



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Fenómeno de Investigação:
FUNDAMENTOS DO DEVER DE INFORMAR DO ENFERMEIRO

Por: Ana Sofia Castro Correia

Lisboa, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Fenómeno de Investigação:
FUNDAMENTOS DO DEVER DE INFORMAR DO ENFERMEIRO

Por: Ana Sofia Castro Correia

Sob Orientação de: Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2020

“When you know better you do better”

Maya Angelou (1928-2014)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato pela orientação incansável.

À Professora Doutora Manuela Madureira pela sua constante e humorosa disponibilidade.

À Professora Doutora Lurdes Martins e Professora Liliana Braguez pelos conselhos oferecidos em tão boa hora.

À Professora Doutora Zaída Charepe pela estruturante presença na minha Enfermagem.

A todo o corpo docente da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pelo investimento no meu percurso académico e profissional.

Ao Enfermeiro Paulo e ao Enfermeiro Rui por toda a disponibilidade e dedicação na minha caminhada.

Aos meus pais pela oportunidade.

Ao Zé pela paciência.

Ao Tomás pela alegria mesmo depois de todas as horas roubadas.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à pessoa em situação crítica. Tem como objetivo descrever e analisar o percurso realizado, com recurso a metodologia reflexiva, de modo a demonstrar as competências adquiridas e fundamentar a obtenção, tanto do título de mestre em Enfermagem, como de enfermeiro especialista na especialidade referida.

Para o desenvolvimento das competências de mestre, nos termos do artigo 15º do *regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*, realizei uma revisão *scoping* intitulada os “Fundamentos do Dever de Informar do Enfermeiro”. Esta revisão, posteriormente, fundamentou inúmeras atividades com vista ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista. A informação é devida à pessoa, não só para promover o respeito pela autonomia, mas também, como um dos requisitos do princípio da beneficência. Em Portugal o dever de informação encontra-se previsto, no artigo 105º da Deontologia Profissional, mas carece de instrumentos de qualidade, orientadores da prática dos enfermeiros, para a transmissão da informação.

A componente prática deste percurso académico e profissional teve lugar numa unidade de cuidados intensivos e num serviço de urgência geral. A análise das competências foi realizada à luz dos regulamentos que regulam as especialidades em enfermagem. Das competências comuns do enfermeiro especialista destaco o “*domínio da responsabilidade ética e legal*” onde demonstro competências de tomada de decisão ética e defesa dos *princípios fundamentais*. O desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista, nesta área de especialidade, foi transversal nos dois contextos de estágio sendo que as competências para cuidar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva tiveram especial destaque na articulação com o dever de informar do enfermeiro.

No fim deste percurso considero ter atingido os objetivos propostos, tendo desenvolvido cuidados de Enfermagem especializados. Acredito que esta jornada é o início do meu desenvolvimento como profissional que não prevê um fim, mas sim uma evolução contínua.

Palavras-chave: Dever de Informar, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Prática Baseada na Evidência

ABSTRACT

This report arises in the scope of the master's degree in Medical-Surgical Nursing in the field of nursing for people in critical situations. It aims to describe and analyze the path taken, using reflective methodology, in order to demonstrate the skills acquired and justify obtaining both the title of Master of Nursing Science, as well as a specialist nurse in the mentioned field. For the development of the master's degree skills, under the terms of article 15 of the legal system of degrees and diplomas in higher education, I carried out a scoping review entitled "Foundations of Duty to Inform: Nursing Practice". This review subsequently grounded numerous activities with a view to developing the skills of the medical-surgical nurse. The information is due to the person not only to promote respect for autonomy, but also, as one of the requirements of beneficence. In Portugal, the duty of information is nested in article 105 of Professional Deontology, but it lacks instruments to guide the practice of nurses, regarding information.

The practical component of this academic and professional path took place in an intensive care unit and in a general emergency service. The analysis of competences was carried out in the light of the regulations that regulate nursing specialties. Of the common skills of the specialist nurse, I highlight the "domain of ethical and legal responsibility" where I demonstrate skills of ethical decision-making and defense of fundamental principles. The development of the specific skills of the Medical-Surgical nurse, was transversal in the two internship contexts, and the skills to care for the person submitted to invasive mechanical ventilation had special emphasis on the articulation with the nurse's duty to inform.

At the end of this journey, I consider that I have reached the proposed goals, having developed the ability to perform specialized nursing care. I believe that this journey is the beginning of my development as a professional and does not foresee an end, but a continuous evolution.

Palavras-chave: Duty to Inform, Medical-Surgical Nurse, Critical Care, Evidence Based Practice

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

APA^{6th} – American Psychology Association 6th Edition

CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

JBI – Joanna Briggs Institute

NIC – Nursing Interventions Classification/ Classificação de Intervenções de Enfermagem

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO	23
1.1 ENQUADRAMENTO DA REVISÃO DE LITERATURA.....	23
1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
1.3 MÉTODO.....	25
1.4 RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	28
1.5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	30
1.5.1 Fundamentos Éticos.....	31
1.5.2 Fundamentos Deontológicos.....	32
1.5.3 Fundamentos Jurídicos.....	34
1.6 CONCLUSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA.....	34
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	36
2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	36
2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	38
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO.....	40
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	41
3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	41
3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	46
3.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados.....	48
3.1.4 Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional.....	50
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	52
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Estratégia de Pesquisa

Quadro II – Categorização

Quadro III – Apresentação de Resultados

Quadro IV – Resultados categorizados com técnica Análise de Conteúdo de Bardin (2011)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Resultados

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “*Estágio Final e Relatório*” inserida no 12º Mestrado em Enfermagem, na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à pessoa em situação crítica, da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O “*Regulamento do Mestrado em Enfermagem*”, aprovado pelo Conselho Científico do ICS em Outubro de 2017, “*estabelece as normas regulamentares do ciclo de estudos, como determina o artigo 26º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*” (Universidade Católica Portuguesa, 2017, p. 2). Este regulamento define que o presente ciclo de estudos permite a aquisição do título de enfermeiro especialista e ao mesmo tempo o grau de mestre (UCP, 2017). Logo este curso de mestrado em Enfermagem permite simultaneamente dar resposta a duas necessidades de formação dos enfermeiros: integra os requisitos curriculares do “*Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem*” e “*permite a aquisição e o desenvolvimento de competências estabelecidas para o grau de mestre nos termos do artigo 15º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*” (UCP, 2017. p. 2).

Segundo Azevedo (2018) “*uma tese de mestrado ou doutoramento é sempre um relatório de uma investigação, quer num domínio empírico quer noutra domínio mais teórico*” (p. 17). O relatório que se apresenta tem como objetivo descrever e analisar o percurso realizado de modo a demonstrar as competências adquiridas e fundamentar a obtenção, tanto do título de mestre em Enfermagem, como de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Relativamente ao título de mestre, a investigação foi uma das competências que procurei desenvolver ao longo do curso em articulação com a prática. A investigação procura produzir uma base científica que conduz a prática (Ferrito, 2007) e a prática baseada em evidência vai ao encontro da obrigação social da Enfermagem enquanto profissão e ciência (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012). Neste curso de mestrado são desenvolvidas competências de investigação em Enfermagem de forma a obter as ferramentas necessárias

que permitem ao enfermeiro especialista desenvolver a sua prática de forma fundamentada em evidência atualizada.

Neste sentido, no **primeiro capítulo** deste relatório apresento uma o desenvolvimento de competências de investigação através da exposição de uma Revisão de Literatura utilizando a metodologia de revisão *scoping* proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) no manual publicado em 2017. Esta revisão foi realizada, em colaboração com outros investigadores, no âmbito do Projeto "*Princípios, Valores e Deveres da Deontologia Profissional de Enfermagem – Evolução e Constância*" do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) do ICS da UCP e os seus resultados enquadram este relatório, fazendo parte do "*domínio teórico*"(Azevedo, 2018), fornecendo parte da base científica necessária ao estabelecimento de objetivos e atividades com vista à aquisição das competências. Mas, segundo Deodato, (2010) a Enfermagem ao ser vista, duplamente como área do conhecimento e profissão de saúde, leva-nos "*indubitavelmente, a um mesmo objeto: o cuidado*"(p.3). Este "*cuidado*" depende das competências do enfermeiro, e no caso do enfermeiro especialista estas encontram-se definidas em dois regulamentos que apresento de seguida.

De forma a desenvolver as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica foram planeados estágios em locais potenciadores do desenvolvimento das mesmas. A unidade curricular que visa o desenvolvimento deste relatório, intitulada "*Estágio e Relatório*", tem a duração de 360 horas de estágio. Optei por realizar a totalidade do estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos dedicada a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, tomei esta decisão baseada no meu percurso profissional até ao momento e ao enriquecimento que esta experiência me iria proporcionar, não só para poder atingir totalmente os objetivos que tinha idealizado mas também para constatar uma evolução com aplicabilidade direta na minha prática profissional diária. Tendo em conta o limite temporal para o desenvolvimento de competências, considerei vantajoso o facto de não iniciar o estágio numa área da prática totalmente desconhecida, e assim potenciar o desenvolvimento das competências desejadas. As competências do enfermeiro especialista são desenvolvidas ao longo dos seus três semestres e como tal fazem parte do percurso aqui descrito. Foram realizadas 180 horas de estágio em contexto da unidade curricular "*Vigilância e Decisão Clínica*", que optei por realizar num Serviço de Urgência Geral de um Hospital da Grande Lisboa, que enriqueceram ainda mais o leque de experiências em contexto da Pessoa em Situação Crítica. Este estágio permitiu-

me desenvolver competências específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na prática clínica em situações de urgência e emergência.

No **segundo capítulo** encontra-se a caracterização destes locais de estágio de forma a contextualizar as atividades desenvolvidas e evidenciar o seu contributo para a minha aprendizagem. Este está subdividido em duas partes: a primeira parte referente à Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital da Grande Lisboa e a segunda parte descreve um Serviço de Urgência Geral de um Hospital da Grande Lisboa.

O desenvolvimento de competências nos estágios foi suportada na Metodologia de Projeto. Com base nos dois regulamentos apresentados foram realizados dois projetos de formação distintos onde foram estabelecidos os objetivos e atividades com vista à aquisição de competências referidas. Este relatório visa à análise do percurso realizado e a demonstração da aquisição das competências referidas através de metodologia reflexiva.

O **terceiro capítulo** dá lugar à análise do desenvolvimento de competências em estágio. Neste serão expostas e analisadas de forma reflexiva as atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados e a adquirir as competências referidas anteriormente. Este capítulo estará subdividido em duas partes: a primeira segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, que define as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” e as subdivide em Domínios; e a segunda parte segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros que define as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*” descrevendo as competências a demonstrar na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O quadro conceptual de enfermagem que sustenta este relatório e que foi utilizado ao longo de todo o percurso é composto por diversos referenciais teóricos que sustentam a disciplina de Enfermagem, no entanto destaco a “*Teoria do Défice do Auto-Cuidado*” de Dorothea Orem (Tomey & Alligood, 2002). A enfermagem é vista por Orem como o meio de disponibilizar assistência à pessoa quando esta se encontra incapaz de ir ao encontro das suas próprias necessidades de autocuidado (Billey, 1991). Cunha, Cardoso, e Oliveira (2005), acerca da teoria de Orem, referem que todos os indivíduos adultos e saudáveis têm a capacidade de se autocuidar e, quando em falta, o enfermeiro deve promover essa capacidade (Tomey & Alligood, 2002). A necessidade de mobilização deste referencial teórico, nos planos de cuidados desenvolvidos, surgiu no âmbito da revisão de literatura sobre o dever de informar do enfermeiro. A relação que estabeleci entre este referencial teórico e as atividades que desenvolvi, no âmbito das necessidades de informação da pessoa

em situação crítica e da sua família, enquadram-se na visão de Orem uma vez que a informação transmitida à pessoa é potenciadora da sua autonomia. Esta premissa encontra-se na alínea a) do artigo 105º da Deontologia Profissional em que o enfermeiro “*no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de (...) informar o indivíduo e a família*”. Também a “*Teoria da Incerteza na Doença*” de Merle Mishel foi mobilizada com frequência dada a imprevisibilidade de uma situação crítica. Para Mishel a incerteza ocorre quando a pessoa não estrutura ou não categoriza de forma adequada um evento relacionado com a doença (Tomey & Alligood, 2002). Esta incerteza pode ser devida a uma falta de informação e quanto mais a familiaridade com o evento aumenta mais a incerteza diminui. Para a teórica quem fornece estrutura à pessoa diminui diretamente a incerteza e pode fazê-lo através da promoção da interpretação de eventos, sendo o fornecimento de informação elemento chave (Tomey & Alligood, 2002).

Nos últimos anos de profissão desempenho funções de enfermeira de cuidados gerais numa unidade de saúde de um Hospital Público na área da Grande Lisboa. Esta unidade de saúde visa a prestação de cuidados de saúde a pessoas com doença cardíaca e maioritariamente em situação pós-operatória, tanto em contexto de enfermaria como de unidade de cuidados intermédios. O meu desenvolvimento profissional e os desafios que se apresentaram durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, presente nesta unidade de saúde, foi a principal motivação para dar início a este desafio académico e profissional. Ingressar no mestrado em Enfermagem providenciou-me as ferramentas e o acompanhamento necessário para continuar a evoluir como enfermeira, neste caso como enfermeira especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

A aquisição das competências do mestre de acordo com o “*Regime Jurídico Dos Graus E Diplomas Do Ensino Superior*” aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 estará demonstrada no decorrer do primeiro e terceiro capítulo.

Por último apresento a conclusão deste relatório seguida dos apêndices e anexos considerados necessários. Todas as referências bibliográficas encontram-se apresentadas segundo a norma da American Psychological Association (APA^{6th}) 6ª edição.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

As competências de Investigação são parte integrante, tanto das competências do enfermeiro especialista como do mestre em Enfermagem. Nos termos do artigo 15º do “Regime Jurídico Dos Graus E Diplomas Do Ensino Superior” aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 “o grau de mestre é conferido aos que demonstram possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: (...) permitam e constituam a base de desenvolvimento (...) em muitos casos em contexto de investigação.” Também de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros que define as “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” o enfermeiro especialista é “agente ativo no campo da investigação”. De forma a desenvolver as competências necessárias neste “campo” realizei uma revisão de literatura intitulada “**Fundamentos do Dever de Informar do Enfermeiro**”, utilizando o método de revisão *scoping* segundo o manual para revisores do JBI (Aromataris & Munn, 2017), cujo processo de desenvolvimento e resultados apresento neste capítulo.

1.1 ENQUADRAMENTO DA REVISÃO DE LITERATURA

A informação que é dada à pessoa sobre o seu projeto de saúde define a forma como este será gerido (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2006). No entanto, a informação é muitas vezes uma condicionante da atitude da pessoa e da família perante a doença (Surribas & Fontanella, 2006). São diversos os estudos que declaram os benefícios da informação para o projeto de saúde da pessoa (J. Martins, 2008, p. 123). A informação, um importante subsídio para a tomada de decisão, é o produto obtido a partir de uma determinada combinação de dados, da avaliação e do juízo produzido sobre uma situação (Surribas & Fontanella, 2006). Por isso Esper (2000) defende que a informação é devida à pessoa em questão, não só para promover o respeito pela autonomia, mas também, como um dos requisitos do princípio da beneficência. Informar a pessoa é respeitar, promover e reconhecer a sua autodeterminação (Nunes, Rego, & Nunes, 2014) mas também agir em seu benefício (Martins, 2008).

Definem-se então, os conceitos de “Dever” e de “Informação”. Como o termo “dever” se encontra inscrito na deontologia de enfermagem, com base no seu conceito legal, usaremos esta área científica para a definição. Neste âmbito, de acordo com Antunes Varela

(2000, p. 52) “*dever jurídico é a necessidade imposta pelo direito (objetivo) a uma pessoa de observar determinado comportamento. É uma ordem, um comando, uma injunção dirigida à inteligência e à vontade dos indivíduos.*”

Quanto ao conceito de informação utilizado, esta é constituída por dados revestidos de significado e relativos a um contexto útil. Informar significa “transmitir dados sobre qualquer coisa”, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 112).

Em Portugal o dever de informação à pessoa sobre os cuidados de enfermagem, decorre dos preceitos deontológicos que regem os enfermeiros, no exercício da sua profissão. Encontra-se previsto, no artigo 105º da Deontologia Profissional inscrita no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, este aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, que a informação, vista como um dever, assenta nos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa que é cuidada e enuncia que o enfermeiro, “*no respeito pelo direito à autodeterminação*” deve informar o indivíduo e a família. Portanto, informar a pessoa é respeitar, promover e reconhecer a sua autodeterminação (Lepargneur, 2002).

Do conjunto de deveres deontológicos, reguladores do exercício profissional dos enfermeiros, o dever de informação reforça claramente, nas suas alíneas a) e c), respetivamente, que o enfermeiro deve “*informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem*” e “*atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem*”. Nesta medida, emerge a necessidade de criação de instrumentos de qualidade, orientadores da prática dos enfermeiros, para a transmissão da informação. Em sequência evidencia-se a importância de identificar os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos do dever de informação.

Foi definido, para o âmbito desta revisão, “fundamentos” que de acordo com Deodato (2010), adquirem um carácter multidimensional, servem a ponderação da decisão, o seu sentido e a sua viabilização após a qual, há lugar uma ação. O mesmo autor define os fundamentos éticos como “*princípios e os valores que se encontram habitualmente referidos na teoria ética como seus elementos*” (Deodato, 2010, p. 4), os fundamentos deontológicos como “*os deveres do enfermeiro*” (Deodato, 2010, p. 225) e os fundamentos jurídicos como “*o respeito pelo direito das pessoas*” (Deodato, 2010, p. 235) via as normas jurídicas em que estão inscritos de forma a poderem ser invocados.

Foi realizada assim uma revisão *scoping* com o objetivo de **mapear os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos do dever de informar do enfermeiro**. É expectável que esta revisão providencie uma visão global do conhecimento existente sobre o dever de informar do enfermeiro e permita a identificação dos seus fundamentos. Assim, surgirá uma síntese do conhecimento existente sobre o tema, bem como a possibilidade de propostas de estudos direcionados às lacunas identificadas. Inicialmente foi conduzida uma pesquisa na *JB* *evidence synthesis* em abril de 2019 com a equação de pesquisa “Duty to Inform OR Information AND Nurs*” que não apresentou resultados confirmando a inexistência de uma revisão desta pertinência.

1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Esta revisão utilizou a estrutura “PCC” (P = População, C = Conceito, C = Contexto) preconizada pelo JBI para definir os seus critérios de inclusão. A população definida foram as publicações sobre a atuação dos enfermeiros, no âmbito do dever de informar. O conceito em estudo foram os fundamentos do dever de informar do enfermeiro, agrupados em três domínios: éticos, deontológicos e jurídicos. O contexto foi definido de acordo com os estudos que abordam o dever de informar dos enfermeiros. Esta revisão considerou todos os tipos de estudo, a partir de 1998, que abordam os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos do dever de informar do enfermeiro. Foram incluídas revisões sistemáticas, estudos quantitativos ou qualitativos, outros trabalhos de investigação e artigos de opinião provenientes de “literatura cinzenta”. Foram excluídos todos os estudos que não cumpriram os critérios estabelecidos ou não se encontravam disponíveis na sua versão integral à data da pesquisa.

1.3 MÉTODO

O método utilizado é o proposto pelo JBI para a realização de revisões *scoping* segundo o manual para revisores publicado em 2017 (Aromataris & Munn, 2017). A estratégia de pesquisa utilizada foi a de três etapas (Aromataris & Munn, 2017): (1) A pesquisa inicial na base de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL, seguindo-se de uma análise das palavras contidas no título, resumo e termos indexados utilizados pelos autores de forma a construir a equação de pesquisa. (2) Posteriormente foi realizada uma nova pesquisa nas bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e a pesquisa de trabalhos não

publicados nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP). Foi utilizada a seguinte equação de pesquisa: [Duty to inform (TI) OR information (TI)] AND [Nurs* (AB) OR Legal ground (AB) OR ethical ground (AB) OR deontology ground (AB)]. (3) Por fim, foi examinada a lista de referências de todas as publicações incluídas e selecionadas aquelas que respeitavam os critérios de inclusão. A pesquisa foi realizada no período de abril a julho de 2019.

A seleção das publicações foi efetuada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Foram incluídas as publicações que apontavam os fundamentos do dever de informar do enfermeiro. Foram consideradas as publicações em inglês, espanhol e português desde o ano de 1998, por corresponder ao ano de criação da Ordem dos Enfermeiros em Portugal e à publicação do Decreto de Lei 104/98, de 21 de abril, que aprova o primeiro “*Código Deontológico*” do enfermeiro em Portugal.

A extração de resultados foi realizada por três revisores independentes e encontra-se descrita no **Quadro I** intitulado “*Estratégia de Pesquisa*” disponível no Apêndice I deste documento. Todas as situações de discordância foram resolvidas através de discussão e consenso sem necessidade de recorrer a um quarto revisor. Neste processo foi efetuada uma avaliação dos títulos, resumos e do texto integral e realizada a extração da totalidade dos dados relevantes para a revisão.

Os resultados foram armazenados com recurso a dois instrumentos de recolha de dados utilizando o programa de Microsoft Excel. No primeiro, foram colocados os dados relativos à caracterização das publicações incluídas, segundo os critérios publicados pelo JBI (Aromataris & Munn, 2017); e no segundo, os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos do dever de informar do enfermeiro, através da técnica de “análise de conteúdo” de Bardin (2011) em que as categorias e subcategorias foram estabelecidas *à priori*. A base para esta categorização difere conforme a natureza do fundamento. Os fundamentos éticos surgiram do artigo 99º da Deontologia Profissional, o “*artigo ético*”, porque é nele que estão expressos os princípios e os valores orientadores da prática do enfermeiro. Para os fundamentos deontológicos a categorização partiu dos deveres ratificados na Deontologia Profissional de Enfermagem nos termos da lei. Para os fundamentos jurídicos procuramos os direitos da pessoa homologados na Constituição da República Portuguesa. De seguida apresento um quadro intitulado “**Quadro II – Categorização**” representativo das categorias e subcategorias estabelecidas e utilizadas no segundo instrumento de recolha de dados.

Quadro II – Categorização

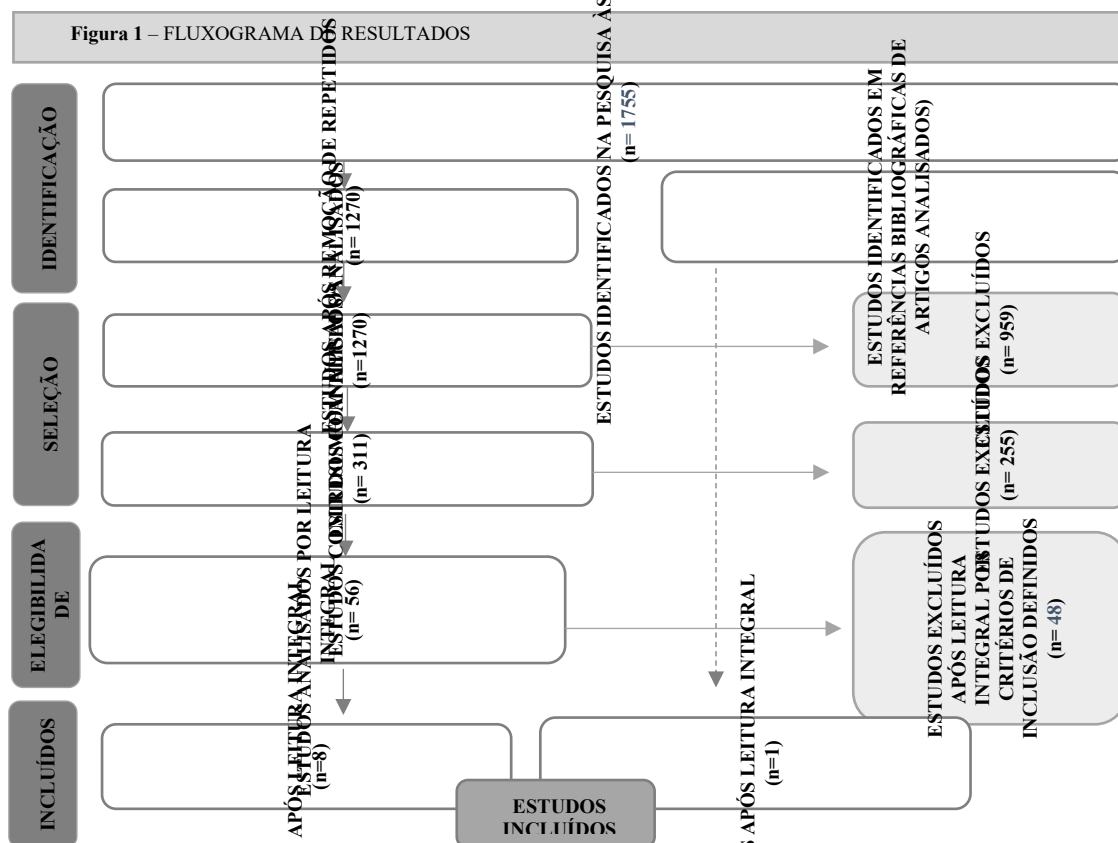
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUB-SUBCATEGORIAS
FUNDAMENTOS ÉTICOS	PRÍNCIPIOS	Dignidade Humana
		Autonomia
		Não Maleficência
		Beneficência
		Justiça
	VALORES	Igualdade
		Liberdade Responsável
		Verdade
		Altruísmo/Solidariedade
		Competência
		do dever para com a comunidade
		dos Valores Humanos
		dos direitos à vida e à qualidade de vida
FUNDAMENTOS DEONTOLÓGICOS	do direito ao cuidado	
	do dever de informação	
	do dever de sigilo	
	do respeito pela intimidade	
	do respeito pela pessoa em situação de fim de vida	
	da excelência do exercício	
	da humanização dos cuidados	
	dos deveres para com a profissão	
	dos deveres para com outras profissões	
	FUNDAMENTOS JURÍDICOS	Direitos da Pessoa

O primeiro instrumento de recolha de dados deu origem ao **Quadro III**, intitulado “*Apresentação de Resultados*”, que se encontra na secção “1.4 – *Resultados da Revisão de Literatura*” e o segundo instrumento de recolha de dados, devido à sua extensa natureza, foi colocado em apêndice intitulado “**Quadro IV – Resultados categorizados com técnica**

Análise de Conteúdo de Bardin (2011)”, deste relatório de forma a demonstrar as competências desenvolvidas no domínio da Investigação.

1.4 RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Apresento de seguida, na **Figura 1**, o *Fluxograma de Resultados* desenvolvido ao longo do processo de extração de resultados, adaptado e proposto nas recomendações metodológicas para revisões *scoping* do JBI (Aromataris & Munn, 2017).



Com base na estratégia referida anteriormente obtiveram-se 1755 resultados. Após eliminação das publicações repetidas permaneceram para análise do título 1270 publicações. A análise dos títulos foi realizada com recurso a três revisores. Foram excluídas as publicações que não abordavam os participantes, o conceito ou o contexto (publicações sobre estudantes de enfermagem, tecnologias de informação, estratégias de transmissão de informação ou informação dirigida aos profissionais de saúde). Terminada a primeira seleção foram analisados os resumos de 311 publicações tendo sido selecionados 56, para análise integral. Seguiu-se a leitura integral e individual das 56 publicações tendo, por consenso de acordo com os critérios estabelecidos, sido selecionadas 8 publicações. Na terceira etapa da pesquisa, procedeu-se à análise das referências bibliográficas das publicações analisadas cujo resultado foi a seleção de uma publicação para integrar o *corpus*.

No total esta revisão sustenta-se nos resultados de 9 publicações: três estudos de natureza qualitativa, três artigos de opinião e três teses de mestrado.

As nove publicações do *corpus* são na sua maioria publicações europeias e foram publicadas entre 2001 e 2017. As publicações que constituem o corpus desta revisão encontram-se no **Quadro IV** intitulado “*Apresentação de Resultados*” no qual se apresentam as características: o autor, o país, o objetivo, os conceitos trabalhados e uma síntese dos principais resultados publicados pelos autores.

Quadro IV – Apresentação de Resultados

AUTOR	PAÍS	ANO	OBJETIVO	CONCEITOS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DAS PUBLICAÇÕES INCLUÍDAS
Rock MJ. Hoebeke R.	EUA	2014	Discutir a perspectiva histórica, os diferentes tipos de “consentimento informado” e os deveres dos médicos e enfermeiros relativamente ao consentimento informado	Dever de Informar Papel do Enfermeiro Consentimento Livre e Esclarecido	Processo para obter “consentimento informado” era automático, sem discussão. Atualmente há mais espaço para a pessoa questionar o profissional de saúde. Os enfermeiros devem conhecer o regime jurídico e os direitos da pessoa à autodeterminação de forma a protegê-los.
Dimond B.	Reino Unido	2001	-	Dever de Informar Papel do Enfermeiro	Os profissionais de saúde devem garantir o padrão de cuidados ao informar a pessoa. Todo o ato de informar deverá ficar registado.
Pederson B; Koktved DP; Nielsen LL.	Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia	2013	Explorar como os efeitos da quimioterapia e radioterapia afetam o dia-a-dia da pessoa. Identificar necessidades de informação para lidar com os efeitos secundários	Information Needs Coping	A pessoa alvo de cuidados necessita de apoio individualizado por parte dos enfermeiros, nos vários momentos da transmissão de informação de modo a evitar excesso de informação.
Protheroe; Rowlands,	Reino Unido	2013	Descrever como a comunicação efetiva melhora o Cuidado Descrever o papel do enfermeiro na Literacia	Comunicação Efetiva Papel do Enfermeiro Defesa dos Direitos do Doente	Promover momentos, após a transmissão da informação, para a pessoa coloque questões são importantes. Os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados para proteger os direitos dos doentes no que respeita à literacia
Béranger A; Pierron CS; Blanquat L; et al.	Alemanha	2017	Descrever a primeira interação entre os pais e os profissionais de saúde no momento da admissão da criança numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Explorar a compreensão dos pais sobre a	Transmissão de Informação	Os pais queixam-se do tempo de espera até serem informados pela primeira vez após admissão do filho. A maioria dos pais obteve uma boa compreensão da condição dos filhos. A participação dos enfermeiros durante o ato da transmissão de informações médicas deve ser encorajada.

			condição clínica dos seus filhos		
Posma ER; Julia W; Jansen J.	Holanda	2009	Descrever a perspetiva de idosos com cancro, das suas famílias e dos profissionais de saúde sobre as necessidades de comunicação/ informação relativamente à quimioterapia	Necessidades de informação/ comunicação	A informação transmitida deve ser individualizada e adaptada às necessidades de cada um. Os enfermeiros conseguem estabelecer um ambiente de confiança ao demonstrarem empatia e providenciarem apoio emocional
Magalhães CM.	Portugal	2017	Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados	Pessoa em situação crítica de Cuidados de Enfermagem Qualidade	Uma comunicação de qualidade entre o profissional de saúde, a pessoa e a família, beneficia na adesão e no sucesso do tratamento, reduz os gastos em saúde, aumenta a confiança e reduz os níveis de ansiedade, consequentemente promove a qualidade dos cuidados
Oliveira CA.	Portugal	2015	Identificar os dados, termos e conceitos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem: “autocuidado: gerir o regime medicamentoso”	Autocuidado: gerir o regime medicamentoso Diagnósticos de Enfermagem	“Gerir o regime medicamentoso” é um foco de atenção dos enfermeiros, integrado no autocuidado. O objetivo da equipa de enfermagem é promover a capacidade da pessoa para gerir o regime medicamentoso
Cabral JM.	Portugal	2012	Compreender quais são as necessidades sentidas pelos pais de crianças submetidas a cirurgia cardíaca após o regresso a casa	Regresso a casa Necessidades dos Pais	Categorias identificadas: medos; experiências facilitadoras para cuidar em casa; preocupações no regresso a casa; fontes de informação no hospital; a informação na alta; recursos na comunidade

As publicações identificadas nesta revisão contêm fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos do dever de informar do enfermeiro, cumprido em diferentes contextos. Todas as publicações incluídas foram analisadas através da técnica de “*análise de conteúdo*” de Bardin (2011). As unidades de registo, com as respetivas unidades de contexto, foram transcritas tal como constam nos textos originais, para o instrumento de recolha de dados. Este instrumento, tendo em consideração a sua dimensão e características descritivas fica integrado em apêndice deste relatório, enriquece o capítulo da discussão desta revisão. De seguida discuto os resultados da análise à luz do enquadramento teórico que fundamentou esta revisão.

1.5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As intervenções a implementar em resposta às necessidades da pessoa em cuidados de enfermagem impõem uma tomada de decisão (Cabral, 2015). Segundo Deodato (2010)

esta decisão encerra “*um sentido profundamente ético*” (p. 193) e resulta de “*uma fase de ponderação acerca da razão de fazer*”(p. 193). A ação de informar é entendida pelo autor como um problema ético em si mesmo e um cuidado. De acordo com o objetivo estabelecido, a presente revisão procurou mapear os fundamentos éticos deontológicos e jurídicos do dever de informar do enfermeiro partindo desta como um problema ético do enfermeiro.

1.5.1 Fundamentos Éticos

Os fundamentos éticos estão subcategorizados de acordo com o artigo 99º da Deontologia Profissional, o “*artigo ético*”, porque é nele que estão expressos os princípios e os valores orientadores da prática do enfermeiro. Neste sentido, organizo a sua apresentação utilizando também a mesma estrutura

O respeito pela Dignidade Humana, segundo os autores Rock & Hoebeke (2014), exige o reconhecimento de direitos específicos da pessoa, particularmente o direito à autodeterminação. Os mesmos autores no seu estudo destacam a importância de práticas de obtenção do consentimento livre e esclarecido, para todos os cuidados de enfermagem praticados de forma a garantir o direito à autodeterminação (Rock & Hoebeke, 2014a).

O reconhecimento do direito da pessoa à autodeterminação, ou à sua autonomia, é tratado como um princípio ético (Magalhães, 2017; Rock & Hoebeke, 2014), que se manifesta com a expressão da vontade da pessoa. Após aquisição da informação, a pessoa manifesta a sua autonomia através da reação que apresenta (Magalhães, 2017; Rock & Hoebeke, 2014). Nesta medida, a informação é vista como parte integrante da construção da tomada de decisão por parte da pessoa. Neste sentido, a autonomia é considerada como fundamento dos cuidados de enfermagem e da ação de informar.

O princípio da não-maleficência é um fundamento, expresso por Dimond (2001), no seu artigo de opinião. Este autor, realça o aspeto legal do direito à informação reforçando o dever do enfermeiro em informar a pessoa. Dimond (2001) fundamenta a respetiva ação ao garantir que a pessoa conhece os riscos da intervenção a que vai ser sujeita bem como todas as alternativas ao tratamento proposto. O mesmo autor evidencia a possibilidade que o enfermeiro tem em omitir a informação quando a pessoa reclama o seu direito a não ser informada (Dimond, 2001). O enfermeiro ao antecipar os efeitos negativos da informação para a pessoa, quanto à sua integridade física, ao seu bem-estar ou mesmo à sua vida, decide não informar de acordo com o princípio da não-maleficência.

De acordo com a publicação de (Pedersen, Koktved, & Nielsen, 2013) a ação de informar encontra-se fundamentada pela proteção da pessoa e a sua centralidade. Também

Posma, Van Weert, Jansen, & Bensing (2009) apresentam a perspectiva do impacto positivo da informação disponibilizada pelos enfermeiros no bem estar e na satisfação da pessoa. Os resultados destacaram as intervenções de informar ponderadas nos efeitos de bem-estar desejados na pessoa (Pedersen, Koktved, & Nielsen, 2013; Posma, Van Weert, Jansen, & Bensing, 2009). Os autores referidos enquadram as ações de informar do enfermeiro e reforçam o imperativo deste profissional em cumprir o seu dever de informar em modo de apelo à beneficência (Pedersen et al., 2013; Posma et al., 2009). Os resultados do estudo de Susilo et al. (2013) demonstra a ponderação dos enfermeiros pelo bem do outro, mesmo que para tal, o objeto das ações de informar ultrapasse o seu domínio de atuação. Os resultados da presente revisão reforçam o imperativo do enfermeiro em cumprir o seu dever de informar, como obrigação ética seguindo o princípio da beneficência (Pedersen et al., 2013; Posma et al., 2009).

Nas publicações de Pedersen, Koktved, & Nielsen (2013) e Béranger et al. (2018) surge a competência profissional também como fundamento para a ação de informar. É valorizada a capacidade do enfermeiro em identificar a necessidade de determinada ação numa pessoa, neste caso a necessidade da ação de informar, como um fundamento para agir. Por isso os mesmos autores apresentam a formulação do diagnóstico das necessidades de informação da pessoa e a intenção de modificação positiva de resolução desse diagnóstico, no sentido do bem-estar da pessoa como demonstração da competência do enfermeiro.

1.5.2 Fundamentos Deontológicos

Os fundamentos deontológicos estão categorizados partindo dos deveres ratificados na Deontologia Profissional de Enfermagem nos termos da lei.

Ao enfermeiro é decretada a responsabilidade da adequada prestação de cuidados, a qual decorre da assunção de um dever face à pessoa, sendo este dever a resposta ao direito ao cuidado (Ordem dos Enfermeiros, (2015). Na tese de Cabral (2012) revela-se o compromisso de cuidado na perspectiva de que a realização das intervenções de enfermagem verificam a produção de resultados. Assim, o direito ao cuidado, segundo o autor referido, constitui um fundamento para a ação de informar.

A ação de informar decorre no âmbito dos cuidados de enfermagem, sendo esta formalizada no dever de informar inscrito no artigo 105º da Deontologia Profissional do Enfermeiro. Sobre tal ação Deodato considera-a, em si mesma, um cuidado e garante que “*não é acessória*” mas sim uma “*entidade cuidativa autónoma*” (Deodato, 2010, p. 81). As teses de Magalhães (2017) e (Oliveira, 2015) concordam com o enquadramento da ação de

informar proposto por Deodato (2010). Afirmando que o cuidado de enfermagem, do qual faz parte a ação de informar é uma atividade fim no trabalho dos enfermeiros pois, o objetivo está no alcance do produto final: a informação à pessoa (Magalhães, 2017; Oliveira, 2015). Assim, para Magalhães (2017) a ação de informar tem como fundamento a satisfação das necessidades da pessoa e/ou família ao nível da adesão e do sucesso do tratamento; do aumento da confiança e da redução dos níveis de ansiedade (Magalhães, 2017). Para Oliveira, considerando como foco de atenção do enfermeiro o autocuidado e a capacidade da pessoa para gerir o regime medicamentoso, então, a principal intencionalidade dos enfermeiros na ação de informar, é promover a capacidade da pessoa, para gerir, por exemplo, o regime medicamentoso (Oliveira, 2015). Pressupostos semelhantes, para a concretização das respostas às necessidades em cuidados de enfermagem, são afirmados por Dimond, (2001), Protheroe & Rowlands (2013) e Rock & Hoebeke (2014). Ao contrário da conceção anterior estes autores situam a ação de informar como elemento da prestação de cuidados, promotora da estabilidade e do bem estar da pessoa e não como fim em si mesmo (Dimond, 2001; Protheroe & Rowlands, 2013b; Rock & Hoebeke, 2014). Ou seja, colocam a obrigação de prestação de cuidados de enfermagem, como fundamento para a ação de informar. Em Rock & Hoebeke (2014) evidencia-se ainda, o apelo aos fundamentos do dever de informar centrados no direito da pessoa à autodeterminação. Em suma, estes autores destacam a obrigatoriedade do cumprimento do dever de informar sempre que esteja em causa o direito da pessoa ao consentimento livre e esclarecido (J. M. Cabral, 2012; Dimond, 2001; Magalhães, 2017; Protheroe & Rowlands, 2013; Rock & Hoebeke, 2014).

A procura da excelência em todo o ato profissional é um dever do enfermeiro, nessa medida os autores Pedersen et al. (2013) remetem para o impacto dos atos relacionados com o dever de informar na humanização dos cuidados e na satisfação dos clientes. Assim, da análise da sua publicação sobressai a ideia que um dos fundamentos tidos em conta, pelo enfermeiro, para o cumprimento do dever de informar se situa no âmbito dos seus deveres deontológicos e especificamente, em referência a um dos princípios orientadores para o agir profissional: a excelência do exercício (Pedersen et al., 2013). Desta revisão emerge o princípio de que as intervenções de informar, ao serem realizadas para a pessoa, serão na medida da sua capacidade (Magalhães, 2017; Pedersen et al., 2013; Protheroe & Rowlands, 2013). Efetivamente, o reconhecimento da vulnerabilidade e da potencialidade do outro, dá lugar a uma resposta eficiente às suas necessidades, e nessa medida, ao fundamento para a ação de informar (Magalhães, 2017; Pedersen et al., 2013; Protheroe & Rowlands, 2013). Ao determinar que os cuidados de enfermagem se concretizam no âmbito da relação

interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, coloca no enfermeiro a responsabilidade de os personalizar e nesta perspectiva de os humanizar (Pedersen et al., 2013). Assim os resultados que se apresentaram são explícitos quanto à assunção pelo enfermeiro dos fundamentos tidos em conta para ações de humanização dos cuidados, protetoras dos direitos da pessoa (J. M. Cabral, 2012; Dimond, 2001; Magalhães, 2017; Oliveira, 2015; Rock & Hoebeke, 2014).

1.5.3 Fundamentos Jurídicos

Os fundamentos jurídicos subjacentes à ação de informar do enfermeiro, surgem também, nas publicações analisadas nesta revisão. Enquadram-se no respeito pelos direitos da pessoa. Os direitos da pessoa estão legislados e nessa medida são fundamentos de natureza jurídica. É nessa perspectiva que surgem nos resultados desta revisão situados no direito à auto determinação (Rock & Hoebeke, 2014a) e no direito à informação (Béranger et al., 2018; Dimond, 2001; Oliveira, 2015). Em linha com estes fundamentos é firmada a ideia de que a informação constitui um dever profissional na resposta ao mesmo direito da pessoa. A literatura apela ao reconhecimento do direito à autodeterminação através do respeito e da proteção dos direitos da pessoa, considerando por esta via os fundamentos jurídicos, fundamentos para a ação de informar.

1.6 CONCLUSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA

Considero no fim desta revisão o objetivo “*mapear os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos do dever de informar do enfermeiro*” atingido. Assim, foram selecionadas nove publicações das quais, foram identificados os fundamentos do dever de informar, nas três naturezas: ética, deontológica e jurídica.

Os fundamentos éticos evidenciaram-se pela expressão do apelo ao valor da competência do enfermeiro no exercício da ação de informar. Estes fundamentos, evidenciaram-se também, pela afirmação de que os enfermeiros reconhecem a sua obrigação perante o dever de informar, sobre os cuidados de enfermagem e de saúde em geral. Por fim surgiram também através da confirmação da necessidade de serem respeitados os princípios da beneficência e da não maleficência enquanto ações de proteção da pessoa. Também, na valorização da expressão da vontade da pessoa, após a aquisição da informação tida por conveniente e na manifestação da sua autonomia para tornar possível uma tomada de decisão fundamentada. Quanto aos fundamentos de natureza deontológica, estes surgiram pela explicitação da legitimidade dos deveres, nas intervenções do enfermeiro, nomeadamente na intervenção de informar. No domínio jurídico os fundamentos do dever de informar, foram

identificados no apelo aos direitos da pessoa, e nesse contexto, na salvaguarda do direito à autodeterminação.

Conclui-se que a decisão sobre os cuidados de enfermagem e em concreto sobre a ação de informar, mobiliza fundamentos de diferentes naturezas “*demonstrando a complexidade das variáveis que a decisão de cuidado encerra*”(Deodato, 2014, p. 247).

Surgiram ao longo da realização desta revisão *scoping* algumas limitações: foram apenas incluídos estudos em Inglês, Português ou Espanhol, sendo que alguns estudos em outras línguas poderiam ter sido relevantes. A indisponibilidade de algumas publicações nas bases de dados utilizadas foi também uma limitação importante sendo que alguns estudos poderiam ter sido significativos.

Após o desenvolvimento desta revisão *scoping*, considerando que pela sua natureza uma revisão não produz novo conhecimento, mas reúne o já existente, esta permite ao enfermeiro basear a sua prática clínica especializada em evidência. Sendo as competências de investigação parte integrante, tanto das competências do enfermeiro especialista como do mestre em Enfermagem. Considero que neste capítulo se encontram demonstradas as competências de mestre: “*Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação*”, “*Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*” e “*(...) permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*”. Também a competência comum do enfermeiro especialista: “*baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica*” foi demonstrada.

No decorrer deste curso de mestrado foi, também, possível participar no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do ICS da UCP com exposição de um poster resultante de uma revisão de literatura intitulada “o papel do enfermeiro nos programas *Fast-Track*: uma revisão *scoping*”. Este poster, em apêndice (Apêndice IV), foi realizado com colegas do curso de mestrado e a orientação das professoras das unidades curriculares envolvidas. O respetivo certificado encontra-se em anexo deste relatório (Anexo I).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Para desenvolver as competências descritas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (OE), que define as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”, e no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros que define as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*” e no “*Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior*” aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, foram planeados estágios em locais potenciadores do desenvolvimento das mesmas. Este capítulo pretende caracterizar os locais de estágio de forma a contextualizar as atividades desenvolvidas. Os nomes das instituições que contribuíram para este percurso de aprendizagem foram excluídos deste relatório por este ser de natureza pública e não constituírem dados essenciais para o cumprimento dos objetivos do mesmo.

2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Na Unidade Curricular que visa o desenvolvimento deste relatório, intitulada “Estágio e Relatório”, foi realizado um estágio de 360 horas de contacto numa Unidade de Cuidados Intensivos dedicada a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. Como referido anteriormente na **Introdução** deste documento: tendo em conta o limite temporal imposto para o desenvolvimento de competências, escolhi este local de estágio por considerar benéfico a familiaridade com a área cirúrgica especificamente dirigida à pessoa com doença cardíaca. Tomei esta decisão considerando o meu percurso profissional até ao momento e o enriquecimento que esta experiência me iria proporcionar, não só no desenvolvimento das competências desejadas, mas também para constatar uma evolução com aplicabilidade direta na minha prática profissional diária.

Esta é uma unidade de cuidados intensivos dedicada exclusivamente à pessoa com patologia cardíaca, maioritariamente em situação pós-operatória. Dispõe de uma sala tipo *Open-Space* com 5 camas, destinada maioritariamente a pessoas submetidas a cirurgia recentemente, dois quartos de isolamento, uma sala com três camas destinadas a pessoas

com previsão de internamento mais prolongado, duas delas com capacidade física para implementar, se necessário, medidas de isolamento.

Está organizado de forma a receber pessoas referenciadas por outras equipas médicas pertencentes ou não à mesma instituição. Articula com diversos hospitais a nível nacional incluindo provenientes das Ilhas da Madeira e Açores, permitindo-me adquirir conhecimento sobre o transporte da pessoa em situação crítica. Tem capacidade para receber 10 pessoas adultas. Cada unidade está equipada com: uma cama elétrica, esta com possibilidade de colocação de colchão com tecnologia de pressão alternada; material de monitorização invasiva e não invasiva; material de ventilação mecânica; sistemas de infusão e perfusão de diferentes tecnologias, gavetas de armazenamento de material e diversas tomadas de corrente elétrica, todas conectadas a gerador de reserva no caso de falha de energia elétrica; todos estes materiais e equipamentos contribuíram para o meu desenvolvimento tendo sido possível o seu manuseamento na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Estão também disponíveis equipamentos de terapias intensivas avançadas como o *Balão Intra-Aórtico* ou a Membrana de Oxigenação Extracorporeal (ECMO).

Destinada maioritariamente à pessoa em situação pós-operatória de uma cirurgia cardíaca são admitidas na Unidade de Cuidados Intensivos pessoas provenientes, maioritariamente, do Bloco Operatório, Serviço de Hemodinâmica, Enfermaria ou Unidade de Cuidados Intermédios (por complicações no pós-operatório), Serviço de Cardiologia. O circuito da pessoa submetida a cirurgia eletivamente inicia-se com internamento na enfermaria no dia anterior à realização da cirurgia para preparação pré-operatória. A pessoa é transferida no dia seguinte para o bloco operatório onde é submetida à intervenção programada, posteriormente é transferida do Bloco Operatório diretamente para a Unidade de Cuidados Intensivos. Para uma cirurgia eletiva, a permanência nesta unidade é, idealmente, de 12 a 48 horas. Posteriormente a pessoa regressa à enfermaria ou, se necessário, à unidade de cuidados intermédios. Em circunstâncias lineares o regresso a casa toma lugar entre o 5º e 10º dia pós-operatório. O último relatório publicado pela equipa deste serviço indica que em 2015 as pessoas internadas nesta unidade foram submetidas a vários tipos de cirurgia: “Cirurgia Valvular”, “Cirurgia Coronária”, “Cirurgia da Aorta”, “Transplantação Cardíaca”, “Colocação de Assistência Ventricular Mecânica” e “Cirurgia das Cardiopatias Congênitas”.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, um enfermeiro coordenador, 11 enfermeiros especialistas e 38 enfermeiros de cuidados gerais. O rácio é de um enfermeiro para uma ou duas pessoas consoante o seu estado clínico. O método de

trabalho dos enfermeiros é o método individual e a transmissão de ocorrências é realizada especificamente sobre a pessoa alvo da prestação de cuidados que está atribuída.

2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

As competências que são objetivo deste curso de mestrado são desenvolvidas ao longo dos seus três semestres e como tal fazem parte do percurso aqui descrito. Foram também realizadas 180 horas de estágio em contexto da Unidade Curricular “*Vigilância e Decisão Clínica*”, que optei por realizar num serviço de urgência de um Hospital da Grande Lisboa. Esta experiência enriqueceu ainda mais o leque de experiências na área da pessoa em situação crítica e permitiu-me desenvolver competências específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na prática clínica em situações de urgência.

Neste serviço de urgência a admissão está disponível durante 24 horas e é realizada à entrada do serviço por dois profissionais administrativos. Fisicamente próximo ao balcão de admissão encontra-se a “Triagem” que também opera 24 horas, com um, dois ou mais enfermeiros. Após a admissão, a pessoa é submetida ao processo da Triagem de Manchester onde comunica ao enfermeiro o motivo de vinda ao serviço. O enfermeiro introduz informaticamente os dados recolhidos, avalia sumariamente a pessoa segundo um fluxograma adequado ao quadro sintomático e através de um discriminador estabelece a prioridade clínica desta pessoa. É colocada uma pulseira que possui uma cor atribuída aos diferentes graus de prioridade. Posteriormente a pessoa é encaminhada pelo enfermeiro para o local previsto conforme a gravidade da situação, pode este ser a sala de espera, uma sala com maior vigilância ou a sala de reanimação. Em casos de acompanhamento pela equipa de emergência extra-hospitalar e que se verifiquem os critérios estabelecidos em casos de emergência a pessoa é diretamente encaminhada para a sala de reanimação e a primeira avaliação é realizada no lugar da triagem esperada.

A pessoa é atendida no setor para o qual é encaminhada e consoante a sua situação clínica, poderá ser dirigida para: internamento em Sala de Observação (SO), transferência para um serviço de internamento hospitalar, interno ou externo, diretamente para um Bloco Operatório, ou ter Alta Clínica, com ou sem encaminhamento para centro de saúde/consulta externa.

Existem atualmente duas salas de espera em que as pessoas podem aguardar caso se verifique estabilidade hemodinâmica e não comprometimento da sua autonomia. Casos em que a pessoa se encontra com défice de autocuidado, é dada entrada para secções com maior

vigilância e que permita à equipa promover o transporte para os diversos setores onde será devidamente avaliada e definido o seu tratamento.

Relativamente aos recursos humanos alocados ao serviço de urgência existe um Enfermeiro-Chefe e duas Enfermeiras Coordenadoras. A equipa de enfermagem acrescenta ainda cerca de 70 enfermeiros distribuídos por 5 equipas e também uma equipa de 45 assistentes operacionais.

As equipas de enfermagem são idealmente compostas por 13 elementos, sendo um deles o enfermeiro chefe de equipa. Esses elementos são distribuídos no início do turno pelos diferentes postos de trabalho e ajustados consoante a necessidade das pessoas que recorrem ao serviço de urgência. Esta gestão é feita pelo enfermeiro chefe de equipa em todos os turnos. O método de trabalho dos enfermeiros é o método individual de trabalho e a transmissão de ocorrências é realizada pessoa a pessoa internada no respetivo sector de trabalho.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

Leboterf (1995) citado por Fleury e Fleury (2001) competência é um “*saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros*”. Os mesmos autores referem que é competente quem mobiliza, integra e transfere os conhecimentos, recursos e habilidades, para o seu contexto profissional. Deodato (2010) afirma que a continuidade de uma prática reflexiva a par do desenvolvimento de competências permite garantir a aprendizagem em ambiente de prestação de cuidados de Enfermagem. E por isso, através de uma prática reflexiva com o professor orientador, os enfermeiros orientadores e os elementos da equipa de Enfermagem procurei desenvolver as competências desejadas.

Este capítulo dá lugar à análise do desenvolvimento das competências, em contexto de estágio, do Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Neste serão expostas e analisadas, de forma reflexiva, as atividades realizadas com vista a alcançar os objetivos delineados e a adquirir as competências referidas anteriormente. Estará subdividido em duas partes: a primeira parte referente à aquisição das “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” e a segunda parte referente à aquisição das “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica*”.

Esta aquisição de competências teve lugar nos dois locais de estágio descritos no capítulo anterior.

No estágio realizado em unidade de cuidados intensivos defini o objetivo geral: **desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família na unidade de cuidados intensivos**, e os objetivos específicos: (1) **desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e não invasiva na unidade de cuidados intensivos**; (2) **manter atividades de investigação no âmbito do projeto “Princípios, Valores e Deveres da Deontologia Profissional de Enfermagem – Evolução e Constância” do CIIS do ICS da UCP**; e (3) **contribuir para a melhoria da qualidade da documentação dos cuidados de Enfermagem relativos ao dever de informar do enfermeiro**.

No estágio realizado em serviço de urgência defini o objetivo geral: **desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no serviço de urgência** e o objetivo específico **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem na prática legal na área da contenção física da pessoa em contexto de permanência no serviço de urgência**.

Para adquirir as competências referidas anteriormente foram definidas, para estes objetivos, atividades e indicadores, de forma a permitir a avaliação desta aquisição.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” encontram-se definidas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, que enquadra os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, com maior importância e exigência técnica e científica. Neste sentido, o enfermeiro especialista “*é aquele a quem se reconhece as competências definidas para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem*”. A Ordem dos Enfermeiros define na alínea a) do artigo 3º deste mesmo regulamento as “Competências Comuns” como as “*partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através de elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*”. Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios: “*Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*”; “*Melhoria Contínua da Qualidade*”, “*Gestão dos Cuidados*” e “*Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*”. Cada domínio tem consagradas as competências com respetivos descritivos, unidades de competência e critérios de avaliação. Estes foram os elementos considerados para a descrição e análise do processo de aquisição de competências desenvolvido.

3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio está previsto que o enfermeiro possua as seguintes competências: “*desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*” e que “*garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, que enuncia as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”, a Ordem dos Enfermeiros apresenta o

exercício do enfermeiro especialista como seguro, profissional e ético através da competência de tomada de decisão ética e deontológica.

Segundo Deodato (2014) a decisão ética resulta da ocorrência de um problema ético no âmbito do exercício profissional. O conceito de problema ético é definido pelo autor como a *“existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre (...) a fundamentação para a escolha das intervenções de Enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto”* (Deodato, 2014, p. 41). Ao identificar estes problemas o enfermeiro procura *“construir a tomada de decisão”* com base em fundamentos apropriados para o garantir um agir ético (Deodato, 2014, p. 19). A relação existente entre a decisão clínica e a decisão ética neste campo de atuação é também explorada pelo autor através da utilização articulada entre as duas, tendo por pano de fundo o *“Processo de Enfermagem”*. Ao adotar metodologicamente o *“Processo de Enfermagem”* o enfermeiro situa neste o surgimento do problema ético. Para Deodato (2014), no momento do planeamento das intervenções, o enfermeiro *“depara-se com a incerteza quanto às alternativas possíveis quando a proteção da pessoa é colocada em risco”* (p. 44). O autor defende que o problema de Enfermagem, que dá origem ao *“Processo de Enfermagem”*, e o problema ético de Enfermagem originam dois tipos de decisão diferentes, mas que se interligam e que *“convivem na relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa”* (Deodato, 2014, p. 46).

No serviço de urgência dediquei as primeiras semanas a realizar atividades com vista a aquisição de conhecimentos sobre a sua estrutura e funcionamento. Posteriormente dediquei a maior parte das minhas horas de estágio a aprender a cuidar da pessoa em situação crítica na sala de reanimação e sala de trauma através do método de *“Processo de Enfermagem”*. De acordo com Toney-Butler e Thayer (2019) Ida Jean Orlando começou o *“Processo de Enfermagem”* que ainda hoje conduz o cuidado de Enfermagem. Segundo os autores esta é uma abordagem centrada na pessoa que utiliza o pensamento crítico, práticas baseadas em evidência e a intuição do enfermeiro. O *“Processo de Enfermagem”* funciona como um *“guia sistemático”* para o cuidado centrado na pessoa com cinco passos: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e intervenções, execução e avaliação final (Toney-Butler & Thayer, 2019).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2001) o conceito de *“urgência”* é definido como *“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”* (p. 7) e o conceito de *“emergência”*

é definido como “*todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais*”(p. 7). Todas as pessoas em situações clínicas que se enquadram nestas definições necessitam de unidades com a diferenciação suficiente para um atendimento adequado sob o ponto de vista técnico, científico e ético. A diferenciação destas unidades exige um grande domínio, por parte dos seus profissionais, de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais. Nesta prática o enfermeiro especialista deve respeitar a ética do cuidado de saúde, os seus deveres deontológicos, as leis que se aplicam ao seu exercício, num profundo respeito pelos *direitos humanos*, ao analisar e interpretar situações de cuidados especializados.

Durante o estágio em serviço de urgência ocorreram diversos momentos de discussão com o enfermeiro orientador, a equipa de Enfermagem e o professor orientador. Alvo desta discussão foi a atuação do enfermeiro perante a pessoa que recorre a esta unidade e é submetida a contenção física. Foi sobre esta temática que estabeleci um dos objetivos de estágio no âmbito da melhoria contínua da qualidade. Numa fase inicial, ao presenciar estas situações e relacionando com a minha própria experiência profissional, refleti sobre a dificuldade existente dos profissionais em atender às necessidades da pessoa, garantindo a sua segurança e simultaneamente não comprometendo a liberdade e a dignidade humana. Decidi aprofundar conhecimentos e compreender este fenómeno, de forma a poder desenvolver competências ao cuidar da pessoa em situação crítica neste tipo de situações.

Na revisão da literatura sobre esta temática, verifiquei que em Portugal foi emitida a 6 de junho de 2011 a Orientação n.º 021/2011 da Direção-Geral de Saúde com o assunto “*Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*” que revoga a Circular Normativa da DGS n.º 8/DSPSM/DSPCS de 25 de maio de 2007 intitulada “*medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*”. Apesar de orientar a atuação da equipa multidisciplinar, senti dificuldade em operacionalizar esta norma, de forma a não comprometer a *liberdade* e a *dignidade da pessoa humana*, que são princípios inscritos no n.º 1 do artigo 99º da Deontologia Profissional consagrada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

Após leitura de um estudo de Goethals, Dierckx de Casterlé, e Gastmans (2012) em que estes afirmam que o uso de contenção física em pessoas internadas nos serviços hospitalares é uma prática difundida em vários países. Confirmei que a tomada de decisão para esta intervenção é vista como eticamente complexa e a contenção física da pessoa é executada, maioritariamente, no sentido de promover a sua segurança e de outros em seu

redor. Este artigo foi o primeiro contacto que tive com a temática na perspectiva da investigação, uma vez que até ao momento apenas tinha contactado com a legislação portuguesa neste âmbito. Procurei estudos portugueses de forma a encontrar respostas adaptadas e validadas para a população portuguesa. Para Paiva e Marques (2012) esta intervenção está associada ao fenómeno “*confusão*”, que condiciona o processo terapêutico da pessoa. Compreendi que o problema ético que se apresenta tem literatura nacional suficiente para me permitiu uma reflexão fundamentada e orientadora da minha prática.

Segundo Faria, Paiva, & Marques (2013) a “*Restrição Física da Mobilidade é uma ação levada a cabo por profissionais de saúde*”. Os mesmos autores afirmam que esta decisão implica “*pensamento crítico baseado em conhecimentos específicos, que permitam compreender estas alterações e planear intervenções adaptadas às suas necessidades*”. Nesta mesma revisão a “*restrição física da mobilidade*” não tem necessariamente de ser apenas com recurso a dispositivos, como imobilizadores, mas pode também ser pela utilização de grades nas camas ou cadeirões com mesas fixas. Até ao momento, não tinha refletido em coisas tão simples como subir as grades de uma cama. Mas de facto, o uso das grades como dispositivo utilizado em intervenções de Enfermagem do domínio da segurança são também uma restrição que deve ser imposta com maior reflexão e após a “*construção de uma tomada de decisão ética*” (Deodato, 2014) com os devidos fundamentos, mais do que apenas a segurança da pessoa. Deve ser discutida a restrição à sua liberdade e autonomia, especialmente devido às características flutuantes do diagnóstico de “*Confusão Aguda*”.

Quando falamos de pessoas em que é diagnosticada “*Confusão Aguda*”, referimo-nos a um diagnóstico preferencialmente realizado através da utilização da escala de NEECHAM traduzida e adaptada para a população portuguesa por Neves, Silva e Marques, (2013). Este diagnóstico, segundo a taxonomia da NANDA-I, é um “*distúrbio reversível da consciência, atenção, cognição e percepção que surge num período de tempo breve, com duração inferior a 3 meses*” (p. 480). Marques, Sousa e Silva (2013) enquadram o fenómeno com “*características flutuantes (...) e que, na dúvida, os enfermeiros frequentemente optam por intervenções que os salvaguardem de surpresas desagradáveis, como a exteriorização de dispositivos médicos*” (p.13). Estas características flutuantes, como as alterações de memória, provocam sofrimento à pessoa além de diminuírem a sua capacidade de decidir de forma coerente e segura. É importante que a etiologia seja determinada, uma vez que a reversão pode contribuir para evitar a utilização de dispositivos de imobilização, ou reduzir o tempo em que estes permanecem impostos. Para isso a articulação dentro da equipa de saúde é um imperativo, que está indicado no n.º 3 da Orientação n.º 021/2011 de 6 de junho

da Direção-Geral da Saúde, em que “*o profissional de saúde deve desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunica a situação à equipa de saúde*”. Considerando igualmente o que está definido no n.º 3 do artigo 8º do *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* publicado no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, os enfermeiros devem agir em “*complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde*”. Nestes casos os enfermeiros devem envolver a equipa médica na decisão, sendo esta uma decisão conjunta, procurando atingir o mesmo fim e assumindo a responsabilidade pelos seus atos. Segundo Silva, Marques, & Oliveira (2011) a abordagem à pessoa que se encontra confusa deve ser multidisciplinar e os enfermeiros devem ser capazes de identificar estas alterações rapidamente.

Relativamente às medidas preventivas que devem ser aplicadas antes de considerarmos qualquer tipo de “*restrição física da mobilidade*”, estas estão descritas na orientação referida anteriormente e fazem parte da prática diária dos enfermeiros. Num dos momentos de reflexão ao identificar as medidas preventivas descritas na legislação referida, percebo que, realmente, estas fazem parte da minha prática profissional e da prática dos enfermeiros no serviço de urgência, mas não lhes é atribuída a devida importância na documentação dos cuidados de Enfermagem. Estas intervenções são praticadas intuitivamente pelos enfermeiros e frequentemente não são documentadas. O estudo de (Silva et al. (2011) demonstrou que nestes casos os enfermeiros não documentam intervenções dadas como relevantes pela literatura, como por exemplo a “*orientação para a realidade*” segundo a “*Classificação das Intervenções de Enfermagem*” (NIC) (Johnson & Sweeney, 2013). Silva et al. (2011) deixam uma questão: será que as intervenções são planeadas, mas não registadas, serão estas desvalorizadas ou apenas desconhecidas. Os mesmos autores apresentam a imobilização física de movimentos como uma prática incongruente com a prática de Enfermagem avançada, uma vez que após análise aos registos de Enfermagem, não fica claro se há medidas tomadas que não ficam documentadas pelo enfermeiro.

Perante esta fundamentação foi possível discutir com a equipa de enfermagem, em especial com o enfermeiro orientador, sobre estes estudos e as normas jurídicas portuguesas à luz de casos práticos no serviço de urgência, e encontrar uma forma de atuação eticamente e legalmente correta. A utilização da “*Escala de NEECHAM*” e o seu registo no sistema informático do serviço de urgência é um passo importante nestes casos, uma vez que é uma ferramenta importante para o correto diagnóstico da confusão aguda encaminhando para um correto planeamento de intervenções.

Foi resultado do objetivo de estágio que estabeleci **“contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem na prática legal na área da contenção física da pessoa em contexto de permanência no Serviço de Urgência”** uma pasta informativa que contém tanto legislação como alguns artigos de investigação sobre este tema, maioritariamente estudos desenvolvidos na população portuguesa. Esta pasta foi entregue à equipa de enfermagem como um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, incentivando a formação e investigação neste aspeto. Considero que com esta análise e as atividades desenvolvidas demonstro a aquisição das duas competências presentes neste domínio: *“desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* e que *“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*. Também considerei desenvolvida a competência *“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* presente no *“Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior”*.

3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio está previsto que o enfermeiro possua as seguintes competências: *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*, *“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”* e *“Garante um ambiente terapêutico e seguro”*. No domínio analisado anteriormente *“Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”* referi atividades desenvolvidas no âmbito do objetivo estabelecido **“contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem na prática legal na área da contenção física da pessoa em contexto de permanência no Serviço de Urgência”** que sustentam a aquisição das competências deste domínio que agora analiso.

A Ordem dos Enfermeiros descreve as competências do *“Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”* como a colaboração na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da governação clínica, com o desenvolvimento de práticas de qualidade, e com a garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Segundo Martins et al. (2018) citando Romano (1984) refere que *“a ausência ou insuficiência dos registos de Enfermagem, constituem um dos factores que determinam a menor qualidade da*

assistência”. O mesmo autor afirma a importância da documentação dos cuidados de Enfermagem na garantia da continuidade dos cuidados e por sua vez a segurança da pessoa (Martins et al., 2018).

No estágio realizado em unidade de cuidados intensivos foi estabelecido o objetivo **“contribuir para a melhoria da qualidade da documentação dos cuidados de Enfermagem relativos ao dever de informar do enfermeiro”**. Como demonstrado no primeiro capítulo deste relatório foi realizada uma revisão *scoping* que procurou os fundamentos do dever de informar do enfermeiro. Sabemos, por Ferrito (2007), que a investigação procura produzir uma base científica que conduz a prática. Da mesma forma já Collière (1999) afirmava que a *“investigação profissional é uma atitude de abertura e de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática”* (p.208).

Tendo em conta a abordagem à melhoria contínua da qualidade no estágio em serviço de urgência, verifiquei que quanto à documentação dos cuidados por parte dos enfermeiros muitas vezes não são documentadas intervenções dadas como relevantes pela literatura. Esta observação foi sustentada por literatura relacionada às intervenções perante o diagnóstico de “Confusão Aguda”, mas possivelmente seria uma hipótese a colocar também para o ato de informar. De forma a articular o conhecimento reunido e a sua aplicabilidade na prática foi proposta uma análise de conteúdo, através da técnica de *“Análise de Conteúdo”* de Bardin (2011), aos registos de Enfermagem no âmbito do dever de informar do enfermeiro. De forma a poder realizar esta atividade foi pedida autorização ao Enfermeiro-Chefe da unidade de cuidados intensivos para realizar a análise à documentação de cuidados de Enfermagem efetuada pelos enfermeiros na prestação de cuidados. Os resultados foram apenas utilizados para efeitos de melhoria da qualidade e, como tal, não serão publicados neste relatório. Durante a realização desta atividade os dados foram transcritos para suporte digital anonimizados. Foi realizada a análise e elaborado um diagnóstico de situação à luz dos resultados obtidos. Este diagnóstico foi entregue ao Enfermeiro-Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e foi proposta a colaboração num plano de melhoria da qualidade no âmbito da documentação dos cuidados de Enfermagem relativos ao dever de informar do enfermeiro.

Considero que com esta análise e as atividades desenvolvidas, tanto neste domínio como no anterior, demonstro a aquisição das duas competências dispostas no regulamento referido.

3.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

Está previsto, neste domínio, que o enfermeiro especialista possua as seguintes competências: “*gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*”. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, que enuncia as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”, a Ordem dos Enfermeiros destaca, no âmbito da gestão dos cuidados, que o enfermeiro especialista “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*”. A tomada de decisão é um aspeto essencial da evolução da prática profissional de Enfermagem. Na sua tese de mestrado (Silva et al., 2011) fundamenta o conceito de tomada de decisão como a “*destreza dos enfermeiros, tendo por base o seu raciocínio clínico, em optarem entre duas ou mais alternativas, a melhor intervenção face a uma situação-alvo que necessita de cuidados, ou para atingir um determinado fim ou resultado desejado*” (p.8) esta definição encontra-se fundamentada por diversos autores, incluindo Patrícia Benner. A tomada de decisão do enfermeiro implica o raciocínio clínico do enfermeiro sobre os factos que tem disponíveis para poder decidir com vista o resultado desejado. O enfermeiro especialista deve otimizar a tomada de decisão disponibilizando assessoria aos enfermeiros de que dela necessitem, deve colaborar nas decisões que envolvem a equipa de saúde e providenciar informação que completa e fundamenta a tomada de decisão.

Durante o percurso desenvolvido aprofundei conhecimentos sobre o dever de informar em diversos contextos e explorei estes conhecimentos, operacionalizando-os em contexto de estágio. Em discussão com um dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos surgiu a questão sobre a informação que deve, ou não, ser partilhada com os familiares da pessoa em situação pós-operatória imediata, com a particularidade de, com frequência, a via ser telefónica. Foram levantadas várias questões: sobre sigilo profissional e a incapacidade de validar a identidade da pessoa via telefónica, os direitos do familiar à obtenção da informação e o dever do enfermeiro em fornecer essa informação, que informação transmitir e porquê. Compartilhei com o enfermeiro os conhecimentos que adquiri na revisão de literatura, cujos resultados se encontram no primeiro capítulo deste relatório, de forma a fornecer fundamentos que este poderá utilizar na sua tomada de decisão para informar ou não informar. Também compartilhei aspetos relevantes da transmissão de informação à família, decorrentes do conhecimento adquirido numa revisão bibliográfica sobre o tema, apresentado em palestra no II Encontro de Terapeutas da ASFE Saúde em outubro de 2019. Esta atividade encontra-se contextualizada e a aquisição de competências

que dela decorreu encontra-se descrita no subcapítulo seguinte: “**3.1.4 Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional**”.

Neste sentido, durante o estágio na unidade de cuidados intensivos, considero que desenvolvi a competência “*gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” tendo em conta a unidade de competência “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*” no sentido da “*assessoria do enfermeiro*” e na “*melhora da informação*” para esta tomada de decisão.

Também em contexto da minha prática profissional, onde iniciei o desempenho de funções de “*chefe de equipa*” desde novembro de 2018, considero ter desenvolvido competências deste domínio. Considero a unidade de competência “*Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*” adquirida ao coordenar e supervisionar todo o desempenho da equipa de assistentes operacionais nas tarefas que foram delegadas assumindo a responsabilidade pelos seus resultados, especialmente em tarefas relativas à limpeza, desinfeção e manutenção do espaço com vista à segurança da pessoa internada. Também a competência “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” foi demonstrada em contexto profissional nos últimos anos em situação de coordenação da equipa de enfermagem, assistentes operacionais e gestão do serviço em articulação com outras unidades de cuidados. Na ausência do enfermeiro coordenador que apenas se encontra presente no turno da manhã em dias úteis, estas funções são atribuídas ao “*chefe de equipa*”. Este cargo, obriga ao enfermeiro que o detém, ser elemento de referência para toda a sua equipa mesmo quando não se encontra em funções de coordenação. Sendo assim, procuro junto dos elementos da minha equipa, estimular o seu desenvolvimento profissional, orientando-os no seu plano individual de formação e de atividades com vista a atingirem os objetivos delineados para o biénio atual. Também no decorrer deste percurso procurei identificar necessidades de formação da minha equipa, na minha área de especialidade, e potenciar os elementos da mesma a desenvolverem formações em serviço que vão ao encontro das necessidades de toda a equipa de enfermagem. Atualmente no serviço onde desempenho funções sou o elemento responsável pelo “Carro de Urgência”. Ao identificar necessidades de formação sobre este tipo de material e a sua operacionalização em situação emergente, tendo em consideração os vários elementos que recentemente integraram a equipa, orientei dois enfermeiros no desenvolvimento de uma formação neste sentido. De forma a atingirem os indicadores de resultado propostos na sua avaliação para este biénio e satisfazerem as

necessidades de toda a equipa de enfermagem, estes enfermeiros encontram-se, à data da primeira entrega deste relatório, a desenvolver uma formação para apresentar em 2020.

3.1.4 Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional

Neste domínio está previsto que o enfermeiro possua as seguintes competências: “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*” e “*baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica*”. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, que enuncia as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”, a Ordem dos Enfermeiros destaca a capacidade de autoconhecimento como central na prática de Enfermagem e o enfermeiro especialista que demonstra as competências deste domínio reconhece que a sua capacidade de autoconhecimento interfere nas relações terapêuticas e multiprofissionais que estabelece (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Segundo Correia (2013) o autoconhecimento é parte integrante na formação pessoal em que desenvolvemos os nossos papéis, criando e recriando o processo de socialização, que comporta aquisições muito diversas. Os desafios que se apresentaram ao longo deste curso de mestrado, foram provocadores de autoconhecimento. A exposição a diversas situações de cuidado e o contacto com múltiplas equipas, cada uma com os seus elementos únicos, enriqueceu o meio onde desenvolvi competências e especificamente onde promovi o meu autoconhecimento. Ao ter novas experiências vivenciei novos medos e formas de reagir que, quando alvo de reflexão, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na unidade de cuidados intensivos contactei, diariamente, com familiares da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e uma das maiores necessidades que apresentam é a necessidade de informação. Segundo Hamester, Souza, Cielo, Moraes, & Pellanda (2016) a “*intervenção de enfermagem voltada à orientação de familiares, no momento que antecede a primeira visita no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, contribui para possível redução da ansiedade dos acompanhantes*”. No entanto segundo Deodato (2017) o ato de informar a família deve ser guiado por um princípio: “*guardar em segredo, (a informação da pessoa) quer pelos profissionais de saúde, quer pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde*”. O autor enquadra este princípio nos termos da legislação portuguesa, mais concretamente, segundo o “*Regime Jurídico da Informação de Saúde*” e o “*Regime Jurídico da Proteção de Dados*” mas ressalva que o profissional de saúde deve apreciar concretamente a necessidade do familiar e em que medida este deve ser informado (Deodato, 2017). Fundamentar a minha prática, como enfermeira especialista, perante as situações que

envolvem o ato de informar alguém, que não o proprietário da informação, tornou-se imprescindível.

Como demonstrado no primeiro capítulo deste relatório, a revisão *scoping* realizada procurou os fundamentos do dever de informar do enfermeiro. Mas por se ter apresentado a necessidade de fundamentar o ato de informar a família procurei saber mais sobre os seus contornos jurídicos. Realizei uma revisão bibliográfica sobre o tema para fundamentar a minha tomada de decisão dali em diante. Os resultados foram compartilhados com o enfermeiro orientador e com a equipa de enfermagem em momentos oportunos de partilha e discussão sobre o tema. Ainda no decorrer deste curso de mestrado, surgiu a oportunidade de partilhar o conhecimento que adquiri neste tema em particular em palestra no “II Encontro de Terapeutas da ASFE SAÚDE” que tomou lugar na sede institucional a 19 de outubro de 2019. A palestra foi direcionada à realidade que o encontro retratava: o Regresso a Casa. Os diapositivos utilizados nesta palestra de título “*Que Informação Transmitir aos Familiares no Momento do Regresso a Casa?*” encontra-se em apêndice (Apêndice III) deste relatório e o seu certificado igualmente documentado em anexo.

Para as competências deste domínio a Ordem dos Enfermeiros descreve que o enfermeiro especialista utiliza conhecimento atual, válido e pertinente para alicerçar os seus cuidados especializados. Este enfermeiro deve dinamizar os processos de aprendizagem e ser ativo no domínio da investigação. Considero ter demonstrado em capítulo próprio (**primeiro capítulo**) as competências de investigação desenvolvidas, por estas serem de maior relevância na atualidade, destaco aqui o facto de ter desenvolvido a preocupação de evoluir estas competências de forma mais constante e com vista o futuro. Estabeleci como objetivo, ainda em contexto de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, “**manter atividades de investigação no âmbito do projeto "Princípios, Valores e Deveres da Deontologia Profissional de Enfermagem – Evolução e Constância" do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do ICS da UCP**” que foi atingido pela dinamização desta equipa, pela presença nas reuniões mensais e pela participação na sua produção científica.

Considero que com as atividades descritas e analisadas, não só neste subcapítulo como no primeiro capítulo e no subcapítulo do “*domínio da melhoria continua da qualidade*”, demonstrei a aquisição das duas competências inscritas neste domínio.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” encontram-se definidas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Estas integram o conjunto de competências, consoante o alvo de cuidados de Enfermagem e/ou o contexto de intervenção, em que o enfermeiro deverá atuar na prestação de cuidados especializados. Encontra-se definido pela Ordem dos enfermeiros no presente regulamento que pessoa em situação crítica é “*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (p. 19362). Define ainda os cuidados de Enfermagem a esta população e sua família como “*altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa (...), como resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*” (p.19362). As competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica são: “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”, “*Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*”, “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*”(p. 19363).

A competência “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*” foi desenvolvida tanto na unidade de cuidados intensivos como no serviço de urgência. Foi alvo da definição de dois grandes objetivos: “**desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no serviço de urgência**” e “**desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e não invasiva na unidade de cuidados intensivos**”. Para atingir estes objetivos e com a finalidade de desenvolver as competências referidas foram delineadas atividades e definidos indicadores para permitir a avaliação.

Como referido em capítulo anterior a Direção-Geral da Saúde (2001) define o conceito de “urgência” como “*todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não*

graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”(p. 7) e o conceito de “*emergência*” como “*todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais*”(p. 7). Todas as pessoas em situações que se enquadram nestas definições necessitam de unidades com a diferenciação suficiente para um atendimento adequado sob o ponto de vista técnico, científico e ético. A diferenciação destas unidades exige um grande domínio, por parte dos seus profissionais, de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais. No serviço de urgência que escolhi para a realização deste estágio recebe pessoas em situação crítica permanentemente. Procurei, durante a experiência neste local de estágio, contactar com variadas situações urgentes e emergentes de forma a aprender a prestar cuidados especializados. Em conjunto com o professor e enfermeiro orientador delineei o projeto de estágio para que as 180 horas fossem diversificadas. Nas duas primeiras semanas acompanhei o enfermeiro orientador em todos os setores desta unidade, de forma a conhecer o seu funcionamento, e posteriormente dedicamos a nossa atenção à pessoa que recorre ao serviço de urgência e se encontra em “sala de reanimação”. Considerámos que neste setor iria contactar com o maior número possível de situações emergentes uma vez que é nesta sala que se encontram as pessoas em situação crítica com maior gravidade. Neste setor foi possível “*cuidar da pessoa e família que vivencia processos complexos de doença crítica (...)*” como pessoas com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, enfarte agudo do miocárdio e situações de trauma.

Segundo a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 com assunto “*Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*” a abordagem inicial à vítima de trauma obedece à sequência “*ABCDE*”, estabelecida pelo American College of Surgeons, adaptada da sequência “*ABC*” da American Heart Association e é segundo esta abordagem que os profissionais deste serviço de urgência devem atuar. Mesmo para situações não consequentes de trauma a sequência “*ABCDE*” é adotada pelos enfermeiros neste serviço de urgência para avaliação da pessoa em situação crítica, sendo que em situação de trauma, mais variáveis são consideradas. A avaliação primária é realizada imediatamente após a entrada da pessoa na sala de reanimação e é realizada através da sequência referida.

Em casos de pessoa politraumatizada a abordagem é multidisciplinar e desenvolve-se em duas fases distintas. Segundo Ponce e Mendes (2016) nos primeiros minutos realiza-se a avaliação primária e esta tem como objetivo “*tratar lesões que comprometem desde logo a vida*” (p. 410). A sequência “*ABCDE*” é também recomendada pelos autores para a

avaliação primária levando à correção das alterações que mais rapidamente comprometem a vida da pessoa. Nesta avaliação a primeira prioridade, o “A”, diz respeito à avaliação da permeabilidade da via aérea; em segundo lugar, o “B” refere-se à avaliação do padrão respiratório da pessoa; a terceira prioridade, o “C”, remete para a avaliação da circulação (com controlo hemorrágico se se verificar essa necessidade); em quarto lugar, o “D” que nos referencia para avaliar o estado neurológico; e por último, o “E” que diz respeito à exposição da pessoa ao ambiente. Ponce e Mendes (2016) afirmam ainda que, posteriormente a avaliação primária é realizada a avaliação secundária, sendo que a primeira é retomada assim que ocorre deterioração da situação da pessoa. Foi segundo estes princípios que delinee os planos de cuidados iniciais, de forma a atender às necessidades emergentes e detectando possíveis alterações que colocariam em risco a vida da pessoa.

Também para “*cuidar da pessoa e família que vivencia processos complexos de doença crítica (...)*” considerei relevante a articulação da “*Teoria da Incerteza na Doença*” de Merle Mishel pela presença de necessidades de informação na pessoa em situação crítica, que recorre ao serviço de urgência. Para Mishel a incerteza ocorre quando a pessoa não estrutura ou não categoriza de forma adequada um evento relacionado com a doença (Tomey & Alligood, 2002). Esta incerteza pode ser devida a uma falta de informação e quanto mais a familiaridade com o evento aumenta mais a incerteza diminui. Para a teórica quem fornece estrutura à pessoa diminui diretamente a incerteza e pode fazê-lo através da promoção da interpretação de eventos, sendo o fornecimento de informação elemento chave.

A exposição prolongada à incerteza pode levar a pensamentos incómodos e a uma severa perturbação emocional (Tomey & Alligood, 2002). Neste sentido articulei a investigação já realizada no âmbito do dever de informar e a revisão bibliográfica sobre o dever de informar a família da pessoa em situação crítica de forma a “*cuidar da pessoa e família que vivencia processos complexos de doença crítica (...)*”. Procurei incluir a pessoa no seu plano de cuidados quando o seu estado de consciência assim o permitiu através da informação dada, promovendo a sua autonomia e reduzindo a incerteza.

Em contexto de unidade de cuidados intensivos, considerando a população que é cuidada, estabeleci o objetivo “**desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e não invasiva**” de forma a contribuir para o desenvolvimento da competência “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”. A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva apresenta diagnóstico de “*padrão respiratório ineficaz*” que, segundo a taxonomia NANDA-I, se encontra descrito

como “*inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada*”. Segundo Ponce e Mendes (2016) a “*ventilação mecânica invasiva é uma técnica essencial em medicina intensiva que através da utilização de ventiladores específicos e de uma interface invasiva permite reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação e ventilação*”. No local onde realizei estágio o “*padrão respiratório ineficaz*” ocorre devido à anestesia geral a que a pessoa é submetida para realização da cirurgia cardíaca. Procurei delinear um plano de cuidados, fundamentado em revisão bibliográfica adequada e com apoio do enfermeiro orientador. As principais intervenções, planejadas e executadas, perante as pessoas neste contexto, com vista aos resultados, foram: controlo de ventilação mecânica invasiva (monitorização equilíbrio acido-base, aspiração de vias aéreas, precauções contra a aspiração, apoio emocional, desmame de ventilação mecânica invasiva, extubação endotraqueal, controlo da dor, posicionamentos); monitorização respiratória e monitorização de sinais vitais (controlo de equilíbrio acido-base, controlo das vias aéreas, cuidados de emergência, controlo hídrico, cuidados pós-anestesia, reanimação cardiopulmonar, assistência ventilatória) (Johnson & Sweeney, 2013). Também foram planejadas intervenções associadas aos fatores relacionados do diagnóstico: redução da ansiedade, estimulação cognitiva, controlo do delírio, controlo da dor, posicionamento e melhora do sono (Johnson & Sweeney, 2013). Todas as intervenções planejadas e executadas partiram da “*Classificação das Intervenções de Enfermagem*” (NIC) (Johnson & Sweeney, 2013).

A assincronia ventilatória é um desacoplamento entre a pessoa, em relação a necessidade de tempo, fluxo, volume e/ou pressão do seu sistema respiratório, e o ventilador, que as completa durante a ventilação mecânica (Holanda, Vasconcelos, Ferreira, & Pinheiro, 2018). Algumas das intervenções delineadas acima tem como objetivo prevenir ou resolver a assincronia ventilatória como o controlo da dor, o posicionamento e a redução da ansiedade. Mais uma vez, mas na unidade de cuidados intensivos, foi articulada a “*Teoria da Incerteza na Doença*” de Merle Mishel com os conhecimentos adquiridos sobre o dever de informar no sentido de contribuir para a redução da ansiedade da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. A comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva foi um desafio, mas a satisfação destas necessidades foi uma preocupação. A informação transmitida à pessoa, garante o seu direito ao consentimento livre e esclarecido durante todas as intervenções realizadas e, na maioria dos casos, é possível estabelecer uma via de comunicação clara. A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em contexto pós-operatório de cirurgia cardíaca, apenas permanece consciente, e sob ventilação assistida, durante um curto período onde se precede ao desmame

ventilatório, Mas surgiram momentos em que a pessoa de quem cuidei se encontrava também com “*padrão respiratório ineficaz*”, e por isso submetida a ventilação mecânica invasiva, por um período mais prolongado. Nesta pessoa foi essencial o atendimento da sua necessidade de informação, porque assistia muitas vezes à passagem de ocorrências entre os diversos grupos profissionais, tinha dúvidas sobre o seu estado de saúde e o plano de cuidados em curso mas dificuldade em expressar as suas dúvidas pela barreira à comunicação verbal imposta. Para esta situação foi utilizada a escrita como estratégia para manter uma comunicação bidirecional, garantir o atendimento das necessidades de informação, reduzir a incerteza, diminuir os níveis de ansiedade e evitar momentos de assincronia ventilatória.

Também a “*Teoria do Défice de Autocuidado*” foi mobilizada na pessoa internada na unidade de cuidados intensivos na perspetiva de que a necessidade da intervenção de Enfermagem surge quando a pessoa é incapaz ou está limitada na satisfação do autocuidado. Potenciar a autonomia da pessoa conduz a uma recuperação mais facilitadora e independente.

Na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva uma grande dimensão deve ser considerada: a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos. A Direção-Geral da Saúde (2018) no seu relatório anual do programa prioritário “*Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*” apresenta no capítulo referente à vigilância epidemiológico de incidência de infeções na unidade de cuidados intensivos. Neste relatório é avaliada a evolução das taxas de incidência da pneumonia associada à ventilação e de bacteriemia associada à presença de cateter vascular central.

Na unidade de cuidados intensivos é muito frequente cuidar de pessoas com cateter vascular central ou submetidas a ventilação mecânica invasiva. Como tal é de máxima preocupação destes profissionais seguir a norma n.º 021/2015 da Direção-Geral da Saúde, (2015) de assunto: “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*”; e a norma n.º 022/2015 da Direção-Geral da Saúde de assunto: “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*”. No início do estágio de forma a desenvolver a competência “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” adaptada ao local de estágio em que me encontrava, realizei a leitura das duas normas, compartilhei a experiência com o enfermeiro orientador e em conjunto

executámos todos os planos de cuidados de acordo com as normas preconizadas e a evidência atualizada.

Ainda no decorrer do estágio em unidade de cuidados intensivos surgiu a oportunidade de assistir a uma formação sobre o plano de emergência interno, que me sensibilizou para a importância da atuação coordenada e organizada dentro da instituição. Adquiri conhecimentos que contribuíram para a minha prática profissional e ao compartilhar estes com o enfermeiro orientador, e outros enfermeiros da equipa de enfermagem, foi possível demonstrar a aquisição da competência “*dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*”.

CONCLUSÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “*Estágio Final e Relatório*” inserida no 12º curso de mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Procurei descrever e analisar o percurso realizado, neste curso de mestrado, de modo a demonstrar as competências adquiridas e fundamentar a obtenção, tanto do título de mestre em Enfermagem, como de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

O documento foi redigido revelando metodologia reflexiva utilizada durante todo o percurso com o fim de demonstrar a aquisição das competências referidas. No primeiro capítulo procurei apresentar o trabalho desenvolvido no sentido do desenvolvimento de competências de investigação que suportassem a prática que se seguia, demonstrando as competências adquiridas. No segundo capítulo apresentei uma caracterização sucinta dos dois locais de estágio em que fui recebida e que contribuíram, com os seus recursos, para a minha aprendizagem. No terceiro capítulo descrevi o percurso desenvolvido na perspetiva da aquisição de cada competência, e interrelacionando as necessárias de forma apropriada. Foram apresentados ao longo do terceiro capítulo os objetivos definidos em cada estágio e demonstrada a continuidade com vista o futuro para alguns deles, nomeadamente o objetivo em **manter atividades de investigação no âmbito do projeto “Princípios, Valores e Deveres da Deontologia Profissional de Enfermagem – Evolução e Constância” do CIIS do ICS da UCP.**

Neste percurso, tanto os locais de estágio, como a minha experiência profissional foram fatores facilitadores que proporcionaram oportunidades para o desenvolvimento de competências. Destaco o profissionalismo das equipas que me receberam e a dedicação dos enfermeiros orientadores no meu percurso formativo e na sua atividade como enfermeiros especialistas de Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

No fim deste percurso considero ter atingido os objetivos propostos, tendo desenvolvido cuidados de Enfermagem especializados. Acredito que esta jornada é o início do meu desenvolvimento como profissional que não prevê um fim, mas sim uma evolução contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes Varela, J. (2000). *Das Obrigações em Geral—Vol. I* (10ª Edição). Coimbra: Almedina.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Retrieved 9 January 2020, from The Joanna Briggs Institute website: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Azevedo, M. (2018). *Teses, Relatórios e Trabalhos escolares—Sugestões para estruturação da escrita*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Béranger, A., Pierron, C., Saint Blanquat, L., Bouazza, N., Jean, S., & Chappuy, H. (2018). Provided information and parents' comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit. *European Journal of Pediatrics*, 177(3), 395–402. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3075-9>
- Billey, F. (1991). O modelo de Orem: Uma análise crítica. *Nursing/Dir. B. S. Espírito Santo*, (39), 34–36.
- Cabral, J. M. (2012). *Necessidades Dos Pais Da Criança Submetida a Cirurgia Cardíaca Após O Regresso a Casa* : Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cabral, T. (2015). *A qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/10772>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lidel.
- Correia, M. (2013). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/7992>
- Cunha, A., Cardoso, L., & Oliveira, V. (2005). Autocuidado: Teoria de enfermagem de Dorothea Orem. *Revista Sinais Vitais*, (61), 36–40.

- Deodato, S. (2010). Supervisão de cuidados: Uma estratégia curricular em enfermagem. *Percursos*, 18(Outubro-Dezembro).
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2017). *A proteção dos dados pessoais de saúde*. Universidade Católica Editora.
- Dimond, B. (2001). Legal aspects of consent 4: Duty to inform patients of risks. *British Journal of Nursing*, 10(8), 544–545. <https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.8.5319>
- Direção-Geral da Saúde. *Rede de Referência Hospitalar de Urgência e Emergência. Direção de Serviços de Planeamento.* , (2001).
- Direção-Geral da Saúde. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. , Pub. L. No. Norma n.º 022/2015 (2015).
- Direção-Geral da Saúde. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. , Pub. L. No. Norma n.º 021/2015 (2015).
- Direção-Geral da Saúde (Ed.). (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Esper, C. (2000). L’information médicale du malade à l’hôpital public. *Gestions Hospitalières*, 394(março), 224-9.
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2013). A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 6), 7–16. <https://doi.org/10.12707/riii1192>
- Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: Estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Percursos*, 2(3), 36–40.

- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183–196.
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198–1210. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x>
- Hamester, L., Souza, E. N. de, Cielo, C., Moraes, M. A., & Pellanda, L. C. (2016). Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: A randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0208.2729>
- Holanda, M. A., Vasconcelos, R. dos S., Ferreira, J. C., & Pinheiro, B. V. (2018). Patient-ventilator asynchrony. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(4), 321–333. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000185>
- Johnson, M., & Sweeney, S. (2013). *Ligações NANDA, NOC-NIC: Condições Clínicas : suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade*. Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/10888829>
- Lepargneur, H. (2002). *A dignidade humana, fundamento da bioética e seu impacto para a eutanásia* (2ª Edição). São Paulo: Paulus.
- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. Universidade Católica Portuguesa.
- Marques, P., Sousa, P., & Silva, A. (2013). Confusão Aguda no idoso: Dados para a decisão do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 9), 37–43. <https://doi.org/10.12707/riii1292>
- Martins, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., Almeida, M., & Santos, R. (2018). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52–61.

- Martins, J. (2008). *O Direito do Doente à Informação. Contextos, Práticas, Satisfação e Ganhos em Saúde*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/7251>
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2013). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 3), 105–112. <https://doi.org/10.12707/rrii1052>
- Nunes, S. R. T., Rego, G., & Nunes, R. (2014). Right or duty of information: A Habermasian perspective. *Nursing Ethics*, 23(1), 36–47. <https://doi.org/10.1177/0969733014557116>
- Oliveira, C. A. C. (2015b). “ *Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso* ”. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10771/1/teseformatada02_11.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. , *Diário da República, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. , *Diário da República, 2ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional Mandato 2008-2011. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Agosto 201). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pedersen, B., Koktved, D. P., & Nielsen, L. L. (2013a). Living with side effects from cancer treatment—A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 715–723. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x>
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 55–62. <https://doi.org/10.12707/rrii11146>

- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2016). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Posma, E. R., Van Weert, J. C. M., Jansen, J., & Bensing, J. M. (2009a). Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*, 8, 1–16. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-8-1>
- Protheroe, J., & Rowlands, G. (2013b). Matching clinical information with levels of patient health literacy. *Nursing Management*, 20(3), 20–21. <https://doi.org/10.7748/nm2013.06.20.3.20.e1095>
- Rock, M. J., & Hoebeke, R. (2014b). Informed Consent: Whose Duty to Inform? *MedSurg Nursing*, 23(3)(May-June), 189–194.
- Silva, R. C. G. da, Silva, A. A. de P. e, Marques, P. A., & Oliveira, R. (2011b). Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(1), 1–9.
- Surribas, M., & Fontanella, J. (2006b). La información sanitaria y la participación activa de los usuarios. *Cuadernos de La Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 13.
- Susilo, A. P., Dalen, J. V., Scherpbier, A., Tanto, S., Yuhanti, P., & Ekawati, N. (2013). Nurses' roles in informed consent in a hierarchical and communal context. *Nursing Ethics*, 20(4), 413–425. <https://doi.org/10.1177/0969733012468467>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra—Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição). Lusociência.
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2019). Nursing Process. In *StatPearls*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em Enfermagem. , Regulamento Geral 2012 (alterado em 2017) § (2017).
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2006). Advancing health literacy: A framework for understanding and action. *Jossey-Bass, San Francisco*. Retrieved from <https://www.wiley.com/en->

us/Advancing+Health+Literacy%3A+A+Framework+for+Understanding+and+Action-p-9780787984335

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quadro I – Estratégia de Pesquisa utilizada na realização da revisão “scoping” apresentada no primeiro capítulo do relatório.

Quadro I – Estratégia de Pesquisa

*	Base de Dados	DATA	Equação de Pesquisa	Resultados
1	EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina)	5 de abril	Duty to inform (TI) OR information (TI) AND Nurs* (AB) OR Legal ground (AB) OR ethical ground (AB) OR deontology ground (AB)	1597 (483 repetidos) TOTAL 1114
2	Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP)	30 junho	Duty to inform (TI) OR information (TI) AND Nurs* (AB) OR Legal ground (AB) OR ethical ground (AB) OR deontology ground (AB)	1
Reajustadas palavras-chave e realizada nova pesquisa no RCAAP.				
3	Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP)	1 de julho	Dever de informar em enfermagem (ver documento)	158 (2 repetidos) TOTAL 156

APÊNDICE II

Quadro IV – Resultados categorizados com técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011) referente à revisão “scoping” apresentada no primeiro capítulo do presente relatório

Quadro IV – Resultados categorizados com técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011)

		CATEGORIA: FUNDAMENTOS ÉTICOS	
SUB-CATEGORIA	Sub-Sub-Categoria	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO
PRINCÍPIOS	Dignidade Humana	“Respect for human dignity” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“Respect for human dignity requires the recognition of specific patient rights, particularly, the right of self-determination.” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
	Autonomia	“The ethical principle of autonomy” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“An essential and fundamental patient right is the right to consent to medical treatment. The ethical principle of autonomy protects this fundamental right. This principle provides the foundation for the belief that patients are given the authority to evaluate medical treatment choices. Based on the patient's beliefs and values, treatment alternatives can be rejected or embraced” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
		“Self-determination, also known as autonomy” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“Self-determination, also known as autonomy, is the philosophical basis for informed consent in health care.” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
		“respeito pela autonomia” (Magalhães, 2017, p. 29)	“O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe. Essa escolha deve ser livre e esclarecida, tomada após aquisição de toda a informação” (Magalhães, 2017, p. 29)
	Beneficência	“(Patients) Acting on inadequate knowledge can cause further harm” (Pedersen, Kockved, & Nielsen, 2013, p. 719)	“As a consequence, the patients relied on their everyday life experiences or on information from family, friends, the Internet, etc. A woman who used to work in primary health care said: ‘The cream they gave me at the hospital didn’t help. So I used my experience from primary health care, went to my workplace and picked up something else. That helped acting on inadequate knowledge can cause further harm, and the patients may blame themselves.’”(Pedersen et al., 2013, p. 719)

	Não Maleficência	“practitioners could withhold information if disclosure poses a serious threat of psychological detriment to the patient” (Dimond, 2001, p. 544)	“Patients should be notified of significant risks that are likely to cause substantial harm. However, practitioners could withhold information if disclosure poses a serious threat of psychological detriment to the patient” (Dimond, 2001, p. 544)
		“Nurses are familiar with patients who say ‘whatever you recommend nurse, doctor, etc’ and who appear not to want to have much information about their condition” (Dimond, 2001, p. 544)	“If the patient does not appear to want more information, provided that the health professional has informed the patient of the basic information according to the Bolam Test, there would appear to be no duty to continue to provide all the additional information which may be sought by a particularly informed and interested patient. Nurses are familiar with patients who say, “whatever you recommend nurse, doctor, etc” and who appear not to want to have much information about their condition.” (Dimond, 2001, p. 544)
		“A professional judgment then has to be made as to whether such information is counterproductive and should be withheld from fred” (Dimond, 2001, p. 545)	“information is counterproductive and should be withheld” (Dimond, 2001, p. 545)
		“access to health records can be withheld where such access would cause serious harm to the physical or mental condition of the patient.” (Dimond, 2001, p. 548)	“Also, Legislations such as the Data Protection Act 1998 and the regulations for access to health records made under it, recognize that access to health records can be withheld where such access would cause serious harm to the physical or mental condition of the patient.” “access to health records can be withheld where such access would cause serious harm to the physical or mental condition of the patient.” (Dimond, 2001, p. 548)
	Justiça	-	-
VALORES	Igualdade	“A informação deve ser adequada às necessidades” (Magalhães, 2017, p. 30)	“A informação deve ser adequada às necessidades e circunstâncias, inclusive às necessidades religiosas, étnicas e culturais, bem como, as habilidades de língua e níveis de alfabetização de saúde” (Magalhães, 2017, p. 30)
	Liberdade Responsável	-	-
	Verdade	-	-

	Altruísmo/ Solidariedade	-	-
	Competência	<p>“The nurse needs to be aware of what the doctor has told the patient and keep up-to-date with new research and recommended practices.” (Dimond, 2001, p. 544)</p>	<p>“The nurse needs to be aware of what the doctor has told the patient and keep up-to-date with new research and recommended practices in the other units. where possible the nurse should attempt to ensure that information is put writing. This has the advantage of providing some evidence that the patient was informed(because the patient can deny that he / she was told of specific risks), and also enable’s the nurse to reinforce his/her words with written information, so that the patient has the opportunity or reading the information again.” (Dimond, 2001, p. 544)</p>
		<p>“To inform the patients as accurately as possible, efforts have been made to describe these side effects” (Pedersen et al., 2013, p. 415)</p>	<p>“The symptom experience is often congruent with the type of treatment and varies through the course of treatment. To inform the patients as accurately as possible, efforts have been made to describe these side effects.” (Pedersen et al., 2013, p. 415)</p>
		<p>“the lack of understanding of the connection between treatments and subsequent side effects increases anxiety, insecurity and loss of control” Pedersen et al., 2013)</p>	<p>“Although only a few side effects are mentioned here, it is well known that they are extensive and disrupt everyday life. Furthermore, the lack of understanding of the connection between treatments and subsequent side effects increases anxiety, insecurity and loss of control” (Pedersen et al., 2013)</p>
		<p>“Knowledge of common symptoms enables the nurse to provide the patient with a predictable symptom profile” (Pedersen et al., 2013, p. 715)</p>	<p>“To enhance the patients’ ability to cope with side effects during the treatment is thus a continuous challenge for healthcare professionals. Knowledge of common symptoms enables the nurse to provide the patient with a predictable symptom profile, which represents a range of normal experiences during and after cancer treatment” (Pedersen et al., 2013, p. 715)</p>
		<p>“experienced losing control and felt they could be caught in a vicious circle” (Pedersen et al., 2013, p. 717)</p>	<p>“The first main theme highlighted how side effects impacted on everyday life. Even if the patients tried to maintain control of their everyday life, they experienced losing control and felt they could be caught in a vicious circle” (Pedersen et al., 2013, p. 717)</p>

		<p>“patients needed to be supported by information that acknowledged their inexperience in coping with side effects” (Pedersen et al., 2013, p. 720)</p>	<p>“It appeared that patients needed to be supported by information that acknowledged their inexperience in coping with side effects from cancer treatment and that the professionals were aware of potential pitfalls in the information. The patients described these pitfalls in several ways. They expressed they all had a large amount of written information in which some of them were very pleased to read. However, more patients thought the written information was too general and to some extent without proper guidance on how to act. A woman said: ‘It is only headlines in the leaflets and not what to do’ (P4). In other cases the information was overwhelming, and the patient felt ‘completely overloaded with information’”(Pedersen et al., 2013, p. 720)</p>
		<p>“strengthened their possibilities to act” (Pedersen et al., 2013, p. 720)</p>	<p>“The patients wished to receive information that strengthened their possibilities to act. Even if they apparently were satisfied, the analysis showed the professionals needed to focus more on the experiences, resources and needs of the individual.” (Pedersen et al., 2013, p. 720)</p>
		<p>“reducing parents’ anxiety and improving their satisfaction” (Béranger et al., 2018, p. 396)</p>	<p>“Beside delivering information to parents, the communication has two main roles: reducing parents’ anxiety and improving their satisfaction” (Béranger et al., 2018, p. 396)</p>
		<p>“nurses improved parents’ comprehension through reformulation” (Béranger et al., 2018, p. 400)</p>	<p>“We showed that nurses’ explanations had a tendency to improve parents’ comprehension. This result is concordant with a previous study in a different context (pediatric emergency department), which highlighted that nurses improved parents’ comprehension through reformulation” (Béranger et al., 2018, p. 400)</p>

CATEGORIA: FUNDAMENTOS DEONTOLÓGICOS

SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTO
Do dever para com a comunidade	-	-
Dos valores humanos	-	-
Dos direitos à vida e à qualidade de vida	-	-
Do direito ao cuidado	“a família precisa de receber instruções verbais e escritas” (Cabral, 2012, p. 31)	“O planeamento da alta começa no internamento para a cirurgia cardíaca e a família precisa de receber instruções verbais e escritas, assim como precisará de ser referenciada para instituições de saúde na comunidade, que assistam os pais na transição do Hospital para casa e para reforçar o ensino. As famílias devem ser participantes ativos no planeamento da alta para assegurar o sucesso da transição” (Cabral, 2012, p. 31)
Do dever de informação	“information vital to the understanding” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“This common law right of consent later was extended and expanded by requiring health care providers to fulfill their duty by providing clear, necessary information vital to the understanding of the procedure to their patients before obtaining consent.”(Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
	“to assess the patient's understanding of the information” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 190)	“In the role of advocates, nurses are positioned uniquely to assess the patient's understanding of the information presented by physicians regarding procedures and the implications of decisions.” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 190)

	<p>“commitment to patient self-determination” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)</p>	<p>“The American Nurses Association (ANA, 2010) emphasized the importance of the commitment to patient self-determination” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)</p>
	<p>“first providing necessary information” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)</p>	<p>“More recently, many states have enacted patient bill of rights statutes. These laws prohibit treating a patient without first providing necessary information to obtain informed consent” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)</p>
	<p>“Health Professionals should inform patients” (Dimond, 2001, p. 544)</p>	<p>“In the last article (Vol10(7):466-8)we considered the case which set down the principles which apply to the duty to inform the patient, noting that a modified Bolam Test (Bolam Friern Barnet Management Committee (1957)) was now the base principle i. c. that health professionals should inform patients according to the reasonable standards recognized by the accepted practice but that this was subject to oversight by the courts.”(Dimond, 2001, p. 544)</p>
	<p>“A risk is significant if it is the kind of information which a reasonable patient would want to a know before agreeing to a treatment” (Dimond, 2001, p. 544)</p>	<p>“When is a risk significant? A risk is significant if it is the kind of information which a reasonable patient would want to know before agreeing to a treatment” (Dimond, 2001, p. 544)</p>
	<p>“Such additional precautions may assist in reassuring Fred about the dangers of the operation so that he is able to give consent.” (Dimond, 2001, p. 545)</p>	<p>“In the case scenario it is clear that Fred is very nervous. Although has hernia repair operation may be attended by very little risk, it may be that notifying him of any risks, will deter him from having the operation. The fact that his mother died during an operation should be taken into account in assessing Fred’s suitability for surgery and all necessary tests should be undertaken. For example, it may, be that his mother died because of an allergic response to the anaesthetic and this could be hereditary condition. If so it is essential that Fred is tested for any such allergy before the operation. Such additional precautions may assist in reassuring Fred about the dangers of the operation so that he is able to give consent.” (Dimond, 2001, p. 545)</p>

	<p>“Health professionals should ensure that they have followed the reasonable standard of care information” (Dimond, 2001, p. 545)</p>	<p>“Fred presents a difficult case. His fear should not be used to justify withholding information about significant risks of substantial harm. If the is a mentally competent person, and there is no suggestion to the contrary, he needs to be questioned about what happened to this mother to ensure that is not at risk from a genetic defect and encouraged to undergo all the necessary tests to check out reasonably foreseeable risks. His questions must be answered fully and truthfully, and he should be given all the information which similar patients are provided with, if possible, in writing. Health professionals should ensure that they have followed the reasonable standard of care information Fred about the operation and his aftereffects. Documentation should record such discussions and the handing out leaflets.” (Dimond, 2001, p. 545)</p>
	<p>“(nurses)support patients and families to make informed choices” (Protheroe & Rowlands, 2013, p. 21)</p>	<p>“Nurses act as patient advocates and often spend time with them before or after appointments. They provide patient-centered care, and support patients and families to make informed choices.” (Protheroe & Rowlands, 2013, p. 21)</p>
	<p>“cabendo aos profissionais de saúde informá-las” (Cabral, 2012, p. 23)</p>	<p>“as famílias das crianças com diagnóstico recente de cardiopatia congénita, sabem muito pouco sobre o tratamento e os recursos disponíveis, cabendo aos profissionais de saúde informá-las de uma forma abrangente, sobre as possibilidades que estão à sua disposição e sobre as formas de ter acesso às mesmas, que seja o mais apropriado para cada família” (Cabral, 2012, p. 23)</p>
	<p>“Os temas abordados...” (Cabral, 2012, p. 27)</p>	<p>“Os temas a serem abordados com as famílias e incluídos no planeamento da alta após cirurgia cardíaca devem incidir sobre os medicamentos, nutrição, restrições da atividade, profilaxia da endocardite bacteriana, regresso à escola, cuidado com a ferida e sinais e sintomas de infeção ou complicações” (Cabral, 2012, p. 27)</p>
	<p>“Informar a pessoa de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas” (Magalhães, 2017, p. 29)</p>	<p>“Na prática sempre tive a preocupação de informar a pessoa de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, pois o consentimento informado não deve ser uma imposição nem o resultado de uma</p>

		decisão precipitada. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina quanto ao consentimento, no seu artigo 5.o estabelece como regra geral que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos” (Magalhães, 2017, p. 29)
	“informar os pais e certificar-se de que estes compreenderam no que consiste a necessidade da criança” (Cabral, 2012, p. 27)	“concluíram que uma das responsabilidades dos profissionais (...) de enfermagem é informar os pais e certificar-se de que estes compreenderam no que consiste a necessidade da criança e como proceder para atendê-la. As necessidades dos pais da criança submetida a cirurgias cardíacas após a alta serão maioritariamente decorrentes das necessidades identificadas nos filhos” (Cabral, 2012, p. 27)
Do dever de sigilo	“Todas as informações referentes ao estado de saúde (...) são confidenciais” (Magalhães, 2017, p. 37)	“Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente: situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal são confidenciais, podendo no entanto, ser partilhado, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros” (Magalhães, 2017, p. 37)
Do respeito pela intimidade	-	-
Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida	-	-
Da excelência do exercício	“tailoring information according to the patients’ background” (Pedersen et al., 2013, p. 716)	“found that patients want information about the treatment, the specific side effects and the impact of treatment on their lives, but a discrepancy appeared as some wanted information of every possible side effect while others did not. Patient support challenges the

		<p>professionals in tailoring information according to the patients' background, prior understanding and level of anxiety"(Pedersen et al., 2013, p. 716)</p>
	<p>"Lack of continuity can also increase the risk for contradictory information and thereby lead to confusion and mistrust." (Pedersen et al., 2013, p. 718)</p>	<p>"Hiding one's real needs caused by lack of continuity. Although the patients described the staff as gentle and caring, it seemed they still needed a more prolonged relationship with the professionals to establish and maintain confidentiality concerning physical and psychological side effects. One patient expressed: 'It is possible to get to know each other pretty well [...], but the next time show will probably not be there. You know that is the problem' (P2). This patient stopped telling what was bothering her when she felt it did not matter. Another patient expressed that lack of continuity and meeting many different professionals meant that no one 'knew just how I felt last time and what to do to make it better next time' (P4). Lack of continuity can also increase the risk for contradictory information and thereby lead to confusion and mistrust."(Pedersen et al., 2013, p. 718)</p>
	<p>"The analysis showed that even if the patients in general appear satisfied (...) it does not necessarily mean they get sufficient information to cope with the side effects." (Pedersen et al., 2013, p. 720)</p>	<p>"The analysis showed that even if the patients in general appear satisfied with the information they receive and feel acknowledged as individuals, it does not necessarily mean they get sufficient information to cope with the side effects." (Pedersen et al., 2013, p. 720)</p>
	<p>"lack of time and continuity seemed to prevent targeted information to the patients" (Pedersen et al., 2013, p. 722)</p>	<p>"Thus, further studies are needed. However, this study confirmed that lack of time and continuity seemed to prevent targeted information to the patients to support them in everyday life influenced by side effects</p>

		as well as their wish to be taken by the hand by professionals.” (Pedersen et al., 2013, p. 722)
	“tailor information according to patients’ ” (Pedersen et al., 2013, p. 722)	“A prerequisite to tailor information according to the patients’ background, prior understanding and level of anxiety is to be busy in a present way and do the best for the individual patient.” (Pedersen et al., 2013, p. 722)
Da humanização dos cuidados	“the professionals are able to take the patients’ individual needs” (Pedersen et al., 2013, p. 720)	“Sufficient information may require that the professionals are able to take the patients’ individual needs into account by involving a broad range of different approaches to support the patients’ understanding and to ensure their ability to act.” (Pedersen et al., 2013, p. 720)
	“The information could be more successful if the professionals guided the patients through their illness by individualized information” (Pedersen et al., 2013, p. 721)	“The patients wished to strengthen their possibilities to cope with illness and side effects, but despite different types of information, the patients experienced pitfalls. The information could be more successful if the professionals guided the patients through their illness by individualized information and created opportunities for using various sources of information.”(Pedersen et al., 2013, p. 721)
	“it seems to be important that professionals, when providing information, look behind the facade and consider the patients’ inexperience coupled with the wish to provide self-care” (Pedersen et al., 2013, p. 721)	“The patients in this study also acted responsible during their course of treatment, but guilt occurred when the patients acted on their own and later experienced they had made mistakes. Lack of knowledge was the main reason for feeling guilty. None of the patients expressed feeling rejected. However, statements about hiding their real needs caused by lack of continuity in treatment, the busy healthcare system and pitfalls in the information may signal a lack of support from

		<p>professionals. These factors could lead to further development of being in a vicious circle and thereby enhance suffering. With this in mind, it seems to be important that professionals, when providing information, look behind the facade and consider the patients' inexperience coupled with the wish to provide self-care." (Pedersen et al., 2013, p. 721)</p>
	<p>"In a caring perspective, information involves the patient's perspective" (Pedersen et al., 2013, p. 721)</p>	<p>"Caring is a fundamental value in nursing practice and contributes to the alleviation of suffering. In a caring perspective, information involves the patient's perspective and takes place as a reciprocal process where the nurse and the patient together create history of the patient's life situation. The starting point is the patient's thoughts, attitudes and beliefs, and the nurse-patient relationship is driven by empathy, respect, active listening, time and presence, as well as support, development and maintaining hope" (Pedersen et al., 2013, p. 721)</p>
	<p>"the nurse acknowledged the patient as a person and was able to connect with a combination of intimacy and distance" (Pedersen et al., 2013, p. 721)</p>	<p>"They were recognized and called by their first name and felt that their needs were taken into account. This could imply a caring encounter where the nurse acknowledged the patient as a person and was able to connect with a combination of intimacy and distance. However, there is a contradiction between hiding one's real needs behind a facade and caring that bridge an open, truthful communication in a life-giving interaction between the nurse and the patient" (Pedersen et al., 2013, p. 721)</p>
	<p>"communication approaches that take account of differences in health literacy to enable patients to make informed choices" (Protheroe & Rowlands, 2013, p. 20)</p>	<p>"Low health literacy can be a major barrier to effective health care. it is therefore important that healthcare professionals use communication approaches that take account of differences in health literacy to enable</p>

		patients to make informed choices about their health” (Protheroe & Rowlands, 2013, p. 20)
	“criarem espaços acolhedores e discretos (...) pela necessidade de transmissão de informação sensível e dolorosa” (Magalhães, 2017, p. 36)	“... remodelações ou reconstruções, no sentido de se criarem espaços acolhedores e discretos, que permitissem o cuidado na intimidade, respeito pelo pudor, pela circunstancia de uma situação terminal, e pela necessidade de transmissão de informação altamente sensível e dolorosa.”(Magalhães, 2017, p. 36)
	“O enfermeiro deverá interpretar as perceções da pessoa, para a informar a partir do seu quadro de referência,” (Oliveira, 2015, p. 68)	“O enfermeiro deverá interpretar as perceções da pessoa, para a informar a partir do seu quadro de referência, possibilitando-lhe delimitar as suas necessidades, cuidar de si próprio, ao mesmo tempo que é responsabilizado pela sua saúde e bem-estar.” (Oliveira, 2015, p. 68)
Dos deveres para com a profissão	-	-
Dos deveres para com outras profissões	-	-

CATEGORIA: FUNDAMENTOS JURÍDICOS

SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTO
Direitos da Pessoa	“the right of consent and self-determination” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“Historically, the right to consent was protected through common law decisions. These early court decisions gave some guidance to health care providers about how to comply with the requirements of consent. A significant common law case that established the right of consent and self-

	determination was the landmark case <i>Schloendorff v. Society of New York Hospitals</i> ” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
“has a right to determine what will be done with his own body” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“Justice Cardoza, a highly respected and well-known judge who presided in this case, often is quoted: Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what will be done with his own body; and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault, for which he is liable in damages. This is true, except in cases of emergency where the patient is unconscious, and where it is necessary to operate before consent can be obtained” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
“self-determination as included in Anglo- American law” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“The court in <i>Natanson v. Kline</i> (1960) further defined the concept of self-determination as included in Anglo- American law. Each patient is considered to be the master of his or her own body.” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
“patients have the right to make decisions” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“They also are based on common law principles and the premise that patients have the right to make decisions about their own medical care and treatment” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
“legal right to determine what will be done with their own person” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“Patients have the moral and legal right to determine what will be done with their own person; to be given accurate, complete, and understandable information in a manner that facilitates an informed judgment; to be assisted with weighing the benefits, burdens, and available options in their treatment, including the choice of no treatment; to accept, refuse, or terminate treatment without deceit, undue influence, duress, coercion, or penalty; and to be given necessary support throughout the decision-making and treatment process.” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)
“Right of self-determination” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)	“Respect for human dignity requires the recognition of specific patient rights, particularly, the right of self- determination.” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 189)

	<p>“rights to self-determination” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 190)</p>	<p>“In fact, nurses are obligated to understand their patients' legal and moral rights to self-determination” (Rock & Hoebeke, 2014, p. 190)</p>
	<p>“Any nurse who is caring for a patient should ensure that the patient is aware of any significant risk of substantial harm.” (Dimond, 2001, p. 544)</p>	<p>“Any nurse who is caring for a patient should ensure that the patient is aware of any significant risk of substantial harm often, the nurse is asked by the patient what is going to happen, even though the patient has signed the consent form, suggesting that the patient has not had a clear explanation of the proposed procedure.”(Dimond, 2001, p. 544)</p>
	<p>“information should be given within 24– 48 h of admission” (Dimond, 2001, p. 544)</p>	<p>“To help Health Care Professionals communicate with parents, guidelines from the American Association of Pediatrics (AAP) recommend that information should be given within 24– 48 h of admission” (Dimond, 2001, p. 544)</p>
	<p>“all parents were informed by Health Care Professionals within 24 h of their child’s admission” Béranger et al., 2018, p. 399)</p>	<p>“To best include the parents, they may enter the Pediatric Intensive Care Unit at the same time as their child, be present during child’s installation and first care, and discuss with Health Care Professionals afterward. Despite the waiting period, all parents were informed by Health Care Professionals s within 24 h of their child’s admission, which is in accordance with actual guidelines.” (Béranger et al., 2018, p. 399)</p>
	<p>“Daí a importância de providenciar conhecimentos e habilidades necessários para tomar decisões informadas“ (Oliveira, 2015, p. 79)</p>	<p>“A pessoa gere o seu regime medicamentoso adequadamente quando tem conhecimentos e porque consegue adaptar-se à sua situação de doença, aumentando a sua capacidade e motivação para integrar no seu dia-a-dia atividades que conduzem a uma adesão ao regime mais consciente. Daí a importância de providenciar conhecimentos e habilidades necessários para tomar decisões informadas. Aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adoção de estilos de vida saudáveis.” (Oliveira, 2015, p. 79)</p>

	<p>“para a adoção desse comportamento (gerir o regime). A informação e a motivação são importantes na aquisição das competências instrumentais” (Oliveira, 2015, p. 80)</p>	<p>“para a adoção desse comportamento (gerir o regime). A informação e a motivação são importantes na aquisição das competências instrumentais, quando necessárias para a adoção do comportamento desejado, mas quando essas competências são simples ou familiares para a pessoa, a informação e a motivação influenciam diretamente o comportamento (WHO, 2003).” (Oliveira, 2015, p. 80)</p>
	<p>“uma pessoa bem informada e motivada tem maior probabilidade de gerir o seu regime eficazmente.” (Oliveira, 2015, p. 81)</p>	<p>“A relação entre informação e motivação é fraca, ou seja uma pessoa muito motivada pode dispor de pouca informação e uma pessoa bem informada pode apresentar-se pouco motivada. Mesmo assim, à luz desta visão, uma pessoa bem informada e motivada tem maior probabilidade de gerir o seu regime eficazmente.” (Oliveira, 2015, p. 81)</p>
<p>Direitos do Enfermeiro</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

APÊNDICE III

Diapositivos utilizados no II Encontro de Terapeutas da ASFE Saúde no dia
19 de outubro de 2019

Que Informação de Saúde Transmitir aos Familiares
no Momento do Regresso a Casa?

Enf.ª So'ia Correia – Hospital de Santa Cruz, CHLO
Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica;

Outubro, 2019

1

INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Artigo 2.º

Informação de saúde

Para os efeitos desta lei, a informação de saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

Lei n.º 26/2005 de 26 de Janeiro, alterada pela Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto

Sofia Correia, Out 2019

2

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regime Jurídico Proteção de Dados

Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu de 27 de abril

+

Lei n.º 67/98 de 26 de outubro
Lei da Proteção de Dados Pessoais

Sofia Correia, Out 2019

5

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regime Jurídico Proteção de Dados

Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu de 27 de abril

+

Lei n.º 67/98 de 26 de outubro
Lei da Proteção de Dados Pessoais

“
Qualquer informação, de qualquer natureza e independentemente do
respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular
identificada ou identificável.”

Alinea a) do artigo 3.º da Lei n.º 67/98 de 26 de outubro

Sofia Correia, Out 2019

6

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regime Jurídico Proteção de Dados

Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu de 27 de abril

+

Lei n.º 67/98 de 26 de outubro
Lei da Proteção de Dados Pessoais

“ 15 – Dados relativos à saúde - dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde.”


Artigo 4.º do Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu de 27 de abril.

Sofia Correia, Out 2019

7

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regime Jurídico Proteção de Dados



The diagram consists of two concentric circles. The outer circle is grey and labeled 'Dados Pessoais'. The inner circle is yellow and labeled 'Dados Pessoais de Saúde', indicating that health data is a specific subset of personal data.

“ Dados relativos a uma pessoa e revelam a sua identidade e um conjunto de atributos que se situam na esfera da privacidade que hoje reconhecemos a cada ser humano.”

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

8

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Contexto Terapêutico

Titular → Informação → Profissional de Saúde

Produz um conhecimento profundo sobre a pessoa e a família.

“A intervenção em saúde assume a pessoa na sua singularidade multidimensional e requer uma atenção global e um olhar individual.”

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

9

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Recolhidas Informações

Registadas Informações

Dados Armazenados

Acesso aos Dados

“ Não é o registo que determina a categorização de dados, mas sim a sua natureza”

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

10

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regime Jurídico da Informação de Saúde

Artigo 3.º

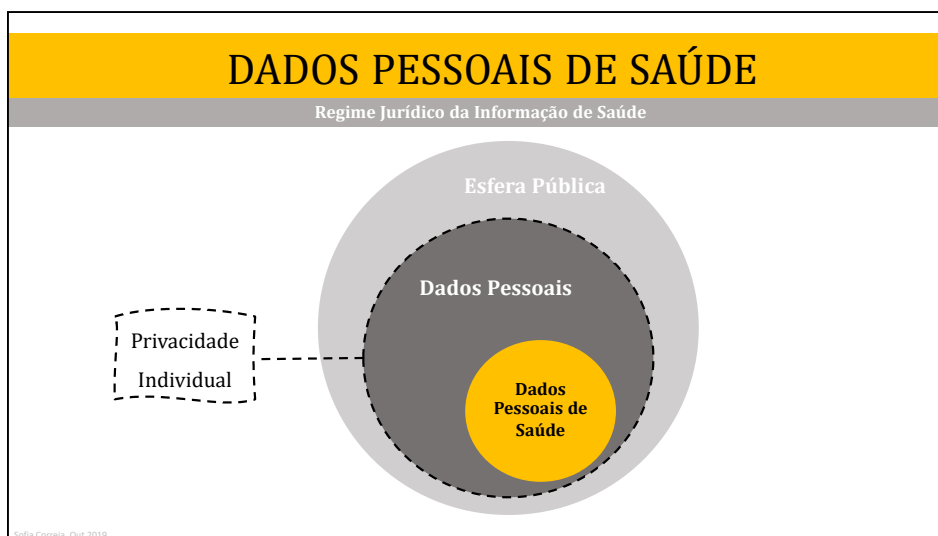
Propriedade da Informação de Saúde

1 - A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, **é propriedade da pessoa**, sendo as unidades do sistema de saúde os **depositários da informação**, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

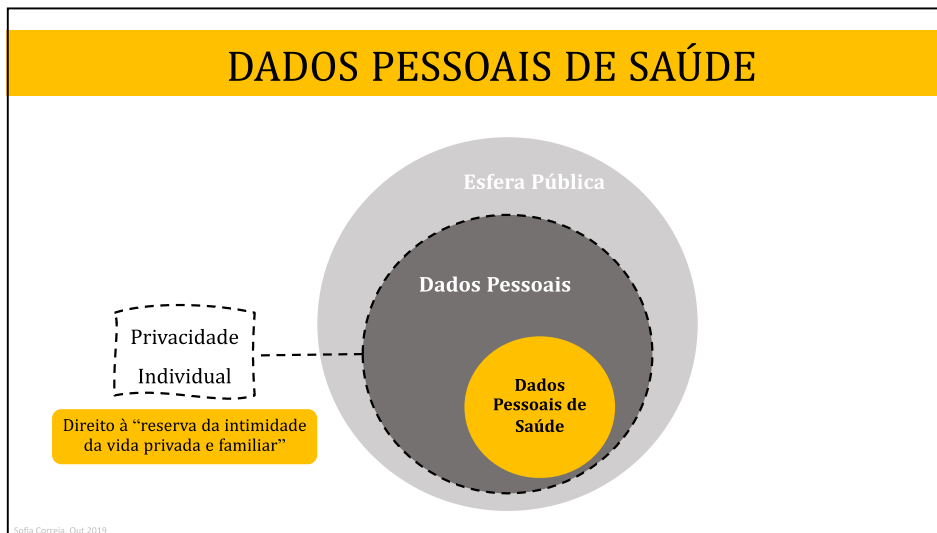
Lei n.º 26/2005 de 26 de Janeiro, alterada pela Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto

Sofia Correia, Out 2019

11



12



13

DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Artigo 26.º da Constituição da República Portuguesa

Artigo 26.º

Outros Direitos Pessoais

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.

Sofia Correia, Out 2019

14



15

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE


É possível divulgá-los perante terceiros ?

Sofia Correia, Out 2019

16

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Princípio



Sofia Correia, Out 2019

17

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Princípio

“Guardar em segredo, quer pelos profissionais de saúde, quer pelas organizações prestadoras de Cuidados de Saúde”

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

18

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Exceções

- Necessidade do próprio em ser assistido
- Assegurar o exercício dos direitos da pessoa por terceiros

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

19

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Exceções

- Novos profissionais – novo acesso para poderem planear os cuidados
- **Familiares e amigos** – podem ser chamados a um processo de cuidados da pessoa

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

20

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Exceções

- **Familiares e amigos** – podem ser chamados a um processo de cuidados da pessoa

Contudo, não existe nenhum direito de acesso à informação por parte dos familiares

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

21

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regra

- Com **Consentimento** do Titular dos Dados

Exceções

- Necessidade de tranquilizar o familiar
- Com conhecimento da proximidade existente
- Fornecendo informação estritamente necessária

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

22

DIVULGAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Regra

- Com **Consentimento** do Titular dos Dados

Exceções

- Necessidade de tranquilizar o familiar
- Com conhecimento da proximidade existente
- Fornecendo informação estritamente necessária

Deodato, 2017

Sofia Correia, Out 2019

23

Muito Obrigada,

Sofia Correia, Out 2019

24

Referências Bibliográfica

- Deodato, S. (2017). *A proteção dos dados pessoais de saúde*. Universidade Católica Editora.

Legislação

- Constituição da República Portuguesa
- Lei n.º 26/2005 de 26 de Janeiro, alterada pela Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto
- Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu de 27 de abril
- Lei n.º 67/98 de 26 de outubro

Sofia Correia, Out 2019

APÊNDICE IV

Poster apresentado no II Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa

O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS PROGRAMAS FAST-TRACK: REVISÃO SCOPING

Ana Sofia Correia¹; Carla Matos¹; Patrícia Costa¹; Vanessa Cortinhal¹; Cândida Ferrito²; Isabel Rabiais²

1 – RN Mestranda em Enfermagem Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2 – RN PhD Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

- ❖ As Cirurgias Fast-Track demonstram resultados promissores e questionam os padrões tradicionais dos cuidados ao paciente cirúrgico (Wilmore & Kehlet, 2001).
- ❖ Estes “programas de aceleração da convalescência pós-cirúrgica” (Silva et al., 2010) visam diminuir o stress imposto sobre o organismo e prevenir uma possível disfunção orgânica reduzindo consideravelmente o tempo necessário para uma recuperação total (Kehlet & Wilmore, 2008; Silva et al., 2010; Wilmore & Kehlet, 2001).
- ❖ O sucesso dos mesmos requer uma colaboração multidisciplinar (Kehlet & Wilmore, 2008) e carece de enfermeiros especialistas em unidades especializadas para este tipo de cuidados, um planeamento, recolha de dados, avaliação de resultados e custos contínuos.

OBJETIVO

- Identificar quais os fatores que influenciam a adesão terapêutica

MATERIAIS E MÉTODOS

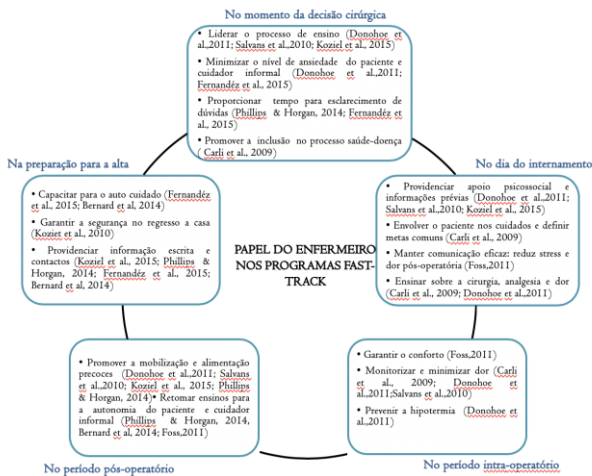
- ❖ Revisão Scoping, com base na metodologia recomendada pela JBI.
- ❖ A pesquisa bibliográfica foi realizada em base de dados eletrónicas em Outubro de 2018, da qual resultou uma **amostra final de 9 artigos**.
- ❖ **Crítérios de inclusão:**
 - Estudos quantitativos, qualitativos e revisões da literatura que abordam o papel do enfermeiro nas pessoas adultas submetidas a cirurgia, em contexto de programa Fast-Track;
 - Estudos disponíveis em português, inglês, espanhol, sem limite temporal.
- ❖ **Descritores MeSH:** “Multimodal Perioperative Program”; “Fast-Track Protocol”; “Fast-Track Surgery”; “Nurse’s Role; Nursing Care”

RESULTADOS

O papel do enfermeiro é crucial na promoção de ensinamentos, na preparação do paciente para a intervenção, na aplicação de estratégias para redução da dor e ansiedade e na promoção da mobilização e alimentação precoces.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental a nível educacional e comunicacional, ao longo de todo o circuito operatório. Esta revisão demonstra as limitações da investigação desenvolvida sobre este tema na atualidade e evidencia a necessidade em desenvolver novos protocolos de investigação para a continuação do estudo do papel do enfermeiro nos protocolos Fast-Track.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Carli, F. (2004). *Fast-track surgery: a review of the 2014 evidence in Research Anesth. Acutechology*, 12(2), 693-697. <https://doi.org/10.1007/s12010-013-0100-0>
 • Carli, F., Chabot, J., Bédard, G., Gagnon, C., & Sirois, R. (2009). An integrated multidisciplinary approach to implementation of a fast-track program for laparoscopic colorectal surgery. *Canadian Journal of Anesthesiology*, 56(1), 857-864. <https://doi.org/10.1007/s12010-008-0100-0>
 • Donohoe, G. L., Spitzer, M., Cook, J., Merritt, S. C., Chen, N., Zaka, L., ... & Reynolds, J. V. (2011). Fast-track protocols in colorectal surgery. *Surgery*, 152, 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.10.014>
 • Fernández, M., Cortinhal, V., Correia, A., Sousa, C., Garcia, A., & Sousa, A. (2015). Anestesia enteral no pós-operatório de cirurgia fast-track. *Acta Médica Portuguesa*, 30(5), 291-293. <https://doi.org/10.1016/j.actam.2015.07.004>
 • Foss, M. (2011). *Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education: Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*, 27(45), 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.nurse.2011.07.004>
 • Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *American Journal of Surgery*, 195(5), 630-641. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.09.004>
 • Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 207(2), 189-198. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181610000>
 • Kozziel, J., Stepien, R., Cholewicki, M., & Cholewicki, S. (2015). Nursing care in fast-track surgery program. *Medical Sciences*, 2(3), 207-212. <https://doi.org/10.1016/j.ms.2015.03.006>
 • Liu, Y. (2017). Application of fast-track surgery in colorectal cancer: nursing for patients with colorectal cancer. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 24(4), 1919-1922. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2017.04.006>
 • Nagano, T., & Matsuda, T. (2015). Fast-track surgery for colorectal cancer: a review. *Review of Medical and Health Sciences*, 2(1), 31-36.
 • Horgan, M. J., Goolary, G., Mahoney, J., Balducci, S., & Horgan, C. (2011). The Journal of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Journal of the American Society of Colon and Rectal Surgeons*, 109(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12010-010-0100-0>
 • Horgan, M. J., & Horgan, C. (2014). Fast-track surgery and preoperative optimization. *Surgery (United Kingdom)*, 156(2), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.12.018>
 • Horgan, M. J., & Horgan, C. (2014). *Fast-track surgery and preoperative optimization: Surgery (United Kingdom)*, 156(2), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.12.018>
 • Salvaes, N., Górgis, M. J., Mendes-Soriano, M. A., Rocha, J., Henri, S., Diniz, M., ... & Grande, L. (2010). Multimodal (fast-track) analgesia in elective colorectal surgery: evaluation of the learning curve with 300 patients. *Cirurgia Brasileira*, 55(2), 85-91. <https://doi.org/10.1590/S0009-34292010000200004>
 • Silva, J. P., Mendes, L., Vilhena, R., Cabral, S., Nunes, A., Sousa, T., ... & Sousa, J. E. (2010). Gerenciamento de pacientes em cirurgia Fast-Track no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: Protocolo de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 12(1), 11-19.
 • Wilmore, D. W., & Kehlet, H. (2001). Clinical review: Recent advances: Management of patients in fast-track surgery. *British Medical Journal*, 322, 473-476. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.473>

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de participação com um Poster no II Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa

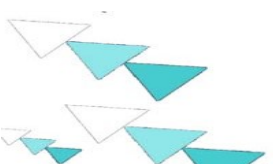


CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA - PORTO

II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa) “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Ana Sofia Castro Correia, Carla Patrícia Basílio Almeida Matos, Patrícia Costa, Vanessa Sofia Jorge Cortinhal, Cândida Ferrito e Isabel Rabiais**, participaram no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 29 de novembro de 2019, com a apresentação de Poster com o tema

“O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS PROGRAMAS FAST-TRACK: UMA REVISÃO SCOPING”

Lisboa, 29 de novembro de 2019.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



ANEXO II

Certificado de participação com um Poster no II Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa

Certificado

Certifica-se que **Sofia Correia** apresentou o tema “*Que informação de Saúde transmitir aos familiares do momento do regresso a casa?*” no **II Encontro de Terapeutas ASFE SAÚDE**, realizado no dia 19-10-2019, Encarnação – Mafra.



A comissão Organizadora
Encarnação, 19-10-2019

Sofia Gomes