C		C	C	I*	C	P	C
Noradrenalina	C	I	C	C	C	I	C	C	P	P	C	C	C	I	P	C	C		C	C	C	P	C
Piperacilina + Tazobactam	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	C	C		C	C	C	I
Propofol	I	C	C	I*	I*	P	C	C	C	C	C	C	C	C	P	I*	I*	C	C		C	P	I*
Rocurônio	C	C	C	P	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C
Tramadol	P	C	P	C	C	P	C	C	P	P	C	C	I	C	C	C	P	P	C		P	C	C
Vancomicina	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	C	C	C	I	I	C	C	C

C Compatível

P Compatível com Precaução

I Incompatível

* Dependente da Concentração

Referências Bibliográficas:

- Hisham, M., Sivakumar, M., & Ganesh, V. (2015). Impact of clinical pharmacist in an Indian Intensive Care Unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 20 (2), 78–83. <http://doi.org/10.4103/0972-5229.175931>
- Medscape. (2016). Drug Interaction Checker. Acessado a 29/10/2016. Disponível em: <http://reference.medscape.com/drug-interaction-checker>
- Oliveira, H., & Negrão, N. (2012). *Guia Prático de Incompatibilidades entre os Principais Medicamentos utilizados na Unidade de Terapia Intensiva do HUJM*. Curitiba. Acessado a 29/10/2016. Disponível em: <http://www.abserh.gov.br/documents/170/6/10379751+GUA+DE+INCOMPATIBILIDADES+MEDICAMENTOSAS.pdf/a860879e-9cc5-4f40-a6d8-dc296f092f6a>
- Santos, M., Hegele, V., Hoffmann, T. D., Chianani, F., & Hennigen, F. (2015). Instrumento para avaliação da compatibilidade em Y na administração intravenosa de medicamentos em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, 34–37. Acessado a 29/10/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbfhs/public/artigo/s20160403070004678R.pdf>



Elaborado por:
Estudante de Mestrado
Área de Especialização
Pessoa em Situação Crítica
Mariana Santos
Professora Orientadora:
Anabela Mendes

OBRIGADA

Cuidados de Enfermagem Pós Mortem

NORMA DE PROCEDIMENTO

Elaborado por:

Enf.^a [REDACTED]

Enf.^a Mariana Santos [Estudante de Mestrado
em Enfermagem Área de Especialização
Pessoa em Situação Crítica]

Novembro 2016



Apêndice X – Apreciação do Percorso Formativo em Contexto
de Cuidados Intensivos



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na minha opinião o percurso efetuado no contexto de Cuidados Intensivos decorreu com bom aproveitamento e sucesso, tendo atingido os objetivos propostos e, por conseguinte, adquiri/desenvolvi as competências preconizadas no projeto de estágio desenvolvido no 2º Semestre [“Intervenções Especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situações Críticas e Acolhimento à Família no qual se insere”] e que se inscrevem na competência do plano de estudos do curso de Mestrado e do Regulamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situações Críticas da Ordem dos Enfermeiros. Para o desenvolvimento das competências foram realizadas diversas atividades no contexto de ensino clínico em cuidados intensivos. Como complemento descritivo da auto-avaliação foi elaborado um relatório Pontual. Auto-avalia-me em Muito Bom.

Data:
30/11/2016

Tutor

Orientador

Estudante

Mariana Santos

Assinatura

Mariana Santos



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A formanda integrou-se com facilidade na equipa multidisciplinar, estabelecendo com facilidade uma relação empática com os doentes e familiares.

Demonstrou conhecimentos adequados face aos objetivos propostos no seu projeto de estágio, sendo proativa no seu percurso de aprendizagem.

Durante o estágio, adquiriu conhecimentos relativamente à prestação de cuidados ao doente crítico através da participação de complexidade. Para além da prestação direta de cuidados, participou em dois momentos formativos à equipa, no âmbito da reunião sobre cuidados pós-natais e discussões de caso clínico. De modo isto, pensa que a Mariana atinge os objetivos,

Data:

Tutor

Assinatura

Luís Beliz

Luís Beliz

Orientador

Estudante

Mariana Santos

Mariana Santos

realizando o seu estágio de estágio de estágio
REVITO BONE

Apêndice XI – Apreciação do Percorso Formativo em Contexto de Urgência



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Considero que o percurso efectuado no contexto de urgência decorreu com bom aproveitamento, tendo atingido os objectivos propostos pela presente UC e pelo projecto de estágio desenvolvido no 2º semestre [“Intervenções Especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situações Críticas e Acolhimento à Família, na qual se insere”], que levaram à aquisição e desenvolvimento de competências, preconizadas no referido projecto de estágio, e que se baseiam nos competências do plano de estudos do Curso de Mestrado e do Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situações Críticas da Ordem dos Enfermeiros. Considero, também, que consegui superar as dificuldades sentidas durante o estágio através da actualização e aquisição de conhecimentos no contexto de urgência e pelas diversas situações de aprendizagem que surgiram em contexto clínico, aliadas à minha motivação/empenho e pro-actividade.

Como tal, auto-avalia-me em fluto Bom.

Data:
09/02/2017

Tutor

Orientador

Estudante

Flávia Santos

Assinatura

[Redacted Signature]

Flávia Santos



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Apesar da natureza do estágio no âmbito de enfermagem, a Mariana demonstrou uma boa adaptação à exigência do estágio, nomeadamente à exigência de enfermagem e multidisciplinar e à diversidade de patologias/prioridades de cada setor.

Demonstrou conhecimentos relevantes da sua experiência profissional e formação prática, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e familiar, subindo o nível na sua prática clínica, mostrou-se interessada em aprofundar os seus conhecimentos, adotando uma postura coerente, estando atenta às oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, permitindo-lhe, portanto, atingir as objetivos a que inicialmente se propôs e desenvolvendo as competências necessárias ao plano de estudo do curso de mestrado e do cumprimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especializado em enfermagem em pessoa em situação crítica do orden dos enfermeiros.

Foi ao acima exposto proposto a avaliação qualitativa de Muito Bom

Data:

Tutor

Frederico Dias

Orientador

[Redacted]

Estudante

Mariana Santos

Assinatura

[Signature]

[Redacted]

Mariana Santos