



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Comunicação de Más Notícias em contexto de
Morte Súbita no Serviço de Urgência**

Daniela Luísa Inácio Teles Campos

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em
Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência

Daniela Luísa Inácio Teles Campos

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

“Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda, a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua própria linguagem, a tua mensagem entra-lhe directamente no coração”

(Nélson Mandela)

AGRADECIMENTOS

Primariamente quero agradecer à minha família, especialmente ao meu pai e ao meu marido Bruno, por me terem incentivado e apoiarem no ingresso a este curso, e por compreenderem o tempo que este me ocupou, assim como à minha mãe que ficou muitas vezes a cuidar da minha filha agora com 32 meses.

Aos meus amigos, aqueles do peito pela minha ausência e por vezes cansaço e falta de paciência.

Aos colegas do curso, pela partilha, companhia e apoio, especialmente as minhas colegas Ana e Marta que nunca me deixaram desistir e sempre tiveram uma palavra amiga e de força.

Um especial **OBRIGADA** à minha professora orientadora Professora Doutora Alice Rivo por toda a paciência, disponibilidade e ajuda na concretização deste relatório, mas não esquecendo todos os outros que me acompanharam durante estes dois anos.

Aos meus orientadores de estágio, que contribuíram grandemente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todas aqueles com quem me cruzei neste caminho e que o influenciaram de forma positiva.

Um obrigado a todos.

RESUMO

O enfermeiro na sua prática diária depara-se diversas vezes com a necessidade de comunicar más notícias, notícias essas que causam constrangimentos e angústia a quem a comunica, assim como aos recetores. O projeto de intervenção desenvolvido durante o estágio final foi baseado nessa prática, dando visibilidade ao tema “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência”, através de uma *Scoping Review*, uma sessão de formação sobre a temática e a elaboração de um Poster Científico realizados durante o estágio. Ainda a elaboração de um protocolo “Comunicação de Más Notícias no contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica: Protocolo *SPIKES*” e a realização de um cartão de bolso acerca desse protocolo por forma a facilitar a transmissão dessas notícias.

Com este relatório foi possível descrever e analisar criticamente o percurso efetuado nos estágios e o projeto de intervenção, comprovando com base na teoria e evidência científica as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente de Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, decorrendo ainda a reflexão crítica sobre a aquisição dessas competências, com o objetivo de desenvolver também saberes teórico-práticos da enfermagem nesta área.

Palavras- chave: “Comunicação”, “Más Notícias”, “Enfermagem Médico-Cirúrgica” e “Morte Súbita”

ABSTRACT

Nurses in their daily practice are faced with the need to communicate bad news several times, news that causes embarrassment and anguish to those who communicate it, as well as to the recipients. The intervention project developed during the final stage was based on this practice, giving visibility to the theme “Communication of Bad News in context of Sudden Death in the Emergency Service”, through a *Scoping Review*, a training session on the theme and the elaboration of a Scientific Poster made during the internship. Still the elaboration of a protocol “Communication of Bad News in the context of Sudden Death in the Medical Surgical Emergency Service: *SPIKES* Protocol” and the realization of a pocket card about this protocol in order to facilitate the transmission of these news.

With this report it was possible to describe and critically analyze the path taken in the internships and the intervention project, proving, based on theory and scientific evidence, the skills of the specialist nurse in medical-surgical in the aspect of People in Critical Situation and Master in Nursing, there is also a critical reflection on the acquisition of these skills, with the objective of also developing theoretical and practical knowledge of nursing in this area.

Keywords: Communication, Bad News, Medical-Surgical Nursing and Sudden Death

INDÍCE DE FIGURAS E QUADROS

Figura n.º 1 – Modelo da Relação Pessoa – a – Pessoa	20
Figura n.º 2 – Protocolo <i>SPIKES</i>	34
Figura n.º 3 – Fluxograma do processo de revisão da literatura	56
Figura n.º 4 – Critérios de Inclusão e Exclusão da Metodologia PCC	57
Quadro n.º1 - Dualidades nas etapas da comunicação de más notícias – Modelo <i>SPIKES</i>	38
Quadro n.º2 – Análise Swot da fase de diagnóstico do trabalho projeto.....	50
Quadro n.º 3 – Componentes da Estratégia PCC	54

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio – Objetivos clínicos segundo as competências de Enfermagem	CXVI
Apêndice II – Projeto de Intervenção	CXXV
Apêndice III – Cronograma de Atividades do projeto de intervenção	CXL
Apêndice IV – Poster Científico baseado no artigo científico: Estratégias facilitadoras da comunicação de más notícias em situação de morte utilizadas pelos enfermeiros: uma Revisão <i>Scoping</i>	CXLII
Apêndice V – Protocolo “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência: Protocolo <i>SPIKES</i>	CXLIV
Apêndice VI – Cartão de bolso com o Protocolo <i>SPIKES</i>	CL
Apêndice VII – Folheto Informativo da Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte súbita no Serviço de Urgência	CLII
Apêndice VIII – Plano da Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte súbita no Serviço de Urgência	CLIV
Apêndice IX – Diapositivos da Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte súbita no Serviço de Urgência	CLVIII
Apêndice X – Questionário avaliativo da Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte súbita no Serviço de Urgência	CLXIII
Apêndice XI – Cartaz Informativo sobre a Higienização das Mãos.....	CLXVI
Apêndice XII – Artigo Científico: Estratégias facilitadoras da comunicação de más notícias em situação de morte utilizadas pelos enfermeiros: uma Revisão <i>Scoping</i>	CLXVIII

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal	CLXXVII
Anexo II – Certificado de Formação Profissional do International Trauma Life Support Advanced.....	CLXXIX
Anexo III – Fluxograma do Circuito de Esterilização do HRR.....	CLXXXI

LISTA DE ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

ABCDE – *A (Airway), B (Breathing), C (Circulation), D (Disability) e E (Exposure)*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissões de Controlo de Infeção

CMN – Comunicação de Más Notícias

CVC – Cateterismo Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.^a – Enfermeira

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

EF – Estágio Final

EU – Universidade de Évora

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e resistência aos Antimicrobianos

GIF – Gabinete de Informação à Família

h - Horas

HRR – Hospital Regional do Ribatejo

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – International Trauma Life Support

JBI – Joanna Briggs Institute

MN – Más Notícias

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PACIENT – *P* (Preparar-se); *A* (Avaliar o quanto o paciente sabe); *C* (Convite à verdade); *I* (Informar); *E* (Emoções); *N* (Não abandonar o paciente) e *T* (Traçar uma estratégia)

PI – Projeto de Intervenção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

Pp - páginas

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício de Profissão de Enfermagem

Rx – Raio X

SARM - Staphylococcus aureus resistente à metilina

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPIKES – *S* (Setting up); *P* (Perception); *I* (Invitation); *K* (Knowledge); *E* (Emotions) e *S* (Strategy and Summary)

SE – Sala de Emergência

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axilar Computorizada

TSV – Taquicardia Supra-ventricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UOM – Unidade de Observação Médica

UOM's – Unidades de Observação Médica

UOC – Unidade de Observação Cirúrgica

UP – Úlcera de Pressão

% - Percentagem

1^a- Primeira

6^a - Sexta

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
1. QUADRO TEÓRICO- CONCETUAL	16
1.1. TEORIA DE JOYCE TRAVELBEE	16
1.2. A COMUNICAÇÃO COMO COMPONENTE CENTRAL NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE MORTE SÚBITA	23
1.2.1. Comunicação de más notícias	24
1.2.1.1. Protocolo <i>SPIKES</i> : Contributo basilar na orientação para a Comunicação de Más No- tícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência	32
1.2.1.2. A Ética na Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência	39
2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL	41
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA (SUMC) DE UM HOSPITAL RE- GIONAL DO RIBATEJO	41
2.1.1. Projeto de Intervenção em Serviço	47
2.1.1.1. Diagnóstico da Situação	48
2.1.1.2. Planeamento	51
2.1.1.3. Execução	53
2.1.1.4. Avaliação dos Resultados	60
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E POLIVALENTE (UCIP) DE UM HOSPI- TAL REGIONAL DO RIBATEJO	62

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	67
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	69
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	80
4. CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio é o resultado final de todo o percurso realizado durante o curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, assente no código deontológico, no Regulamento do Exercício de Profissão de Enfermagem (REPE), nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica (PSC) e no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem na PSC, procurando sempre a excelência no cuidar. Este curso engloba uma componente teórico-prática desenvolvida em sala de aula, que permitiu a preparação para a componente prática do Estágio Final.

Este Mestrado é ministrado pelo Instituto Politécnico de Portalegre em associação, com o Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, criado pelo aviso n.º5622/2016 (EU, 2016), permitindo assim a obtenção do título de Especialista em EMC, na vertente da PSC, por parte da Ordem dos Enfermeiros e alcançar o Grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação positiva na defesa pública do Relatório de Estágio (RE).

O sentimento e a vontade para ingressar neste curso, foi assente no caminho profissional de doze anos da autora, uma vez que presta cuidados num Serviço de Urgência Básico e numa ambulância de Suporte Imediato de Vida, lidando constantemente com doentes críticos, com necessidade de cuidados especializados, surgindo inevitavelmente a importância de desenvolver conhecimentos e adquirir e/ou desenvolver competências para cuidar cada vez com maior qualidade destes doentes e suas famílias.

Foi através do conhecimento e da experiência profissional mencionada anteriormente, que nos apercebemos que a comunicação e as relações interpessoais são uma constante no nosso quotidiano enquanto profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito à comunicação de más notícias em contexto de urgência, tornando-se ainda mais relevante durante o Estágio Final.

O Estágio final desenvolveu-se, maioritariamente num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), de um Hospital Regional do Ribatejo (HRR), que decorreu de 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, contemplando na totalidade 366 horas. De 16 de Setembro de 2019 a 20 de dezembro de 2019 decorreu o estágio no SUMC e de 5 de janeiro de 2020 a 31 de janeiro de 2020 decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HRR. No início do estágio final foram apresentados os objetivos para o mesmo, ou seja, foi realizado um projeto de estágio com atividades planificadas de forma a permitir-nos traçar o caminho a que nos propusemos (Apêndice I).

No primeiro contexto do Estágio Final, e como foi o mais longo, foi-nos também solicitado o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em serviço que elaborámos (Apêndice II), onde foram delineados os objetivos, atividades e indicadores de avaliação a serem desenvolvidos e que juntamente com este relatório potencializaram uma análise e uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2011), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico na vertente PSC (Diário da República, 2018), assim como as Competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (Diário da República, 2016).

A realização deste projeto e a sua concetualização basearam-se na metodologia de trabalho de projeto, assente numa prática reflexiva que procura identificar problemas com base na melhor evidência científica e desenvolver estratégias para a sua solução (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A metodologia do projeto é organizada em diferentes etapas, desde do diagnóstico, planeamento, desenvolvimento de atividades e estratégias para dar resposta aos objetivos, avaliação e divulgação de resultados (Ruivo *et al.*, 2010) que irão ser abordadas neste relatório.

O projeto de Intervenção “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência” foi desenvolvido por forma a contribuir para uma melhor prática clínica dos profissionais de saúde e para o desenvolvimento de formação nesta área temática, de forma a promover a excelência dos cuidados de saúde no global e de enfermagem em particular. Após uma reunião com a Enfermeira Chefe do SUMC, o Enfermeiro Responsável e os Chefes de Equipa de Enfermagem, numa reflexão conjunta chegou-se à conclusão que era uma área muito pouco explorada, em que a maioria dos enfermeiros não tinham formação, nem grande

know how para lidar com a transmissão de más notícias em contexto de urgência/ emergência, sendo assim uma área identificada como passível de melhoria.

A abordagem deste tema deve-se também ao fato da autora exercer funções num Serviço de Urgência Básica (SUB) e numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e ser confrontada muitas vezes com a angústia de ter que informar família e/ou ente querido sobre uma má notícia (MN), sendo que em algumas situações, após a transmissão da notícia permanece a dúvida se esta foi transmitida da melhor forma, bem como o verdadeiro entendimento de quem recebe a notícia. Além destas situações, existe ainda a dificuldade em saber quem deve, como o deve fazer, em que local e que atitudes devem ser tomadas após a comunicação da MN.

Perante os fatos descritos anteriormente, a realidade do serviço, a opinião da equipa, a experiência da autora, pudemos concluir que a inexistência de documentos orientadores de suporte a esta área no SUMC do HRR e a não uniformização de atitudes de apoio à família poderiam ser melhoradas com a existência de normas, instrumentos de trabalhos ou protocolos referentes à comunicação de más notícias.

Galvão, Valfreixo & Esteves (2015) defendem que a comunicação é uma atividade básica, de ordem social, do qual se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização dando origem às identidades individuais.

Como defendem Galvão *et al.*, (2015), a transmissão de más notícias à pessoa doente/família/ente querido é indispensável nas competências dos profissionais de saúde, uma vez que produzem um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social destes. Uma boa relação interpessoal, baseada na confiança, na empatia e no respeito, pode ajudar na adaptação à má notícia repentina, contribuindo para uma melhor qualidade de vida futura da família/ente querido.

Com a certeza de que poderemos encontrar novas respostas para problemas já existentes através da investigação/ação, surge este projeto de intervenção, para que exista uma melhoria nos processos de comunicação nos cuidados de saúde, especialmente em contexto de urgência e uma aceitação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências em comunicação de más notícias.

Este relatório tem como objetivos: Descrever e analisar criticamente o percurso efetuado nos estágios e o projeto de intervenção e comprovar com base na teoria e evidência científica as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica: PSC e de Mestre em Enfermagem.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos distintos, o primeiro referente ao Quadro Teórico-Concetual da temática fazendo referência à teoria utilizada neste relatório, assim como a fundamentação teórica utilizada; no segundo capítulo é explorado o Desenvolvimento do Estágio Final, fazendo referência aos contextos de estágios, com a caracterização dos serviços, assim como a dinâmica destes. Neste é divulgado e desenvolvido o projeto de intervenção realizado ao longo do Estágio Final, abordando a metodologia do projeto bem como as etapas que a compõem. No terceiro capítulo, irá ser feita uma Análise Crítica e Reflexão das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC e por último a Conclusão, onde constam sugestões consideradas relevantes para o futuro, quer a nível de estudos, quer em relação a intervenções a implementar, com o objetivo de melhorar a prática diária dos enfermeiros.

Este documento orienta-se pelas normas de referenciação da Escola Superior de Saúde de Portalegre, regendo-se pelo acordo ortográfico vigente.

1. QUADRO TEÓRICO-CONCETUAL

Neste capítulo iremos aprofundar conhecimentos em diversos âmbitos. Deste modo serão abordados os seguintes temas: Teoria de Joyce Travelbee e a Comunicação como componente central na Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita. Neste último tema irão ser desenvolvidos alguns pontos: a Comunicação de Más Notícias, o Protocolo *SPIKES*: Contributo basilar na orientação para a Comunicação de Más notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência e a Ética na Comunicação de Más Notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência.

1.1. TEORIA DE JOYCE TRAVELBEE

Fawcett (2005) define teoria como um ou mais conceitos concretos e específicos que têm como objetivo especificar o fenómeno associado ao modelo concetual.

As teorias de enfermagem revelam ser elementos essenciais que compõem a linguagem específica, objetivando solidificar a Enfermagem como ciência e arte na área da saúde (Alcântara, Silva, Freiburger & Coelho, 2011). Estas têm colaborado para a formação de uma base sólida de conhecimento em Enfermagem. (Garcia & Nobrega, 2004).

Após uma reflexão, e de acordo com o projeto a desenvolver, foi escolhido para a realização deste trabalho o Modelo de Relação Pessoa a Pessoa, da teórica Joyce Travelbee.

A Teórica de enfermagem Joyce Travellbee foi uma enfermeira que trabalhou em contexto de psiquiatria, tendo também sido educadora e escritora, tendo falecido no ano de 1973, com apenas 47 anos (Tomey & Alligood, 2002).

O desenvolvimento do seu modelo foi influenciado pela sua experiência no ensino de enfermagem, no curso base e na sua prática inicial em instituições de caridade Católicas. A seu ver, os cuidados de enfermagem necessitavam de compaixão e que a enfermagem precisava

de uma revolução humanística (um retorno do centro de interesse à função de cuidar) (Tomey & Alligood, 2004).

Travelbee terá sido influenciada pelo Modelo de Ida Jean Orlando, que foi sua orientadora nos estudos em Yale. O modelo proposto por Travelbee detém algumas semelhanças com o modelo de Orlando (Tomey & Alligood, 2004).

As analogias entre os modelos são sugeridas pela afirmação de Travelbee “de que enfermeira e doente interagem um com o outro e pela sua definição do propósito de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004: 468)”.

No modelo de Travelbee encontramos quatro pressupostos (metaparadigmas): Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente.

Enfermagem: é definida por Travelbee como “um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia um indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a lidar com a experienciada doença e do sofrimento e, se necessário, a encontrar sentidos nestas experiências” (Tomey & Alligood 2004: 470).

Pessoa: é definido como ser humano, e quer a enfermeira quer a pessoa cuidada são seres humanos. E de acordo com Travelbee (1964), um ser humano é único e insubstituível encontrando-se num processo de tornar-se, evoluir e transformar-se de forma contínua.

Saúde: para Travelbee a saúde pode ser objetiva e subjetiva. A saúde objetiva “é uma ausência de doença perceptível, incapacidade ou defeito conforme avaliado por meio de observação física, análises laboratoriais, apreciação por médico espiritual ou conselheiro psicológico” (Tomey & Alligood, 2004: 471). A saúde subjetiva é em estado de bem-estar definido pelo próprio, tendo em conta a auto-estima do estado físico-emotivo-espiritual (Tomey & Alligood, 2004).

Ambiente: este pressuposto não é propriamente definido por Travelbee no seu modelo. São definidas as experiências de vida vivenciadas por todos os seres humanos como o sofrimento, a esperança, a dor e a doença e a condição humana. Estes contextos podem ser equiparados ao ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

Ao descrever o seu modelo, Travelbee define os principais conceitos, são eles: Enfermeira, Comunicação, Interação enfermeira-doente, Uso terapêutico de *Self*, Empatia, Simpatia, Harmonia, Doença, Sofrimento, Dor, Esperança, Desespero, Interação, Necessidade de enfermagem e Relação Pessoa a Pessoa.

Sabendo que o modelo possui estes conceitos, optamos por definir os mais pertinentes para a temática em questão:

Enfermeira: detém um corpo de conhecimentos especializado e a competência para o usar com o intuito de prestar auxílio a outros seres humanos a fim de prevenir a doença, reconquistar a saúde, encontrar sentido na doença ou manter o mais elevado nível de saúde. E é também um ser humano (Tomey & Alligood, 2004).

Comunicação: é um procedimento que pode permitir à enfermeira criar uma relação pessoa-a-pessoa, dando origem na sua sequência, à satisfação do propósito de enfermagem, designadamente, assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e do sofrimento e se for preciso, ajuda-los a encontrar sentido nestas experiências (Tomey & Alligood, 2004).

Interação enfermeira-doente: “ (...) refere-se a qualquer contato entre uma enfermeira e uma pessoa doente. E caracteriza-se pelo fato de ambos os indivíduos verem o outro de forma estereotipada (Tomey & Alligood, 2004: 469)”.

Uso terapêutico do *Self*: é a habilidade de usar a sua personalidade conscientemente e com total conhecimento, numa tentativa de começar uma relação e de organizar a intervenção de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Empatia: “ (...) é um processo através do qual um indivíduo é capaz de compreender o estado psicológico do outro (Tomey & Alligood 2004: 470).” De acordo com Travelbee (1964), a pessoa empática pode compreender o sofrimento do outro, e assim reconhecer a sua causa e antecipar o comportamento resultante.

Simpatia: “ (...) implica o desejo de ajudar um indivíduo que está a passar alguma tensão (Travelbee, 1964: 68)”. Travelbee (1964) refere que a pessoa simpática experimenta a angústia do outro, sentindo-se comovido e tenta ativamente fazer algo que o ajude.

Harmonia: é um procedimento, um acontecimento, uma experiência ou uma série de experiências por que passam, concomitante a enfermeira e a pessoa cuidada. É constituída por um amontoado de pensamentos e sentimentos inter-relacionados, sendo que estes pensamentos, sentimentos e atitudes são passados, ou comunicados, por um ser humano a outro (Tomey & Alligood, 2004).

Relação Pessoa a Pessoa: É, em primeiro lugar, uma experiência ou série de experiências entre uma enfermeira e aquele que recebe o seu cuidado. A principal característica destas experiências é que as necessidades de enfermagem do indivíduo (ou família) são satisfeitas (Tomey & Alligood, 2004).

No que se refere aos **pressupostos teóricos** da teoria eles são divididos em 12:

1. O desígnio da enfermagem é atingindo através do estabelecimento de uma relação pessoa-a-pessoa;
2. A condição humana é compartilhada por todos os seres humanos e é de natureza bifurcada;
3. A maior parte das pessoas irá experimentar a alegria, o contentamento, a felicidade e o amor numa ou noutra altura da sua vida em diferentes níveis;
4. Em dada altura das suas vidas, todas as pessoas serão confrontadas com a doença e a dor (sofrimento mental, físico ou espiritual) e finalmente com a morte;
5. O conhecimento da enfermeira sobre o doente vai influenciar em grande parte a qualidade e quantidade de cuidado de enfermagem;
6. As palavras, doente e enfermeira são estereótipos e são proveitosos apenas para economia comunicativa;
7. Os papéis da enfermeira e do doente têm de ser ultrapassados para criar uma relação pessoa-a-pessoa;

8. A doença e o sofrimento são batalhas espirituais, bem como experiências físico-emotivas;
9. O processo de comunicação permite à enfermeira criar uma relação pessoa-a-pessoa e dessa forma cumprir o propósito da enfermagem;
10. Os indivíduos podem ser apoiados a encontrar sentido na experiência da doença e do sofrimento. Os sentidos podem consentir ao individuo lidar com os problemas criados por estas experiências;
11. Os valores éticos e espirituais da enfermeira, ou as suas crenças filosóficas sobre doença e sofrimento, irão delimitar até que ponto ela será capaz de auxiliar os indivíduos e as famílias a encontrar um sentido (ou a não existência de um) nestas penosas experiências;
12. É da incumbência da enfermeira auxiliar os indivíduos e as famílias no descobrimento de um sentido na doença e no sofrimento, se for necessário.

É através do pressuposto teórico n.º 9, “O processo de comunicação permite à enfermeira criar uma relação pessoa-a-pessoa e dessa forma cumprir o propósito da enfermagem”, que surge o modelo de Travelbee, Modelo da Relação Pessoa-a-Pessoa, sendo este um modelo de interação enfermeira-doente, que será explicado através da seguinte figura.

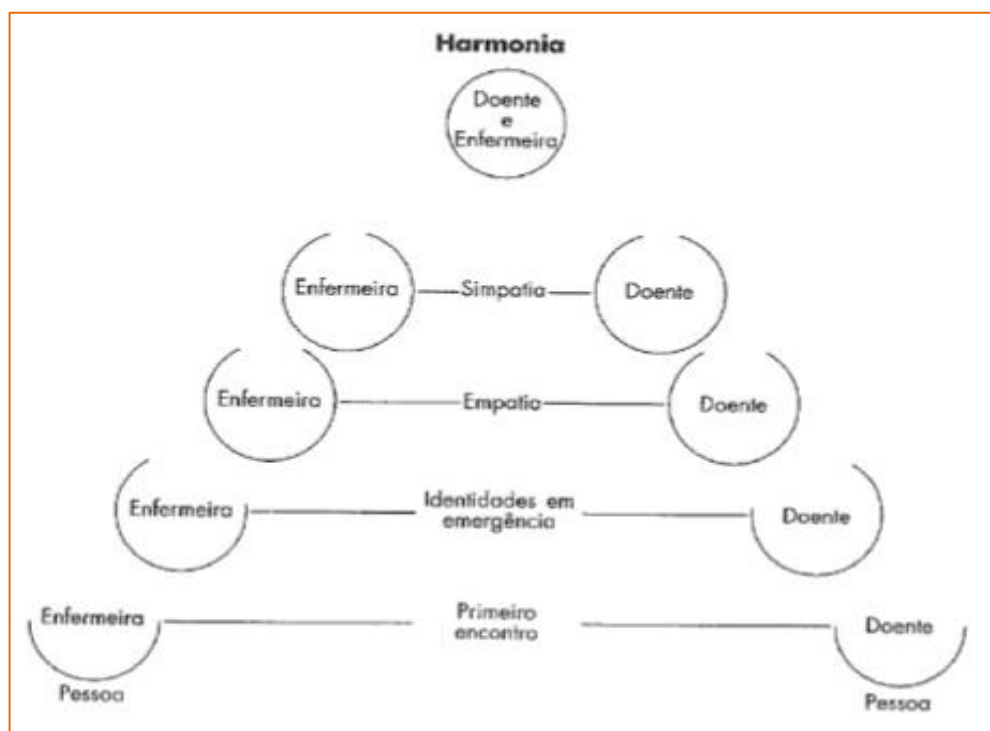


Figura n.º 1 - Modelo da Relação Pessoa-a-Pessoa (Fonte: Tomey & Alligood, 2004)

Como se pode observar pela figura n.º1, este é um modelo que preconiza vários encontros/fases entre enfermeira-pessoa cuidada (doente), ao longo dos quais se vai estabelecendo uma relação. Os semicírculos no ponto do primeiro encontro assinalam a eventualidade e a necessidade de desenvolver o encontro para uma relação terapêutica. À medida que o processo de interação prossegue no sentido da harmonia os círculos reúnem-se num círculo completo, que representa que o potencial de uma relação terapêutica foi atingido (Tomey & Alligood, 2004). De seguida, caracterizamos os vários encontros.

1.Primeiro encontro: é caracterizado pelas primeiras impressões que a enfermeira e a pessoa alvo de cuidado têm um do outro. A enfermeira e a pessoa cuidada vêm-se um ao outro em papéis definidos (pela sociedade).

2.Identidades em emergência: a enfermeira e a pessoa cuidada vêm-se um ao outro como indivíduos únicos, começa-se a formar o laço de uma relação.

3.Empatia: esta fase é caracterizada pela capacidade de partilha da experiência da outra pessoa. O resultado do processo empático é a capacidade de antever o comportamento do indivíduo com que se cria a relação de empatia. Este processo, segundo Travelbee (1964) era melhorado através de duas qualidades: as semelhanças da experiência e o desejo de alcançar a outra pessoa.

4.Simpatia: acontece quando a enfermeira deseja aliviar a causa da doença ou do sofrimento da pessoa cuidada. É esperado que a enfermeira conceba ação de enfermagem que ajude, depois de atingir a fase da simpatia. Para Travelbee (1964: 70), “a simpatia é calor e bondade, uma expressão específica de compaixão, uma qualidade de cuidado experimentada num nível de sentimento e comunicada por um ser humano para outro.

5.Harmonia ou Rapport: é representada por ações de enfermagem que aliviam a angústia da pessoa cuidada. A enfermeira e a pessoa cuidada relacionam-se de ser humano para ser humano. A pessoa alvo de cuidado manifesta crença e confiança na enfermeira. Na perspetiva de Travelbee (1963), o rapport é uma forma particular pelo qual compreendemos e nos relacionamos com os nossos semelhantes. É constituído por um conjunto de pensamentos e sentimentos interligados: interesse e preocupação pelos outros, empatia, compaixão e simpatia; uma atitude não julgadora e respeito por cada pessoa como ser humano único. “Rapport implica um interesse em se deslocar

em direção ao outro porque nos importamos com eles – porque estamos preocupados com o seu bem-estar” (Travelbee, 1963: 71).

Shelton (2016), refere que o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa tem o potencial para um uso global dentro da enfermagem, uma vez que todos somos humanos, todos nós sofremos e temos angústia.

Fawcett (2005) definiu um conjunto de critérios de forma a avaliar e analisar as Teorias de Médio Alcance e as Grandes Teorias. Eles são: a significância, a consistência interna, parcimónia, adequação pragmática, testabilidade e indicadores empíricos. Os dois últimos são diferentes para avaliar grandes teorias e teorias de médio alcance. Com base nestes critérios iremos efectuar uma análise do Modelo de Relação Pessoaa-Pessoa.

Relativamente á significância, que segundo Fawcett (2005) concentra se no contexto da teoria, consideramos que está presente. Shelton (2016:661) refere “a grande Teoria de Travelbee, de Relação Pessoa-a-Pessoa fornece aos enfermeiros uma base necessária para se conetar terapêuticamente com outros seres humanos.”

Relativamente à consistência interna, Fawcett (2005) refere que este critério concentra-se tanto no contexto como no conteúdo da teoria. É requerido por este critério que todos os elementos da teoria (afirmações filosóficas, modelo conceptual, conceitos e pressupostos teóricos) sejam congruentes. Os conceitos da teoria devem refletir uma clareza semântica e consistência semântica.

Segundo Tomey e Alligood (2004) não é uma teoria simples, uma vez que possui muitas variáveis, existem conceitos que não são claramente definidos e há conceitos que possuem a mesma definição. Shelton (2016) afirma que apesar de ser uma teoria complicada e baseada em definições, tem os passos delineados claramente para entender os seus conceitos. Face a estes dois autores, consideramos que a teoria não apresenta consistência interna.

Fawcett (2005) no critério de parcimónia concentra-se também no conteúdo da teoria, onde é solicitado que esta seja declarada da forma mais económica possível, ou seja, quanto menos conceitos e pressupostos foram necessários para explicar completamente os fenómenos de interesse melhor. Com base nesta definição de Fawcett, consideramos que o não apresenta

parcimónia, uma vez que possui muitos conceitos. “O objectivo ou propósito de enfermagem, conforme a definição de enfermagem de Travelbee não é coerente com ênfase da sua apresentação (Tomey, & Alligood, 2004: 474).”

No que respeita à adequação pragmática, Fawcett (2005) evidencia a utilidade da teoria para a prática de enfermagem. A exequibilidade é determinada por uma avaliação da disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários para estabelecer as acções de enfermagem com base na teoria (Fawcett, 2005). Assim determinamos que o modelo possui adequação pragmática. “A teoria de Travelbee tem um âmbito de aplicação alargado (...), a teoria pode ser útil, porque o cuidar é uma característica principal da profissão de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004: 475-476).”

Quanto à testabilidade esta dirige-se também ao conteúdo da teoria e da sua capacidade de ser testada. Fawcett (2005) refere que este critério se verifica quando foram desenvolvidos instrumentos específicos ou protocolos experimentais para se observar os conceitos teóricos e as técnicas estatísticas disponíveis para avaliar as afirmações efetuadas pelas proposições. Shelton (2016) declara que o modelo encara os doentes como indivíduos únicos e que os seres humanos estão de acordo com as diretrizes e expectativas atuais instituídas pelas agências como o instituto de Medicina, a American Nurses Association e a Joint Commission for Hospital Accreditation.

Por tudo o que foi explanado anteriormente, podemos afirmar que esta foi a teoria com que mais nos identificámos, por ser uma teoria que aborda a relação enfermeiro-pessoa cuidada, tendo em conta a sua relação emocional, física e psicológica, relação essa que só é estabelecida através de uma boa comunicação.

1.2. A COMUNICAÇÃO COMO COMPONENTE CENTRAL NA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE MORTE SÚBITA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

De acordo com Nunes (2016: 45), a comunicação “é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afectos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos.”

A comunicação é um elemento base para a prática diária do enfermeiro, sendo assim para Barbosa & Neto (2010: 462), “a comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia”.

A morte súbita em contexto de urgência surge como um acontecimento súbito e para o qual não existe preparação prévia, o que exige aos profissionais de saúde, principalmente à equipa de reanimação, nomeadamente os enfermeiros, competência na abordagem e estabilização das situações de colapso súbito, assim como na gestão do processo de morrer e do luto familiar (Sousa, 2013). É importante existir a consciencialização que o processo complexo de comunicar notícias negativas deve ser adaptado a cada pessoa e a cada situação. Deste modo, o serviço de urgência tem características particulares e distintas de outras áreas, que é necessário valorizar (Carneiro, 2017).

De seguida, iremos aprofundar os seguintes temas: Comunicação de Más Notícias, Protocolo *SPIKES*: Contributo basilar na orientação para a Comunicação de Más notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência e a Ética na Comunicação de Más Notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência.

1.2.1. Comunicação Más Notícias

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005: 23).

Para existir a comunicação é necessário “um conjunto de coisas simples que podem ser ditas e feitas, que asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sentem. Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos” (Barbosa & Neto, 2010: 462).

Para Phaneuf (2005), existem diversos comportamentos e maneiras de ser do profissional de saúde que podem prejudicar ou favorecer a comunicação, são eles: a postura e as atitudes

corporais, os gestos, a distância, o contato visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral e o tocar.

Segundo Bastera *et al.*, (2007), podem ser definidos:

- O reforço da confiança na família e na equipa de saúde;
- O desvanecimento de dúvidas e incertezas;
- O facilitar que a pessoa cuidada decida por si a adesão ou a recusa a certos tratamentos que ele possa considerar inapropriados ou fúteis;
- A possibilidade de resolver assuntos pessoais e familiares pendentes;
- Enfrentar a conspiração do silêncio;
- Atenuar o efeito de possíveis ameaças (quer no domínio físico quer psicológico);
- Reduzir o medo e a ansiedade;
- Aumentar a cooperação, facilitando o alcance de uma morte digna.

No decorrer da comunicação poderão existir diversos obstáculos que a podem influenciar negativa ou positivamente. Existem verdadeiros obstáculos que prejudicam as trocas entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e a família desta, podendo mesmo ocorrer obstrução aos cuidados, tais como: os limites dos sentidos na pessoa cuidada/família, o nível de educação dos interlocutores, as diferenças culturais, a suspeição em relação às enfermeiras e aos cuidados, as diferenças nos usos e costumes, as diferenças na perceção dos sexos, o receio de uma quebra de confidencialidade, a perceção do papel da família, a orientação temporal, a língua falada, os valores, a religião e a espiritualidade, a diferença de idade, o desenvolvimento intelectual e o estatuto social, o desenvolvimento intelectual da pessoa cuidada/família, o estatuto social dos interlocutores, as manifestações de deferência social e os preconceitos e estereótipos sociais (Phaneuf, 2005).

Para a comunicação ser funcional, esta deve ser circular e contínua “sem ruptura de nível ou de retroacção. A comunicação possui um carácter cibernético, quer dizer que o enunciado de um dos parceiros influencia, exerce um efeito de controlo sobre a reacção do outro” (Phaneuf, 2005: 26).

De acordo com Stefanelli & Carvalho (2012), a comunicação permite ao ser humano partilhar as suas vivências e experiências, o que permite estar em constante interação uns com os outros.

Como defende Diogo (2017: 21):

“No paradigma de enfermagem da integração-interação, os enfermeiros integraram a abordagem do holismo nos seus cuidados, valorizando as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas, e no seu cerne os relacionamentos próximos. Porém, os cuidados centrados no relacionamento fizeram emergir questões relacionadas com as emoções dos enfermeiros e dos clientes em interação, pois todo o processo relacional está impregnado de emoções”.

Diogo (2017: 23), reconhece a ligação afetiva entre os enfermeiros e os familiares, “cujos benefícios é a qualidade da relação (enquanto cuidado) decorrentes da proximidade e de uma melhor compreensão que, por sua vez, vai contribuir para desenvolver a própria relação”. Este autor “defende que o envolvimento emocional na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo para que a ajuda seja dada; o enfermeiro ajuda o cliente/família a integrar a experiência subjetiva com uma visão externa da situação.” (Diogo, 2017: 23).

Diogo (2017: 23) refere que:

“Este envolvimento emocional promove o sentimento nos clientes de serem respeitados e considerados e também de se sentirem mais confiantes, e deste modo sentem-se cuidados, gerando um estado emocional de tranquilidade e confiança que é apaziguador da angústia, revolta e agressividade, levando a aceitar e a compreender mais facilmente os eventos stressantes, as más notícias ou alguma coisa que não corra a seu favor”.

De fato, os enfermeiros promovem a estabilidade nas relações através da gestão dos relacionamentos, pois os episódios de conflitos constituem fonte de perturbação emocional para as pessoas cuidadas e família e também para os próprios enfermeiros (Diogo, 2017).

A comunicação de más notícias é uma constante no quotidiano dos profissionais de saúde, no entanto continua a ser uma tarefa difícil, rodeada de imensos fatores intrínsecos e extrínsecos que interferem no processo comunicacional.

Comunicar, só por si, é complexo, mas a situação torna-se mais difícil quando a informação que se pretende transmitir é uma má notícia, ou seja, uma notícia que acarreta impacto

negativo na vida da pessoa, nos seus planos de vida e perspectivas de futuro. Esta matéria tem suscitado especial atenção na saúde, em muitas áreas da prestação de cuidados. O paradigma da relação entre o profissional de saúde, a pessoa cuidada e a família tem vindo a mudar e é reconhecido que é preciso desenvolver competências na relação e comunicação (Nunes, 2016).

Buckman (1992: 11) define má notícia, como sendo “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro.” Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, visto ser uma tarefa complexa e geradora de grande stress e sofrimento, quer para a pessoa cuidada /família, quer para os profissionais de saúde.

A comunicação de más notícias por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente em situação de morte, é uma realidade e este processo de comunicação afigura-se difícil. Não propriamente pela dificuldade em comunicar, o que também pode acontecer, mas sim, e principalmente, pela dificuldade em se comunicar uma má notícia, particularmente, a morte da pessoa, especialmente quando esta ocorre de forma inesperada. Conforme Costa (2009) realça, a vivência da morte de um familiar, de um amigo ou, no fundo, de uma pessoa significativa, é das experiências de vida que acarreta maiores desafios e que implica uma maior adaptação para a família, mas também para cada pessoa. Isto porque, a má notícia é informação que agrega uma grande carga emocional e pode mudar a vida e a perspectiva de alguém, sendo, por um lado, difíceis de dizer e por outro, difíceis de ouvir (Camargo, Lima Brietzke, Mucci & Góis, 2019).

O processo de comunicação de más notícias, particularmente da morte, percebe-se difícil e delicado para os profissionais de saúde, como os enfermeiros, por exemplo, pois está em causa a comunicação de uma situação delicada e que se sabe que vai trazer sofrimento. Deste modo, a perda que a morte provoca é penosa para os familiares (que a experienciam), mas também o é para os profissionais de saúde (que observam quem experiencia), dado o sentimento de impotência para ajudar (Costa, 2009). Portanto, “o que faz com que a comunicação de má notícia (CMN) seja tão difícil é o fato de ela confrontar sentimentos de ambos os lados da comunicação: o paciente ou a família, que tem que lidar com a tristeza e o desespero da informação, e o profissional, que tem que lidar com sua autoconfiança, porque

devem ser capazes de lidar com seus próprios sentimentos, bem como com a reação do ouvinte” (Camargo *et al.*, 2019).

Como defendem Brito, Costa, Andrade, Oliveira & Francisco (2014), a notícia difícil tem inerente a si uma quantidade de significados que provocam reações em todos os envolvidos, nomeadamente quando se está perante a situação de morte, pelo que a sua comunicação se revela ainda mais difícil e complexa. Indo de acordo com os autores mencionados em cima, Pereira, Calcâneo, Lemonica & Barros (2017), referem que, comunicar más notícias ou morte é uma tarefa difícil para o enfermeiro, que assiste ao sofrimento de quem recebe a notícia, sentindo-se impotente, pois embora queira ajudar, não tem nem há como. Portanto, este processo de comunicação acarreta dificuldades e algumas delas são elencadas por Silva, Santos & Castro (2016): Dificuldades na comunicação de notícias difíceis; Desenvolvimento de habilidades dessas comunicações; Repercussões dessas notícias; Formação Profissional e Relação enfermeiro-pessoa cuidada.

Como refere Pereira, Fortes & Mendes (2013), a comunicação das más notícias em saúde, é uma área de grande dificuldade na relação da pessoa/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, como já foi referido anteriormente. Por um lado, tal como destaca a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o enfermeiro “estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes”, ou seja, “estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” (Pereira, 2005). Para tal, ao enfermeiro são atribuídas várias competências comunicacionais, as quais são elencadas neste regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2011):

- Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;
- Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência;
- Assegura que a informação dada à pessoa e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;

- Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência;
- Comunica com a pessoa e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder;
- Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada;
- Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

Tendo em conta que a comunicação de más notícias, nomeadamente no contexto de morte súbita, é uma realidade com que, particularmente, neste caso, os enfermeiros se confrontam diariamente no SUMC e que “o processo de comunicar, enquanto procedimento dinâmico em si e ajustado às circunstâncias dos elementos que o compõem, é extremamente importante na tentativa de responder às diversas necessidades individuais” (Sousa, 2018: 52), urge a necessidade de se compreender o processo de comunicação da má notícia e de se identificarem as estratégias de comunicação de más notícias, particularmente em situação de morte inesperada, utilizadas pelos enfermeiros.

Segundo Toutin-Dias, Daglius-Dias & Scalabrini-Neto (2016), após a realização de um estudo, num serviço de urgência, a transmissão de más notícias acontece maioritariamente no primeiro contato entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada/família. De acordo com estes mesmos autores, a falta de tempo para criar uma relação interpessoal através da comunicação, assim como o fato de os profissionais de saúde não terem um conhecimento antecipado da situação da pessoa cuidada/família é uma particularidade do serviço de urgência, o que acaba por fazer com que a comunicação de más notícias seja uma tarefa mais desafiadora.

Uma das queixas mais frequentes e que são apontadas pelos alunos num estudo é a insuficiência de modelos para a comunicação de más notícias, havendo estudos que demonstram que os alunos estão recetivos à aprendizagem de habilidades de comunicação (Camargo *et al.*, 2019). Tal, revela que a formação de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, tem que contemplar a comunicação de más notícias, sendo que existem evidências que demonstram que sem treino e formação, as habilidades em comunicar más notícias dificilmente melhoram com a experiência (Camargo *et al.*, 2019).

Para além das competências comunicacionais que o enfermeiro deve possuir e que são necessárias para o desempenho da sua função, verifica-se que, tal como Camargo *et al.*, (2019) sublinham, tendo por base diferentes estudos, muitos profissionais de saúde ainda não são capazes de comunicar más notícias ou de estabelecerem um contato e comunicar com a família, têm dificuldades em perceber como fazê-lo, demonstrando medo e ansiedade face ao tema, apresentando impactos físicos, como por exemplo, o aumento da frequência cardíaca.

Para as habilidades em comunicação serem reforçadas, é elementar a implementação de programas de desenvolvimento de competências comunicacionais em saúde. Existem estudos que revelam que os profissionais de saúde exigem a aquisição e aprofundamento de estratégias de comunicação para utilizar com a pessoa cuidada e família (Brás & Ferreira, 2016), isto é, para que os enfermeiros, possuam competências comunicacionais, as quais são essenciais para o desempenho adequado das suas funções, é necessário que as mesmas sejam adquiridas, desenvolvidas e treinadas e por estas razões, devem estar contempladas na sua formação.

Veríssimo & Sousa (2014), revelam nos seus estudos que, mesmo com muita, pouca ou nenhuma experiência, ou até mesmo da preparação para lidar com a proximidade da morte, é crucial desenvolver estratégias que contemplem a expressão verbal e os sinais não-verbais, tendo em vista uma experiência de cuidado positiva. É essencial que os enfermeiros saibam e consigam comunicar más notícias e por isso mesmo, devem desenvolver estas competências ao longo da sua formação, até porque como já se percebeu, a comunicação da morte acarreta desafios para estes profissionais. Sobre os desafios da comunicação, em particular, da comunicação positiva, Banerjee *et al.*, (2016), sublinham as tensões dialéticas, o ónus de transmitir más notícias, a falta de habilidades para fornecer empatia, as barreiras institucionais percebidas, as situações desafiadoras e divergências entre a enfermeira e a pessoa cuidada. Estes autores desenvolveram e implementaram um programa de formação em habilidades de comunicação para enfermeiros, em que ficou evidente que a formação é viável e acarreta benefícios, tendo tido um impacto significativo na auto-eficácia e na captação de habilidades de comunicação dos enfermeiros. Tal como no estudo de Banerjee *et al.*, (2016), também estes investigadores verificaram a viabilidade, aceitabilidade e os benefícios da formação, a qual também ajudou a melhorar e aumentar a confiança dos enfermeiros para debaterem

questões sobre a morte, sobre a comunicação da morte e sobre os cuidados em fim de vida (Coley *et al.*, 2015).

Na *scoping review* realizada (será apresentada detalhadamente posteriormente) foram seleccionados 11 artigos. Os achados encontrados revelam que a comunicação de notícias difíceis ou da morte faz parte do trabalho do enfermeiro, visando contribuir para um fim de vida digno e por tudo aquilo que implica, o sofrimento de quem recebe a notícia e o sentimento de impotência de quem a transmite, acarreta alguns desafios e dificuldades para os enfermeiros: Dificuldades na comunicação de notícias difíceis; Desenvolvimento de habilidades dessas comunicações; Repercussões dessas notícias; Formação Profissional; Relação enfermeiro-pessoa cuidada, assim como a utilização de protocolos (Pereira *et al.*, 2017). Apesar de uma das nossas intervenções sobre a comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no SUMC emergir sobre o protocolo *SPIKES*, um dos artigos seleccionados aborda um protocolo usado por vezes por alguns profissionais de saúde na região do Brasil, apesar de não ter sido o protocolo utilizado neste projeto de intervenção consideramos importante referi-lo, designa-se protocolo *PACIENT*.

Wright (2013) descreve o Protocolo *PACIENT* e avalia a sua aceitação.

O protocolo *PACIENT*, tem por base uma mnemónica e é constituído por sete passos com base na palavra que dá nome ao protocolo:

P - Preparar-se. O médico deve munir-se de toda a informação relevante, tal como exames laboratoriais, clínicos e de imagem. O ambiente deve também ser preparado para a comunicação da má notícia, por forma a garantir a privacidade e o conforto.

A - Avaliar quanto a pessoa cuidada sabe sobre a sua doença;

C - Convite à verdade. Aplicar um questionário pré-definido por forma a suscitar a curiosidade e o "querer saber" por parte da pessoa cuidada;

I - Informar de forma clara e inteligível tendo em conta o nível cultural e a idade da pessoa cuidada;

E - Emoções. Lidar com as emoções da pessoa cuidada, considerando as diferenças étnicas;

N - Não abandonar a pessoa cuidada. Oferecer continuidade de cuidados;

T - Traçar uma estratégia. Envolver a pessoa cuidada valorizando a autonomia e individualidade nas decisões.

De acordo com o despacho n.º 10319/2014, no artigo 21º, ponto 3, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento (médicos e enfermeiros) na SUB, SUMC e/ou SUP, devem ter de acordo com o artigo 21º - capítulo V “Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stresse e de conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”” (Diário da República, 2014: 20673-20678), fazendo parte das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica (Despacho n.º 10319/2014, V, c): 20673-20678).

Pelo que foi explanado anteriormente, torna-se essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possuam competências comunicacionais e tenham ao seu dispor estratégias que os ajudem a comunicar notícias difíceis às pessoas e também às suas famílias, como também o ajudem a lidar com os que recebem a notícia e a qual provoca um grande sofrimento e tem um grande impacto a nível emocional nos mesmos (Camargo *et al.*, 2019).

De seguida, apresentamos um dos protocolos utilizados para dar suporte à comunicação de más notícias.

1.2.1.1. Protocolo *SPIKES*: Contributo basilar na orientação para a Comunicação de Más notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência

A forma como se transmite uma má notícia pode levar a um grande impacto na experiência do processo de doença e morte. Se essas notícias forem comunicadas de uma forma incorreta, podem fazer com que exista equívocos, sofrimento prolongado e ressentimentos, mas se

a comunicação for adequada e bem realizada, pode existir compreensão, aceitação e adaptação (Fallowfield & Jenkins, 2004).

Como defendem Serra & Albuquerque (2006: 76) “a comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão”. Estes mesmos autores referem que uma comunicação assertiva diminui a ansiedade e conflitos de emoções, o que faz dela uma ferramenta terapêutica importante para a relação profissional de saúde e utente/família (Serra & Albuquerque, 2006).

É neste contexto que surgem os protocolos ou guias de orientação, que se tornam fundamentais, pois descrevem considerações importantes, no sentido de aliviar os sentimentos mencionados anteriormente, para a família/utente que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a transmitem (Pereira *et al.*, 2013).

Para Galvão *et al.*, (2015), o conhecimento de protocolos permite modificar atitudes, agir de forma mais responsável e segura, transmitindo aos profissionais de saúde maior capacidade e menor dificuldade nesta área.

Vários esforços têm vindo a ser enviados no sentido de apoiar os profissionais na difícil tarefa de comunicar más notícias. Entre os protocolos existentes, destacamos o protocolo *SPIKES* por ser o mais adaptado às características culturais dos EUA, Europa e Austrália e por ser um protocolo versátil, que tanto pode ser direcionado para a pessoa cuidada como para a família e/ou ente querido (Baile *et al.*, 2000). De acordo com Ferreira, Araújo & Madeira (2018: 9) este protocolo representa “uma sequência racional e fácil de incorporar na prática clínica”.

Segundo Pereira *et al.*, (2013: 231), “este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia, tanto para os pacientes que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a compartilhem.” Para estes, “os principais componentes deste protocolo incluem a demonstração da empatia, reconhecendo e avaliando os sentimentos do paciente, explorando a sua compreensão e aceitação das más notícias e fornecer informação sobre possíveis intervenções” (Pereira *et al.*, 2013: 231-232).

O protocolo *SPIKES* é um exemplo do novo modelo de comunicação com a pessoa cuidada, família e/ou ente querido. É um mnemónico que pode proporcionar mais segurança ao profissional de saúde e que apresenta quatro objetivos principais: saber o que a pessoa cuidada e os seus familiares estão a entender da situação como um todo (ajuda o profissional de saúde a saber por onde começar); fornecer as informações de acordo com o que a pessoa cuidada e a sua família suportam ouvir; acolher qualquer reação que pode vir a acontecer e, por último, ter um plano (Baile *et al.*, (2000) e Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara (2011)).

O protocolo *SPIKES* citado por Lino *et al.*, (2011) descreve seis passos sendo que cada letra representa uma fase sequencial para comunicar situações de más notícias.

S	<i>Setting up</i>	Preparando-se para o encontro
P	<i>Perception</i>	Perceber a pessoa cuidada/família
I	<i>Invitation</i>	Convidar para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitir as informações
E	<i>Emotions</i>	Expressar emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumir e Organizar estratégias

Figura n.º 2 – Protocolo *SPIKES* (Fonte: Lino *et al.*, 2011)

Fase *Setting up* (**S**) – Preparação do ambiente de modo a proporcionar privacidade, conforto e disponibilidade. É importante que o profissional de saúde fique atento às necessidades particulares da família, sugerindo a presença de um membro familiar para apoiar a pessoa cuidada, ou outro familiar/ente querido. Deve-se tentar dar a notícia sentado, ou seja, sem nenhuma barreira entre o transmissor da informação e o recetor. A pessoa que transmitir a má notícia deve manter contato visual com a pessoa cuidada/família, usar o toque e não demonstrar ansiedade através da linguagem corporal; (Pereira *et al.*, 2013).

Algumas indicações a ter em conta são (Knight, 2004):

- Não delegar a tarefa;
- Confirmar e ter disponível a informação médica e de enfermagem da pessoa cuidada;
- Procurar um local privado, calmo, sem elementos distrativos;
- Prevenir interrupções (por exemplo: fechar a porta do gabinete, avisar restantes profissionais);
- Perguntar à pessoa cuidada/família se prefere estar acompanhado e se assim o desejar, perceber qual o grau de afinidade do acompanhante.

Se vários familiares estiverem presentes na sala de espera, sugerir que escolha um ou dois significativos;

- Transmitir que há tempo para explorar a situação e os problemas (por exemplo: permanecer sentado);
- Facilitar a relação entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada/família (por exemplo: Estabelecer contato visual com o olhar ao nível da pessoa/família e sem objetos que interfiram);
- Outras: ter lenços de papel disponíveis.

Fase *Perception* (**P**) – Verificação da percepção em relação à situação. Avaliar a extensão dos conhecimentos e sentimentos do utente/família através de perguntas abertas (Pereira *et al.*, 2013).

Para Knight (2004), existem algumas tarefas que podem facilitar esta fase:

- Dar tempo à pessoa cuidada/família, não interromper nas pausas, ser paciente;
- Ter atenção ao nível de compreensão da pessoa cuidada/família e adequar o vocabulário usado;
- Interrogar o familiar diretamente sobre o que pensa ser o impacto da notícia no seu futuro.

Fase *Invitation* (**I**) – Consiste em obter informação sobre o desejo da informação. A pessoa cuidada/familiar são questionados diretamente sobre o que querem saber (Pereira *et al.*, 2013).

Segundo Knight (2004) existem indicações úteis nesta fase, são elas:

- Ter em conta que as pessoas lidam com a informação de maneira diferente tendo em conta características como a idade e o contexto socio-cultural (Raça, Religião);
- Pedir autorização; fazer um convite explícito;
- Se a pessoa não quer saber, mostrar disponibilidade. Não dar informação que a pessoa não queira. A maioria vai querer saber mais tarde.

Fase *Knowledge* (**K**) – A informação é fornecida adequadamente à pessoa cuidada/familiar. A má notícia deve ser partilhada com suavidade, ou seja, deve ser transmitida

direta e honestamente, mas de forma gradual. A linguagem deve ser clara e simples (Pereira *et al.*, 2013).

De acordo com Knight (2004), o profissional de saúde deve esperar e observar a reação da pessoa cuidada/família, podendo posteriormente prosseguir com a informação mais detalhada, tendo em conta as seguintes sugestões:

- Utilizar vocabulário adequado à compreensão da pessoa cuidada/família, evitando termos técnicos se for o caso;
- Evitar frases longas e preferir dar a informação em pequenas parcelas, verificar se a pessoa cuidada/família percebeu e dar espaço (exemplo: silêncio) para questões;
- Evitar eufemismos, não minimizar a gravidade da situação;
- Não ser demasiado frontal pois isso pode predispor o recetor à tendência de culpar o profissional de saúde, prejudicando a relação inter-pessoal;
- Não dizer que não há nada a fazer.

Fase *Emotions (E)* – Reconhecimento das emoções e reações da pessoa cuidada e família, sendo esta a chave para a resposta empática (Pereira *et al.*, 2013).

Dicas que facilitam esta resposta empática:

- Dar tempo;
- Observar a emoção;
- O choro e o silêncio devem ser respeitados e não inibidos;
- Identificar a emoção (“Estou a perceber que está triste”). Verbalizar a emoção é particularmente útil quando esta não é clara à partida;
- Legitimar a emoção, conectá-la a uma causa e a uma razão;
- Verificar se a pessoa cuidada/família percebeu toda a informação que lhe foi transmitida (Knight, 2004).

Fase *Strategy and Summary (S)* – Esta fase serve para que o profissional de saúde resuma a informação transmitida numa linguagem que a pessoa cuidada/família compreenda, planeando as novas intervenções (Pereira *et al.*, 2013).

Para Knight (2004), ter um plano para o futuro diminui as dúvidas e preocupações da pessoa cuidada/família, para que se discuta um plano é fundamental conhecer o contexto sociocultural, o nível de entendimento da família acerca da situação a decorrer, e o impacto nas suas rotinas.

Ideias úteis nesta fase são:

- Perguntar quem quer ser informado;
- Sumariar;
- Se a pessoa cuidada/família continua com dúvidas, responder;
- Perguntar se o familiar é capaz de conduzir até casa e se tem alguém à sua espera;
- Assegurar a continuidade dos cuidados, agendar contato seguinte, transmitir disponibilidade e apoio (no caso de um serviço de urgência essa continuidade torna-se impossível, apesar de por vezes ser possível recorrer a um psicólogo e solicitar auxílio na altura da notícia).

De acordo com Buckman , Korsch & Baile (1998), existem frases facilitadores que ajudam a verbalizar e racionalizar emoções tais como:

➤ Respostas empáticas:

- “**Percebo** o quão angustiante isto seja para si” ou “**Compreendo** que não estivesse à espera desta notícia”;

➤ Respostas validadoras:

- “**É normal** reagir assim neste tipo de situações” ou “Muitas outras pessoas **sentem o mesmo** que está a sentir”:

➤ Respostas Exploratórias:

- “**O que quer dizer** com “já não aguento mais”” ou “**Pode explicar-me** o que o preocupa mais”.

Para Buckman (1998), a utilização deste tipo de frases pode reduzir o isolamento da pessoa cuidada/família, transmitindo solidariedade e validade dos sentimentos e pensamentos da destes, como normais e expetáveis.

Dualidades nas etapas da comunicação de más notícias – Modelo <i>SPIKES</i>		
S	Antecipar frustração (Profissional de saúde e pessoa cuidada/família)	Sinceridade
P	Aceitar negação/Não confrontar	Corrigir informação errada
I	Aceitar o direito de não querer saber	Disponibilidade
K	Evitar eufemismos	Nunca dizer que não há nada a fazer
E	Sensibilidade e Respeito	Evitar paternalismo e a excessiva emoção
S	Tratamento não possível	Resolução dos problemas futuros da pessoa cuidada/família

Quadro n.º1 – Dualidades nas etapas da comunicação de más notícias – Modelo *SPIKES* (Fonte in Ferreira, Araújo & Madeira, 2018: 527-538)

~

Considerando o que foi aprofundado anteriormente, como refere Silva (2017: 17) “desenvolver competências de comunicação de más notícias é um desafio constante e são as próprias experiências que melhor nos poderão ajudar no seu desenvolvimento, no entanto existem aspetos tidos como essenciais para uma comunicação eficaz”. Aspetos esses que se referem à aquisição de conhecimentos práticos e habilidades com a ajuda de protocolos existentes, para que exista um desenvolvimento na relação terapêutica, com o objetivo de adquirir capacidades para agir em situações imprevisíveis e ambientes não controlados (Silva, 2017).

De acordo com Baile *et al.*, (2000), a comunicação de más notícias é uma tarefa complexa, além de possuir uma componente verbal, esta inclui ainda responder às reações da família e/ou ente querido, lidando com a parte emocional deste, é neste aspeto que surge a questão da ética na comunicação de más notícias. Beauchamp & Childress (2011) defendem a existente de quatro princípios da bioética: Autonomia, onde é estabelecida a condição do indivíduo exercer a sua liberdade de escolha sem coerção; Beneficência, que implica agir em benefício de terceiros; Não maleficência, que interdita a que seja causado qualquer tipo de danos a terceiros; Justiça, que implica um tratamento adequado a cada indivíduo.

No próximo subcapítulo iremos abordar este último assunto de forma mais detalhada.

1.2.1.2. A ética na Comunicação de Más Notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência

Na prestação de cuidados de saúde são diversas as questões éticas que surgem aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

No que se refere à relação entre enfermeiro-pessoa cuidada/família, a comunicação de más notícias é uma das situações mais difíceis e complexas, quer devido à gravidade das situações, quer também pela polémica que existe em torno de quem, como, quando, onde e o que comunicar à pessoa e à sua família.

A **Declaração dos Direitos do Homem** (1948: 4), no seu **artigo 1.º** dizia que: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir uns com os outros num espírito de fraternidade."

O **Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem** (1996: 4), no **artigo 8.º** refere que: 1 - No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos; (...) 2- Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. É de acordo com este artigo que o enfermeiro especialista na competência do domínio da sua responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Para além do REPE, os enfermeiros no exercício das suas funções têm como suporte deontológico a lei 156/2015, que engloba a deontologia profissional. É relevante referir que para a elaboração deste trabalho, selecionámos apenas os artigos que considerámos pertinentes para enquadrar o nosso trabalho.

No **Código Deontológico dos Enfermeiros** (2015: 8), no seu **artigo 105º** afirma que o enfermeiro *"no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter."* (Lei 156/2015). Enquanto membro central da equipa de saúde o enfermeiro tem o direito de acesso à informação *"sobre os aspetos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado"*

(**alínea f do nº 2 do Artigo 75º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**), pelo que não podem abstrair-se destes fatos, pois são reais necessidades das pessoas.

São estes princípios orientadores que servem de base à **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** da Direção Geral da Saúde (1998), que representam um passo importante na dignificação das pessoas doentes, pelo respeito pela sua particular condição e na humanização dos cuidados de saúde. Caminho que as pessoas doentes, os profissionais de saúde e a comunidade devem percorrer lado a lado.

O **artigo 99º** da lei acima referida - princípios gerais das intervenções de enfermagem - refere que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da **defesa da liberdade** e da **dignidade** da pessoa humana e do enfermeiro; assume como valores universais a **igualdade**; a **liberdade responsável**, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a) **verdade** e a **justiça**; o **altruísmo** e a **solidariedade**; a **competência** e o **aperfeiçoamento** profissional. São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A **responsabilidade** inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O **respeito pelos direitos humanos** na relação com os destinatários dos cuidados; c) A **excelência do exercício na profissão** em geral e na relação com outros profissionais.

O **Artigo 110º** desta mesma lei, referente à humanização dos cuidados, menciona que o enfermeiro, assume o dever de: a) Dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Segundo Pereira (2005), o ato de comunicar uma situação de má notícia, constitui um dilema ético para os profissionais de saúde. De acordo com este autor, citado por Pereira *et al.*, (2013: 231), esse ato:

“Deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da autonomia, princípio da justiça e o princípio da não maleficência, aplicados de acordo com a especificidade de cada situação, os valores implícitos em cada um deles e o respeito pela dignidade da pessoa humana e pela sua autonomia.”

De seguida, iremos abordar o desenvolvimento do Estágio Final, assim como o nosso projeto de intervenção, realizado durante esse estágio.

2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL

Por forma a descrever e analisar o percurso desenvolvido que contribuí para a aquisição de competências como enfermeira especialista e mestre, torna-se primordial efetuar a caracterização dos locais onde decorreu o estágio final, sendo eles o Serviço de Urgência Médico-cirúrgica e UCIP de um HRR. No que diz respeito ao estágio realizado no SUMC irá ser apresentado o projeto de intervenção realizado nesse serviço, abordando todas as fases metodológicas para a sua consecução.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA (SUMC) DE UM HOSPITAL REGIONAL DO RIBATEJO

No dia 16 de setembro de 2019 teve início o estágio final mais longo que iríamos ter, com duração de 16 semanas. Apresentámos ao serviço de urgência num turno da manhã, onde fomos recebidas pela Enfermeira Chefe, o Enfermeiro Coordenador que colabora na gestão do serviço, que fizeram uma breve apresentação do serviço e da equipa. Logo de seguida, foi apresentada a enfermeira que iria coordenar e orientar o nosso estágio, especialista na área Médico-Cirúrgica com vertente na PSC. Ao longo do turno foi realizada uma conversa descontraída, onde houve uma troca de ideias e clarificação dos objetivos do estágio, assim como as oportunidades para o desempenho de atividades a desenvolver para aquisição das competências necessárias.

Para que haja facilidade na execução dos objetivos propostos é fundamental o conhecimento da realidade do serviço. Por esta razão, a primeira semana de estágio foi de conhecimento, integração e interação com a equipa.

Os serviços de urgência têm como missão a prestação de cuidados diferenciados e especializados em todas as situações clínicas de instalação súbita em que se encontra estabelecido ou eminente o risco de falência ou compromisso das funções vitais. Em muitas situações, são estes os serviços que servem de porta de entrada no SNS (Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes: Gabinete de Informação à Família).

O HRR tem uma área de influência que engloba 15 concelhos, no seu conselho serve uma população de cerca de 266 mil habitantes. O SUMC do HRR tem uma estrutura física complexa, mas com dimensões reduzidas atendendo à população que abrange. Dispõe das seguintes especialidades e serviços: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia.

No ano de 2019 este serviço sofreu uma grande alteração, onde foi aberto um novo espaço dominado Sala Aberta com capacidade de 14 camas e 4 cadeirões, com a possibilidade de duplicar a capacidade de acolhimento aos doentes em momentos de contingência.

O SUMC situa-se no piso 02, piso comum com o Bloco Operatório (BO) e o Serviço de Imagiologia, mas encontra-se longe da Unidade de Cuidados Intensivos que se localiza no piso 6, sendo necessária a utilização de um elevador, que é exclusivo do SU para a transferência da PSC. No piso 7 situa-se a especialidade de Ortopedia e Cirurgia, para onde são encaminhados a pessoa cuidada com critérios para ortopedia e cirurgia na triagem acompanhado por um auxiliar.

A equipa de enfermagem do SUMC é constituída por um total de oitenta e oito enfermeiros, encontrando-se no momento do estágio alguns de baixa e outros em horário fixo. Os enfermeiros são distribuídos 14 no turno da manhã, 12 no turno da tarde e 10 no turno da noite. Esses enfermeiros são agrupados em cinco equipas, compostas por 14, 18 e 17 enfermeiros e duas equipas por 16. Nessa equipa de enfermagem existe sempre um enfermeiro responsável por turno, que é especialista. Este por norma fica alocado à SE, tendo também como função apoiar e supervisionar a equipa. O SUMC é coordenado e gerido pela enfermeira chefe, juntamente com um enfermeiro responsável, sendo este especialista.

O circuito da pessoa cuidada neste serviço inicia-se com a inscrição no guiché dos administrativos ao qual se segue a realização da triagem que tem por base a Triagem de Manchester. A Triagem de Manchester é um tipo de triagem que classifica a gravidade da situação de cada pessoa, permitindo uma rápida identificação de prioridade de atendimento, pois de acordo com a gravidade da situação é atribuída uma cor, pessoas emergentes é atribuída cor vermelha, Muito Urgentes a cor Laranja, Urgentes a cor Amarela e Pouco Urgentes é atribuída a cor (Ministério da Saúde, 2012).

Se for um caso de pessoa com patologia emergente (Cor vermelha), transportado pelo INEM ou Bombeiros, cuja tripulação considerem existir risco de vida iminente ou que venham em manobras de reanimação, esta tem acesso imediato à sala de emergência, onde é accionada uma campainha, para alertar a equipa alocada à sala de emergência. Após a reanimação e/ou estabilização da pessoa, esta é encaminhada para salas da unidade de observação, BO ou UCIP do HRR.

Após a triagem a pessoa cuidada é distribuída por salas diferentes, de acordo com a prioridade atribuída, o que facilita a organização do serviço, existindo, assim, uma vigilância das pessoas de acordo com a complexidade da sua situação clínica. Existe uma sala para pessoas com prioridade Azul e Verde que fica no primeiro corredor, onde são observadas pelos médicos de clínica geral ou medicina interna e onde posteriormente, se for o caso, realizam tratamento. Após a sala de emergência, ao fundo existe uma sala aberta onde são colocadas as pessoas com prioridade Amarela, Laranja e Vermelha. Nessa sala, após observação médica ficam em vigilância ou ficam internadas a aguardar vaga num serviço de internamento, na Unidade de Observação Médico I/II (UOM) ou na Unidade de Observação Cirúrgica (UOC).

De acordo com a Lei n.º15/2014 de 21 de março, todas as pessoas têm direito a um acompanhante nos serviços de urgência, existindo um conjunto de exceções plasmadas: “1 - Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável, sem prejuízo do disposto nos n. 1 e 2 do artigo 17.º; 2 - O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos; 3 - Nos casos previstos nos números anteriores, compete ao profissional de saúde responsável pela prestação dos cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento” (Diário da República, 2014: 2129).

No SUMC existe um Gabinete de Informação à Família (GIF), que funciona das 10h às 22h e constitui um posto de trabalho, em que o enfermeiro é o elo de ligação do familiar com a restante equipa multidisciplinar. A criação do GIF no SUMC surgiu de uma reflexão por parte da equipa acerca das informações telefónicas solicitadas por familiares e entes queridos,

somando a necessidade imperiosa da proteção de dados e sigilo profissional. Este cenário traduzia-se diretamente na insatisfação por parte das famílias em relação ao horário de atendimento telefónico, aos horários de visitas não cumpridos e dificuldade da equipa de enfermagem em dar resposta a todas as solicitações. As famílias manifestavam a sua insatisfação de forma informal e formal (através do Livro de Reclamações e Sugestões), sendo que a própria equipa de saúde sentia insatisfação e dificuldade em responder com eficiência às solicitações. Antes da criação do GIF existiam diariamente 3 períodos de visita, informações telefónicas fornecidas através de vários telefones e postos de trabalho.

É o enfermeiro responsável pelo GIF que analisa a necessidade de intervenção de outros profissionais (médico, assistente social) e acompanha as visitas, contribuindo desta forma para uma maior organização do serviço. No período das 22h às 10h é o enfermeiro Chefe de Equipa que garante a continuidade do processo de informação ao familiar ou pessoa de referência. O estabelecimento de parcerias com a pessoa cuidada no planeamento do processo de cuidados, bem como o envolvimento dos conviventes significativos da pessoa cuidada no processo de cuidados são pilares na satisfação da pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Semanalmente é realizada pela enfermeira chefe a distribuição dos enfermeiros pelas áreas de trabalho. Estes ao iniciarem o turno dirigem-se a um dossier onde essa divisão está feita e vão diretamente para o seu posto de trabalho. Por norma, em cada turno existe um enfermeiro responsável, sendo esse especialista, com funções de responsável de serviço, mas que presta cuidados. Relativamente à metodologia de trabalho, é utilizado o método individual de trabalho, mas de inter-relação e interajuda entre a equipa.

Durante o EF a maioria dos turnos foram realizados na SE e na Sala Aberta. A SE é uma sala ampla que permite a privacidade da pessoa cuidada e simultaneamente uma visão constante da mesma, tendo capacidade para 2 pessoas, separados por cortinas. Esta é uma sala que assegura o apoio urgente ou emergente a pessoas em situação crítica, com condições para a realização de SAV, quando necessário.

Neste serviço, o processo clínico da pessoa é todo informatizado no programa “*SCLínico*”. Foi precisamente neste programa onde senti maior dificuldade pois não estava de todo familiarizada com a sua utilização. O “*SCLínico*” permite registar toda a atividade clínica relacionada com cada episódio de urgência, agilizando o fluxo de informação entre os diversos

profissionais de saúde (Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnósticos, entre outros). Após a observação direta da utilização do programa por parte da minha orientadora, bem como, uma explicação sobre o mesmo, fui aprendendo a dominar o programa, situação essa que ao fim da semana de integração já não era mais uma barreira.

O meu processo de integração neste serviço teve como aspetos cruciais, o conhecimento do seu espaço físico, a observação da dinâmica dos cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar. O contributo na consulta de documentação existente, nomeadamente instruções de trabalho, protocolos institucionais e projetos futuros em fase de desenvolvimento, foram fundamentais para uma boa integração no serviço.

Durante o estágio, a prestação de cuidados dividiu-se por pessoas com emergências do foro médico como do foro traumático. No âmbito das emergências médicas, prevaleceu a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em PCR, EAP, Disritmias (TSV) e AVC isquémico.

Num dos primeiros turnos, recebemos na sala de emergência, uma pessoa de 52 anos em paragem cardiorrespiratória súbita, pelo que a equipa iniciou desde logo manobras de reanimação. Perante esta situação, e pela experiência de emergência da autora, houve uma integração na equipa de reanimação, nomeadamente nas ventilações e compressões torácicas e validação do efeito das mesmas, indo de acordo ao protocolo PCR institucionalizado no serviço que vai de acordo com o Conselho Europeu de Ressuscitação.

Foi precisamente nesta situação, que existiu logo um contato com a comunicação de más notícias e o apoio à família/ente querido. A notícia do falecimento da pessoa cuidada foi transmitida à família/entes queridos na SE onde se encontrava o corpo da pessoa com o médico, a orientadora e a enfermeira estagiária da especialidade/mestrado em enfermagem. Os entes queridos, que eram amigos entraram na sala, observaram de imediato o corpo do amigo e em poucas palavras foi transmitida a notícia.

Existiu uma necessidade de apoio aos entes queridos, existiu um momento de escuta, de silêncio, de confronto, promovendo a expressão de sentimentos e emoções, tendo em conta a promoção de um ambiente tranquilo (foram encaminhados para a saída da urgência onde se

encontravam os restantes amigos). Após esta intervenção houve um agradecimento por parte daquelas pessoas que foram apanhadas desprevenidas pelo falecimento do amigo.

As situações mais frequentes e que exigiram maior prestação de cuidados à pessoa crítica foram a pessoas com AVC e EAM.

De acordo com as Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), as doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos, sendo que o EAM constitui a terceira causa de mortalidade (DGS, 2007).

Neste SU, encontra-se em vigor a Via verde AVC, em que quando há critérios e após a realização de um TAC ou AngioTac é seguido o protocolo institucionalizado.

Em todas estas situações vivenciadas, houve uma preocupação em seguir todos os protocolos existentes no serviço, assim como em observar e estarmos atentas a todas as orientações ministradas pela orientadora de estágio.

Nas pessoas em situação crítica, internadas, houve uma mobilização dos recursos existentes no serviço, como a entrega do guia de acolhimento à pessoa cuidada e às famílias, assim como o guia de visitas. Se tivermos em conta o estado de ansiedade da pessoa cuidada/família, estas vão necessitar que a informação seja repetida, daí a importância dos documentos escritos (Pereira, 2008).

Em relação às pessoas cuidadas do foro traumático, estas eram vítimas de acidente de viação (veículo de 4 rodas e 2 rodas), quedas de altura e queda de cavalos. Foi nesta área, onde se viveu sentimentos de maior insegurança, por serem situações muito específicas, mas com o conhecimento adquirido com a experiência profissional, com o suporte da orientadora e com os protocolos existentes no SU, esse sentimento foi diminuindo à medida que o tempo e as situações foram surgindo.

Durante o estágio no SUMC, realizámos dois turnos em áreas específicas da enfermagem, no Serviço de Esterilização onde ficámos a conhecer todo o seu circuito e no Gabinete de Prevenção e Controlo de Infeção, onde foram desenvolvidos e adquiridos conhecimentos nessa área.

Foi durante este estágio que se deu início ao projeto de intervenção, após uma entrevista exploratória com a enfermeira responsável do serviço, o enfermeiro coordenador e a orientadora de estágio, e após uma reflexão sobre o que poderia ser melhorado no serviço e após observação direta de uma situação específica, concluiu-se que a área de intervenção iria debruçar-se sobre a “Comunicação de Más Notícias em contexto de morte súbita no Serviço de urgência”, tema que será abordado no próximo subcapítulo.

De seguida iremos abordar o projeto de intervenção realizado no estágio com maior durabilidade, que foi no SUMC.

2.1.1. Projeto de Intervenção em Serviço

O Projeto de Intervenção foi desenvolvido tendo por suporte a metodologia de projeto, que assenta numa investigação sobre um determinado problema que é reconhecido, que posteriormente leva a uma implementação de estratégias e intervenção para a sua resolução. O projeto sistematizado pode ser compulsado na íntegra no apêndice II.

Segundo Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso Licenciatura em Enfermagem (2010), a metodologia do projeto tem como objetivo principal concentrar-se em resolver problemas, adquirindo através desta, capacidades e competências pessoais para elaborar e concretizar projetos numa situação clínica.

De acordo com estes, esta metodologia é uma junção entre a teoria e a prática em que o seu suporte primariamente é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo *et al.*, 2010).

Os autores Castro & Ricardo (2002), defendem que o trabalho projeto requer a participação de cada elemento de um grupo, de acordo com as suas capacidades e com o objetivo de executar um trabalho conjunto, planificado e organizado, com o fim de resolver um problema.

Tudo este trabalho requer recolha e tratamentos de dados, estudo de propostas de solução e avaliação contínua (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Segundo Tavares (1992), a metodologia do projeto é composta por seis fases: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; definição de objetivos; seleção de estratégias e organização de meios; execução e avaliação dos resultados.

2.1.1.1. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação é a 1ª fase da metodologia do projeto, que por sua vez dá início a este projeto de intervenção.

Esta é uma fase que diz “de forma explícita, clara, compreensível e operacional qual a dificuldade com a qual nos confrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características” (Freixo, 2010: 157). Deve ainda ir ao encontro das necessidades da população onde é aplicado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a realização do diagnóstico da situação foram definidos objetivos que devem ser centrados na resolução de um problema detetado. Estes devem ser claros e precisos. O objetivo é sinónimo de meta e de fim (Vilelas, 2017). Como defendem, Ruivo *et al.*, (2010) a elaboração de objetivos é basilar na elaboração de um projeto para dar respostas aos problemas que identificamos. Estes dividem-se em gerais e específicos de acordo com a sua amplitude e complexidade (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim definimos como objetivo geral:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na Comunicação de Más Notícias em Contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência.

E objetivos específicos:

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na comunicação de más notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência;
- Elaborar um Poster Científico baseado no artigo científico efetuado durante o estágio;

- Elaborar um documento sistematizador da temática: Protocolo “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no SUMC: Protocolo *SPIKES*”;
- Divulgar o protocolo à equipa de enfermagem do SUMC.

O diagnóstico da situação foi realizado nas primeiras semanas de outubro. Esta prioridade surge pelo nosso interesse na temática sobre a comunicação de más notícias e por termos observado diretamente desde do início do estágio que a comunicação de más notícias não era executada por alguns profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sendo uma área pouca explorada e através de uma entrevista exploratória não estruturada com a Enfermeira Chefe em que foi perceptível interesse na área para o serviço. Referiu inclusive que já se tinham realizado formações anteriores sobre a temática, validando assim esta prioridade. Seguimos então um dos objetivos do Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, sendo ele “aumentar a segurança na comunicação” (Despacho n.º 1400-A/15 de 10 de fevereiro: 3882).

De acordo com Fortin (2009), as entrevistas têm como função servir de método exploratório, por forma a examinar conceitos e compreender um fenómeno do ponto de vista dos participantes, relações variáveis e estabelecer hipóteses, servir de principal instrumento de medida de uma investigação, servindo assim de complemento a outros métodos, tanto para estudar resultados não esperados como para validar os resultados obtidos com outros métodos. As entrevistas podem ser estruturadas ou não estruturadas. Segundo este mesmo autor, a entrevista não estruturada é aquela em que a entrevista não está predefinida é deixada livre, isto é, à vontade do entrevistador. Aquando da realização da entrevista não estruturada houve o conhecimento de um problema e da necessidade da resolução deste no SUMC. Problema corresponde a um estado de saúde julgado insuficiente pelo indivíduo/comunidade e a necessidade requer a diferença entre o estado atual e aquele que queremos atingir (Tavares, 1992).

Para melhor demonstrar as prioridades e as dificuldades do nosso projeto de intervenção no diagnóstico construímos uma análise swot. A análise swot divide-se em dois tipos de ambiente: interno (aquele que é controlado por quem comanda a organização e que tem como principais variáveis os pontos fortes e fracos) e o externo (que fica fora do controle da organização, constituído pelas oportunidades e ameaças (Chiavenato, 2007).

Ambiente Interno	Pontos Fortes	Pontos Fracos
	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse dos chefes do serviço e dos chefes de equipa; • Bom ambiente entre os profissionais de saúde; • Presença de peritos na área a equipa de enfermagem (Enf.^a Chefe); • Baixo Custo; • Última formação no SUMC há cerca de 10 anos; • Inexistência de um instrumento de trabalho (norma, poster, entre outros); 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem recente, com pouca experiência na área; • Os papéis dos profissionais de saúde que transmitem a comunicação de más notícias não se encontram claramente definidos; • Falta de condições físicas; • Falta de profissionais de saúde; • Pouca motivação para a formação.
Ambiente Externo	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> • Insere-se no domínio dos projetos de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem do centro hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temática de difícil abordagem global.

Quadro n.º 2 – Análise Swot da fase de diagnóstico do trabalho projeto (Fonte: a própria)

Considerando o problema identificado com o diagnóstico da situação, pretendemos contribuir para um aumento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, no que diz respeito à melhoria na comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no SUMC aos familiares e/ou ente querido.

2.1.1.2. Planeamento

Após o diagnóstico da situação, surge a terceira fase da metodologia do projeto, em que é construído um plano detalhado do projeto, isto é, são delineadas estratégias e atividades para que os objetivos anteriormente propostos sejam passíveis de se atingir. É também nesta fase que se executa a realização do cronograma do projeto e se faz o levantamento dos recursos necessários para a execução do mesmo (Ruivo *et al.*, 2010). Esta fase foi efetuada entre o final do mês de outubro 2019 e início do mês de novembro 2019.

Assim, as ações a desenvolver foram planeadas para cada objetivo específico delineado, prevenindo algum constrangimento que surgisse e procurando corrigir esse com ações previamente refletidas. Tudo isto só será possível com a aquisição de conhecimento prévio.

Então para cada objetivo específico delimitámos algumas ações/estratégias e posteriormente a avaliação destas:

Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na comunicação de más notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência:

- Utilização de evidência científica no reconhecimento das intervenções e recursos adequados para a promoção da qualidade das relações interpessoais, enfermeiro/doente/família, através da realização da *Scoping Review*;
- Pesquisa da existência sobre documentos, normas, protocolos, formações sobre a temática na Sala de Reanimação;
- Entrevista exploratória aos chefes de Equipa de Enfermagem e Chefes do Serviço de Enfermagem;
- Reunião com os diferentes atores envolvidos no projeto.

Elaborar um Poster Científico relacionado com o Artigo Científico;

- Pesquisa Bibliográfica;
- Elaboração de um protótipo;

- Recolha de sugestões por parte da orientadora, professora, chefe e dos chefes de equipa.

Elaborar um documento sistematizador da temática: Protocolo “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no SUMC: Protocolo *SPIKES*”;

- Pesquisa bibliográfica;
- Realização de um cartão de bolso com o protocolo resumido;
- Distribuição do protocolo e do cartão de bolso pelos intervenientes;
- Elaboração da versão final.

Divulgar o protocolo à equipa de enfermagem do SUMC.

- Pesquisa Bibliográfica;
- Elaboração do plano da sessão de formação;
- Elaboração dos materiais para a sessão (Power Point);
- Realização de um folheto informativo acerca da sessão de formação;
- Avaliação da sessão;
- Elaboração de um protocolo, tendo por base o Protocolo *SPIKES* no SUMC, nomeadamente na Sala de Reanimação, para a comunicação de más notícias.

Para a realização de todas estas atividades foi planeado um cronograma (Apêndice III).

2.1.1.3. Execução

Esta é a fase onde é colocado em prática o que foi anteriormente planeado (*Ruivo et al.*, 2010).

Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na comunicação de más notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência:

Para assegurarmos este objetivo avançou-se previamente com o agendamento de uma reunião com a enfermeira chefe do SUMC, com o enfermeiro coordenador e com a enfermeira orientadora, por forma a se encontrar estratégias que minimizem ou retifiquem as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem do SUMC em transmitir más notícias, e por forma a percebermos se existiam algum documento orientador, que auxiliasse os enfermeiros a comunicarem más notícias. Com uma conversa, no final da reunião concluímos que não existia nenhum documento e que não era realizado no serviço uma formação sobre o tema há cerca de pelo menos 10 anos. Após esta reunião, teve-se de reagendar uma outra, mas desta vez com os enfermeiros responsáveis pela formação do serviço, assim como, com os chefes de equipa, por forma a percebermos onde existiam as lacunas na transmissão de más notícias e a obtermos orientação e validação para a realização de formação à equipa de enfermagem.

Por forma a justificar a realização do projeto de intervenção e para elaborar uma abordagem profunda sobre a comunicação de más notícias em contexto de morte súbita num serviço de urgência, efetuada por enfermeiros, foi preconizada uma sistematização do conhecimento, com base no objetivo de estudo e na realização de um artigo científico.

Para a realização do artigo científico após a tentativa de efetuar uma revisão da literatura sem sucesso, uma vez que o tema a abordar na pesquisa de dados, só apresentava artigos antigos, decidiu-se realizar uma *scoping review*, uma vez que esta tem como objetivo principal “mapear as evidências subjacentes a um determinado foco de investigação, identificando lacunas, constituindo um esforço preliminar que justifique a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peteres *et al.*, 2017). Para além disto, poderá integrar uma ferramenta informativa de suporte na tomada de decisão e prática clínica dos profissionais de saúde, ou seja, é uma revisão sistematizada, exploratória, que objetiva identificar produção científica relevante numa determinada área, nesse caso a comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no serviço de urgência, que após a análise dos artigos científicos, deu-nos o estudo de estratégias a utilizar pelos enfermeiros na comunicação de más notícias.

De acordo com Peteres *et al.*, (2015), a *scoping review* permite o estudo de diferentes objetos e questões de revisão, exigindo o desenvolvimento de novas abordagens, que são projectadas para sintetizar, de forma mais rigorosa, a evidência.

Realizou-se uma *scoping review* uma vez que esta é um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters *et al.*, 2015). Uma das particularidades desta metodologia é que a mesma não visa analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, dado que o seu objetivo, no seguimento do mencionado, não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica existente (Peters *et al.*, 2015). Segundo Sousa *et al.*, (2018), sustentando-se noutros autores, este tipo de revisão de literatura permite identificar a natureza e abrangência das evidências empíricas, neste caso, as evidências disponíveis acerca das estratégias que facilitam a comunicação de más notícias e que são utilizadas pelos enfermeiros. Para se formular a pergunta de investigação, um “enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2003), recorreu-se à metodologia **PCC** – **Problema, Conceito, Contexto**. Esta metodologia traduz-se numa mnemónica que ajuda a identificar os tópicos-chave (Sanches, Rabin & Teixeira, 2018) e é sendo importante para a condução da pergunta de investigação (Joanna Briggs, 2015). Atente-se ao quadro seguinte:

Acrónimo	Definição	Componentes
P	Problema ou População	Enfermeiros
C	Conceito	Comunicação de Más Notícias
C	Contexto	Intervenção do Enfermeiro na comunicação de más notícias

Quadro n.º 3 – Componentes da Estratégia PCC (fonte: a própria)

Assim sendo, a pergunta de investigação é: Que estratégias de comunicação de más notícias são utilizadas pelos enfermeiros? Os objetivos são elementos fundamentais de toda a investigação, justificando a realização da mesma e orientando o investigador ao longo do processo de investigação (Fortin, 2009). Nesta ordem de ideias, através deste estudo pretende-se identificar as estratégias de comunicação da morte utilizadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias no SUMC. Definido o objetivo e formulada a pergunta de investigação

com base na metodologia PCC, iniciou-se a pesquisa bibliográfica com descritores em ciências da saúde *MeSH: communication; death; nurses*. Assim sendo, e utilizando a estratégia Estratégias Facilitadoras da Comunicação de Más Notícias em Situação de Morte Utilizadas pelos Enfermeiros: Uma Revisão *Scoping & booleana AND*, a expressão de pesquisa inserida nas bases de dados da *PubMed* e da *B-On*, as bases de dados onde se realizou a pesquisa, foi: *communication AND death AND nurses* (na *PubMed*) e *comunicação E morte E enfermeiros* (na *B-On*). A recolha bibliográfica decorreu entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, em duas bases de dados: *PubMed* e *B-On*. Desta forma, inicialmente, na pesquisa efetuada na *PubMed*, obtiveram-se 884 artigos. Para limitar a nossa pesquisa, inseriram-se os filtros de pesquisa *free fulltext* e artigos publicados nos últimos cinco anos, o que resultou em 71 artigos (foram excluídos 813 artigos). Após a leitura do título destes 71 artigos, restaram 14 artigos.

Tendo em conta os critérios de inclusão definidos – abordar a comunicação, a morte e a intervenção de enfermeiros – bem como os critérios de exclusão (comunicação não subordinada ao contexto da saúde, não abordar a morte e intervenção de outros profissionais de saúde que não os enfermeiros), foram excluídos cinco artigos. Após a leitura do resumo dos nove artigos selecionou-se, para esta revisão *scoping*, cinco artigos por serem aqueles que vão de encontro ao objetivo definido e ao assunto em estudo. Por outro lado, na *B-On*, procedeu-se à pesquisa bibliográfica com os termos em português. Para limitar a pesquisa entre os 3070 documentos encontrados, inseriram-se os filtros: texto integral, artigos publicados entre 2014-2019, artigos publicados em revistas académicas e revistas e retiraram-se os artigos duplicados. Assim, após a leitura do título de 855 artigos, selecionaram-se sete e após os critérios de inclusão e exclusão e da leitura do resumo, selecionaram-se seis artigos que abordam a comunicação de más notícias por parte dos enfermeiros. Os artigos selecionados foram designados de E1 a E11.

Atente-se ao quadro que se segue, a qual representa o processo de revisão de literatura realizado nas duas bases de dados.

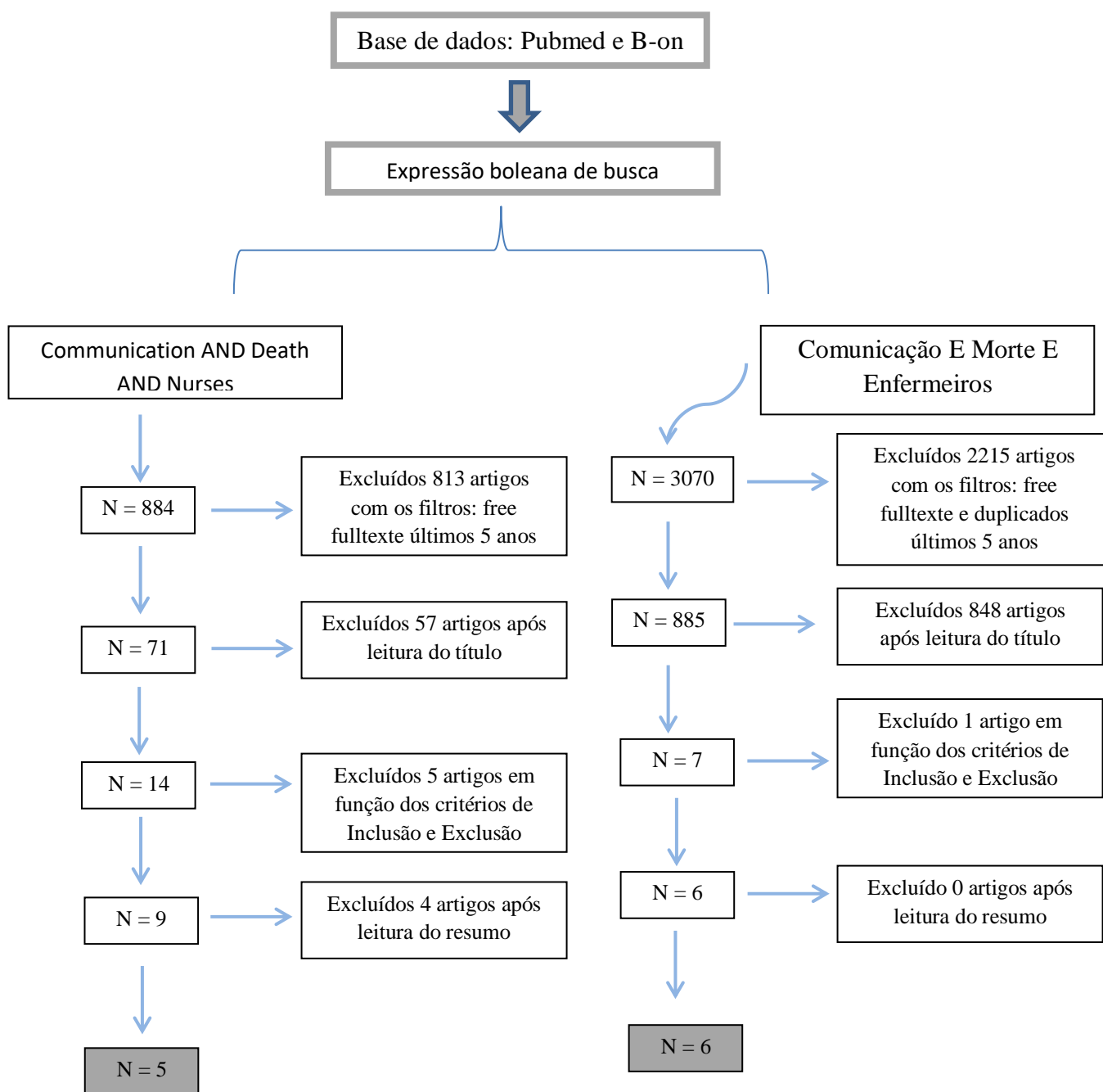


Figura n.º 3 – Fluxograma do processo de revisão da literatura (Fonte: Botelho, Cunha & Macedo, 2011)

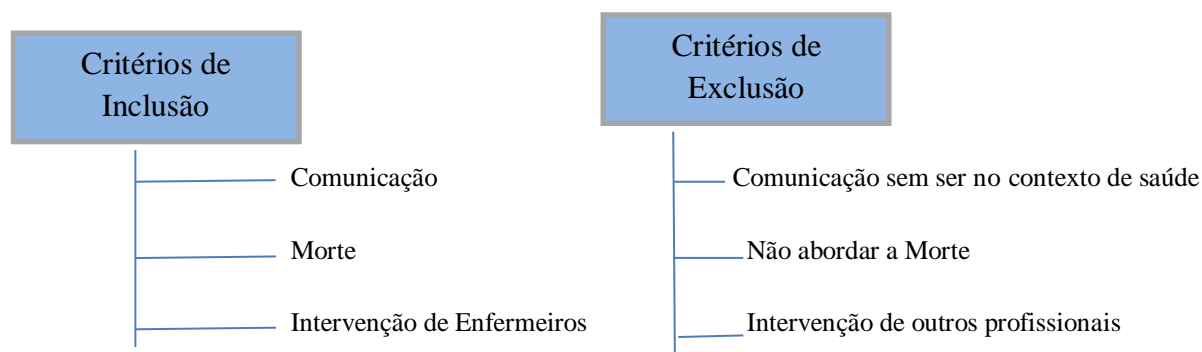


Figura n.º 4 – Critérios de Inclusão e Exclusão da Metodologia PCC (Fonte: a própria)

Para a avaliação dos artigos selecionados, recorreu-se à metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI). Ou seja, para a classificação dos artigos por níveis de evidência recorreu-se às tabelas do JBI (Joanna Briggs, 2019a) e, de igual modo, para a avaliação da qualidade metodológica recorreu-se aos instrumentos de avaliação do JBI (Joanna Briggs, 2019b). Nesta ordem de ideias, assumiu-se que os artigos que apresentassem mais de 50% dos critérios validados com SIM teriam qualidade metodológica e por isso mesmo, seriam incluídos na revisão *scoping*.

Elaborar um Poster Científico relacionado com o Artigo Científico;

Por forma a sintetizar os resultados da *Scoping Review* foi efetuado um Poster Científico, durante o estágio no SUMC, para afixar na sala de emergência desse serviço (Apêndice IV). Para a sua realização foi fundamental escolhermos as informações principais, de modo claro e simples. O objetivo da realização do poster foi atrair a atenção do público e estimular a aproximação de possíveis interessados nos temas expostos para o contato com os autores, ao elaborarmos o poster tivemos atenção no que se refere a este produzir interesse, favorecer a legibilidade e destacar as informações segundo a sua relevância.

Para a concretização do poster tivemos o auxílio da enfermeira chefe do SUMC e da enfermeira orientadora, assim como a professora orientadora, que nos foram guiando para o caminho mais correto e simples.

Elaborar um documento sistematizador da temática: Protocolo “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no SUMC: Protocolo *SPIKES*”;

De acordo com a colheita de dados realizada anteriormente, e após a execução da *Scoping Review* que nos alertou para a importância da existência de protocolos nas instituições para a transmissão de más notícias e face à inexistência de uma guia de orientação/protocolo no SUMC que auxiliasse o enfermeiro na comunicação de más notícias em contexto de morte súbita nesse serviço, incidimos a nossa pesquisa em protocolos existentes utilizados para a prática dessa transmissão de más notícias.

Após uma pesquisa bibliográfica vasta e após a leitura de alguns artigos científicos chegámos à conclusão que o protocolo que mais se adaptava à realidade portuguesa e à família, seria o protocolo *SPIKES*. Esse protocolo foi mostrado à enfermeira chefe do SUMC, ao enfermeiro coordenador e à enfermeira orientadora que concordaram em avançar com a adaptação e aplicação do protocolo no serviço. Depois de uma reflexão em conjunto e como a sessão de formação seria feita após o estágio estar finalizado, foi acordado que durante as passagens de turno, iríamos dar a conhecer o protótipo do protocolo, por forma a termos um feedback por parte da equipa, ao longo das passagens de turno esse feedback foi sendo positivo, o que fez com que avançássemos com a realização final do protocolo.

O protocolo final foi denominado “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no SUMC: Protocolo *SPIKES*” e foi dada a conhecer na sessão de formação realizada no SUMC (Apêndice V). Como não foi possível a presença de toda a equipa de enfermagem na sessão de formação, a enfermeira chefe do serviço ficou responsável em fazer chegar o protocolo e o cartão de bolso a todos os elementos da equipa de enfermagem do SUMC.

Como forma de facilitar a consulta do Protocolo *SPIKES* foi realizado um cartão de bolso com o protocolo resumido (Apêndice VI).

Planeamos que após a aprovação do protocolo, este seria entregue à equipa de enfermagem e realizadas ações de formação para iniciar a sua aplicação no contexto de cuidados. Após seis meses, depois da sua implementação, ficaria programada a realização de

auditorias aos procedimentos com a utilização de *checklist* de auditoria por forma a avaliar o cumprimento do protocolo.

O método de análise por auditoria interna dos cuidados de enfermagem descritos pretendia validar os instrumentos de registo, verificar o cumprimento do protocolo; planear as medidas corretivas e contribuir para a melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem.

O processo de auditoria e monitorização de indicadores, a realizar ao longo do ano abrangendo todos os enfermeiros, deverá ser realizado por um enfermeiro interno com competências reconhecidas no processo de auditoria e/ou o responsável pelo desenvolvimento do projeto no serviço/unidade.

Os resultados das auditorias e da monitorização dos indicadores devem ser rigorosamente apurados para que sejam atempadamente corrigidos os desvios face às metas estabelecidas, devendo ser, para o efeito, introduzidas as medidas de melhoria.

Divulgar o protocolo à equipa de enfermagem do SUMC.

De modo a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na Comunicação de Más Notícias em Contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência e para que a informação chegasse à equipa de enfermagem do SUMC foi realizado uma sessão de formação em serviço a elementos dessa equipa.

Esta sessão foi divulgada no serviço (Apêndice VII) e elaborado um plano de sessão (Apêndice VIII). A sessão decorreu no dia 20 de fevereiro de 2020 encontrando-se em apêndice os diapositivos da sessão (Apêndice IX).

No plano da sessão incluímos os seguintes temas: definição da comunicação, comportamentos e posturas do profissional de saúde, enquadramento legal das competências do enfermeiro, definição de comunicação de más notícias, imperativos éticos e legais na comunicação de más notícias, obstáculos à comunicação de más notícias, estratégias para uma comunicação eficaz: dimensão verbal e não-verbal e protocolos, definição do Protocolo *SPIKES*, Protocolo *SPIKES*: Contexto emergência, orientações gerais quanto à comunicação de más notícias, descrição de uma situação vivenciada e o Protocolo *SPIKES* aplicado à essa situação.

A sessão de formação teve duração de uma hora e contou com quinze participantes. No final foi solicitado aos elementos presentes opiniões sobre a temática e sugestões de melhoria, aplicado em questionário de avaliação da sessão, aprovado pela Enfermeira Chefe e pela Professora Orientadora (Apêndice X). Existiu também após a sessão de formação, uma troca de ideias e de experiências, onde alguns elementos mencionaram situações vivenciadas, que acabou por ser discutido por todos os elementos presentes.

Para desenvolver as atividades utilizamos como recursos materiais, o computador da biblioteca, o projetor audiovisual, os documentos e os dados internos do SUMC, os artigos científicos, a *scoping review* elaborada, os documentos referentes à área, os diapositivos em PowerPoint e o instrumento de avaliação da sessão de formação.

Em relação a avaliação da sessão de formação, de acordo com os questionários preenchidos, esta teve uma avaliação positiva por parte dos participantes. A maioria dos enfermeiros considerou que a sessão decorreu sem quaisquer intercorrências, com um tema bastante interessante e importante na prestação de cuidados de enfermagem de excelência, motivando-os para uma melhoria dos cuidados durante a sua prática clínica.

Após a realização da Ação de Formação foi entregue aos elementos presentes e à Enfermeira Chefe (para entregar os restantes posteriormente) um cartão de bolso com o protocolo resumido (Apêndice VI) e dado a conhecer o Protocolo *SPIKES* para consulta da equipa (Apêndice V).

Como a sessão de formação foi realizada após o estágio final ter sido concluído (por questões do serviço) e que por este motivo segundo a enfermeira chefe, poderiam vir a assistir poucos elementos, existiu o cuidado de durante as passagens de turnos ao longo do estágio a divulgação do protocolo em construção, do cartão de bolso e do Poster Científico alusivo à temática à equipa de enfermagem do SUMC.

2.1.1.4. Avaliação dos Resultados

A avaliação de um projeto implica a averiguação da aquisição dos objetivos definidos inicialmente. Para que essa avaliação seja realizada é basilar ter um método de verificação da

consecução dos objetivos. Assim, podemos ter uma lista dos objetivos iniciais e verificar se cada um foi atingido. Em caso positivo, torna-se necessário questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo ou se, após o término do projeto, constata-se que o mesmo não era relevante, e quais as possíveis justificações (Ruivo *et al.*, 2010).

Com as atividades a que nos propusemos (realização de uma *Scoping Review*, Ação de formação, elaboração de um protocolo, elaboração de cartão de bolso com o Protocolo *SPIKES* e a construção de um Poster Científico sobre a temática), esperamos conseguir dar um contributo válido para melhorar o processo de transmissão de más notícias no SUMC, baseados sempre na evidência científica. Pretendemos melhorar o processo de transmissão de más notícias no SU através das respostas encontradas para o problema emergente, contribuir para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias de enfermeiros e promover uma mudança de atitude e comportamentos visando uma melhoria da situação através da produção de conhecimento.

Por ser um estágio curto, não foi possível efetuar a avaliação do projeto, no entanto fica programada, isto é, a avaliação será feita, posteriormente, através de auditorias, planeadas periodicamente, onde se procederá à verificação da utilização do protocolo sempre que seja necessário a transmissão de más notícias.

Pretendemos que ao final de 6 meses o protocolo seja aplicado e registado nas intervenções de enfermagem no *Sclinico*, em 80% de situações referentes à comunicação de más notícias.

A divulgação de novos projetos e dos resultados a que chegamos é um dever do Enfermeiro, ou de qualquer outro profissional, pois sem esta partilha de conhecimentos podemos estar a colocar em causa os cuidados que prestamos, ou seja, esta é uma etapa igualmente importante, uma vez que é a partir desta que se dá a conhecer o trabalho realizado, assim como todo o percurso que se seguiu e o grau de pertinência deste. A concretização deste relatório realizado no final do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação é também a nossa forma de divulgar os resultados.

Torna-se pertinente referenciar que o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa da teórica Joyce Travelbee, lembra-nos para a relevância do tema do PI no serviço de urgência, nomea-

damente no que diz respeito às atividades realizadas, uma vez que as pessoas que acedem a este serviço, podem vivenciar situações de medo, dúvidas, stresse e angústias, é neste contexto que esta teórica defende que o estabelecimento de uma relação interpessoal, baseada na comunicação, escuta e perceção por parte da pessoa/família em relação a toda a situação que ocorre no serviço, consciencializa os enfermeiros sobre a importância de adquirir habilidades neste aspeto, com a finalidade de humanizar os cuidados (Chistófoto, Zagonel & Carvalho, 2006), proporcionando a satisfação das pessoas no que se refere aos cuidados de enfermagem.

Este projeto de intervenção foi um trabalho que demonstrou o nosso desempenho profissional, o desenvolvimento das competências e conhecimentos, tendo por base a prática, a iniciativa e a motivação. Ao realizarmos este projeto, tivemos a hipótese de conviver com a realidade profissional, de acordo com uma perspetiva de resolução de problemas, o que nos levou a sermos um elemento ativo e participante nessa resolução.

Passamos agora a apresentar o outro contexto de desenvolvimento de competências, a UCIP.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E POLIVALENTE (UCIP) DE UM HOSPITAL REGIONAL DO RIBATEJO

O Estágio teve início no dia 6 de Janeiro de 2020 com a duração de 4 semanas, o objetivo era a realização de 10 turnos, mas por motivos de saúde só me foi possível realizar 6 turnos. Apesar de não ter sido possível a realização completa dos turnos, os que efetuei foram essenciais para compreender a importância de uma unidade de cuidados intensivos e a dinâmica da prestação de cuidados neste contexto.

Iniciámos o estágio no serviço num turno da tarde onde foi apresentada a Enfermeira Chefe, o Enfermeiro Coordenador e o Enfermeiro Orientador, após uma breve conversa entre os três, o enfermeiro orientador iniciou a apresentação do serviço e de toda a sua dinâmica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), as Unidades de Cuidados Intensivos são essencialmente dirigidas ao doente crítico, sendo estas responsáveis por esses aquando e durante o seu internamento, independentemente do local onde este se encontra no hospital, quer

seja na SE (Sala de Emergência) ou nas unidades intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna.

A UCIP, do HRR, situa-se no 6º piso. À entrada da unidade existe um balneário com fardas laváveis, onde os profissionais de saúde despem a roupa que trazem da rua, vestindo essas fardas lavadas, por forma a reduzir o risco de infeção às pessoas cuidadas.

Esta unidade é composta por uma sala ampla e com muita luz natural (open space) com 6 camas, com a possibilidade de acolher qualquer pessoa crítica que necessite de cuidados intensivos.

O centro da sala é composto por um longo balcão de trabalho com computadores, dividido em duas partes, uma parte para a equipa de enfermagem, outra para a equipa médica. Este balcão facilita o contato visual permanente das pessoas cuidadas, o que permite uma vigilância contínua dos seus parâmetros vitais. Junto a esse balcão do lado interno, existe ainda um monitor, onde é possível observar o traçado electrocardiográfico de cada pessoa cuidada, por forma a evitar ou prever complicações.

Existe também uma sala de intermédios com capacidade para três pessoas críticas que não necessitam de ventilação mecânica, nem de cuidados mais complexos. Por norma são pessoas que se encontram mais estáveis a nível hemodinâmico e ventilatório.

Por fim, existe uma sala de isolamento com antecâmaras, com capacidade para uma pessoa, o que por vezes se torna complicado, pois pode acontecer existir mais de uma pessoa infetado ao mesmo tempo.

Em frente ao open space existe uma copa para os profissionais de saúde, onde do lado de fora se encontra monitores visíveis para toda a equipa com os parâmetros vitais e traçado electrocardiográfico de cada pessoa cuidada.

Na unidade individual de cada pessoa cuidada, existe uma cama elétrica com um ecrã *touch*, que permite estar em qualquer posição, pesar, entre outros, um colchão de pressão alternada, um monitor com avaliação dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, um ventilador, equipamento para perfusão, sistema de aspiração de secreções incorporado no ventila-

dor e rede de gases, de acordo com o que está preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Além destes aparelhos, têm meios de monitorização conhecidos como essenciais para a prática da Medicina intensiva incluindo, electrocardiograma, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão arterial média, pressão venosa central (PVC), monitorização da pressão intra-abdominal, saturação periférica de oxigénio (SpO₂), cateterismo venoso central (CVC), ventilação mecânica invasiva e não invasiva e técnicas contínuas de substituição da função renal.

A equipa da unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, que assegura uma assistência contínua, durante vinte e quatro horas. A equipa é formada por 30 enfermeiros, 10 destes especialistas, 4 especialistas em Médico-Cirúrgico e 6 em Reabilitação, 10 assistentes Operacionais, 8 Médicos, Técnicos de Radiologista que executam Rx a todos os doentes em cada turno, fisioterapeuta e administrativa. Por norma, em cada turno existe um enfermeiro responsável, sendo esse especialista, com funções de responsável de serviço, mas que presta cuidados. Em cada turno (manhã, tarde e noite), existem 5 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e a equipa médica. O rácio é de 2 doentes para 1 enfermeiro no open space e 3 doentes para 1 enfermeiro na sala intermédia.

Relativamente à metodologia de trabalho, é utilizado o método individual de trabalho, mas de inter-relação e interajuda entre a equipa.

O plano de distribuição das pessoas por enfermeiro é efetuado pelo Enfermeiro Responsável de turno, através do índice de gravidade e o grau de dependência da pessoa, tendo em conta o índice de carga de trabalho do enfermeiro.

A passagem de turno é realizada na presença de toda a equipa de Enfermagem, permitindo ter uma perspetiva global da situação clínica de cada pessoa, facilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem aos mesmos.

A unidade acolhe pessoas com diversas patologias e necessidades, como do foro cirúrgico, respiratório, médico, situações de trauma, intoxicações, entre outros, possuindo, a maioria,

monitorização invasiva e não invasiva, assim com a possibilidade de suporte de ventilação mecânica.

As pessoas admitidas durante o estágio foram maioritariamente do foro médico, com Pneumonia e Insuficiência Renal Aguda.

A admissão destas pessoas na UCIP é um processo planeado ao pormenor por toda a equipa multidisciplinar, por forma a estabilizar e manter as suas funções vitais.

Ao enfermeiro que fica responsável pela pessoa admitida, compete, antes da admissão deste na unidade, testar todos os equipamentos e dar início a uma monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios. Quando existe necessidade de proceder à ventilação mecânica, adapta-se o ventilador à pessoa, verificando se este ficou bem adaptado ao modo ventilatório, que foi previamente programado pelo médico.

Durante o internamento neste tipo de unidades, o suporte e manutenção dos parâmetros vitais são das intervenções de Enfermagem mais realizadas em pessoas críticas. Por este motivo, compete-nos a nós enfermeiros vigiar, prevenir, detetar essas alterações da estabilidade do doente, e comunicá-las ao médico de serviço, instituindo o mais precocemente possível, as medidas necessárias para que o doente estabilize.

Uma das principais dificuldades sentidas deveu-se ao fato de a experiência profissional na prestação de cuidados intensivos não existir. Com a ajuda do orientador, da informação proveniente da formação inicial, da pesquisa bibliográfica realizada e com a ajuda da equipa multidisciplinar do serviço, estas barreiras foram sendo ultrapassadas.

Durante este estágio, apesar de reduzido, existiu um planeamento dos cuidados individualizados e a sua validação junto dos enfermeiros da UCIP, assim como a vigilância contínua da monitorização electrocardiográfica e hemodinâmica, com o objetivo de detetar situações de instabilidade que pudessem surgir.

Menciono como experiências concretas, a prestação de cuidados à pessoa com necessidade de ventilação mecânica, consequência de pneumonia e cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal.

Por a experiência anterior em cuidados intensivos ser nula, e por ter sentido dificuldade no que diz respeito à ventilação mecânica invasiva, aprofundei e mobilizei conhecimentos, através da consulta de protocolos existentes no serviço, de consulta de bibliografia referente ao assunto, tendo como grande auxílio o orientador, que tentou esclarecer todas as minhas dúvidas, minimizando assim o meu receio do desconhecido. Neste contexto, prestei cuidados à pessoa na manutenção da permeabilidade da via aérea e otimização do tubo traqueal, assim como o reconhecimento de sinais de desadaptação deste.

Realizei colheita de sangue para gasometria e parâmetros analíticos, assim como a interpretação dos resultados, tendo em conta a situação hemodinâmica da pessoa cuidada e a sua situação clínica.

Uma outra área, em que senti dificuldade foi na prestação de cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal, uma vez que o único contato que tive com esta foi a nível teórico durante o curso. Durante um turno e após a consulta bibliografia prévia, o orientador disponibilizou algum tempo para a explicar todo o processo, assim como o funcionamento da máquina e após a sua explicação, tornou-se mais fácil entender o seu mecanismo. Neste serviço, a técnica mais realizada era a de substituição renal contínua, que funciona como uma substituição do rim na regulação da água, eletrólitos e resíduos durante 24 horas por dia e durante vários dias, até a pessoa se encontrar dentro dos parâmetros considerados normais para a sua idade e peso.

Apesar de ter realizado apenas seis turnos, houve a oportunidade de acompanhar a equipa de reanimação da UCIP constituída por um enfermeiro da UCIP e um médico intensivista, numa situação no Serviço de Medicina do HRR com uma pessoa com Insuficiência Respiratória, que acabou por entrar em PCR. Assistimos e colaborámos na implementação de manobras de SAV. Após a situação decorrida existiu um *debriefing* com o orientador, assim como a equipa de reanimação, por forma a discutir e perceber o que foi feito corretamente e o que poderia ter sido realizado.

De seguida passamos para a abordagem da análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPE- TÊNCIAS ESPECÍFICAS E COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o artº 5 do REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) o enfermeiro especialista é

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º161/96, 1996: 3),

que detém,

“ um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a : 8648),

sendo também transversal ao grau de mestre em enfermagem.

De acordo com Le Boterf (2003), competência é um conjunto de aprendizagens comunicacionais e sociais, sendo esta formada por três eixos: pessoa (a sua biografia e socialização), a sua formação educacional e a sua prática profissional. Segundo o mesmo autor, essa competência é um saber agir com responsabilidade e que é perfilhado pelos outros. Com isto, podemos concluir que adquirir competências não se trata apenas do saber-fazer, mas sim da capacidade de se saber-ser e saber-saber de forma ajustada, na resolução de situações complicadas, mobilizando, integrando e transferindo conhecimentos, através de recursos e habilidades num determinado contexto profissional.

Como se trata de um Curso de Mestrado em Enfermagem, em que o estudante não adquire somente o título de enfermeiro especialista, mas também o grau de mestre, torna-se relevante referir, com base no Decreto-lei nº115/2013, que regula o regime jurídico dos graus académicos no Ensino superior, assim como no documento de acreditação do curso apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação no Ensino Superior (EU, 2015), as competências referentes ao Mestre em Enfermagem.

Passamos a citá-las:

- 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;**
- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;**
- 3 – Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;**
- 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;**
- 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;**
- 6 – Realiza análise, diagnóstica, planeia, intervêm e avalia na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;**
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.**

Apesar do projeto de intervenção ser sobre a Comunicação de Más notícias em contexto de Morte Súbita no serviço de urgência, foram, também trabalhadas outras intervenções para que os objetivos estabelecidos para o Estágio fossem atingidos, para que houvesse um desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente à pessoa em situação crítica, assim como a aquisição de competências do grau académico de mestre em enfermagem.

Neste capítulo é realizada uma reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como das competências de mestre em enfermagem, adquiridas e desenvolvidas no decorrer do curso, mencionadas em cima.

3.1. Competências Comuns e de Mestre em Enfermagem

Como referido no artigo 4º do Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista,” estas dividem-se em 4 domínios que são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019: 4745). Por se considerar as competências de mestre em enfermagem interrelacionadas com as competências do enfermeiro especialista, decidimos para uma melhor análise efetuar reflexão conjunta quando adequado.

Dividimos ainda a reflexão das competências de acordo com os seus domínios.

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Promove a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste domínio das competências comuns, integrou-se a competência **nº3** de mestre acima mencionada: **Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.**

A profissão de Enfermagem é regulada por um documento denominado Deontologia Profissional de Enfermagem. A OE em 2015, menciona que essa deontologia é um instrumento poderoso, porque é abrangido por uma lei que caminha lado a lado com a obrigatoriedade jurídica de outras leis do país e vasto, uma vez que nela fazem parte as diversas áreas da prestação de cuidados de enfermagem, em que a sua utilização é basilar na procura do agir profissional diário, orientando e fundamentado as escolhas e decisões do enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2015), ou seja, este documento inclui um conjunto de regras e princípios associados ao dever e obrigação e ao agir de livre vontade.

Ao longo do estágio, como sempre pautámos ao longo do nosso percurso profissional, a nossa conduta foi assente no código deontológico que se encontra descrito no Decreto-Lei 156/2015 de 16 de Setembro, capítulo VI, mantendo a excelência no cuidar em enfermagem, tendo em conta a privacidade do doente, não interferindo na sua vida pessoal e familiar, nem comprometendo a sua segurança ou dignidade humana.

Durante o internamento num serviço, percecionamos poderem existir momentos em que a pessoa não se sente como um ser humano no seu todo, mas sim com um objeto, sentindo-se completamente dependente, necessitando do outro para satisfazer as suas necessidades, isto é, de um cuidado profissional. Neste sentido, tentámos sempre ir ao encontro da pessoa, numa relação de ajuda cuidativa, por forma a que este não sentisse a dependência mencionada anteriormente, tendo sempre em conta o seu bem-estar, fazendo com que esse entendesse que se encontrava num período de transição saúde-doença, que iria ultrapassar, promovendo sempre que possível a autonomia da pessoa cuidada.

Como refere Travelbee citado por Tomey & Alligood (2004) num dos seus conceitos a **Enfermeira**: detém um corpo de conhecimentos especializado e a competência para o usar com o intuito de prestar auxílio a outros seres humanos a fim de prevenir a doença, reconquistar a saúde, encontrar sentido na doença ou manter o mais elevado nível de saúde. E é também um ser humano. É neste sentido que se torna basilar o conceito **Relação Pessoa a Pessoa**: pois “É, uma experiência ou série de experiências entre uma enfermeira e aquele que recebe o seu cuidado. A principal característica destas experiências é que as necessidades de enfermagem do indivíduo (ou família) são satisfeitas” (Travelbee citado por Tomey & Alligood, 2004)

Ao prestar os cuidados de enfermagem à pessoa, respeitámos o seu direito ao consentimento informado, livre e esclarecido e o acesso à informação, assegurando a confidencialidade, existindo apenas passagem de informação com os pares acerca do processo terapêutico e as vontades da pessoa. Tivemos em conta e não menos relevante, o respeito pelas suas crenças religiosas e valores culturais, assim como os da família.

Importa referir que o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Travelbee, indica que o propósito da enfermagem é “(...) assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com

a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar sentido nestas experiências” (Travelbee citado em Tomey e Aligood, 2004: 469).

Perante o exposto pensamos ter desenvolvido e adquirido as competências inerentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como a competência de mestre em enfermagem referida anteriormente.

B- Domínio da Melhoria da Qualidade

B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação;

B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Neste domínio de competências incluímos a competência nº 5 de mestre: **Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.**

De acordo com a Estratégia Nacional para a qualidade na Saúde 2015-2020, qualidade em saúde é explicada como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Despacho nº 5613/15 de 27 de maio: 13550). Neste sentido, encontra-se integrado nesta Estratégia o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que apoia os gestores e os clínicos do SNS na utilização de métodos, procurando objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos aliados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança do doente é da responsabilidade da equipa (Despacho

nº1400-A/15 de 10 de fevereiro: 3882). Apesar de a gestão de risco na prestação de cuidados de saúde, como foi mencionado anteriormente, serem da responsabilidade da equipa, passa sobretudo pelas competências individuais de cada profissional, por essa razão o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica deve ser uma modelo nesta área, uma vez que os objetivos deste Plano são:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

(Despacho nº1400-A/15 de 10 de fevereiro: 3882-3883)

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica têm como finalidade serem “(...) um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2017).

Foi com o apoio e orientação dos enfermeiros orientadores em cada campo de estágio, que se foi identificando e colaborando em projetos de melhoria contínua da instituição e dos serviços.

Uma das nossas preocupações ao iniciar o estágio foi a elaboração de um projeto de melhoria contínua de qualidade. Após uma reunião com a enfermeira responsável pela gestão do serviço, com a enfermeira chefe do SUMC, os chefes de equipa de enfermagem e com a en-

fermeira orientadora, percebemos que o projeto que poderia trazer um maior envolvimento da equipa, levando assim a uma melhoria da pessoa/família, dizia respeito à comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no serviço de urgência.

Por ser uma área importante no que diz respeito à segurança dos cuidados e inserido num dos enunciados descritos dos padrões de qualidade em enfermagem especializados, foi elaborado um cartaz informativo acerca da Prevenção e Controlo da Infeção: Higienização das mãos, realizado de acordo com a DGS (Direcção Geral de Saúde, 2010b) exposto no SUMC do HRR (Apêndice XI).

Em novembro de 2019 assistimos a uma formação em serviço no SUMC com a orientadora acerca da ventilação não invasiva, por ser enfermeira estagiária da especialidade e as vagas já estarem completas não tive direito a certificado de presença na formação.

Fizemos parte de outros projetos como a prevenção das úlceras de pressão e a prevenção da pneumonia associada à ventilação, apesar de não fazermos parte do grupo de trabalho, tivemos o cuidado de conhecer e cumprir as linhas orientadoras e as intervenções, por forma a contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

As úlceras de pressão são um indicador da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que estas aumentam o risco de infeção, diminuem a qualidade de vida das pessoas e dos cuidadores. Em Portugal a DGS, colocou em vigor a Escala de Braden (DGS, 2018), por forma a avaliar o risco de desenvolvimento de UP nas pessoas internadas, neste caso tanto no SUMC como na UCIP. Segundo Pereira (2014: 3), “Uma úlcera de pressão deve ser considerada como susceptível de ser prevenida e não como uma complicação efectiva da doença e da imobilidade, requerendo a sua prevenção, conhecimentos, empenhamentos dos profissionais e recursos”. De acordo com a mesma autora, o enfermeiro tem um papel fundamental na sua prevenção, uma vez que é esse que planeia e executa os cuidados de acordo com os problemas identificados, procedendo continuamente à sua avaliação (Pereira, 2014). Durante o estágio no SUMC, percebemos que existiam algumas pessoas que ainda não se encontravam internadas nas UOM’s e que muitas vezes permaneciam deitadas nas macas na sala aberta mais de 24 horas e não eram avaliadas nem monitorizadas no que diz respeito ao risco de desenvolvimento de UP. Por essa mesma razão, é imprescindível que exista uma auditoria interna para melhorar a prática contínua no que diz respeito a esta situação.

Ao longo do estágio recorreremos à escala de Braden para monitorizar as pessoas pelas quais me encontrava responsável com o objetivo de otimizar os cuidados prestados. Um exemplo realizado para prevenir as úlceras de pressão refere-se aos posicionamentos constantes das pessoas, a utilização de apósitos de proteção da pele, como por exemplo a aplicação de uma placa de hidrocolóide na pirâmide nasal de um doente com ventilação não invasiva por máscara facial.

Foi uma mais-valia ao longo do estágio, termos participado nestes projetos, uma vez que nos fez sentir proativos no seio da equipa de enfermagem. Por forma a promover a qualidade dos cuidados, trabalhamos em equipa multidisciplinar, uma vez que existe a necessidade de diferentes profissões no cuidado à pessoa, isto é, as competências de cada parte em conjunto trabalham para um fim, esse fim é que se obtenha algo de bem para a pessoa/família.

Por ser um ambiente de trabalho stressante a equipa é confrontada por sentimentos e emoções de vários níveis, uma vez que vivenciam situações de grande complexidade. De acordo com o artigo 91 alínea b do Código Deontológico trabalhar em articulação e complementaridade com outras profissões de saúde é um dever de enfermagem.

Na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à pessoa crítica, utilizámos normas e conhecimentos presentes nos projetos e programas de melhoria da qualidade existentes no serviço. Colaborámos com os orientadores na apreciação da qualidade dos cuidados e enfermagem prestados à pessoa em situação crítica. Fui, na UCIP, que aprimorei a minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, uma vez que necessitámos de momentos de investigação e pesquisa bibliográfica por forma a responder às questões colocadas pelo enfermeiro orientador.

Nos primeiros turnos no SUMC e na UCIP, tivemos o cuidado de nos familiarizarmos com o espaço físico dos mesmos, por forma a promover um ambiente seguro e de proteção, aquando da prestação de cuidados, isto é, temos plena consciência que ao longo do estágio criamos condições para manter um ambiente seguro tanto para a pessoa cuidada como para a família, assentes na evidência científica, com práticas seguras, no que diz respeito à prevenção das infeções associados aos cuidados de saúde, como a higienização das mãos, troca de EPI's entre as pessoas, a desinfeção da ferida cirúrgica, do cateter venoso e a prevenção de infeções urinárias.

No que diz respeito à gestão de risco, assistimos e averiguamos a interação entre os enfermeiros especialistas, no que se refere à coordenação da restante equipa de enfermagem e AO.

Relativamente às pessoas com prioridades, segundo a Triagem de Manchester com cor Amarela/Laranja, existiu especial atenção no destino destes, sendo encaminhados de imediato para a Sala Aberta, em muitas destas ocasiões são os enfermeiros especialistas que definem as prioridades, geram os espaços e orientam o AO relativamente ao encaminhamento das pessoas para os exames complementares de diagnóstico, por forma a não agravar o seu estado geral.

Após o que foi citado anteriormente, consideramos ter desenvolvido e adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade, assim como a competência de mestre em enfermagem **nº 5**.

C- Domínio da gestão dos cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados

Neste domínio de competências incluímos também a competência de mestre **nº1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.**

No início do estágio acompanhámos a enfermeira chefe durante um turno, uma vez que após uma reunião com essa e a enfermeira orientadora, chegou-se a acordo que um turno era suficiente para compreender a dinâmica de um chefe no SUMC.

Por norma no início e no final do turno da manhã, a chefe assiste à passagem de turno, sendo este um momento fundamental para se gerir com maior facilidade, os recursos huma-

nos, materiais ou outros assuntos primordiais que pusessem em causa a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa que necessitasse de recorrer ao serviço. Depois de situações mais relevantes e urgentes estarem resolvidas, a chefe desempenha funções referentes à gestão. A análise que realizámos ao acompanhá-la nesta tarefa tornou-se relevante para o nosso desenvolvimento profissional, uma vez que nos levou a entender como é realizado a gestão do stock, num serviço de urgência, em que cada dia difere de cada dia.

Uma outra competência da chefe que observámos e que também foi bastante valorizada refere-se à realização dos horários, trocas de turnos e à concretização dos planos de trabalhos semanais, no que diz respeito a este último aspeto a chefe contava com o auxílio dos chefes de equipa de enfermagem, para que a distribuição profissional fosse feita de forma mais eficiente pelos postos de trabalho.

De acordo com Silva, Bernardes, Gabriel, Rocha & Caldana (2014), para que seja realizada uma liderança eficaz, é imprescindível praticar o autoconhecimento quanto ao estilo de liderança do enfermeiro, adaptando-se às diferentes situações, bem como conhecer os seus liderados e o contexto ao qual está inserido. Segundo os mesmos autores nem sempre o conhecimento teórico é sinónimo de uma liderança eficaz. O enfermeiro precisa entender o processo de liderar ao desenvolver habilidades como a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisões, além da prática clínica (Silva *et al.*, 2014).

Por o que foi explanado, refletimos com os orientadores de estágio, assim como os chefes de equipa de enfermagem sobre a eficácia dos diversos métodos de liderança e o efeito das estratégias utilizadas para sobrelevar as complexidades vivenciadas no processo de liderança e gestão.

Durante o estágio podemos constatar diversos estilos de liderança adotadas pelos chefes de equipa de enfermagem e o que era comum a todos eles era o fato de todos eles praticarem uma liderança de estilo democrático. Mesmo assim um líder mais proativo e conhecedor da “sua” equipa, leva a que exista uma melhoria nos resultados na prestação de cuidados, na segurança da pessoa e dinâmica do serviço.

Adotámos ao longo do estágio uma atitude proativa na tomada de decisões da equipa multidisciplinar acerca da pessoa em estado crítico, acrescentando informações relevantes e

justificando o meu ponto de vista através de um raciocínio científico fundamentado. Acredito que o fato de realizar pré-hospitalar desde 2011, trazendo comigo alguma experiência profissional no terreno, tornou-se numa mais-valia na prestação de cuidados à pessoa crítica.

No que se referiu à aquisição de competências no âmbito do planeamento, estruturação e supervisão da equipa que presta os cuidados, procurámos entender as funções do chefe de serviço e dos chefes de equipa de enfermagem. Na sala de emergência cooperámos com os restantes colegas presentes na sala e sempre que possível adotámos uma postura de liderança, sustentada pela supervisão da minha orientadora. No que se refere à autonomia em tarefas delegadas, tarefas que fazem parte do dever deontológico do enfermeiro demonstrarmos possuir essa característica, nunca colocando de parte as responsabilidades que fazem parte de quem delega essas funções. Exemplo disso, era pedir ao AO para entregar colheitas de sangue ou urina ao laboratório, mas sempre confirmando se as análises tinham a etiqueta correta da pessoa e se eram as certas para serem encaminhadas.

Na UCIP apesar dos turnos reduzidos, assumimos a liderança e autonomia desde dos primeiros turnos, devido às características do serviço. Nesta unidade o enfermeiro responsável pela pessoa tem uma postura mais interventiva, o que se torna crucial para o estado dessa e a sua evolução. Durante o estágio na UCIP foi evidente essa sensibilidade por parte do enfermeiro especialista. É fundamental que o enfermeiro possua competências que lhe permitam constatar e determinar mudanças significativas no estado de saúde da pessoa cuidada. Muitas dessas mudanças são perceptíveis através da monitorização dos sinais vitais e da observação direta, o que lhe permite efetuar um diagnóstico, para posteriormente alertar o médico sempre que necessário (Benner, 2011).

Das unidades curriculares decorridas ao longo do curso, destacamos a de Gestão em Saúde e Governação Clínica, que forneceu valiosos instrumentos para a melhoria da qualidade na gestão de cuidados. Foi através da realização de dois trabalhos nessa unidade, uma reflexão crítica sobre um livro em que escolhíamos um capítulo, ao nosso gosto por forma a gerir essa reflexão no que diz respeito ao nosso conhecimento e a sua importância num serviço de saúde, e um outro trabalho sobre a ética no sigilo profissional. Os referidos trabalhos académicos possibilitaram a realização de uma reflexão crítica sobre os temas durante o estágio final.

Perante o anteriormente exposto, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados, assim como a competência n°1 de mestre em enfermagem.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Neste domínio de competências incluímos também as competências de mestre n°2, n°4 e n°6, especificamente: **2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.**

Ao longo de estágio defrontamos com situações que desconhecíamos enquanto enfermeira. Esforçamos em aprofundar o autoconhecimento, realizando uma reflexão, tendo em conta as condutas, posturas, receios e dúvidas, no que diz respeito às relações geradas com as pessoas cuidadas/família, assim como com a equipa multidisciplinar. Ao longo dos turnos fomos reunindo com os orientadores por forma a avaliar o meu percurso formativo, ou seja, os pontos em que me encontrava melhor e aqueles em que tinha de melhorar. Os orientadores tanto do SUMC como da UCIP destacaram a minha autoconfiança, assim como a destreza na prestação de cuidados à pessoa crítica, mencionando pela positiva a minha ponderação e assertividade nas ações realizadas e na capacidade em assumir as minhas dificuldades. Na UCIP fui autónoma durante a passagem de turno desde os primeiros turnos, o que levou a que fosse determinante para promover o autoconhecimento e assertividade.

O Código deontológico dos enfermeiros no artigo 100º refere que o enfermeiro assume o dever de “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente atra-

vés da frequência de ações de qualificação profissional” (2015: 8079) continuando no artigo 109.º a mencionar que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (2015: 8103).

Durante o estágio fomos sentido uma evolução positiva, por exemplo, os receios e apreensão que sentíamos ao abordar uma pessoa crítica, sob sedo-analgesia, ventilado, com instabilidade hemodinâmica, em que um simples posicionamento poderia levar a um agravamento súbito do seu estado, foi sendo ultrapassado. Fomos investindo, através da observação e da pesquisa da evidência científica mais recente, sobre os temas em que tínhamos uma maior insegurança.

Sentimos uma maior confiança na manipulação dos fármacos e aparelhos que sustentavam a vida das pessoas, mas onde sentimos uma grande lacuna foi na relação/comunicação com a pessoa sedada. Em situações de emergência, a comunicação com a pessoa cuidada submetido a ventilação invasiva fica comprometida, não só pelo stresse do cuidador, como pela ansiedade dos familiares e pela situação de risco de vida e conseqüente incapacidade de comunicar o que a pessoa cuidada vivencia (Tigulini & Melo 2002). Foi durante a visita que aproveitamos para interagir com a pessoa cuidada e família, estimulando sempre a família a comunicar com a pessoa crítica explicando a sua importância, de forma tranquilizadora e gerando um ambiente terapêutico de confiança.

Faz parte das competências do enfermeiro (...) conseguir estabelecer com a pessoa cuidada uma relação de confiança que, particularmente nas situações críticas lhe permite criar com esta pessoa uma espécie de parceria, de convivência suscetível de se transformar em relação terapêutica (Phaneuf, 2005).

Além da formação académica que tivemos ao longo do curso, tivemos ainda a oportunidade de participar como formandas no Congresso Internacional de Doente Crítico 2019, que se realizou na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, nos dias 24 e 25 de outubro de 2019 (Anexo I). A participação neste congresso trouxe contributos para a prática clínica, tendo sido relevante para conhecer as várias realidades existentes a nível nacional e internacional nesta área tão específica do conhecimento em enfermagem. Com este congresso

pode-se afirmar que houve um despertar para várias questões da enfermagem em contexto de urgência e emergência. Desta forma, e uma vez que o PI apresentava como tema principal Comunicação de Más Notícias, após a comunicação oral de umas das senhoras enfermeiras palestrantes acerca do tema, tornou-se pertinente juntar a Comunicação de Más notícias em contexto de morte súbita no serviço de urgência, tendo em conta as estratégias que os enfermeiros utilizam para transmitir essas más notícias. Sendo assim, foi realizado uma *Scoping Review* sobre a temática, dando origem a um artigo (Apêndice XII, já referido no Relatório). A execução desta *Scoping Review* ocasionou momentos de auto-reflexão acerca do enfermeiro enquanto profissional, mas, também enquanto possível familiar que recebe a notícia do falecimento do seu ente querido e orientou-nos para a concretização do PI, adquirindo e desenvolvendo aptidões de análise e planeamento estratégico na qualidade dos cuidados, o que levou a uma normalização de procedimentos, que é reconhecida como forma de atingir a melhoria dos cuidados (Ministério da Saúde, 2015). Não colocando de parte tudo o que foi adquirido na unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica, que permitiu adquirir conhecimentos que facilitaram a aquisição e desenvolvimento dessas competências.

É de referir, também, que a elaboração do PI possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos acerca do processo de investigação de forma autónoma, nomeadamente através da compreensão das etapas deste processo e a forma como são possíveis de colocar em prática tendo em conta o contexto onde é realizado o Estágio.

Para adquirir esta competência foi também realizado uma ação de formação sobre a temática “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência”, onde foram divulgadas as estratégias que poderiam ser utilizadas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias, nomeadamente o Protocolo *SPIKES* (Apêndice V).

Posteriormente a uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas, pensamos ter adquirido as competências comuns de enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como competências n^o2, n^o4 e n^o6 do grau de mestre em enfermagem.

3.2. Competências Específicas e de Mestre em Enfermagem

O conjunto de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica juntamente com as competências comuns do enfermeiro especialista visam comunicar ao cidadão o que esperar da prática especializada em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Segundo, a Ordem dos Enfermeiros (2011b: 8656),

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Seguidamente, apresentamos a reflexão sobre o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assim como a reflexão crítica de cada uma, mencionado a competência de mestre em enfermagem associada.

Nas competências específicas, a competência de mestre **nº1** é transversal a todas as competências específicas: **Sabe aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.**

K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, e/ou falência orgânica.

Com a realização do estágio e a matéria lecionada nas unidades curriculares neste curso, foi possível o desenvolvimento e a consolidação de competências no domínio das competências específicas K1.

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

Segundo o regulamento nº124/201: 8656, pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja so-

brevivência depende de meios avançados/ de vigilância, monitorização e terapêutica”. Perante esta definição, é basilar que o enfermeiro mobilize conhecimentos e habilidades para dar resposta em tempo útil e de forma holística à pessoa, restabelecendo as funções básicas de vida, prevenindo complicações e incapacidades, com o objetivo á recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Ao longo do estágio, prestámos cuidados à pessoa em situação crítica, principalmente na SE e na UCIP. A sala de emergência, designada também por sala de reanimação, é o espaço físico de primeira abordagem à pessoa crítica, uma vez que é onde o grau de instabilidade deste é mais acentuado e tornando-se essencial prever e antecipar situações de risco. Como a minha orientadora por norma era chefe de equipa, a maioria dos turnos foram realizados neste espaço. No período em que realizávamos turnos nessa sala tivemos contato com pessoas hemodinamicamente instáveis, com patologias do foro cardíaco, nomeadamente disritmias, em que tivemos a oportunidade de aplicar o protocolo das disritmias, estabelecendo prioridades e atuando de forma pronta e eficaz. A identificação do ritmo cardíaco foi fundamental assim como o conhecimento adquirido durante o curso e a experiência profissional. Prestámos cuidados a diversos utentes com AVC, o que foi fundamental para aplicar o protocolo da via verde AVC, sendo fundamental que essas vias verdes comecem logo no local do evento ou o início dos sintomas, isto é, os sistemas hospitalares e extra-hospitalares devem garantir a continuação e integração dos cuidados (CRRNEU, 2012).

Durante o estágio existiu a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica desde a admissão na SE, a realização da avaliação primária através da abordagem, ABCDE, a realização de um plano de cuidados de enfermagem de acordo com os focos de instabilidade identificados, a monitorização e vigilância contínua, o acompanhamento da pessoa e prestação de cuidados durante a realização de exames complementares de diagnóstico, assim como a colaboração com a restante equipa na execução de técnicas invasivas de diagnóstico, como por exemplo ventilação invasiva, punção lombar, cateterismo central, entre outras, e não menos importante a prestação de cuidados à família em contexto de morte súbita do seu ente querido.

Prestámos cuidados a pessoas em paragem cardiorrespiratória (PCR), em que participámos no processo de reanimação, incluindo a preparação e administração de terapêutica, assim

como a realização de suporte avançado de vida e a colheita de dados junto dos familiares, por forma a perceber os antecedentes clínicos, assim como o quadro clínico da pessoa cuidada. As situações de PCR foram fundamentais, para colocar em prática a nossa experiência profissional de Sub e Siv, aplicando o algoritmo de SAV e SBV. Esses algoritmos também foram aplicados a pessoas do foro respiratório, que necessitavam de ventilação não invasiva ou ventilação mecânica invasiva, sendo necessário atuar a nível da entubação traqueal, técnica realizada pelo médico de serviço seguindo o protocolo institucionalizado.

Por norma o técnico de electrocardiografia após ser contato pelo enfermeiro, por indicação médica, desloca-se à sala de reanimação, no turno da manhã e tarde. Quando a pessoa necessita de realizar um exame complementar de diagnóstico ou mesmo ser transferido para uma outra unidade dentro do mesmo hospital (transferência intra-hospitalar), é acompanhado por um médico, um AO e dois enfermeiros. O enfermeiro tem de ter a capacidade de antecipar focos de instabilidade, o que faz com que necessite de um plano rápido e sistematizado dos materiais necessários para o transporte da pessoa, a articulação com as equipas dos serviços recetores, assim como a comunicação das necessidades específicas. Tudo este processo tem como objetivo minimizar a ocorrência de possíveis complicações, assegurando um transporte seguro com vigilância e estabilização hemodinâmica da pessoa.

K.1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

Durante o estágio realizado na UCIP existiu a oportunidade de orientar a administração por via endovenosa drogas vasoactivas, cooperar durante a realização de técnicas invasivas como colocação de cateter arterial para monitorização invasiva, e prestar cuidados a pessoas com necessidades especiais. Este foi um estágio que nos permitiu desenvolver competências no que se refere à avaliação, monitorização, vigilância e identificação precoce de possíveis complicações.

Nos turnos que foram realizados no internamento do serviço de urgência (UOM I e UOM II), existiu a necessidade de articular a prática clínica com a evidência científica e os protocolos de serviço, uma vez que são pessoas que necessitam de uma vigilância contínua e de cuidados diferenciados de enfermagem.

Quando se fala na SE esta é composta por diversos protocolos terapêuticos de acordo com as situações mais habituais. São exemplo desses protocolos, as vias verdes (EAM; AVC) que ajudam na atuação dos profissionais com essas pessoas, por forma ao seu diagnóstico e tratamento serem rápidos e seguros.

K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando respostas

Foi durante estes turnos, que existiu uma maior consciencialização para a avaliação da dor, sendo este um procedimento essencial para o processo de qualidade dos cuidados e bem-estar à pessoa. O enfermeiro, além de ter como obrigação a avaliação da dor na pessoa em situação crítica, tem ainda a responsabilidade de identificar e planear intervenções adequadas ao seu controlo (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

De acordo com a CIPE (2011: 50),

“a dor é definida como um aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento.”

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro especialista deve orientar de forma diferenciada e eficaz a dor da pessoa implementando instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos para o alívio da dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2017).

No serviço de urgência a avaliação da dor encontra-se protocolada, sendo as escalas utilizadas para a sua avaliação a escala numérica, utilizada nas pessoas conscientes e que conseguem quantificar a dor. Nas pessoas que apresentam a comunicação alterada e não conseguem comunicar, utiliza-se a escala de dolophus, sendo posteriormente registada no *Sclinico* em todos os turnos.

K1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;

K1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

K1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.

Ao entrarem no serviço pessoas em situação crítica, por vezes as situações não terminam como todos os familiares e profissionais de saúde gostariam após investirem tudo o que têm a nível físico, emocional e de conhecimento, e é neste momento que surge a morte. A morte é um processo doloroso, não sendo fácil transmitir aos familiares que o seu ente querido faleceu. Este fator exige dos enfermeiros competências acrescidas na área da comunicação.

Em todas as situações em que o enfermeiro especialista em enfermagem presta cuidados à pessoa em situação crítica, é fundamental a utilização de habilidades comunicacionais por forma a permitir o encontro com o outro, para que exista o estabelecimento de uma relação terapêutica. Travelbee refere que, desde o primeiro encontro entre enfermeiro e a pessoa cuidada, neste caso a pessoa em situação crítica, a interação entre ambos, seja através da comunicação verbal ou não verbal é importante para o desenvolvimento da relação terapêutica (Tomey e Alligood, 2002).

De acordo com a CIPE (2011: 45) a comunicação é um “comportamento interativo com as características específicas: dar ou trocar informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”. Segundo a teórica Joyce Travelbee, a comunicação é um processo que pode permitir à enfermeira “estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa e, concludentemente, satisfazer o propósito da enfermagem, particularmente, assistir as pessoas e famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar sentidos nestas experiências” (Tomey e Alligood, 2002: 469). De acordo com Mendes (2018), a relação estabelecida no primeiro contato entre enfermeiro e a pessoa cuidada/família, vai influenciar a relação de confiança, principalmente com a família, o que acaba por facilitar na colheita de dados e na avaliação das necessidades das pessoas em relação à informação.

De acordo com Sequeira (2016) a má notícia é qualquer informação que envolve uma mudança drástica na pessoa que a recebe, tendo um impacto negativo na forma como a pessoa irá encarar o futuro, isto é, a nível dos domínios cognitivos, espirituais, emocionais e comportamentais, que levarão a possíveis repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social.

Por forma a ajudar todos os envolvidos durante o processo de transmissão de más notícias, Pereira *et al.*, (2013), referem que a existência de protocolos ou guias orientadoras são fundamentais uma vez que identificam estratégias para ajudar a aliviar a angústia para todos os envolvidos no processo, as pessoas doentes e os próprios profissionais.

Durante o estágio uma das atividades mais efetuadas refere-se à comunicação de más notícias. No SUMC, a notícia de más notícias é comunicada pelo médico e enfermeiro que se encontram na situação. Ao comunicarmos as más notícias, tivemos sempre cuidado com a forma como a informação era transmitida, sendo assertivas, por forma a reduzir o sofrimento que só por si está presente. Foi por estas questões que o PI se desenrolou com o tema “Comunicação de Más notícias em contexto de morte súbita no Serviço de Urgência”

Ao longo do estágio, existiu uma preocupação em trabalhar a comunicação interpessoal, com o objetivo de gerar uma relação de confiança com os intervenientes, tornando-se adequada ao meio e à situação vivenciada.

A elaboração do Poster Científico: ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS EM SITUAÇÃO DE MORTE UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO *SCOPING* (mencionado anteriormente no relatório), baseado na *Scoping Review* realizada durante o estágio permitiu não só dar a conhecer algumas estratégias que o enfermeiro pode utilizar para transmitir alguma má notícia, como para orientação no processo de cuidado à pessoa com necessidade de afeto e compreensão no contexto de Estágio.

Consideramos, pela reflexão apresentada, que desenvolvemos e consolidamos conhecimentos e competências atingindo as unidades de competência referidas anteriormente.

K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica “Intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima” (Regulamento 124/2011). De acordo com a OE (2011c: 8657), “o enfermeiro atua consoante a complexidade da situação e decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco e falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, em prol da eficácia e eficiência da resposta pronta”.

A formação dos profissionais de saúde que exercem funções no SU, para situações imprevistas, que requerem um aumento dos recursos internos e externos, como catástrofe ou situação multi-vítimas é fundamental.

Como defende a DGS, é aconselhado que todas as unidades de saúde do SNS tenham um plano de emergência, e que seja feita uma análise periódica, para se verificar se tudo funciona corretamente em caso de catástrofe ou situação multi-vítimas. Para que os procedimentos sejam simples e eficazes estes devem assentar em quatro pilares: organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerais (Direção-Geral da Saúde, 2010a).

O HRR tem aprovado um plano de atuação em emergência e catástrofe externa para o serviço de urgência, estando este adequado à realidade da unidade hospitalar. Um dos enfermeiros responsáveis pelo desenvolvimento e implementação deste plano é especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica. De acordo com o Guia Geral de Orientação para a elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde (2010), conseguimos averiguar que o plano de emergência e catástrofe do SUMC, do HRR encontra-se de acordo com as orientações do referido Guia. No plano de emergência/catástrofe que foi analisado e estudado, faziam parte as funções dos principais intervenientes na evolução dos alertas, as normas de funcionamento do SUMC em alerta, a triagem em situação de catástrofe, folhas de triagem, Kit de Catástrofe e o encaminhamento interno dos doentes.

Durante o estágio, existiu uma situação de multi-vítimas, resultado de um acidente de viação com uma carroça de cavalos, em que houve 4 vítimas graves. Durante a prestação de cuidados foram seguidos todos os protocolos que justificaram o seu uso, assim como o protocolo de multi-vítimas, ou seja, durante a prestação de cuidados aquando de uma situação de catástrofe/multi-vítimas, como foi o caso da situação vivenciada, o objetivo principal é “(...)

salvar a vida através da estabilização do ABCDE (A - via aérea com controlo cervical, B - ventilação, C - circulação com controlo de hemorragia, D - disfunção neurológica, E - exposição com controlo da temperatura). Após esta estabilização inicial tudo passa por controlar danos e gerir o risco (...)” (CHUA, 2018c: 1).

No que diz respeito à situação de catástrofe, apesar de não ser possível vivenciar nenhuma situação real, tentámos utilizar o percurso curricular e os estágios práticos, métodos para atingir esta competência.

Durante as aulas curriculares frequentámos um curso de ITLS avançado (International Trauma Life Support), onde foram simulados cenários de catástrofes e multi-vítimas, onde adquirimos habilidades e conhecimentos com os profissionais que trabalham no terreno (Anexo II). Este é um curso que tem uma forte componente prática baseada em cenário de simulação realísticos, permitindo aos formandos desenvolverem competências de atuação nas situações mais frequentes de trauma civil. Apesar de exercer funções numa Siv, durante os anos em que realizei pré-hospitalar, nunca tive um serviço de catástrofe ou multi-vítimas, por esta razão, este curso para além de único, capacitou-nos e focalizou-nos para experiências nunca antes vividas.

Perante o exposto anteriormente, consideramos que desenvolvemos as unidades de competência K2.

K3 - Maximiza a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Pela posição que os enfermeiros têm junto das pessoas na prestação de cuidados, estes são a peça fundamental na prevenção e controlo da IACS.

Segundo a DGS (2010b: 4) Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PSC): “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações

e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção” (OE, 2011c: 7).

Neste sentido foi criado o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”, que prevê a criação e Comissões de Controlo de Infeção (CCI) nas instituições de saúde para através da implementação de normas de boas práticas na prevenção e controlo de infeção melhorar a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa cuidada (Direção-Geral da Saúde, 2008). Devem fazer parte dessas comissões enfermeiros especialistas com competências em enfermagem em situação crítica (Ordem dos enfermeiros, 2013).

É imprescindível prevenir, detetar e desenvolver medidas de controlo de infeção para diminuir a sua incidência. A higiene das mãos de forma sistematizada contribui para uma diminuição das IACS e “para o controlo das resistências dos microorganismos aos antimicrobianos” (Direção-Geral da Saúde, 2014: 5).

Desta forma, após uma reunião com a enfermeira responsável pelo PPCIRA no Hospital e reflexão com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe do SUMC foi realizado um cartaz informativo baseado nas recomendações mais recentes sobre a Higienização da Mãos (Apêndice XI), com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, promovendo deste modo a qualidade de vida da pessoa e, consequentemente diminuir os custos em saúde.

A utilização de normas nas instituições de saúde, apoiadas em evidências científicas tem um papel fulcral na uniformização de procedimentos numa área tão sensível como a infeção associada aos cuidados de saúde. Assim, é de realçar a norma 029/2012 da DGS que estabelece e uniformiza as precauções básicas de controlo da infeção a adotar nos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Foi possível ao longo do decorrer do estágio final atuar de acordo com o procedimento estabelecido visando a prevenção e controlo da infeção nos serviços.

No SUMC do HRR, existe apenas uma sala de isolamento, com capacidade apenas para uma pessoa. Quando existem pessoas colonizados com microorganismos identificados, realiza-se o seu isolamento ficando a pessoa preferencialmente junto à janela, sendo a sala identificada com o tipo de isolamento prescrito. Na UCIP quando a pessoa vinha de outras instituições de saúde ou lares, existia um protocolo, que consistia em colheitas na admissão para deteção de agentes infecciosos, isto é, eram efetuadas duas hemoculturas, duas colheitas de secre-

ções brônquicas, uma urocultura, uma zaragatoa da fossa nasal e uma zaragatoa rectal (SARM).

Estas colheitas não são efetuadas no SUMC, apenas quando a pessoa é admitida por um síndrome febril de etiologia desconhecida.

Ao longo do estágio, quando era o horário das visitas, explicávamos à família a importância das boas práticas de higienização das mãos na prevenção de infeções, assim com a importância do uso dos EPI's nas pessoas em isolamento.

No dia 28 de outubro de 2019, foi realizada uma visita ao Gabinete de Prevenção e Controlo de Infecção do HRR (GCLPPCIRA), chefiada por uma enfermeira especialista na área Médico-cirúrgica desde 1999. Este é um serviço que de acordo com a página oficial do hospital na internet, faz parte da Gestão da Qualidade criado pelo hospital no ano de 2003, com a finalidade de promover o desenvolvimento de métodos, ferramentas e programas que assegurem a melhoria do desempenho no que respeita a satisfação dos utentes, performance assistencial, eficácia e eficiência organizacional e gestão do risco hospitalar.

Este gabinete é constituído por uma equipa multidisciplinar sendo da responsabilidade dessa equipa, a formação, o apoio aos serviços, a vigilância epidemiológica dos microorganismos resistentes e elaboração das orientações para cada serviço. Ao longo destas atividades, realizam auditorias informais, por forma a terem controlo dos serviços, isto é terem conhecimento da situação e introduzirem mecanismos de melhoria da qualidade nesses serviços.

Com a visita ao gabinete percebemos que exista planos de contingência, manuais no que se refere a anti-sépticos e desinfetantes, assim como a higiene e limpeza dos materiais e espaços físicos e protocolos que foram revistos em 2016 e instrumentos de trabalho que entraram em vigor em 2018, com base na orientação nacional, tudo isto com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Em meados do mês de novembro foi realizado também uma visita ao Serviço de Esterilização, dentro desse serviço existem duas zonas, uma zona suja, nomeada por zona de descontaminação e uma zona limpa, dominada por zona de preparação de embalagem (Planta do circuito de Esterilização no Anexo III).

O serviço é composto por dois enfermeiros que têm horário fixo, das oito da manhã às dezasseis a tarde e doze assistentes operacionais que exercem funções das oito da manhã às vinte horas. Cada assistente operacional é distribuído para a zona da esterilização.

A visita ao Serviço de Esterilização permitiu, dinamizar e monitorizar padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem. Foi possível com esta visita verificar que em relação aos indicadores de qualidade no serviço de esterilização, para que esses sejam adquiridos no processamento dos materiais, é necessário estrutura física adequada, equipamentos, insumos, recursos humanos e a proteção da saúde ocupacional contra riscos biológicos, ou seja, para garantir a qualidade do processamento dos produtos para saúde e a prevenção da infecção hospitalar, é indispensável utilizar indicadores de avaliação da qualidade, pois, estes, mesmo de forma amostral, podem indicar problemas potenciais ou boas práticas, o que possibilita o gerenciamento do trabalho no serviço na busca por melhoria contínua da qualidade (Antloga & Sanches, 2019).

Para além do acima descrito, contribuiu para o desenvolvimento desta competência a pesquisa bibliográfica desenvolvida ao longo dos estágios e a matéria leccionada na unidade curricular de enfermagem médico-cirúrgica 5, assim como os trabalhos realizados nessa unidade e na unidade de Formação e Supervisão em Enfermagem, que se basearam na Higienização das Mãos.

Após o descrito anteriormente podemos considerar que esta competência foi adquirida e desenvolvida ao longo dos estágios, assim como as competências que estão associadas a esta.

De acordo com o que foi evidenciado neste capítulo, onde é realizada uma reflexão e fundamentada todas as intervenções desenvolvidas durante o Estágio Final, que nos possibilitou a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, proporcionou-nos a capacidade de adquirir a competência de mestre n.º7.

4. CONCLUSÃO

Com a realização deste relatório, torna-se fundamental realizar uma síntese das ideias principais e dos resultados obtidos, que nos possibilitem projetar perspectivas futuras lançando novos desafios.

A teoria de Joyce Travellebe foi uma mais-valia na reflexão da prática de enfermagem durante o estágio, isto é, foi aquela que se revelou mais adequada para adquirir e desenvolver competências para a realização do projeto e para o objetivo do curso de mestrado em enfermagem. Permitiu particularmente a estruturação do projeto de intervenção em serviço no SUMC, através da orientação das principais atividades definidas, com a elaboração de um protocolo de comunicação e más notícias em contexto de morte súbita no SUMC e com o envolvimento e reflexão com a equipa de enfermagem na sessão de formação em serviço.

O enquadramento teórico, realizado com base nos conceitos inerentes à problemática, foi basilar para suporte ao desenvolvimento do projeto de intervenção, assim como para a realização deste relatório.

O Projeto de Intervenção devido às suas particularidades contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências que consideramos ser o início para o desenvolvimento e organização da temática no serviço, movendo um conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares teóricas permitindo a reflexão sobre os mesmos numa vertente prática, apesar do curto espaço de tempo para a sua avaliação.

O projeto desenvolvido foi bem aceite pela equipa de enfermagem do serviço, apoiado pela enfermeira chefe e pelo enfermeiro coordenador, o que motivou em nós uma enorme satisfação pessoal.

A Metodologia de Projeto em Enfermagem contribuiu para a implementação das atividades propostas no campo de ação do projeto de intervenção em serviço, contribuindo para o sucesso do objetivo geral e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC no que se refere à Comunicação de Más notícias em contexto de Morte Súbita no SUMC de acordo com a recente evidência científica. Tivemos a oportunidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, cuja linha de investigação assenta na segurança do doente, tendo como referência o Plano Nacional para a

Segurança dos Doentes 2015-2020, nomeadamente no que diz respeito ao aumento da segurança na comunicação.

Na realização do artigo científico existiu alguma dificuldade pela escassez de artigos recentes sobre a temática, o que levou a que fosse feito um outro tipo de estudo, que era desconhecido, mas que mais uma vez levou a adquirir novos conhecimentos e desenvolver novas competências. Apesar desse obstáculo no nosso caminho, conseguimos com que esse objetivo fosse alcançado no nosso projeto de intervenção.

O SUMC, formada por uma equipa de enfermagem com competências na área de enfermagem ao doente crítico, acabou por se tornar num campo de estágio enriquecedor no que se refere ao desenvolvimento pessoal e profissional. O investimento constante da equipa de enfermagem em projetos de melhoria contínua nos cuidados de enfermagem tornou-se inspirador na procura de evidência científica, assim como na promoção da reflexão e da partilha de experiências, com o objetivo de elevar o nosso conhecimento.

Durante o estágio todas as situações vivenciadas resultaram em aprendizagens, permitindo o desenvolvimento do processo de decisão assim como a promoção da análise crítica que merece a atualização de conhecimentos com recurso à evidência científica em enfermagem.

Torna-se importante salientar que tudo este percurso não se fez de forma linear, uma vez que foram surgindo algumas dificuldades que se foram contornando, sendo a falta de tempo, um dos fatores mais difíceis de ultrapassar perante o que era pedido, assim como a resposta da comissão ética e a nossa atividade profissional, que exigia muito de nós. Apesar de todos os contratempos, fomos conseguindo ultrapassar os obstáculos, o que nos permitiu atingir os objetivos a que nos propusemos no início deste percurso. Foi um percurso que nos permitiu refletir sobre a enfermagem de hoje e a nossa existência enquanto seres individuais, como pessoa e enfermeira.

Concluindo, foi através do percurso formativo desenvolvido, principalmente, no Estágio Final, desde da elaboração do Projeto de Estágio, à realização do presente Relatório, com a descrição e reflexão crítica; consideramos que foram desenvolvidas as competências de mestre, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com o que foi desenvolvido neste relatório consideramos atingidos os objetivos propostos para a concretização deste documento, nomeadamente no que diz respeito ao objetivo geral e aos objetivos específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, M.R. (2011, maio-outubro). Teorias de Enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente* 2, 115-132. Disponível em <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99>
- Arranja, A.C.G. (2014). *Gestão do Impacto da Comunicação de Más Notícias na Pessoa com Doença Oncológica e sua Família – Papel do Enfermeiro*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Antloga, D.P & Sanches, M.M.N. (2019) - Controle de Qualidade aplicado a Central de Material Uma ferramenta para a melhoria contínua. In *Consultoria Especializada em Serviços de Assistência à saúde (COESAS)*. Disponível em <http://www.hemocentro.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/oficina2019/dia-25-aula-14-Marta.pdf>
- Baile, W.F.; Buckman R.; Lenzi R.; Glober G.; Beale, E.A. & Kudelka, A.P.(2000). *SPIKES*- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. In *The Oncologist*, 5, (4), 302–311. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964998>
- Banerjee, S., Manna, R., Coyle, N., Shen, M., Pehrson, C., Zaider, T., Hammonds, S., Krueger, C., Parker, P. & Bylund, C.(2016). Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. In *Nurse Education in Practice*, 16 (1), 193-201. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26278636/>
- Barbosa, A. & Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

- Basterra, F.J.E., Martinez, S.U., Gutiérrez, J.B., Rosselló, F.T., Garcia, M.V., Higuera, J.C.B., *et al.* (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida* (1.ª edição). Navarra: Editorial Verbo Divino
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2011). Principios de ética biomédica. In *Bioética & Debat*; 17, (64), 1–7.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito (Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço, trads). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora (obra original publicada em 2001).
- Benner, P., Stannard, D., & Kyriakidis, P. H. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*, 2.ª edição. New York: Springer.
- Borimnejad, L., Valizadeh, S., Rahmani, A., Whitehead, B. & Shahbazi, S. (2018). Clinical education: Attributes of Iranian new nurse preceptors: A phenomenological study. In *Nurse Education in Practice*, (28), 121–126. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.10.018>
- Buckman, R. (1992). *How to break badnews: a guide for healthcare professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Buckman, R.; Korsch, B. & Baile, W.F. (1998). *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice*.(Parte 2). Toronto: Medical Audio Visual Communications
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. In *Investigação Qualitativa em Enfermagem*, 2, 572-577. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>
- Brito, F., Costa, I., Costa, S., Andrade, C., Oliveira dos Santos, K. & Francisco, D.(2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégias adotadas para humanizar o cuidar em enfermagem. Escola AnnaNery . In *Revista de Enfermagem*, 18 (2),

317-322. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200317&script=sci_abstract&tlng=pt

Camargo, N., Lima, M., Brietzke, E., Mucci, S. & Góis, A. (2019). Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. In *Revista Bioética*, 27 (2), 326-340. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422019000200326&script=sci_abstract&tlng=pt

Carneiro, A.C.M.S. (2017). *Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Castro, L. & Ricardo, M. (2002). *Gerir o Trabalho Projecto: Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares* (7.ª edição). Lisboa: Texto Editora.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). Norma Hospitalar: Plano de Catástrofe. CHUA.

Centro Hospitalar Médio-Tejo: Abrantes (2020): Gabinete de Informação à Família. Disponível em <http://www.chmt.min-saude.pt/noticias/gabinete-de-informacao-a-familia/>

Chiavenato, I. (2007). *Empreendedorismo: Dando asas ao espírito empreendedor* (2.ª edição). São Paulo: Editora Saraiva.

Chistóforo, B., Zagonel, I. & Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à teoria de Joyce Traelbee. In *Cogitare Enfermagem 11* (1), 55-60. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5977>

CIPE (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Código Deontológico de Enfermagem (2015). Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Disponível em: www.echr.coe.int/documents/convention_por.pdf.

Costa, M. (2009). Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Nursing*, n.º251, 36-42

Coyle, N., Manna, R., Shen, M., Banerjee, S., Penn, S., Pehrson, C., Krueger, C., Maloney, E., Zaider, T. & Bylund C. (2015). Discussing Death, Dying, and End-of Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses. In *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19 (6), 697-702. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26583634/>

CRRNEU (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>

Diário da República. N.º 274/1966 de 25 de novembro de 1966. Código Civil. Decreto-Lei n.º 47344. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106487514/201704010930/73408967/diploma/indice/16?jp=true%2Fen>

Diário da República, 1.ª série – n.º273 de 25 de Novembro de 1977. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106487514/201703311458/73407116/diploma/indice/3>

Diário da Republica. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. Disponível em https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_p_auth=zt2dAYbd

Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Agosto de 2011. Regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Regulamento n.º 122/2011. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>

Diário da República, 1.ª série -N.º 57 de 21 de março de 2014. *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente.* N. 15/2014

Diário da República, 1.ª serie- n.º181 de 16 de Setembro de 2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.n.º156/2015.

Diário da República, 2.ª série – N.º 123 de 26 de junho de 2015. Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Diário da República, 2.ª série – N.º 84 de 02 de Maio de 2016. Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Aviso n.º 5622/2016. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/74313811/details/normal?q=aviso+5622%2F2016>

Diário da República, 2.ª série – N.º 193 de 07 de Outubro de 2016. Plano de estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem. Aviso n.º 12318/2016. Disponível em https://dre.pt/web/guest/home//dre/75478518/details/maximized?serie=II&parte_filter=37&day=2016-10-07&date=2016-10-01&dreId=75474225

Diário da República, 2.ª serie- n.º135 de 16 de julho de 2018. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. Ordem Enfermeiros.n.º429. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?!=1>

Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. In *Pensar Enfermagem*, 21 (1), 20-30. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%202%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf

Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Lisboa, 6. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto. (2013). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República I Série, Nº 151 (07-08-2013), 4749–4772, disponível em www.dre.pt

Decreto-Lei nº 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série — Nº 181 — 16 de setembro de 2015, 8059–8105. Disponível em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1845&tabela=leis

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República nº 153/2014 – II série. Ministério da Saúde

Despacho n.º 1400-A/15 de 10 de fevereiro. Diário da República nº28/15 – II série. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 5613/15 de 27 de maio. Diário da República nº102/15 – II série. Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (1999) Carta dos Direitos e Deveres do Doente. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controloda-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações e circulares informativas. Elaboração de um plano de Emergência nas unidades de saúde. Orientação nº 007/2010. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010a). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010b). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Circular Normativa No13/DQS/DSD, 1.

Direção-Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulta e Pediátrica (Branden Q). N.º017/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011-jpg.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-decontrolo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de28122012-atualizada-a-31102013.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). Programa nacional para a prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos.

Direção-Geral da Saúde (2017). Circular Normativa N.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017, “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>

Fallowfield, L. & Jenkins, V.(2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. In *Lancet*, 363 (9405), 312–319. Disponível em <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603153925>

Fawcett, J. (2005, abril). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quartely*, 18 (2), 131-134. Disponível em <http://nsq.sagepub.com/content/18/2/131>

Ferreira, S.R., Araújo, A.I. & Madeira, N. (2018). *Psicologia na Medicina*. (pp.527-538). LI-DEL: Edições Técnicas

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência

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

Freixo, M. J. V. (2010). *Metodologia científica - Fundamentos Métodos e Técnicas* (2.ª edição). Lisboa: Instituto Piaget.

Galvão, A., Valfreixo, M. & Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura. In: *Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional*, 247–262. Disponível em

[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12903/1/processo comunicacional na transmissão de más notícias.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12903/1/processo_comunicacional_na_transmissao_de_mas_noticias.pdf)

Garcia, T.R. & Nobrega, M.M.L. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. In *Revista Brasil Enfermagem*, 57 (2), 228-232. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2.pdf>

Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3a edição). Escola Nacional de Saúde Pública

Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute *Reviewers' Manual*: 2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

JoannaBriggsInstitute. JBI LevelsofEvidence. 2019a. Disponível em: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-ofevidence_2014_0.pdf. 28.

JoannaBriggsInstitute. CriticalAppraisalTools. 2019b. Disponível em: https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools

Knight, S. (2004). An Internet-based End of Life Care Education Program – Module 2: Communication Bad News. In *Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center at Northwestern University*. Disponível em http://endlink.lurie.northwestern.edu/eolc_communicating_bad_news.cfm

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. (2001). *Trabalho Projecto: 1. Aprender Por Projectos Centrados Em Problemas*. (4.ª edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Lino, C.A.; Augusto, K.L.; Oliveira, R.A.S.; Feitosa, L.B. & Caprara. (2011). Uso do Protocolo *SPIKES* no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. In *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (1), 52-57. Disponível em <https://scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>
- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. In *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (1), 170-77. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>.
- Ministério da Saúde. 2012. Hospital de Vila Franca de Xira. Triagem de Manchester. [Online] 2012. [Citação: 10 de junho de 2012.]. Disponível em http://www.hvfxira.minsaude.pt/bS_triagem.html.
- Nunes, L. (2016). *E quando não puder decidir?*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor* guia orientador de boa prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2 a série(no 35), 8648–8653.

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2.a série, N.º 35.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Parecer No 06/2013 - Pronuncia Sobre Programa Prevenção e Controlo de Infeções, Resistência Aos Antimicrobianos

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Parecer da Mesa do Colégio Da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica no 20 / 2015. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEM_C_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento no 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, n o 26, 4744–4750.

- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributo para a formação em Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão o luto*. Coimbra: Formasau
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Artigo Revisão Sistemática Da Literatura. In *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7 (1), 227–235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Pereira, C. (2014). Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Prevenção de Úlceras de Pressão. In *Serviço de Saúde da Ram*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfemagem/CentroSaudeCurralFreiras_PrevencaoUlcerasPorPressao_Madeira.pdf
- Pereira, J. (2017). Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico. (Relatório de Estágio), Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, Évora.
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic *scoping reviews*. In *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13 (3), 141–146. Disponível em https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H. & Parker, D. (2017). *Scoping reviews*. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfessoasituacaocritica.pdf

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. In *Percursos (15)*, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sanches, K., Rabin E. & Teixeira, P. (2018). Cenário da publicação científica dos últimos 5 anos sobre cuidados paliativos em oncologia: revisão de escopo. In *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100802&script=sci_arttext

Sequeira, C. (2016). *Comunicar com eficácia. Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: LIDEL

SERRA, J. & ALBUQUERQUE, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. In *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 75-82

- Shelton, G. (2016, setembro). Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *JADPRO: Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*. 7 (6), 657-661. Disponível em: <https://doi.org/10.6004/jadpro.2016.7.6.7>
- Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F. & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. In *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16 (1), 211-9. Disponível em doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>
- Silva, L., Santos, I. & Castro, S. (2016). Comunicação de notícias difíceis no contexto do cuidado em oncologia: revisão integrativa de literatura. In *Revista de Enfermagem UERJ*; 24 (3); 1-8. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/314292745_Comunicacao_de_noticias_dificais_no_contexto_do_cuidado_em_oncologia_revisao_integrativa_de_literatura_Giving_bad_news_in_the_context_of_cancer_care_integrative_literature_review
- Silva, F. (2017). Comunicação de Más notícias. In *Revista Evidência*, suplemento III. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19352/1/SKMBT_C55017111615000.pdf
- Sousa, D. (2013). Competências e Saberes em Enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/Search/results.aspx?k=competencias&start1=31>
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Pestana, H. (2018). Revisões da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. In *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*; 1 (1); 46-54. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/325949541_Revisoes_da_literatura_cientifica_tipos_metodos_e_aplicacoes_em_enfermagem

- Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2012). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. (2ª Edição). São Paulo: Manole
- Tavares, A. (1992). *Cadernos de Formação 2: Método e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª edição. Lisboa
- Tigulini, R. D. S. & Melo, M. R. A. da C. (2002). *A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico*. São Paulo: O Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Lusodidacta.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ªedição). Loures: Lusociência.
- Toutin-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A. (2016). Breaking bad news in the emergency department: A comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. In *European Journal of Emergency Medicine*, 0 (0), 1–6. Disponível em <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000404>
- Travelbee, J. (1964). What's Wrong with Sympathy?. In *The American Journal of Nursing*, 64 (1), 68-71. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/3452776>
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos, disponível em https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d976a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

Veríssimo, F. & Sousa, P. A. (2014). Comunicação como Expressão do Cuidado Humanizado em Fim de Vida: Revisão Sistemática. In *Revista de Enfermagem REVAL*; 8 (8); 2845-2853.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. 2º edição. Lisboa: edições Sílabo.

Wright, S.M. (2013). Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: introducing the PATIENT protocol. In *AANA J.*;81 (3), 225–232. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23923675>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto de Estágio: Objetivos clínicos segundo as competências de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem em Associação - Portalegre

Especialidade Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Estágio Final: CHMT – Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos de Abrantes

Objetivo Geral:

- 1 - Desenvolver competências no cuidar do doente crítico e/ou em falência orgânica, no contexto de urgência/emergência e na Unidade de Cuidados Intensivos, em colaboração com a equipa multidisciplinar.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências	A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
	A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Objetivo Específico:

- *Prestar cuidados de enfermagem, tendo como base, a qualidade, Segurança e a responsabilidade profissional, ética e legal.*

Atividades a desenvolver:

- A1.1** - Colaboração com a equipa multiprofissional no processo de tomada de decisão acerca do doente crítico;
- A1.2** – Transmissão de informação, tendo em conta os princípios da ISBAR;
- A1.3** – Observação do sistema de informação para a gestão de doentes: SClínic;
- A1.4** - Orientação por parte da supervisora clínica acerca do funcionamento do sistema de informação para a gestão de doentes: SClínic.

Objetivo Específico:

- *Conhecer a estrutura física e a dinâmica da organização e funcionamento do serviço, integrando a equipa multidisciplinar.*

Atividades a desenvolver:

- A2.1** - Reunião com o Enfermeiro Chefe do serviço de urgência e da UCIP;
- A2.2** - Visita ao serviço de urgência e à UCIP com apresentação dos espaços físicos;
- A2.3** - Identificação dos recursos materiais, equipamentos técnicos e dispositivos médicos usados para a prestação de cuidados diferenciados, presentes no local do Ensino Clínico;
- A2.4** - Conhecimento da dinâmica de trabalho de cada sector e os circuitos do doente dentro do SUMC e da UCIP;
- A2.5** - Consulta de normas, protocolos e documentos de apoio à prestação de cuidados;
- A2.6** - Manuseamento do equipamento;
- A2.7** - Prestação de cuidados favorecendo uma integração adequada nos serviços e nas equipas.

Competências	B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica.
	B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade.
	B3- Cria e mantêm um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivo Específico:

- *Contribuir ativamente para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem*

Atividades a desenvolver:

B1.1 – Consulta dos documentos da instituição relativos à política de qualidade e processo de acreditação, identificando oportunidades de melhoria;

B2.1 - Prestação de cuidados de enfermagem, garantindo um ambiente terapêutico e seguro para o doente e família;

B2.2 – Participação em formação nos serviços;

B2.3 - Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Objetivo Específico:

- *Reconhecer a importância da família e inclui-la enquanto recurso e alvo dos cuidados, na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.*

Atividades a desenvolver:

B3.1 – Demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica;

B3.2 – Desenvolvimento de estratégias de comunicação funcional que facilitem a recolha e exploração dos dados (atitudes de receptividade, de partilha, questões adequadas à condição da pessoa, escuta ativa, respostas reflexo que permitam validar/clarificar a informação debitada;

B3.2 - Prestação de cuidados ao doente, englobando sempre que possível o familiar/pessoa significativa.

Competências	C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
	C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às instituições e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Objetivo Geral da Competência C1:

- *Participar na gestão dos cuidados*

Atividades a desenvolver:

C1.1 e C2.1- Observação do papel do chefe da equipa e da supervisora clínica, no que diz respeito aos postos de trabalho que cada enfermeiro ocupa no SUMC e na UCIP;

C2.2 - Colaboração com a supervisora clínica no controlo da medicação e reposição de materiais, nomeadamente a verificação e gestão dos estupefacientes, no SUMC e na UCIP.

Competências	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
	D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Objetivo Geral da competência D1:

- **Desenvolver o domínio das aprendizagens profissionais no serviço de urgência e na UCI**

Atividades a desenvolver:

D1.1 – Estudo da bibliografia na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

D2.1 – Identificação do equipamento necessário à prestação de cuidados;

D2.2 – Planeamento das intervenções ao doente crítico;

D2.3 – Desenvolvimento de conhecimentos sobre monitorização hemodinâmica no doente crítico e/ou em falência orgânica;

D2.4 – Utilização da evidência científica, para fundamentar todas as práticas mais especializadas.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA, EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Competências	K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
	K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção.
	K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Objetivo Específico:

- *Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou em falência orgânica*

Atividades a desenvolver:

K1.1 - Prestação de cuidados de enfermagem globais à pessoa/família em situação crítica nas diferentes áreas do serviço de urgência e UCIP;

K1.2 – Utilização da metodologia do processo de enfermagem no cuidado à Pessoa em Situação Crítica;

K1.3 – Implementação de medidas de promoção do bem-estar da Pessoa em Situação Crítica e/ou em falência orgânica nos diferentes focos identificados;

K1.4 - Colaboração no acompanhamento do doente em situação crítica no transporte intra-hospitalar, nomeadamente para a realização de exames complementares de diagnósticos, recorrendo às malas de (Siv e Sav), sempre que necessário;

K1.5 - Execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica, tendo sempre em conta os protocolos, normas do serviço e a evidência científica.

Objetivo Específico:

- *Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergências multi-vítima da conceção à ação*

Atividades a desenvolver:

K2.1 – Dinamizar após a pesquisa o plano de catástrofe da instituição e tomada de conhecimento dos kit´s a utilizar nestas situações;

K2.2 - Consulta de documentação disponibilizada na Intranet do HRR.

Objetivo Específico:

- *Maximizar a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.*

Atividades a desenvolver:

K3.1 – Visita ao gabinete de controlo de infeção do HRR;

K3.2 - Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa crítica respeitando as medidas de prevenção e controlo da infeção;

K3.3 - Utilização correta dos EPI´s;

K3.4 – Familiarização dos circuitos existentes no serviço para a prevenção e controlo da infeção, com o apoio da equipa multidisciplinar.

Objetivo Geral

- 2 - Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na comunicação de más notícias em contexto de Morte Inesperada na Sala de Emergência

Objetivos Específicos:

- ✓ Pesquisar bibliografia sobre a problemática;
- ✓ Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na comunicação de más notícias em contexto de Morte Inesperada na Sala de Reanimação;
- ✓ Elaborar um Poster Científico relacionado com a temática;
- ✓ Elencar estratégias que facilitem a comunicação de más notícias através da sessão de formação
- ✓ Promover o Protocolo *SPIKES* de orientação para a equipa multidisciplinar;
- ✓ Divulgar no SUMV à equipa multidisciplinar, nomeadamente aos profissionais que estão por norma escalados para a sala de emergência da existência de um novo guia, por forma a melhorar os cuidados prestados.

Este objetivo geral será realizado durante o período completo do Estágio Final.

Atividades	Código da atividade
Colaboração com a equipa multiprofissional no processo de tomada de decisão, sobre o doente crítico;	A1.1
Transmissão de informação, tendo em conta os princípios da ISBAR;	A1.2
Observação do sistema de informação para a gestão de doentes: SClínic	A1.3
Orientação por parte da supervisora clínica acerca do funcionamento do sistema de informação para a gestão de doentes: SClínic	A1.4
Reunião com o Enfermeiro Chefe do serviço de urgência e UCIP,	A2.1
Visita ao serviço de urgência e à UCIP com apresentação dos espaços físicos,	A2.2
Identificação dos recursos materiais, equipamentos técnicos e dispositivos médicos usados para a prestação de cuidados diferenciados, presentes no local do Ensino Clínico;	A2.3
Conhecimento da dinâmica de trabalho de cada sector e os circuitos do doente dentro do SUMC;	A2.4
Consulta de normas, protocolos e documentos de apoio à prestação de cuidados;	A2.5
Manuseamento do equipamento;	A2.6
Prestação de cuidados favorecendo uma integração adequada no serviço e nas equipas.	A2.7
Consultar dos documentos da instituição relativos à política de qualidade e processo de acreditação,	B1.1

Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência

identificando oportunidades de melhoria;	
Prestação de cuidados de enfermagem, garantindo um ambiente terapêutico e seguro para o doente e família;	B2.1
Participação em formação nos serviços	B2.2
Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, no Instituto Politécnico de Setúbal.	B2.3
Demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica;	B3.1
Desenvolvimento de estratégias de comunicação funcional que facilitem a recolha e exploração dos dados (atitudes de receptividade, de partilha, questões adequadas à condição da pessoa, escuta ativa, respostas reflexo que permitam validar/clarificar a informação debitada;	B3.2
Prestação de cuidados ao doente, englobando sempre que necessário o familiar/pessoa significativa	B3.3
Observação do papel do chefe da equipa e da supervisora clínica, no que diz respeito aos postos de trabalho que cada enfermeiro ocupa no SUMC e na UCIP;	C1.1 & C2.1
Colaboração com a supervisora clínica no controlo da medicação e reposição de materiais, nomeadamente a verificação e gestão dos estupefacientes, no SUMC e na UCIP.	C2.2
Estudo da bibliografia na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;	D1.1
Identificação do equipamento necessário à prestação de cuidados	D2.1
Planeamento das intervenções ao doente crítico;	D2.2
Desenvolvimento de conhecimentos sobre monitorização hemodinâmica no doente crítico e/ou em falência orgânica	D2.3
Utilização da evidência científica, para fundamentar todas as práticas mais especializadas	D2.4
Prestação de cuidados de enfermagem globais à pessoa/família em situação crítica nas diferentes áreas do serviço de urgência e UCIP;	K1.1
Utilização da metodologia do processo de enfermagem no cuidado à Pessoa em Situação Crítica	K1.2
Implementação de medidas de promoção do bem-estar da Pessoa em Situação Crítica e/ou em falência orgânica nos diferentes focos identificados;	K1.3
Colaboração no acompanhamento do doente em situação crítica no transporte intra-hospitalar, nomeadamente para a realização de exames complementares de diagnósticos, recorrendo às malas de (Siv e Sav), sempre que necessário	K1.4
Execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica, tendo sempre em conta os protocolos, normas do serviço e a evidência científica.	K1.5
Dinamizar após a pesquisa o plano de catástrofe da instituição e tomada de conhecimento dos kit's a utilizar nestas situações;	K2.1
Consulta de documentação disponibilizada na Intranet do HRR;	K2.2
Visita ao gabinete de controlo de infeção do HRR;	K3.1
Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa crítica respeitando as medidas de prevenção e controlo da infeção;	K3.2
Utilização correta dos EPI's;	K3.3
Familiarização dos circuitos existentes no serviço para a prevenção e controlo da infeção, com o apoio das equipas multidisciplinares	K3.4

APÊNDICE II – Projeto de Intervenção



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: <u>2019</u> / <u>2020</u>

Encontrar uma definição que reflita todas as situações que podem implicar más notícias é difícil.

Contudo Buckman (1992, p.11) define má notícia, como sendo “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro.” Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, visto ser uma tarefa complexa e geradora de grande stress e sofrimento, quer para a pessoa doente/família, quer para os profissionais de saúde.

Como refere Pereira, Fortes & Mendes (2013), a comunicação das más notícias em saúde, é uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica tem diversas competências específicas que fundamentam não só a intervenção no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, como da gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou de falência orgânica (OE (2018), Regulamento n.429/2018).

A comunicação de uma “má notícia” gera nos profissionais de saúde dilemas nas escolhas entre “o que”, “como”, “onde” e “quem” deve informar a pessoa doente/família, o que espelha os conflitos e as preocupações/hesitações sentidas pelos profissionais de saúde.

Quando essa comunicação se enquadra num contexto de morte inesperada, essa dificuldade acresce, não só pela imprevisibilidade deste acontecimento complexo, como pela falta de preparação dos profissionais em lidar com esta situação, assim como, dos familiares que recebem a notícia e iniciam o processo de luto.

A vivência dessa morte inesperada, pode ser encarada como um processo transaccional, em que envolve não só aquele que morre, como os que sobrevivem num ciclo de vida compartilhado, reconhecendo não só o carácter final da morte como a continuidade de vida (Pereira, 2010).

Por esta razão, torna-se pertinente que o enfermeiro consiga lidar com a comunicação de más notícias, reduzindo a sua ansiedade e os seus receios através da aquisição de competências na gestão das suas emoções.

Segundo Serra e Albuquerque (2006:76) “devemos compreender que a comunicação não deve ser um ato improvisado e que o profissional de saúde deve ter bons conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão”

O projeto de intervenção proposto pretende assim melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no que se refere à comunicação de uma má notícia inesperada, destacando a pertinência e actualidade do tema para a Especialidade Enfermagem de Médico-Cirúrgica com a valorização da investigação e recolha de evidências científicas numa área em evolução e de extrema importância para o doente crítico e família.

Considerando as competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica: Pessoa em

Situação Crítica, pretendo deste modo desenvolver trabalho através da estimulação da partilha de conhecimentos e da reflexão da equipa com a finalidade de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta temática.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

Objetivo Geral:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na comunicação de más notícias em contexto de Morte Inesperada na Sala de Emergência.

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na comunicação de más notícias em contexto de Morte Inesperada na Sala de Reanimação;
- Elaborar um Poster Científico relacionado com a temática;
- Elencar estratégias que facilitem a comunicação de más notícias através da sessão de formação.

Atividades a desenvolver:

- **Utilização de evidência científica no reconhecimento das intervenções e recursos adequados para a promoção da qualidade das relações interpessoais, enfermeiro/doente/família, através da revisão bibliográfica sobre o tema abordado;**
- Pesquisa da existência sobre documentos, normas, protocolos, formações sobre a temática na Sala de Reanimação;
- Entrevista exploratória aos chefes de Equipa de Enfermagem e Chefes do Serviço de Enfermagem;
- Reunião com os diferentes atores envolvidos no projeto;

- Identificação das intervenções de enfermagem no que se refere à comunicação de más notícias em contexto de morte inesperada na Sala de Emergência (SE);
- **Elaboração de um protocolo, tendo por base o Protocolo SPIKES no SUMC, nomeadamente na Sala de Reanimação, para a comunicação de más notícias;**
- **Elaboração de um Artigo Científico de revisão integrativa sobre a temática;**
- **Elaboração de Poster Científico para sintetizar os resultados da revisão integrativa da literatura;**
- Realização de uma Ação de Formação acerca da temática e com base nos objetivos do projeto.

Metodologia:

Tipo de estudo:

Assente na Metodologia de Projeto com o desenvolvimento de projeto num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital Central do Médio Tejo.

Entrevistas exploratórias aos chefes de equipa e chefes de serviço.

Será um estudo descritivo, onde os fatos vão ser observados, registados, analisados, classificados e interpretados, sem existir manipulação e interferência do pesquisador. Foi escolhido este tipo de estudo uma vez que existe uma preocupação no serviço em relação à prática atual realizada pelos enfermeiros sobre esta temática (Prodanav & Freitas, 2013).

Contexto:

Aplicação do projeto no Hospital Central do Médio Tejo, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica entre Setembro e Dezembro de 2019 e Janeiro de 2020.

População e amostra/participantes:

- Chefe do Serviço de Enfermagem e sub-chefe;
- Chefes das Equipas de Enfermagem (5);
- Equipa de Enfermagem do SUMC.

Instrumentos:

Entrevista Exploratória;
Análise Swot.

Resultados Esperados:

Com as atividades a que nos propusemos (realização de um Artigo Científico, Ação de formação, elaboração de um protocolo, e construção de um Poster Científico sobre a temática), esperamos conseguir dar um contributo válido para melhorar o processo de transmissão de más notícias no SUMC, baseados sempre na evidência científica.

Processo de Avaliação:

A avaliação será feita, posteriormente, através de auditorias, planeadas periodicamente, onde se procederá à verificação da utilização do protocolo sempre que seja necessário a transmissão de más notícias.

Pretendemos que ao final de 6 meses o protocolo seja aplicado e registado nas intervenções de enfermagem no Sclinic, em 60% de situações referentes à comunicação de más notícias.

APÊNDICE III – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Pesquisa e Análise Bibliográfica		2 à 4 semana	1 à 4 semana	1 à 4 semana	1 à 4 semana
Realização da Revisão Integrativa da Literatura				1 à 3 semana	Entrega dia 15
Pesquisa para a Ação de Formação e para a Realização do Protocolo				1 à 4 semana	1 e 2 semana
Elaboração do Protocolo de Comunicação de Más Notícias: Protocolo <i>SPIKES</i>			3 e 4 semana	1 à 3 semana	
Realização da Ação da Formação					20-02-2020
Avaliação da Formação					Última semana de fevereiro
Construção do Poster Científico			1 à 4 semana	1 à 3 semana	
Afixação do Poster Científico				A definir data de colocação do poster	

APÊNDICE IV – Poster Científico baseado no Artigo Científico: ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SITUAÇÃO DE MORTE UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO *SCOPING*

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA OS ENFERMEIROS



AUTORA: ALUNA ESTAGIÁRIA DO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO ENFERMEIRA DANIELA CAMPOS

INTRODUÇÃO

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NOMEADAMENTE EM SITUAÇÃO DE MORTE, É UMA REALIDADE E ESTE PROCESSO DE COMUNICAÇÃO AFIGURA-SE DIFÍCIL. TENDO POR BASE O CONTRIBUTO DE OUTROS TEÓRICOS, OLIVEIRA, SCHIRMBECK E LUNARDI⁽¹⁾ EXPLICAM QUE A MORTE É UMA PERDA QUE TEM UM GRANDE IMPACTO NA PESSOA, DESENCADEANDO UM CONJUNTO DE RESPOSTAS EMOCIONAIS, FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS, SENDO UMA EXPERIÊNCIA DIFÍCIL PARA QUALQUER PESSOA, TANTO PARA OS FAMILIARES QUE RECEBEM A NOTÍCIA DE MORTE, COMO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE COMUNICAM ESTA MÁ NOTÍCIA. UMA DAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES E QUE SÃO APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM É A INSUFICIÊNCIA DE MODELOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS, HAVENDO ESTUDOS QUE DEMONSTRAM QUE ESTES ESTÃO RECEPTIVOS À APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO⁽²⁾ TAL, REVELA QUE A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NOMEADAMENTE DE ENFERMEIROS, TEM QUE CONTEMPLAR A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS, SENDO QUE EXISTEM EVIDÊNCIAS QUE DEMONSTRAM QUE SEM TREINO E FORMAÇÃO, AS HABILIDADES EM COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS DIFICILMENTE MELHORAM COM A EXPERIÊNCIA⁽²⁾.

MATERIAIS E MÉTODOS

PARA ELABORAÇÃO DESTE ESTUDO ELEGEU-SE O MÉTODO DA REVISÃO SCOPING REVIEW, COM UMA PESQUISA REALIZADA NA PUBMED E DA B-ON, PARA O PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 2014-2019. APÓS O USO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO FORAM OBTIDOS 11 ARTIGOS PARA ANÁLISE.

RESULTADOS

DEPOIS DE REALIZADA A ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS, FOI IDENTIFICADO COMO PRINCIPAL RESULTADO DE TODOS OS AUTORES A FALTA DE FORMAÇÃO PARA QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ADQUIRIREM COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE COMUNICAÇÃO, VISANDO A PROMOÇÃO DE UM FIM DE VIDA DIGNO, E QUE TENHAM AO SEU DISPOR ESTRATÉGIAS QUE OS AJUDEM A COMUNICAR NOTÍCIAS DIFÍCEIS AOS DOENTES E TAMBÉM ÀS SUAS FAMÍLIAS, SENDO CRUCIAL DESENVOLVER ESTRATÉGIAS QUE CONTEMPLAM A EXPRESSÃO VERBAL E OS SINAIS NÃO-VERBAIS, TENDO EM VISTA UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO POSITIVA⁽³⁾. EM DIVERSOS ARTIGOS SELECIONADOS FORAM ANALISADOS QUE ALGUMAS DIFICULDADES INERENTES AO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS SÃO:

DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS
DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DESSAS COMUNICAÇÕES
REPERCUSSÕES DESSAS NOTÍCIAS
FORMAÇÃO PROFISSIONAL
RELAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA CUIDADA/FAMÍLIA PARA AJUDAR NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.
O USO DE PROTOCOLOS BASEADOS NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA.

CONCLUSÃO

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS É APONTADA COMO A TAREFA MAIS DIFÍCIL, COMPLEXA, DESAFIADORA E ASSUSTADORA, MAS É TAMBÉM A BASE DO CUIDADO E POR ISSO, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO SÃO IMPORTANTES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COMO OS ENFERMEIROS. OS ACHADOS ENCONTRADOS REVELAM QUE A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS OU DA MORTE FAZ PARTE DO TRABALHO DO ENFERMEIRO, VISANDO CONTRIBUIR PARA UM FIM DE VIDA DIGNO E POR TUDO AQUELO QUE IMPLICA, O SOFRIMENTO DE QUEM RECEBE A NOTÍCIA E O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA DE QUEM A TRANSMITE, ACARRETA ALGUNS DESAFIOS E DIFICULDADES PARA OS ENFERMEIROS:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
1. OLIVEIRA P, SCHIRMBECK T, LUNARDI R. VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A MORTE DE CRIANÇA INDÍGENA HOSPITALIZADA. TEXTO CONTEXTO ENFERMAGEM. 2013; 22(4): 1072-80.
2. CAMARGO N, LIMA M, BRIETZKE E, MUCCI S, GÓIS A. ENSINO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: REVISÃO SISTEMÁTICA. REVISTA BIOTICA. 2019; 27(2): 326-340.
3. VERÍSSIMO F, G SOUSA P. A COMUNICAÇÃO COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO HUMANIZADO EM FIM DE VIDA: REVISÃO SISTEMÁTICA. REVISTA DE ENFERMAGEM REVAL. 2014; 8(8): 2845-2853.

APÊNDICE V - Protocolo “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência: Protocolo *SPIKES*”



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

PROTOCOLO

Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no SUMC: Protocolo SPIKES

1. Objetivo

Definir, sistematizar e auxiliar os profissionais de saúde (Médico e Enfermeiro) na comunicação de más notícias à família através do uso do protocolo *SPIKES*, tornando-se esse como um paradigma orientador de forma adaptada para essa transmissão.

2. Âmbito

Aplica-se aos Serviços de Urgência Básica, Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HRR.

3. Siglas e abreviaturas

HRR: Hospital Regional do Ribatejo

Ex: Exemplo

PS: Profissional de Saúde

SUB: Serviço de Urgência Básica

SUMC: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

4. Definições

A investigação na área das más notícias, permitiu a construção de protocolos para este tipo de intervenção. Estes protocolos constituem uma série de atitudes e comportamentos que abrem a porta para que mesmo que o caminho seja difícil e penoso para os intervenientes (Família e Profissionais de Saúde), à raiz de uma intervenção humana, séria, compassiva e técnica ser mais facilitado para ambos.

Buckman em 1994, deu origem a um protocolo de ação para comunicar às más notícias. Este é um protocolo que descreve considerações importantes para ajudar a aliviar a

angústia, tanto para a família que recebe a notícia, como para os profissionais de saúde que a compartilham (1).

Com o protocolo *SPIKES* pretende-se demonstrar a empatia, reconhecendo e validando os sentimentos da família, explorando a sua compreensão e aceitação das más notícias, e fornecer informações sobre possíveis intervenções (1).

5. Descrição

A Comunicação de Más notícias adaptando o Protocolo *SPIKES* a uma situação de morte inesperada na sala de emergência, é usado para descrever o momento em que é dada a uma família/pessoa significativa a informação médica negativa sobre o diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O protocolo *SPIKES* é constituído por seis etapas e quando aplicado corretamente e de acordo com cada circunstância, é de grande utilidade para os intervenientes que já foram referidos em cima (2).

Quadro 1

O Protocolo *SPIKES* (3)

S	<i>Setting up</i>	Preparação para o encontro
P	<i>Perception</i>	Perceber a família
I	<i>Invitation</i>	Convidar para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitir as informações
E	<i>Emotions</i>	Expressar as emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumir e organizar estratégias, sempre que possível

Os **SEIS PASSOS** fundamentais (4):

1º PASSO (Setting up)

Será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista:

- ✓ Estar familiarizado com a situação decorrida;
- ✓ As más notícias devem ser transmitidas em locais privados e próprios (Gabinete do GIF do SUMC, gabinete médico com porta fechada no SUB e unidades polivalentes)
- ✓ Ter em atenção que a pessoa receptora da notícia não se encontra sozinha.

2º PASSO (Percepção)

- ✓ Pedir à pessoa que lhe descreva o que está acontecer, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos;
- ✓ As respostas irão proporcionar uma informação extremamente essencial sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;
- ✓ Adequar as más notícias aos conhecimentos da família/ente querido.

3ºPASSO (Invictation)

- ✓ Perceber até que ponto a pessoa/família tem conhecimento acerca da situação, através de particularidades, tentando compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado (a).

4ºPASSO (Knowledge)

- ✓ Dar tempo à pessoa/familiar para assimilar as variáveis alterações do estado de saúde do doente;
- ✓ Fornecer informação em pequenas porções;
- ✓ Certificar-se de que o familiar fez uma interpretação correta da situação e verificar qual a sua reacção;
- ✓ Falar com franqueza, evitando no entanto ser exclusivamente fatural e sem afeto;
- ✓ Evitar termos técnicos;
- ✓ Não reçar o uso das palavras “morte”;
- ✓ Evitar a urgência de falar de forma a obviar o próprio desconforto;
- ✓ Permitir o silêncio e as lágrimas.

5ºPASSO (Emotion)

É uma das fases cruciais que pressupõe a identificação e a validação de emoções. O medo e a angústia são dois sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia traduzindo-se muitas vezes em raiva contra o profissional de saúde.

- ✓ Demonstrar apoio e compreensão (toque), respeitando o choro e o silêncio, através de uma resposta empática;
- ✓ Identificar as emoções: Podem ser colocadas questões acerca do pensamento ou da emoção do familiar naquele momento;
- ✓ Respostas dadas devem ser claras e simples, de forma direta e honesta;
- ✓ As informações importantes devem ser comunicadas no início ou no fim da conversa, pois por norma a pessoa esquece o meio.

6ºPASSO (Strategy and summary)

Quando aplicável e sempre que seja necessário, no caso de morte inesperada, deve-se aplicar um plano gerido em função das necessidades da família, prevenindo o sofrimento. O profissional de saúde e a família estipulam pequenas metas a atingir, como por exemplo pedir auxílio a outro profissional mais especializado para apoiar aquela família com mais dificuldade em aceitar a situação (por ex: Psicólogo).

5.1. Responsáveis pela execução

É da responsabilidade dos Médicos e Enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência e no SUMC, a implementação deste protocolo o mais precocemente possível após a morte inesperada do utente, de forma a reduzir o tempo de angústia e de espera de notícias à família/pessoa significativa.

Por ser um processo complexo, é extremamente importante a envolvência da equipa multidisciplinar, existindo uma participação ativa, sempre com o objetivo de ser bem executada para evitar efeitos prejudiciais futuros à família do utente.

De acordo com alguns estudos, apesar de a transmissão de más notícias ser uma competência médica, as necessidades de informação e de apoio às famílias, vão muito mais além do que comunicar essa notícia, é extremamente importante a avaliação das necessidades de informação, identificando e esclarecendo mal entendidos, obtenção de informações e explicação de informação médica complexa ajudando os familiares a lidar com as suas reações emocionais, e essas atividades fazem parte do papel do enfermeiro (5), nomeadamente o enfermeiro que se encontra na sala de reanimação e acompanha tudo o processo.

5.2. Horário

A sala de emergência e os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, funcionam sempre que necessário, durante vinte e quatro horas, sete dias por semana.

5.3. Orientações Gerais quanto à Comunicação de Más Notícias

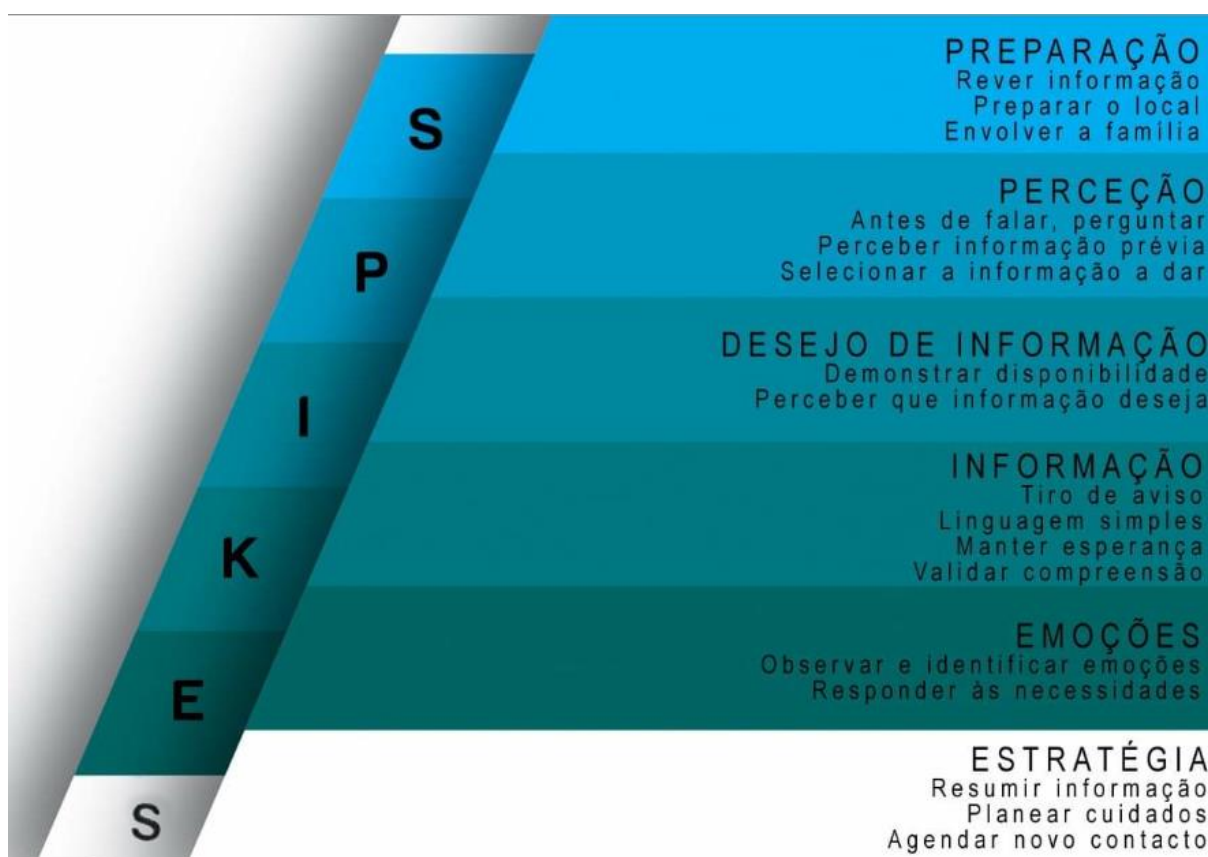
- ✓ Preparar a família/pessoa significativa ou ente querido, esclarecendo e explicando as informações que estão a ser dadas e ajudá-los a perceber as implicações da situação;
- ✓ A notícia deve ser dada de forma gradual, clara e aberta;
- ✓ Adaptar à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pela família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões;
- ✓ O profissional de saúde deve ter sensibilidade e perspicácia para poder responder ao que a família quer saber e falar sobre o que este parece preparado para ouvir;

- ✓ O profissional de saúde não deve infantilizar, não ter eufemismos nem banalizar o momento;
- ✓ Após a comunicação da má notícia é recomendável que o PS reserve um tempo para conferir as próprias reações, com o objetivo de permitir uma sensibilidade maior e uma maior habilidade relativamente à comunicação.
- ✓ Comunicação de Más notícias por via telefónica é da responsabilidade do Enfermeiro que está presente na situação de morte inesperada do doente crítico, tendo sempre em atenção que a pessoa que recebe a notícia não se encontra sozinha;
- ✓ Comunicação de Más Notícias presencial é efetuada pelo médico e enfermeiro da sala de reanimação que acompanharam tudo o processo.

Referências Bibliográficas:

- (1) Pereira, V. (2009). Comunicar o fim de vida...O papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. Revista Enformação. Acedido em <http://repositorio.chic.min-saude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf>
- (2) Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, pp.511;
- (3) Baile, W.K.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Guber, G.; Beale, EA.; Kudelka, AP. AP. *SPIKES* – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*; 2000;5 (4): 302-11
- (4) Pereira, M.A. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Florianópolis: Texto e Contexto – Enfermagem, Março. Pp.33-37
- (5) Warnock, C.; Tod, A.; Foster, J.; Soreny, C. (2010) Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 66(7). Pp 1543-55.

APÊNDICE VI – CARTÃO DE BOLSO: PROTOCOLO *SPIKES*



APÊNDICE VII - Folheto Informativo sobre a sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência”

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Serviço/Unidade: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Data: 20 de Fevereiro de 2020

Hora: 14 h

Local: Biblioteca do HRR

População Alvo: Enfermeiros do SUMC



COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE MORTE SÚBITA NO SUMC

Objetivos:

- Explicar a importância da Comunicação em enfermagem enquanto prestadores de cuidados específicos;
- Identificar a importância da utilização de uma Comunicação adequada no que se refere a más notícias em contexto de emergência;
- Divulgar estratégias a utilizar na Comunicação de Más Notícias;
- Incentivar a utilização do Protocolo *SPIKES* como Orientação na Comunicação de Más Notícias em contexto de emergência.

APÊNDICE VIII – Plano da Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência”

Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	Crítérios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenciar a importância da comunicação na prestação de cuidados de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da preletora; - Apresentação do tema; - Objetivos do trabalho. 	<p>Método Expositivo:</p> <p>Projeção de diapositivos e exposição oral</p>	Videoprojector	Observação directa em sala: motivação e participação	10min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a importância da Comunicação em Enfermagem enquanto prestadores de cuidados específicos; - Identificar a importância da utilização de uma Comunicação adequada no que se refere a más notícias em situações de emergência -Divulgar estratégias a utilizar na Comunicação de Más Notícias; -Incentivar a utilização do protocolo <i>SPIKES</i> como orientação na Comunicação de Más Notícias; 	<p><u>Sumário geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição de comunicação; - Comportamento e Postura do Profissional de Saúde; - Más notícias; - Comunicação de Más Noticias em contexto de emergência - Obstáculos na comunicação de Más Notícias; - Enquadramento legal das competências dos enfermeiros; - Estratégias para uma comunicação eficaz – Protocolos; - Role Play de uma situação vivenciada numa SUB, antes do uso do protocolo <i>SPIKES</i> e depois do uso desse. 	<p>Método Expositivo:</p> <p>Projeção de diapositivos e exposição oral</p> <p>Role Play</p>	Videoprojector	Observação direta em sala: motivação e participação	40min

Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência

Conclusão	- Resumir a comunicação de más notícias em contexto de emergência	- Resumo de Ideias; - Clarificação de dúvidas;	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral	Videoprojector Folhetos	Observação direta em sala: motivação e participação Preenchimento de um questionário para avaliação da sessão e dos preletores	10min
-----------	---	---	--	----------------------------	---	-------

Plano da Sessão de Formação

Curso: Ação N.º1

Data: 20 de Fevereiro de 2020

Horário: 14 horas

Local: Biblioteca do HRR

Módulo: Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Inesperada

Público-Alvo/Destinários: Enfermeiros

Duração da Sessão: 1 Hora

Preletora:

- Aluna do Mestrado de Enfermagem em Associação: Daniela Campos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da Comunicação de Más Notícias em contexto de emergência para o utente e família.

Objetivos Específicos:

- Explicar a importância da Comunicação em enfermagem enquanto prestadores de cuidados específicos;
- Identificar a importância da utilização de uma Comunicação adequada no que se refere a más notícias em contexto de emergência;
- Divulgar estratégias a utilizar na Comunicação de Más Notícias;
- Incentivar a utilização do Protocolo *SPIKES* como Orientação na Comunicação de Más Notícias em contexto de emergência.

APÊNDICE IX – Diapositivos da Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência”

POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde

IPS INSTITUTO PORTUGUÊS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem

Associação de Profissionais de Saúde

Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Inesperada na Urgência

Abrantes,
20 de Fevereiro de
2020

Autor: Daniela Campos (Aluna do Mestrado em Associação em Enfermagem)
Orientação: Enf.ª Especialista Cátia Gregório
Docente Orientador: Prof.ª Dr.ª Alice Ruivo

Sumário

- ❖ Definição de Comunicação;
- ❖ Comportamentos e Maneiras de ser do Profissional de Saúde;
- ❖ Definição de Comunicação de má notícia;
- ❖ Imperativos éticos e legais na comunicação de Más Notícias;
- ❖ Obstáculos à Comunicação de Más Notícias;
- ❖ Enquadramento Legal das competências dos enfermeiros;
- ❖ Estratégias para uma Comunicação eficaz - Protocolos;
- ❖ Situação vivenciada - Role Play;
- ❖ Bibliografia.

Comunicação

"A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes" (Pharmid, 2005)



Comunicação e
"...Instrumento básico de enfermagem, central nos cuidados prestados aos clientes, e que nos permite transmitir ao outro a informação que este necessita" (In.ª, 2005).

Comportamentos e Posturas do profissional de saúde

- ❖ A Postura e as Atitudes Corporais;
- ❖ Os Gestos;
- ❖ A Distância;
- ❖ O Contato visual;
- ❖ A expressão facial;
- ❖ A Voz;
- ❖ A Respiração;
- ❖ O Silêncio;
- ❖ A Aparência geral;
- ❖ O tocar.



(Pharmid, 2005)

Enquadramento Legal das Competências dos Enfermeiros

"Segundo o Regulamento de competências Comuns do Enfermeiro Generalista da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro generalista na competência do domínio da prestação e gestão de cuidados, estabelece comunicação e relações interpessoais" (Artigo 6º do Diário da República, 2ª série -Nº 79 - 23 de abril de 2015).



Comunicação de Más Notícias

Buckman (1992, p.11) define má notícia, como sendo "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa";

Belander (1998:1852), também defende que a comunicação de más notícias "associa-se normalmente a uma situação de perda, definida (...) como a retirada ou a ausência de um objeto ou sujeito importantes na vida de um indivíduo";

Pereira (2005, p. 34), "a comunicação de más notícias em saúde, continua a ser uma área de grande dificuldade, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais pessoa doente/família/profissional de saúde".



Comunicação de Más Notícias

- ❖ A comunicação de uma "má notícia" gera nos profissionais de saúde dilemas nas escolhas entre "o que", "como", "onde" e "quem" deve informar a pessoa doente/família, o que espelha os conflitos e as preocupações/hesitações sentidas pelos profissionais de saúde;
- ❖ Para a comunicação de más notícias ser realizada, "é imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade. As relações interpessoais fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde, numa relação com pessoas únicas carenciadas de alguém que os cuide e trate, isto é, que satisfaçam as suas necessidades" (Pereira, 2005:34);
- ❖ É importante que o enfermeiro, consiga lidar com a comunicação de más notícias, reduzindo a sua ansiedade e os seus receios através da aquisição de competências na gestão das suas emoções.



Picmaná, 2005

Imperativos éticos e legais na Comunicação de Más Notícias

Quem deve comunicar más notícias?

- ✓ "...escolha, em equipa, da pessoa mais bem preparada para o fazer, ou seja, a mais capacitada e que melhor conhecimento tem da situação"
- (José, 2010)
- ✓ É importante conhecer metodologia básica e ter estratégias para abordar esses momentos.

(Nunez et al, 2006)

Obstáculos à Comunicação de Más Notícias

- ✓ Os limites dos sentidos na pessoa cuidada;
- ✓ O nível de educação dos interlocutores;
- ✓ As diferenças culturais;
- ✓ A suspeição em relação às enfermeiras e aos cuidados;
- ✓ As diferenças nos usos e costumes;
- ✓ As diferenças na percepção dos sexos;
- ✓ O receio de uma quebra de confidencialidade;
- ✓ A percepção do papel da família;
- ✓ A orientação temporal;
- ✓ A língua falada;

- ✓ Os valores;
- ✓ A religião e a espiritualidade;
- ✓ A diferença de idade;
- ✓ O desenvolvimento intelectual;
- ✓ O estatuto social;
- ✓ O desenvolvimento intelectual da pessoa cuidada;
- ✓ O estatuto social dos interlocutores;
- ✓ As manifestações de diferença social;
- ✓ Os preconceitos e estereótipos sociais.

(Picmaná, 2005)

Estratégias para uma Comunicação eficaz

Dimensão Verbal

- Tom de voz amável, suave e baixo;
- Linguagem simples e objetiva;
- Sinceridade prudente;
- Informar gradualmente;
- Discurso não punitivo;
- Não interromper o discurso do utente/família;
- Comunicação eficaz entre os elementos multidisciplinares;
- Demonstrar disponibilidade;
- Avaliar necessidade de informação;
- Selecionar a informação a transmitir;
- Incentivar a verbalização e exteriorização de sentimentos;
- Verbalizar compreensão pelas suas emoções/sentimentos;
- Sintetizar a informação;
- Não estabelecer limites temporais.

(Silva & Araújo (2011); Gomes (2006) & Silva (2012)

Estratégias para uma Comunicação eficaz

Dimensão Não-Verbal

- Sorrir;
- Estabelecer/Manter contato visual;
- Inclinar o corpo na direção do utente/família;
- Revelar uma expressão facial de interesse e encorajadora;
- Toque;
- Agir de forma segura e assertiva;
- Preparação pessoal antes de comunicar a má notícia;
- Escolher um local privado;
- Remover obstáculos físicos;
- Respeitar a distância interpessoal;
- Incentivar a presença de familiar;
- Permanecer ao mesmo nível ou abaixo;
- Duração adequada;
- Reflexão.

(Silva, 2012)

Estratégias para uma Comunicação eficaz : Protocolos

Método Nurse

Método ABCDE

Protocolo Breaks

Protocolo Spikes

Protocolo SPIKES

❖ Por ser uma tarefa fundamental e difícil, "a transmissão de más notícias" foi alvo de análise e estudo e vários autores desenvolveram modelos facilitadores de revelar a informação explorando a compreensão da pessoa doente. É aqui que surge o protocolo Spikes, criado por Buckman em 1994, para transmitir más notícias (Pereira et al, 2013).

❖ De acordo com Pereira (2009) citado por Pereira et al (2013:231), "este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia, tanto para os pacientes que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a compartilhem."

"Os principais componentes deste protocolo incluem a demonstração da empatia, reconhecendo e avaliando os sentimentos do paciente, explorando a sua compreensão e aceitação das más notícias e fornecer informação sobre possíveis intervenções" (Pereira et al, 2013:231-232).

	Setting up	Preparando-se para o encontro
S	Strategy and summary	Resumir e organizar estratégias
P	Perception	Perceber o doente/família
I	Invitation	Convidar para o diálogo
K	Knowledge	Transmitir as informações
E	Emotions	Expressar emoções

Protocolo Spikes – Contexto emergência

Objetivo – Definir, sistematizar e auxiliar os profissionais de saúde na comunicação de más notícias através do uso do protocolo SPIKES, tornando-se esse como um paradigma orientador de forma adaptada para essa transmissão.



- ❖ Empatia;
- ❖ Reconhecer e validar os sentimentos da família;
- ❖ Explorar a sua compreensão e aceitação das más notícias;
- ❖ Fornecer informação sobre possíveis intervenções.

(Pereira, 2009)

Os seis passos fundamentais:

1º Passo (Setting up)

- ➔ Estar familiarizado com a situação decorrida;
- ➔ As más notícias devem ser transmitidas em locais privados e próprios (Gabinete do GIF do SUMC, gabinete médico com porta fechada no SUB e unidades polivalentes);
- ➔ Ter em atenção que a pessoa receptora da notícia não se encontra sozinha.

2º Passo (Perception)

- ➔ Pedir à pessoa que lhe descreva o que está acontecer, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos;
- ➔ As respostas irão proporcionar uma informação extremamente essencial sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;
- ➔ Adequar as más notícias aos conhecimentos da família/ente querido.

3º Passo (Invitation)

- ➔ Perceber até que ponto a pessoa/família tem conhecimento acerca da situação, através de particularidades, tentando compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado (a).

4º Passo (Knowledge)

- ➔ Dar tempo à pessoa/família para assimilar as variáveis alterações do estado de saúde do doente;
- ➔ Fornecer informação em pequenas porções;
- ➔ Certificar-se de que o familiar fez uma interpretação correta da situação e verificar qual a sua reacção;
- ➔ Falar com franqueza, evitando no entanto ser exclusivamente fático e sem afeto;
- ➔ Evitar termos técnicos;
- ➔ Não recear o uso das palavras "morte";
- ➔ Evitar a urgência de falar de forma a obter o próprio desconforto;
- ➔ Permitir o silêncio e as lágrimas.

5º Passo (Emotion)

- ➔ Demonstrar apoio e compreensão (toque), respeitando o ritmo e o silêncio, através de uma resposta empática;
- ➔ Identificar as emoções: Podem ser colocadas questões acerca do pensamento ou da emoção do familiar naquele momento;
- ➔ Respostas dadas devem ser claras e simples, de forma direta e honesta;
- ➔ As informações importantes devem ser comunicadas no início ou no fim da conversa, pois por norma a pessoa esquece o meio.

6º Passo (Strategy and Summary)

- ➔ Quando aplicável, no caso de morte inesperada, deve-se aplicar um plano gerido em função das necessidades da família, prevenindo o sofrimento. O profissional de saúde e a família estipulam pequenas metas a atingir.

Orientações Gerais quanto à comunicação de Más Notícias

- ❖ Preparar a família/pessoa significativa ou ente querido, esclarecendo e explicando as informações que estão a ser dadas e ajudá-los a perceber as implicações da situação;
- ❖ A notícia deve ser dada de forma gradual, clara e aberta;
- ❖ Adaptar à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pela família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões;
- ❖ O profissional de saúde deve ter a sensibilidade e perspicácia para poder responder ao que a família quer saber e falar sobre o que este parece preparado para ouvir;
- ❖ O profissional de saúde não deve infantilizar, não ter eufemismos nem banalizar o momento;
- ❖ Após a CMN é recomendável que o PS reserve um tempo para conferir as próprias reações, com o objetivo de permitir uma sensibilidade maior e uma maior habilidade relativamente à comunicação;
- ❖ Comunicação de más notícias é efetuada pelo médico e enfermeiro na sala de reanimação que acompanharam tudo o processo.

Situação Vivenciada

- Acidente de Viação;
- Uma vítima Mortal (Jovem de 18 anos);
- Irmã de 16 anos, Mãe e Tia vítimas ligeiras;
- Pais separados, Família disfuncional;
- Irmã transportada para o SUB, sem conhecimento da situação da irmã;
- Questiona os familiares e profissionais de saúde sobre a situação da irmã;
- Comunicação da morte da irmã, no gabinete do médico, junto dos pais;
- Negação da má notícia;
- Fuga;
- Alta Precoce.



PROTOCOLO SPIKES APLICADO À SITUAÇÃO VIVENCIADA

1ª Fase - foi efetuado corretamente, dentro dos possíveis, uma vez que sendo numa SUB e não existindo um espaço físico propriamente dito, para comunicar este tipo de situação, foi feito dentro do gabinete médico, com a porta fechada (S).

2ª Fase - Seguidamente, fariamos algumas perguntas à jovem, para perceber a sua percepção acerca da situação, isto é, o que a jovem se tinha apercebido com o acidente e de como estavam as restantes vítimas, incluindo a sua irmã (P).

3ª Fase - Seria tentar perceber o que a jovem queria saber sobre o sucedido, nomeadamente sobre o que aconteceu com a sua irmã (I).

4ª Fase - seria a transmissão da má notícia ("Tu não te apercebeste, mas a tua irmã, ficou muito ferida! (Faz uma pausa) Lamento dizer, mas ela faleceu) A informação deve ser transmitida de forma direta, honesta e clara, mas de forma suave (K).

5ª Fase - Depois de transmitida a má notícia, deverá ser feito silêncio, para que a jovem interiorize a transmissão da informação da má notícia, isto é, dariamos espaço para esta fazer perguntas ou expressar os seus sentimentos (E).

6ª Fase - Posteriormente, à comunicação da má notícia, entrámos no último passo do protocolo, onde seria feito uma síntese de tudo o que tinha sido partilhado, percebendo se a mensagem foi compreendida e elucidar a jovem sobre tudo o processo (S).

Bibliografia

- Botander, M.G. (1995). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- José H. (2010). Comunicar as más notícias. *Nursing, Revista de formação contínua em enfermagem*, 22 (203); 10.
- Nunez, S.; Marco, T.; Putza, G.B. & Ojeda, J. (2000). Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (barc)*; 127 (10): 950-953.
- Pereira, M.A.G. (2005, janeiro-março). Má notícia em Saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. In *Texto contexto enfermagem*. Acessado em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n1/2004v11n1.pdf>.
- Pereira, V. (2009). Comunicar o fim de vida...O papel do enfermeiro face à comunicação de fim de vida à família. *Revista Enfermagem*. Acessado em <http://repositorio.cic.min-saude.pt/bitstream/10400.17/170/Enfermagem%20e%20Saúde%20em%202009%2014.pdf>.
- Phansauk, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Silva, M.J.D. (2012). Comunicação de más notícias. *O mundo da saúde*, 36 (1); 49-53.
- Silva, M.J.D. & Araújo, M.M. (2012). Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Revista Escola Enfermagem*, 46(3); 620-632.

Questões?????



Obrigada pela vossa atenção!! -)

APÊNDICE X – Questionário Avaliativo sobre a Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Designação da ação de formação: _____

Formador da ação de formação: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Insuficiente	Médio	Bom	Excelente

1. Conhecimentos iniciais	1	2	3	4
Ao apresentar-se nesta ação de formação os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram:				

2. Expetativas	1	2	3	4
Esta sessão correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?				

3. Preletores

Refira a sua opinião sobre o desempenho do(s) Formador(es)/Preletor (es):

FORMADOR	O preletor transmitiu com clareza os assuntos abordados?				O preletor conseguiu criar um clima propício à participação?				O preletor dominava o assunto que expôs?				Os métodos utilizados foram os mais ajustados?			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

4. Funcionamento da Ação de Formação

Refira a sua opinião sobre os seguintes itens:

ITENS	1	2	3	4
Os Objectivos da sessão eram claros?				
O conteúdo da sessão foi adequado à função que desempenha?				
A Ação de Formação estava bem estruturado?				
Os Textos de Apoio distribuídos foram adequados, em quantidade e qualidade?				
Os Meios audio-visuais utilizados foram adequados?				
A Duração da sessão, relativamente ao seu conteúdo, foi adequada?				
As Instalações em que decorreu a ação de formação eram adequadas?				

5. Na sua opinião, quais os principais “pontos fortes” e “pontos fracos” desta Ação de Formação?

PONTOS FORTES

PONTOS FRACOS

6. Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

7. Que outras acções de formação gostaria de frequentar?

8. Comentários

NOME (facultativo): _____

Obrigada Pela colaboração

Apêndice XI – Cartaz Informativo sobre a Higienização das Mãos

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A HIGIENE DAS MÃOS É CONSIDERADA UMA DAS PRÁTICAS MAIS SIMPLES E MAIS EFETIVAS NA REDUÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE. SENDO CONSENSUAL QUE A TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS ATRAVÉS DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES E OS CLIENTES É UMA REALIDADE INCONTORNÁVEL. (DGS, 2010)

O PRIMEIRO DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE CLEAN CARE IS SAFER CARE FOI LANÇADO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) EM OUTUBRO DE 2005 DE MODO A REDUZIR A INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) NO MUNDO. E EM 2009, A OMS PUBLICOU AS DIRETRIZES PARA A HIGIENE DAS MÃOS EM CUIDADOS DE SAÚDE AO ABRIGO DO PROGRAMA CLEAN CARE IS A SAFER CARE.

EM PORTUGAL, ESTE PROCEDIMENTO É DADO A CONHECER NA CIRCULAR NORMATIVA DA DGS Nº 13 DE 14 DE JUNHO DE 2010 - ORIENTAÇÃO DE BOA PRÁTICA PARA A HIGIENE DAS MÃOS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE DEMARCA QUE A HIGIENE DAS MÃOS INTEGRADA NO CONJUNTO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS É A MEDIDA MAIS RELEVANTE PARA A PREVENÇÃO NO CONTROLO DE INFECÇÃO. "OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM PROCEDER À HIGIENE DAS MÃOS DE ACORDO COM O MODELO CONCEPTUAL PROPOSTO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), DESIGNADO POR OS "CINCO MOMENTOS", (...)" (DGS,2010:1)

OS CINCO MOMENTOS PRECONIZADOS PELA OMS SÃO:

1. ANTES DO CONTATO COM O DOENTE;
2. ANTES DOS PROCEDIMENTOS LIMPOS/ASSÉPTICOS;
3. APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS;
4. APÓS CONTATO COM O DOENTE;
5. APÓS CONTATO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE. (DGS,2010)



FONTE: DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

ALUNAS ESTAGIÁRIAS NO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO:
ENF. ANA JÚLIA NASCIMENTO
ENF. DANIELA CAMPOS
ENF. MARTA FERREIRA

**APÊNDICE XII – Artigo Científico: ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA
COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS EM SITUAÇÃO DE MORTE UTILIZADAS
PELOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO *SCOPING***



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.^a Dr.^a Alice Ruivo

**ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS EM
SITUAÇÃO DE MORTE UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS: UMA REVISÃO
SCOPING**

**FACILITATING STRATEGIES OF BAD NEWS IN DEATH NURSES: A SCOPING
REVIEW**

**FACILITAR ESTRATEGIAS DE MALAS NOTICIAS EN ENFERMEDADES DE LA
MUERTE: UNA REVISIÓN DE ALCANCE**

Aluna:

Daniela Campos, n.º19323

janeiro

2020

Autora

**Daniela Campos – Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeira
Unidade Local do Norte Alentejano, EPE**

**Alice Ruivo – Doutorada em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica,
Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Setúbal**

RESUMO

Objetivo: Identificar as estratégias de comunicação de más notícias utilizadas pelos enfermeiros na UCI.

Método: É uma revisão *scoping* que recorre à metodologia do Joanna Briggs Institute. A pesquisa bibliográfica foi realizada na PubMed e na B-Oncom descritores em ciências da saúde MeSH, tendo-se selecionado para esta revisão 11 artigos publicados entre 2014 e 2019.

Resultados: Verifica-se que a comunicação de más notícias é vista como a tarefa mais difícil, complexa, desafiadora e assustadora, mas é também a base do cuidado. A comunicação de notícias difíceis ou da morte faz parte das intervenções do enfermeiro, visando contribuir para um fim de vida digno mas, dada a sua dificuldade, implica alguns desafios para os enfermeiros: Dificuldades na comunicação de notícias difíceis; Desenvolvimento de habilidades dessas comunicações; Repercussões dessas notícias; Formação Profissional; Relação enfermeiro-paciente. A comunicação emocional positiva surge como um auxílio à comunicação, destacando-se estratégias como: Savor / Take Joy; Humor; Superficial; e outras expressões focadas em emoções positivas. Também se constatou que existem protocolos que visam auxiliar a comunicação de más notícias, como o protocolo P-A-C-I-E-N-T-E.

Conclusões: É evidente a necessidade da formação de enfermeiros contemplar e investir no desenvolvimento de competências comunicacionais especificamente no contexto de más notícias e de morte e de abordar as questões relacionadas com a morte. A realização de mais estudos na área também se afigura tão necessária quanto importante para uma experiência de cuidado positiva, pelo que as estratégias de comunicação de más notícias devem ser seguidas e adotadas pelos enfermeiros.

Descritores: Comunicação; Morte; Enfermeiros. *Scopingreview*

ABSTRACT

Objective: Identify the bad news communication strategies used by nurses at the ICU.

Method: It is a *scoping review* that uses the Joanna Briggs Institute methodology. The bibliographic search was conducted at PubMed and B-Oncom descriptors in health sciences MeSH, and 11 articles published between 2014 and 2019 were selected for this *review*.

Results: It appears that the communication of bad news is seen as the most difficult, complex, challenging and frightening task, but it is also the basis of care. The communication of difficult news or death is part of the nurse's interventions, aiming to contribute to a dignified end of life, but, given its difficulty, it implies some challenges for nurses: Difficulties in communicating difficult news; Skills development of these communications; Repercussions of these news; Professional qualification; Nurse-patient relationship. Positive emotional communication emerges as an aid to communication, highlighting strategies such as: Savor / Take Joy; Humor; Superficial; and other expressions focused on positive emotions. It was also found that there are protocols to help communicate bad news, such as the P-A-C-I-E-N-T-E protocol.

Conclusions: It is evident the need for training nurses to contemplate and invest in the development of communication skills specifically in the context of bad news and death and to address issues related to death. The realization of more studies in the area also seems as necessary as it is important for a positive care experience, so the strategies for communicating bad news must be followed and adopted by nurses.

Keywords: Communication; Death; Nurses. *Scopingreview*

RESUMEN

Objetivo: Identifique las estrategias de comunicación de malas noticias utilizadas por las enfermeras en la UCI.

Métodos: Esta es una revisión del alcance que muestra la metodología del Instituto Joanna Briggs. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y B-Oncom de descriptor de ciencias de la salud MeSH, y se seleccionaron 11 artículos publicados entre 2014 y 2019 para esta revisión.

Resultados: Asegúrese de comunicar más noticia se considera una tarea más específica, compleja, desafiante y desalentadora, pero también es una base de precaución. Comunicar noticias difíciles o la muerte es parte del trabajo de la enfermera, ayudar a contribuir a un final decente de la vida, dada su dificultad,

implica algunos desafíos para las enfermeras: dificultades para comunicar noticias difíciles; Desarrollo de habilidades de estas comunicaciones; Repercusiones de esta noticia; Formación profesional; Relación enfermera-paciente. Un aumento en CEP como ayuda de comunicación, destacando estrategias como: Savor / Take Joy; Humor; Superficial; y otras expresiones enfocadas en emociones positivas.

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

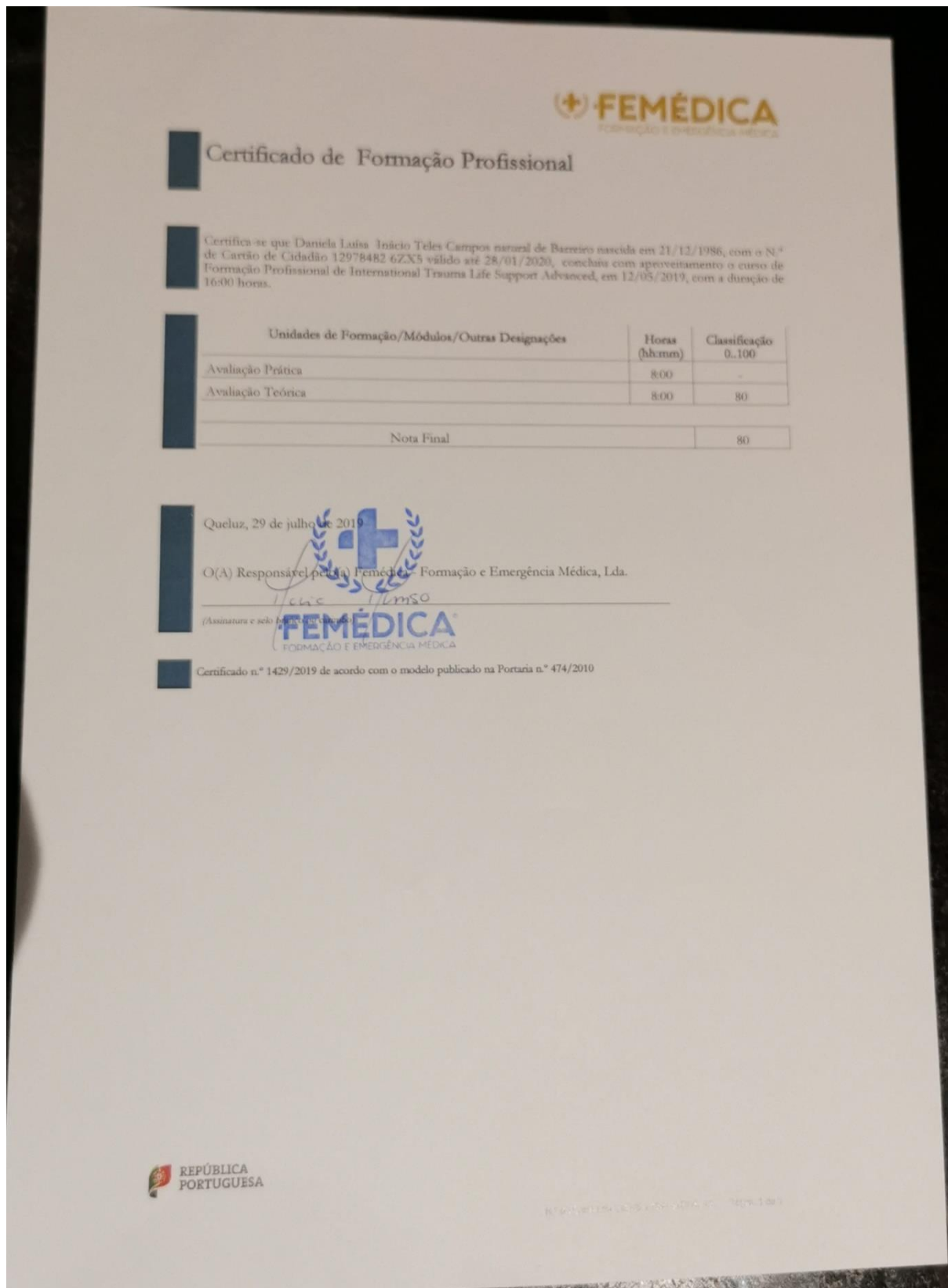
Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Daniela Campos**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Sr. Enf. João Fernandes)

ANEXO II – Certificado de Formação Profissional do International Trauma Life Support Advanced



ANEXO III – Fluxograma do Circuito de Esterilização do HRR

ÁREAS DO SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

