



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

**Comunicação de más notícias como Cuidado  
Fundamental à pessoa em situação crítica e família  
- Intervenção especializada de enfermagem**

**Susana Margarida Lopes Tavares Diniz**

---

**Lisboa  
2021**





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

**Comunicação de más notícias como Cuidado  
Fundamental à pessoa em situação crítica e família  
- Intervenção especializada de enfermagem**

**Susana Margarida Lopes Tavares Diniz**



Orientador: Helga Marília da Silva Rafael Henriques



**Lisboa  
2021**



**Dedico este relatório à minha família, meus alicerces e meu porto de abrigo,  
que estiveram comigo incondicionalmente!**

**Um agradecimento muito especial às minhas filhas, Íris e Inês,  
por toda a compreensão durante este percurso, por todas as vezes que após um  
“a mãe agora não pode” me responderam com um sorriso nos lábios  
“vai lá mãe, tu consegues!”.**

**Um agradecimento a DEUS, pela oportunidade de cada novo dia, permitindo-me  
tentar ser melhor pessoa, e de cada novo turno, de ser melhor enfermeira!**

**Um agradecimento a todos aqueles que fizeram parte deste percurso, de forma  
direta ou indireta, e que me ajudaram a conseguir!**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente vascular cerebral

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCI - Comissões de Controlo de Infeção

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CEEEEPSC - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem PSC

CF - Cuidado Fundamental

CME - Competências de Mestre em Enfermagem

CMEEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PNICIACS - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

PSC - Pessoa em situação crítica

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEPSC - Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC

RIL - Revisão integrativa da literatura

SR - Sala de Reanimação

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço Urgência Básica

SUMC - Serviço Urgência médico-cirúrgica

SUP - Serviço Urgência polivalente

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos



## RESUMO

A comunicação de más notícias em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica produz um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social desta e sua família. Exige uma intervenção humanizada, suportada no conhecimento da singularidade da pessoa cuidada, pois transporta um conjunto de informações que afetam seriamente, e de forma adversa, a visão que a pessoa terá sobre o seu futuro. A comunicação de más notícias assume-se, portanto, como um cuidado fundamental, que impõe uma avaliação sistemática da pessoa/família, sensibilidade ética e moral e a implementação de um conjunto de estratégias de comunicação adaptadas. O conhecimento dos profissionais de saúde sobre como comunicar más notícias é ainda insuficiente, sendo que esta é uma área que, no seio da praxis, carece de formação e modelos de intervenção próprios.

Este relatório apresenta uma análise reflexiva sobre o percurso de desenvolvimento de competências como mestre em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica, guiado pelos objetivos: desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à Pessoa em situação crítica e família; aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação de más notícias; e aplicar os princípios da comunicação terapêutica de más notícias.

Para tal, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, bem como estágio em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. Este percurso formativo foi acompanhado por momentos de reflexão individual, em conjunto com os enfermeiros-orientadores e com o docente-orientador, sobre (e na) prática de cuidados. A teoria do cuidado fundamental de Kitson serviu de fio orientador do pensamento e das intervenções em contexto clínico.

Este percurso permitiu mobilizar conhecimentos teóricos e evidência científica para a prática de cuidados e constitui-se num momento marcado pela análise reflexiva sobre as experiências vividas à luz das competências desenvolvidas. Trouxe também a possibilidade de refletir sobre a enfermagem de hoje, valorizando a importância da utilização da comunicação terapêutica na comunicação de más notícias, enquanto cuidado fundamental no processo de cuidar da pessoa em situação crítica e família.

O percurso de desenvolvimento competências como mestre em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para uma prática de cuidados de enfermagem avançada, que põe em evidência a comunicação de más notícias como cuidado fundamental. Este percurso trouxe subsídios para a mestrandia integrar grupos de trabalho responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo a divulgação dos resultados obtidos na revisão integrativa da literatura e da valorização da comunicação de más notícias como cuidado fundamental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação más notícias; Cuidado Fundamental; Doente crítico; Família.

## ABSTRACT

The communication of bad news in critical care settings has a profound impact on the physical, psychological and social well-being of the person in critical condition and his/her family. It requires a humanised intervention, supported by the knowledge of the patient's uniqueness, as it carries a set of information that seriously and adversely affects the person's vision of his/her future. The communication of bad news is, therefore, a fundamental care, which requires a systematic assessment of the person/family, ethical and moral sensitivity, and the implementation of a set of adapted communication strategies. Health professionals' knowledge on how to communicate bad news is still insufficient, and this is an area that, within their praxis, lacks proper training and intervention models.

This report presents a reflective analysis on the development of competencies as a master's student in nursing in the area of specialisation in critically ill patients, guided by the following objectives: to develop specialist nursing skills in caring for critically ill patients and their families; to deepen the knowledge on the communication of bad news; and to apply the principles of therapeutic communication of bad news.

To this end, an integrative literature review was conducted, as well as an internship in the context of the Emergency Department and Intensive Care Unit. This formative journey was accompanied by moments of individual reflection, together with the nurse-supervisor and the teacher-supervisor, on (and in) care practice. Kitson's theory of fundamental care served as a guiding thread for the thinking and interventions in clinical settings.

This journey allowed for the mobilisation of theoretical knowledge and scientific evidence for care practice and was a moment marked by the reflective analysis of experiences in the light of the skills developed. It also provided the opportunity to reflect on today's nursing, emphasising the importance of the use of therapeutic communication in the communication of bad news, as a fundamental care in the process of caring for critically-ill patients and their families.

The development of competencies as a master's student in nursing in the area of specialisation in critically ill patients allowed for personal and professional development, contributing to an advanced nursing care practice, which highlights the communication of bad news as a fundamental care. This journey allowed the master's student to integrate working groups responsible for the continuous improvement of the quality of care, enabling the dissemination of the results obtained in the integrative literature review and the valorisation of the communication of bad news as essential care.

**KEYWORDS:** Bad news communication; Fundamental Care; Critically ill; Family.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>21</b>
<b>1.1 Comunicação de más notícias como Cuidado Fundamental em enfermagem</b>	<b>21</b>
<b>1.1.1 Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica</b>	<b>32</b>
<b>1.1.2 Comunicação de más notícias à família da pessoa em situação crítica</b>	<b>36</b>
<b>2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Apresentação dos contextos de Estágio</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências</b>	<b>46</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE 1 – Protocolo Revisão Integrativa da Literatura</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE 2 - Cartaz “Conforto da pessoa internada na Unidade de Cuidados Intensivos”</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE 3 - Poster “Comunicando más notícias”</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO 1 - “Quadro Cuidados Fundamentais”</b>	<b>105</b>



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e tem como objetivo descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto de estágio. Desta forma, pretende dar resposta à concretização das metas enunciadas pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2015; *Joint Quality Initiative Informal Group*, 2004), bem como os objetivos de formação preconizados pelo CMEEPSC (ESEL, 2017). Ilustra o percurso de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, definidas no regulamento nº. 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), competências especializadas na área da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), documentadas pela OE no regulamento n.º 429/2018 e competências de mestre em enfermagem, inscritas no decreto-Lei nº63/2016 do Ministério das Ciências, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES).

O profissional especializado direciona o seu foco de atuação a um ramo da profissão, optando por uma especialidade conforme a sua habilidade ou interesse particular e visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com particularidade nessa área de interesse. Tal como descreve a OE, o enfermeiro especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019, p.8648).

O meu percurso profissional como enfermeira teve início em 2008 e tem sido desenvolvido na área médico-cirúrgica, inicialmente no serviço de internamento de medicina e atualmente, desde 2015, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da mesma instituição. Alguns meses após estar a desempenhar funções na UCI surgiu a necessidade

de procurar e aprofundar o meu conhecimento científico na área do cuidado de enfermagem à PSC.

Dando resposta a esta necessidade pessoal e profissional inscrevi-me no 7º CMEEPSC em 2016 tendo realizado o percurso regular até à conclusão do estágio, não me tendo sido possível realizar a entrega do relatório de estágio, por motivos pessoais, o que impossibilitou o *términus* desse percurso. Ultrapassados os problemas pessoais, senti necessidade e motivação de dar continuidade a este percurso, sendo-me possibilitado o reingresso no 9º CMEPSC.

O meu projeto no 7º CMEPSC tinha como título “Cuidar do potencial dador de órgãos, em morte cerebral, e sua família – intervenção especializada de enfermagem”. Durante os estágios o desenvolvimento de competências nesta área veio evidenciar a importância da comunicação com a família da PSC que vivia esta circunstância. Mais do que a condição que tinha motivado a morte cerebral, era preciso atender e comunicar com aquela família que tinha de gerir um conjunto de informações, muitas vezes completamente inesperadas.

A comunicação é uma área de grande relevância para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, pois sendo o cuidado a essência da enfermagem, este depende da competência técnica e sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação (Pott *et al.*, 2013)

Assim, com o reingresso no 9º CMEPSC, surge a possibilidade de reorientar o meu percurso para a área da comunicação, mais especificamente da comunicação de más notícias. Surge, assim, o tema “Comunicação de más notícias como cuidado fundamental à PSC e família - intervenção especializada de enfermagem.”

O Cuidado Fundamental (CF) é o termo utilizado para definir um conjunto de atividades de cuidado que cada pessoa doente necessita e que visa dar enfoque às necessidades essenciais e únicas de cada pessoa com o objetivo de garantir a sua segurança, bem-estar físico, psicossocial e emocional, reduzindo danos e otimizando a sua recuperação (Feo et

al., 2018). Os CF englobam vários aspectos chave dos cuidados de enfermagem como a comunicação, nutrição, controle da dor ou higiene (National Health System, 2010 citado por Granero-Molina *et al.*, 2017) assim podemos compreender que a comunicação de más notícias, estando inserida no domínio da comunicação, está também englobada nos CF. Em contexto hospitalar a comunicação é imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados (Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016).

O termo amplamente utilizado dentro da literatura para a comunicação deste tipo de informação é a **comunicação de más notícias** notícias que deriva do inglês "**breaking bad news**". A comunicação de más notícias é um processo complexo e desafiador, passível de ser fonte de desconforto e gerar sofrimento tanto para a pessoa doente e sua família, como para o enfermeiro. Falar de assuntos delicados, causadores de desconforto e sofrimento é difícil, por isso o enfermeiro deve possuir competências para executar essa atividade com profissionalismo, ética e empatia (RIBEIRO, 2013). Uma má notícia vai muito além da transmissão de um diagnóstico ou prognóstico, constituindo-se como qualquer notícia que tenha impacto adverso nas expectativas da pessoa para o seu futuro (Buckman, 1984; Andrade *et al.*, 2014).

O modo de comunicar uma má notícia pode ter um grande impacto no modo como a pessoa doente irá viver o processo saúde/doença e também o seu respetivo tratamento. Uma má notícia comunicada de forma adequada, apesar do impacto em si da má notícia pode ser passível de gerar compreensão, aceitação e ajustamento, já uma má notícia se for comunicada de uma forma não adequada poderá, e certamente irá mais facilmente, desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimento (Gonçalves, 2013; Araújo *et al.*, 2007). É importante que todos os profissionais de saúde entendam e desenvolvam a capacidade de comunicar em todos os momentos da sua prática, mas quando se trata de comunicar más notícias os efeitos desta capacidade de comunicar poderão ter muito mais relevância (Machado *et al.*, 2007).

A comunicação de más notícias em contexto crítico é indispensável nas competências dos profissionais de saúde, uma vez que produzem um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social da PSC e família (Galvão *et al.* 2015). A má notícia é uma

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). A comunicação de más notícias à família da PSC é um aspecto essencial da atuação do enfermeiro uma vez que este “(...) se constitui como um suporte para a família” que sofre “alterações significativas no seu bem-estar, derivadas da situação, mas também do contexto onde tudo decorre” (Mendes, 2016).

O conhecimento dos profissionais de saúde sobre a comunicação de más notícias é ainda insuficiente (Lopes e Certo, 2014), sendo que esta é uma área que carece de treino e formação (Camargo *et al.*, 2019) e de modelos de intervenção próprios (Galvão *et al.*, 2019).

Importa salientar que, ao longo do processo de doença, a comunicação de más notícias não se reporta a um único momento, pois para além do momento do diagnóstico/prognóstico, outros surgem em que a probabilidade de a pessoa doente ser confrontada com más notícias é elevada. Sendo assim, a confrontação da pessoa doente com uma má notícia pode ocorrer logo no momento da necessidade de ficar internado, após o resultado de um exame, ao ser informada sobre os efeitos secundários de determinada terapêutica, no momento da avaliação da eficácia de um tratamento, entre tantos outros momentos.

A PSC é, por definição, a pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). Ainda que esteja em situação crítica, a pessoa não deixa de ser “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único” (OE, 2001, p. 8). A comunicação de más notícias deve, portanto, ser sempre contextualizada na perspectiva individual de quem a experiencia (Baile *et al.* 2000).

Assim surgiu a vontade de desenvolver a temática em cima mencionada com a finalidade de contribuir para uma melhor prática de cuidados de enfermagem à PSC e para o meu

desenvolvimento na área da comunicação de más notícias , promovendo a excelência dos cuidados de saúde no global, e de enfermagem em particular. Defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC.

E como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da Comunicação de más notícias;
- Aplicar os princípios da comunicação terapêutica de más notícias à pessoa em situação crítica e família;
- Refletir criticamente sobre o meu desempenho.

Dando resposta as minhas necessidades de aprendizagem e com o objetivo de identificar a evidência científica existente relacionada com a temática em estudo, realizei uma revisão integrativa da literatura (RIL), cujos resultados integrarei na reflexão e discussão do meu percurso académico e cujo protocolo se encontra em Apêndice (Apêndice 1).

O percurso de desenvolvimento de competências foi pautado pela realização de estágio em contexto de urgência e cuidados intensivos, com a realização de várias sessões de orientação tutorial e momentos de discussão em seminários.

Ao longo deste relatório irei realizar uma análise reflexiva sobre o meu desenvolvimento em contexto de estágio e uma análise crítica do meu percurso de desenvolvimento de competências.

O presente documento encontra-se estruturado e organizado em torno de dois grandes capítulos. Na Introdução é realizada uma contextualização da temática em estudo, é descrita e justificada a escolha do tema e é contextualizado o percurso de desenvolvimento de competências bem como a sua finalidade. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico do tema em estudo. Num segundo capítulo é realizada a descrição a análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências. Ali são relatadas as atividades realizadas e as competências desenvolvidas durante a prestação de cuidados à PSC, em contexto de SU e UCI, no período de estágio.

Por fim, são elaboradas as considerações finais, sendo feita uma reflexão final sobre o tema em estudo, as competências desenvolvidas, as oportunidades e dificuldades sentidas e as implicações futuras deste percurso.

Este documento foi realizado tendo em conta a norma da American Psychological Association (APA) 7ª Edição.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 Comunicação de más notícias como Cuidado Fundamental em enfermagem

A existência humana é marcada pela comunicação. A leitura, a linguagem, o processo de raciocínio e a análise exigem partilha de informações, tornando esta atividade, comunicar, essencial à vida em sociedade (Pereira, 2008). Nunes (2016) defende que 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 afetos, a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos” (Nunes, 2016, p. 45). Também para Freixo (2011) a comunicação se caracteriza como um elemento pertencente às necessidades humanas básicas afirmando que “todos temos uma ideia sobre a natureza da comunicação, dada a naturalidade com que falamos, escrevemos e nos relacionamos com os outros através justamente da comunicação” (Freixo, 2011, p. 25).

O termo comunicação tem a sua origem etimológica na palavra em latim *Communicare* que tem como tradução literal “tornar comum” sendo-lhe por isso atribuído o significado do ato de partilhar, conferenciar, dividir, distribuir (Cunha, 2010; Pereira, 2008; Phaneuf, 2005).

Assim o termo comunicação é entendido como um processo de interação entre duas ou mais pessoas, que se pode desenrolar de modo consciente ou inconsciente, por comportamento verbal ou não-verbal, sendo o verbal caracterizado pela exteriorização do ser social e o não-verbal caracterizado pelo ser psicológico que tem como principal função a demonstração de sentimentos (Pereira, 2008; Phaneuf, 2005). Neste sentido a comunicação torna-se uma atividade básica da experiência humana e uma importante ferramenta relacional. Comunicar é assim descrito como um processo ativo, complexo e contínuo, através do qual as pessoas transmitem e recebem informação, na procura da compreensão entre os participantes (Sequeira, 2016).

Sendo uma atividade fundamental da formação e socialização do ser humano, a comunicação também se sobressai, e apresenta-se mesmo, como instrumento imprescindível nos cuidados de saúde, sendo um aspecto essencial do relacionamento clínico. Fazendo parte do cotidiano do ser humano percebe-se que a comunicação assume um peso estruturante como base dos cuidados de saúde (Sequeira, 2016). É a comunicação que possibilita a construção intersubjetiva inerente aos cuidados, quer médicos quer de enfermagem, e possibilita a relação profissional-pessoa doente (Stellyes, 2017). De acordo com os autores Hoorn, Elbers, Girbes, & Tuinman (2016) a comunicação, no âmbito hospitalar, é imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Em saúde a comunicação, considerando o referido por diversos autores (Ramos, 2012; Hernandez, 2011; Thomas, 2006; Teixeira 2004; Avilés, 2000) é considerada como a utilização de estratégias comunicacionais adequadas, tendo por base conhecimentos, que permitam a troca de informações importantes para o processo saúde-doença e o desenvolvimento de relações neste processo. A comunicação está presente nos vários níveis de cuidados, desde a promoção para a saúde, os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mais diferenciados. A forma como a comunicação é realizada tem influência direta na saúde e no processo de doença dos públicos a que se destina.

Já em enfermagem, de acordo com os autores supramencionados, comunicação significa a utilização de estratégias de comunicação para estabelecer relação enfermeiro/pessoa doente/família, prestar cuidados de enfermagem personalizados e dirigidos ao alvo de cuidados. Outros autores defendem mesmo que comunicação é um instrumento básico da profissão, que terá de estar presente para garantir o sucesso dos procedimentos técnicos, e, da relação estabelecida com as pessoas cuidadas (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007; Oliveira & Werlang, 2006; Stuart & Laraia, 2006; Phaneuf, 2005).

Dando um olhar sobre a perspectiva como a comunicação tem sido abordada em enfermagem ao longo dos tempos e pelas diferentes teóricas verificamos que já Florence Nightingale enfatizava a função informativa da comunicação quando fazia referência à importância do que é dito ao doente e o que deve ser falado com ele.

Posteriormente, a comunicação foi definida como necessidade básica por teóricas como Virgínia Henderson e Faye Abdellah. Outras teóricas como Watson e Adam ampliam a abrangência do conceito, abordando-o como estratégia importante no relacionamento terapêutico. Nesse contexto, Adam (1994, p. 94) refere ser competência do enfermeiro “demonstrar, por palavras e atos, que têm atitudes que o paciente pode qualificar de ajuda”. Afaf Meleis, teórica que desenvolveu o conceito de transição no cuidar, também assenta a sua teoria transicional na relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente. Na opinião desta autora, para ajudar o doente a vivenciar da forma mais positiva possível o seu processo de transição saúde/doença é necessário que o enfermeiro possua competências no âmbito da comunicação. Mais recentemente Feo e Kitson, em conjunto com outros autores, vão deixando transparecer nos seus vários artigos que a comunicação é um cuidado fundamental de enfermagem quando afirmam que os cuidados fundamentais (CF) são as atividades de cuidado que cada pessoa doente necessita tendo por objetivo responder às necessidades fundamentais e únicas de bem-estar físico, psicossocial e emocional daquela pessoa, algo que, se compreende, só é possível através da relação terapêutica. Num artigo publicado em 2018, Feo, Donnelly, Frensham, Conroy & Kitson elaboraram uma tabela de CF onde a comunicação é incluída (Anexo 1).

A enfermagem tem na sua essência o cuidado, que depende da competência técnica e sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação (Pott *et al.*, 2013). É fundamental que a comunicação seja eficaz para que ocorra uma relação terapêutica sólida e assim seja possível proporcionar uma melhor qualidade dos cuidados e maior satisfação dos participantes do processo de cuidar (Nunes, 2017).

Neste sentido, é fácil compreender a estreita relação entre a comunicação e a prática de enfermagem, tornando-a assim como um cuidado inerente à realização do cuidar de enfermagem, e um instrumento básico da relação terapêutica.

Sequeira (2016) reforça esta ligação entre comunicação e relação terapêutica ao definir esta última como a “utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo

uma comunicação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o utente, de modo a ajudá-lo a enfrentar os seus problemas” (Sequeira, 2016, p. 97).

A situação de internamento dá espaço a que a comunicação com o doente internado e sua família seja desenvolvida durante um grande período, onde a informação fornecida e recebida ocupa uma posição privilegiada no processo de cuidar. Esta informação deve, e tem de ser, partilhada pelo enfermeiro com autenticidade e empatia, identificando-se com a disposição ou estrutura psicológica da pessoa doente e/ou família, procurando assim, entender o que sente quem recebe a informação, não se colocando no lugar do outro, mas ambicionando ir ao encontro das suas necessidades (Beck, 2013). É inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e é necessário que seja garantido, por ele, o sucesso da comunicação que estabelece.

São inúmeros os estudos já realizados com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a relação comunicação-cuidados de enfermagem e que visam evidenciar a importância da comunicação na relação terapêutica e no processo de cuidar.

A evidência da importância da comunicação na assistência de saúde é comprovada num estudo realizado com idosos, onde se conclui que a utilização da comunicação terapêutica, através da escuta ativa, permite à pessoa doente sentir-se valorizada quanto à expressão das suas perceções, a eficácia na comunicação e esclarecimento da informação transmitida possibilita uma melhor compreensão da assistência prestada e dos procedimentos realizados, proporcionando um sentimento de acolhimento e melhor aceitação dos cuidados (Silva *et al.*, 2015).

Um outro estudo ressaltou a importância da comunicação interpessoal entre profissional e doente no alívio da sintomatologia, uma pesquisa realizada num serviço de alta complexidade para o tratamento oncológico, foi possível relacionar a importância da escuta e do cuidado humanizado com o sucesso de cura e alívio dos sintomas de medo e angústia (Renno & Campos, 2014).

Uma revisão integrativa publicada em 2020 (Mendes, Cardoso, Hott & Souza, 2020) tendo por base as questões “Qual a influência da comunicação dentro da assistência de enfermagem?” e “Como as produções científicas nacionais descrevem a comunicação dentro da assistência de enfermagem?”, descreve nas conclusões a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, como indispensável para a assistência de enfermagem, influenciando a elaboração dos cuidados e a sua humanização. É evidenciada a importância da comunicação em todo o processo do cuidado de enfermagem sendo destacados alguns pontos cruciais dos cuidados que são diretamente influenciados pela comunicação como: a recolha de informação permitindo a elaboração de cuidados centrados no paciente; a troca de informações efetiva entre os membros da equipa permitindo uma continuidade dos cuidados de qualidade; a redução significativa de erros com implicações nas boas práticas de segurança dos doentes e o cumprimento dos padrões jurídicos, éticos e clínicos do cuidado em todo o seu processo.

O enfermeiro deve, na sua prática de cuidados, desenvolver competências comunicacionais. No Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2011, p. 18), a OE salienta a importância da comunicação na prestação de cuidados sendo referido, no artigo 6º, alínea d), que 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”. Para dar resposta a esta competência a OE define como critérios de competência que o enfermeiro:

*«(61) - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.*

*(62) - 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;*

*(63) - Assegura que a informação dada à pessoa e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.*

*(64) - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.*

*(65) - Comunica com a pessoa e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.*

*(66) - Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.*

(67) - *Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.*» (OE, 2011, p.18 e 19)

Também o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), código de conduta da profissão, consagra este direito à informação por parte do doente referindo 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.” (CDE, 2015, p.73)

Assim, a comunicação é considerada um instrumento básico da enfermagem, intrínseco e essencial à profissão que possibilita o acesso à informação, o conhecimento e satisfação das necessidades da pessoa doente, bem como o acesso do mesmo ao princípio da autonomia e ao consentimento informado, assegurando a sua satisfação e confiança mútua (José, 2010). A comunicação encontra-se assim presente em todas as atividades do enfermeiro e constitui-se um componente vital e necessário para um cuidado humanizado (Brito *et al.*, 2014). É desta forma um eixo condutor, tanto na comunicação de notícias boas, como na comunicação das más notícias.

A expressão “má notícia compreende toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa, que a recebe, e na sua perspetiva do futuro, ou seja, má notícia pode ser definida como qualquer informação que afete seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro (Andrade *et al.*, 2014; Araújo & Leitão, 2012; Baile *et al.*, 2000; Chehuen Neto *et al.*, 2013, Pereira 2008; Buckman, 1994).

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.” (Pereira 2008, p.18). Comunicar uma Má Notícia é uma tarefa difícil para o profissional de Saúde, pois estes são os primeiros recetores da notícia e têm de a processar e transmitir ao doente e à família (Santos *et al.*, 2017).

Receber uma má notícia coloca a pessoa e/ou a família numa situação de crise. O impacto negativo provocado pela transmissão da informação leva a que a pessoa e/ou a família vivencie uma situação que afeta os seus mecanismos normais de controlo, particularmente a sua capacidade de resolução de problemas. A gravidade da informação transmitida é determinada pelo doente/ família que a recebe, mediante o impacto que tem na sua vida e as emoções que produz, dependendo destes aspetos das suas crenças, valores sociais, história de vida e contexto cultural (Pereira, 2008). Comunicar más notícias provoca perturbação tanto no recetor como no emissor “não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação” (Pereira *et al.*, 2013, p. 228).

As emoções resultantes de um acontecimento traumático interferem com a clareza de pensamentos e com a memória (Goleman, 2016). Por isso, pessoas que estejam emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara o que dificulta a interação e a comunicação. Portanto, é necessário trabalhar também as emoções e os sentimentos envolvidos no processo de comunicação de más notícias pois, quando o profissional identifica a emoção experienciada, ele consegue adequar a sua atuação e melhorar o seu desempenho junto a pacientes e familiares, promovendo, assim, uma permanência saudável em sua área de atuação (Afonso & Minayo, 2017).

Vários autores afirmam que 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 (Pereira, 2005; Pereira, Fortes & Mendes, 2013). A comunicação de más notícias causa perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite. O momento da transmissão de uma má notícia pode gerar no profissional de saúde medos, ansiedades, sentimentos de desconforto e desorientação originando nestes profissionais dilemas como “o quê”, “como”, “onde” e “quem” deve informar a pessoa doente/família, espelhando os conflitos e as preocupações/hesitações sentidas pelos mesmos (Pereira, Fortes & Mendes, 2013).

O contacto com o sofrimento do outro torna-se penoso e difícil, o que implica uma grande proximidade com a intimidade, com a impotência, com a vulnerabilidade, com o confronto e com a finitude da vida (Martins, 2008). O sofrimento é muito mais que a dor física, cujo alívio vai muito para além de um simples analgésico que, quantas vezes, nem é necessário. O ajudar verdadeiramente a pessoa, o olhar diretamente nos olhos, faz-nos sofrer também, o que leva muitos profissionais de saúde a criar mecanismos de defesa, de forma a evitar o sofrimento.

É essencial que os enfermeiros, possuam competências comunicacionais e tenham ao seu dispor estratégias que facilitem o processo de comunicar más notícias, quer à pessoa doente, quer à sua família, e que também o ajudem a lidar com os impactos emocionais que transmitir este tipo de notícias provoca nas pessoas que a recebem (Camargo *et al.*, 2019).

Importa salientar, que ao longo do processo de doença, a comunicação de más notícias não se reporta a um único momento, pois para além do momento do diagnóstico/prognóstico, outros surgem em que a probabilidade de a pessoa doente ser confrontada com más notícias é elevada. A confrontação da pessoa doente com uma má notícia pode também ocorrer após o resultado de um exame, ao informar sobre os efeitos secundários de um tratamento, no momento da avaliação da eficácia de um tratamento ou na suspensão de um tratamento. Comunicar más notícias é sempre um momento perturbador, quer para a pessoa que recebe, quer para a pessoa que transmite (Pereira, 2008).

Em todos os contextos podem surgir com frequência más notícias, contudo na área do doente crítico, nos Serviços de Urgência (SU) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), surgem com bastante frequência situações inesperadas que pela proximidade ao risco de morte levam muitas vezes a existência de notícias más a serem transmitidas. Pelas suas especificidades os SU são locais propícios para desenvolver e aplicar estratégias de comunicação de más notícias. Neste contexto o enfermeiro deverá ter em consideração que a ansiedade afeta o conhecimento e pode levar a uma insuficiente capacidade de tomar atenção e/ou uma lentidão no processamento de informação, consequentes ao

estado de ansiedade partilhado pela maioria dos doentes num SU, podendo resultar em dificuldades para apreender informação importante, incluindo a fornecida pelos profissionais de saúde (Melo, 2005).

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 PSC (Despacho n.º 10319/2014, V, c): 20673-20678).

A transmissão de más notícias é assim uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros que lidam com doente crítico e a sua família e simultaneamente uma área exigente e complexa de desenvolver na relação interpessoal, pois, de acordo com a investigação desenvolvida muitos fatores podem dificultar ou impossibilitar a comunicação eficaz (Borges *et al.*, 2012; Mc. Guidan, 2009).

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.

Pereira *et al.* (2017), refere estudos que salientam a importância do trabalho do enfermeiro na comunicação de más notícias, abordando o sofrimento de quem recebe a notícia e o sentimento de impotência de quem a transmite. Existem inúmeros desafios e dificuldades nestes processos de comunicação de más notícias onde a utilização de protocolos de comunicação de más notícias poderá ser uma ferramenta facilitadora.

Os dois protocolos mais referidos na literatura sobre a temática são o Protocolo SPIKES e o Protocolo PACIENT.

O protocolo “SPIKES”, desenvolvido por vários autores, baseado no protocolo proposto por Buckman em 1984, é uma técnica de comunicação que visa facilitar o fluir da

informação e consiste numa estratégia de seis passos, em que a sua execução decorre passo a passo durante a entrevista:

**S - *setting up the interview*** - Planeamento inicial adequado (preparação da entrevista, definição de tempo, espaço físico, conteúdo, pessoas presentes, proporcionar ambiente “emocional”, nomeadamente cumprimentar, negociar agenda...);

**P - *perception*** - Avaliar o que a pessoa sabe da sua doença (identificar emoções, nível de compreensão, estilo de comunicação);

**I - *invitation*** - Descobrir o que a pessoa quer saber;

**K - *knowledge*** - Partilhar informação (dar informações usando linguagem simples e adaptando o estilo às necessidades da pessoa, avaliar sistematicamente a sua compreensão, clarificando interpretações, encorajando a elaboração de perguntas, dar “tiros de aviso” adotando uma partilha gradual para permitir à pessoa a integração da informação, verificar regularmente se há compreensão da informação);

**E - *emotions*** - Responder às reações da pessoa (partilhando emoções, usando silêncio terapêutico, o toque, tentar perceber sentimentos e emoções da pessoa, validar e acompanhar a pessoa doente);

**S - *strategy and summary*** - Organizar e planificar (as pessoas necessitam que o profissional as ajude a dar sentido à informação recebida, a obter aconselhamento na tomada de decisão e a identificar outros recursos). Ao terminar a entrevista o profissional deve resumir os assuntos abordados, elaborar um plano de seguimento, rever e explicar o plano (Baile *et al.*, 2000).

Como referido, um outro protocolo utilizado como estratégia na comunicação de más notícias é o protocolo PACIENT (Wright, 2013), este mais direcionado para a área médica, tem por base uma mnemónica e é constituído por sete passos com base na palavra que dá nome ao mesmo. Importa referir que este protocolo resulta de uma adaptação baseada no protocolo SPIKES de Buckman.

**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” (Wright 2013).

Watson (2008), também propõe algumas sugestões para comunicar más notícias e começa por enunciar que antes de se iniciar um plano é fundamental o profissional de saúde perceber quando é que pessoa doente está preparada para receber a má notícia, bem como possuir uma série de informações complementares de suporte antes de iniciar a entrevista: o equilíbrio psicológico da pessoa doente; a gravidade da doença e evolução; apoios familiares/comunidade; crenças religiosas e o impacto emocional. A mesma autora refere ainda a importância de após a revelação da má notícia, a pessoa doente/família receber imediatamente apoio psicológico. Um aspeto que também é focado no seu modelo é o apoio psicológico que os profissionais de saúde também devem ter visto a comunicação de más notícias ser uma tarefa difícil, geradora de grande stress e ansiedade.

Na verdade, não existe uma fórmula para comunicar más notícias, estes modelos podem ser orientadores das práticas comunicacionais dos profissionais face a uma pessoa que foi alvo de uma perda. Desta forma, a relação interpessoal profissional de saúde/pessoa doente/família é determinante para a qualidade dos cuidados, podendo ter um fim terapêutico ajudando a pessoa doente e a família a ultrapassar as dificuldades, os medos, e as angústias e até às incertezas.

O alicerce dos cuidados de enfermagem de qualidade é alcançado quando são satisfeitas as necessidades básicas do doente, satisfazendo essas necessidades de forma competente, respeitosa, pessoal e empática (Kitson *et al.*, 2005). Se centrarmos o cuidado no doente, conseguimos prestar CF, e assim sendo, melhorar os *outcomes* dos doentes.

O cuidado centrado na pessoa, diz-nos que temos de valorizar a cultura e o contexto, para se poder implementar o cuidado centrado na pessoa. A enfermagem, ao ter como

referência esta abordagem, presta cuidados holísticos, aumentando assim, a satisfação do doente e a qualidade dos cuidados (McCormack, 2016).

São inúmeros os autores que evidenciam a importância da comunicação na relação terapêutica e no processo de cuidar, sendo também evidente a sua necessidade como ferramenta no cuidado centrado na pessoa, e por consequência, é possível admitir a comunicação como um cuidado fundamental do doente. Desta forma, sendo a transmissão de más notícias uma importante área da temática da comunicação, este processo assume igualmente uma importância nas necessidades fundamentais da pessoa doente e família.

Como profissionais de enfermagem devemos desenvolver e aperfeiçoar a nossa forma de cuidar. Pois temos muito para oferecer por ela e pelo doente e sua família. Segundo Hesbeen (2000, p.47) “os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém (...) Porque os cuidados de enfermagem são assim (...) uma imensidão de «pequenas coisas», que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário dos cuidados.” Desenvolver e aperfeiçoar capacidades comunicacionais no âmbito da comunicação de más notícias irá possibilitar ao enfermeiro melhor cuidar do doente e família que recebem uma má notícia.

### **1.1.1 Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica**

Dias e Ferreira referem que cuidar da PSC exige do enfermeiro um elevado nível de competência onde o conhecimento e habilidade técnica e científica são combinados com “uma relação em que o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, comunicando disponibilidade contínua e partilhando sentimentos” (Dias & Ferreira, 2005, p. 75).

Nunes afirma que a relação entre enfermeiro e o doente assenta na comunicação, tornando assim a relação terapêutica e a comunicação dois conceitos que estão interligados. O core da enfermagem é cuidar onde a relação interpessoal estabelecida

entre o enfermeiro e a pessoa cuidada é prestigiada sendo para este autor a relação terapêutica caracterizada como a “(...) parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Nunes, 2017, p.12).

De acordo com Pereira a comunicação é um instrumento terapêutico fundamental, que possibilita o exercício do princípio de autonomia do doente, o consentimento informado, da confiança mútua e da informação de que o doente e seus familiares necessitam (Pereira, 2008).

A PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011) onde o doente, devido a proximidade com o risco de morte experiencia sentimentos negativos como a depressão, negação, raiva e dependência (Keer, Deschepper, Huyghens & Bilsen, 2019).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC caracterizam-se por serem cuidados altamente qualificados e de alta complexidade de forma contínua dando resposta às necessidades afetadas visando a sua total recuperação. Se “em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, **cuidar** da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas” (OE, 2018) onde a comunicação assume um papel preponderante em todo o processo tendo um importante peso no propósito de apoiar emocionalmente a PSC a ultrapassar os sentimentos de ansiedade, angústia e medo advindos do difícil e complexo processo emocional que a sua situação de doença acarreta.

De acordo com a teoria da transição de Afaf Meleis estas situações designam-se de transições saúde-doença, envolvem movimento e mudança e requerem a adoção e/ou adequação de estratégias facilitadoras no sentido de ultrapassar fatores que interagem negativamente e dar ênfase aos favoráveis, nomeadamente, durante os acontecimentos críticos das transições que correspondem ao momento da transmissão de informação e

dizem respeito à consciencialização do diagnóstico, ao conhecimento das implicações futuras e à decisão (Meleis, 2010).

Holden (2017) explica que perante a PSC, podendo estar de alguma forma impossibilitada de comunicar verbalmente, os cuidados prestados devem ser bem direcionados, procurando comunicar eficazmente para que a pessoa sinta a presença do profissional, perceba os cuidados que lhe vão ser prestados e que tenham em consideração as suas necessidades, proporcionando menos ansiedade quanto à sua situação clínica e medo da morte.

Os enfermeiros, na sua prática de cuidados ao doente crítico, devem considerar a comunicação, verbal e não verbal, um valioso instrumento do cuidado que proporciona um "(...) cuidado diferenciado, humanizado, de qualidade e efetivo, fornecendo suporte diante de momentos difíceis da vida (...)" (Araújo & Cruz, 2016 p.11) e permite à pessoa cuidada "(...) uma vivência mais tranquila e enfrentamento de situações adversas" (Araújo & Cruz, 2016 p. 1).

O doente crítico, como todos os doentes, apesar da gravidade e elevada complexidade da informação a ser transmitida tem o direito a ser informado sobre a sua situação clínica. Este direito está inscrito na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases de Saúde (Lei no 48/90 de 24 de Agosto) e confere ao doente o direito a ser informado sobre a sua situação clínica, as alternativas dos tratamentos e a evolução provável do seu estado. São estes princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da Direção Geral da Saúde (DGS) (2014) que no seu artigo 7º confere o direito do doente à informação sobre a sua saúde.

Para que o direito a informação seja respeitado foi aprovado, pelo Conselho de Enfermagem da OE, no domínio das competências, no âmbito da comunicação e relações interpessoais, que o enfermeiro deve iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o doente e família e ainda comunicar as informações sobre o estado de saúde do doente de forma clara, correta e de modo que seja compreendida (OE, 2015). Na área da PSC, também o enfermeiro especialista assume este dever de comunicar

estando inscrito no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC (RCEEEPSC), que este “1.4- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; 1.5 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa /família em situação crítica e /ou falência orgânica.” (OE, 2018, p. 19363).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) no que respeita à comunicação de más notícias, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser terapêutica e deve ter sempre como alicerce a dignidade do doente. No campo da comunicação de más notícias os enfermeiros estão obrigados a «Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de saúde» (CDE, 2015, p.73).

Neste âmbito, os enfermeiros têm um papel importante no processo da comunicação de más notícias desde o momento de ajudar o doente a se preparar para a receber, ao auxílio na sua compreensão e apoiando o doente a lidar com a mesma. Magalhães (2009) refere que não podemos esquecer que a relação de proximidade que o enfermeiro estabelece com o doente o torna o profissional com quem geralmente o doente manifesta mais facilmente as suas dúvidas e as suas inquietações.

Vários autores referem que é comum atribuir-se ao médico a responsabilidade de transmitir as más notícias sendo sempre ressalvando no entanto que não sendo a comunicação de más notícias um momento e sim um processo o papel do enfermeiro neste processo se inicia logo na preparação do doente e família para receberem a má notícia, identificando as suas necessidades de informação, tendo esse papel continuidade no auxílio da sua compreensão e no esclarecimento de dúvidas assegurando um apoio contínuo (Martins, 2007; Warnock *et al.*, 2010).

Através do descrito anteriormente pode-se perceber que neste processo de comunicação de más notícias devem estar implicados vários profissionais, contudo o papel do enfermeiro encontra-se evidenciado porque a sua assistência tem por base “(...)

uma atitude, no qual o doente é visto como um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo." (Santos *et al.*, 2017: 2).

O que é dito e, acima de tudo, como é dito, é determinante para o seu bem-estar, uma vez que vai definir a forma como irá aceitar a informação e em caso de doença se vai ajustar a todo o processo de saúde/doença. A forma como a pessoa vivencia a notícia e se adapta é sem dúvida influenciado pela forma como é transmitida (Friedrichsen, Strang & Carlsson, 2002). Como refere Pereira (2009) não há uma regra rígida para comunicar más notícias. O profissional tem de saber adequar a comunicação a cada situação.

### **1.1.2 Comunicação de más notícias à família da pessoa em situação crítica**

Os enfermeiros que trabalham na área da PSC exercem uma grande influência sobre as famílias dos doentes, avaliando e apoiando-as durante a situação de crise que está subjacente, sendo descritos como elos entre as famílias dos doentes e outros profissionais (Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan & Aslakon, 2016). Estes facilitam a partilha de informação sendo intermediários e tradutores entre os diversos profissionais de saúde e a família do doente. A literatura ressalta que os enfermeiros são um contato de referência, para as famílias, na procura de novas informações sobre o seu familiar (Ellis *et al.*, 2016).

O conceito de família tem sofrido alterações ao longo dos anos, em 2021, no Dia Internacional da Família a OE escreve numa publicação:

"O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família: «o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum»" (OE, 2021)

Percebendo que a família se encontra a viver uma experiência traumática é importante atentar ao modo como são transmitidas as informações, pelo que é essencial informar a família sem deixar de a confortar (Mendes, 2016).

Comunicar com a família diminui os seus medos e conforta-a, pois, é através da comunicação, que a família percebe que os seus familiares são bem cuidados (Wong, Liamputtong, Koch & Rawson, 2014), melhorando assim a satisfação das famílias, dos profissionais e dos doentes (Keer *et al.*, 2019). Para que a comunicação seja meio de conforto para a família é necessário a criação de um vínculo no qual o enfermeiro está disponível para "(...) ouvir o paciente e a família, informando sobre o tratamento e estado geral de saúde" (Araújo & Cruz, 2016, p. 10), permitindo uma relação que acalma e apoia as famílias (Wong *et al.*, 2014) sendo para isso crucial a sensibilidade do enfermeiro nesta partilha de informação, tendo em conta que mais importante do que o conteúdo da conversa é a maneira como esta decorre (Mendes, 2016).

A comunicação de más notícias com a família necessita de um cuidado extra na "escolha das palavras, do local, do tom de voz" (Mendes, 2016, p.7), e deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem simples e perceptível (Araújo & Cruz, 2016; Keer *et al.*, 2019). O enfermeiro deve estar atento às diferenças individuais de cada membro da família (Wong *et al.*, 2014), adaptando a comunicação a cada um. Esta adaptação equaciona a utilização de termos e linguagem não técnica para que as famílias possam perceber a totalidade da informação (Wong *et al.*, 2014).

Durante este difícil processo, que é o momento da comunicação de más notícias é importante perceber qual o conhecimento da família sobre o estado do doente, incentivando-as a partilhar as suas opiniões, dúvidas e sentimentos, respeitando e apoiando as crenças dos familiares (Keer *et al.*, 2019). Para isso, o enfermeiro precisa demonstrar disponibilidade para acompanhar a família durante o tempo que for necessário permitindo-lhe encontrar algum bem-estar nesta experiência (Mendes, 2016).

Todas as estratégias e cuidados aquando da comunicação de más notícias permite que a família encontre alguma tranquilidade junto dos enfermeiros durante uma experiência que acarreta perturbações físicas e psicológicas significativas (Mendes, 2016).

A comunicação de más notícias à família da PSC é um aspeto essencial da atuação do enfermeiro uma vez que este "(...) se constitui como um suporte para a família" que sofre "alterações significativas no seu bem-estar, derivadas da situação, mas também do contexto onde tudo decorre" (Mendes, 2016).

A família da PSC vê nos enfermeiros uma oportunidade "(...) para se fortalecer e poder fortalecer os que lhe são significativos" uma vez que é nesta relação que a família encontra o que "a capacita para apreciar o incerto e o imprevisto" (Mendes, 2020, p. 6 e 7).

Segundo Mishel, situações como "a não explicitação clara dos procedimentos terapêuticos ou a não intervenção antecipada na dor ou no desconforto" (Mendes, 2020, p.6), geram ansiedade, tanto ou mais do qualquer mau diagnóstico. A utilização de uma linguagem técnica e científica provoca um grande desconforto na família e limita a eficácia do processo de comunicação (Mendes, 2020).

Mishel alerta os enfermeiros para o facto "(...) de uma intervenção terapêutica medicamentosa para uma situação de doença, cria incerteza relativamente à existência de um sintoma", levando a família a questionar-se sobre a origem do mesmo, pelo que a "intervenção terapêutica deve ser exercida com responsabilidade, na garantia de não gerar ciclicamente mais incerteza" (Mendes, 2020, p. 7).

A família pode optar por "procurar informação clara em informantes esclarecidos e afetuosos (...)" o que lhe permite "(...) enfrentar a incerteza, acautelar o imprevisto e estar desperto" (Mendes, 2020, p. 7). Percebendo que a comunicação tem um papel importante na readaptação da família à realidade de ter um membro internado numa UCI é importante que haja uma preocupação por parte da equipa de enfermagem em adquirir estratégias facilitadoras para o processo que capacite a família.

A comunicação de más notícias, estando embebida em sentimentos e emoções, não só para a família, mas também para o profissional de saúde, exige uma abordagem consciente na preparação para a interação que pode ser bastante útil para evitar contratempos que possam ocorrer, principalmente no que diz respeito ao profissional sentir ansiedade, culpa ou angústia levando-o a não comunicar corretamente a notícia e falhar no apoio à família (Baile *et al.*,2006).

Na perspectiva de Serra e Albuquerque (2006, p.76) todo o processo de comunicação de más notícias é um desafio para os profissionais envolvidos, quer pela gravidade da situação em caso de doença, quer pela situação de morte, pelo que “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.” Os mesmos autores apontam a importância da utilização da comunicação assertiva com a finalidade de diminuir o stress e o conflito de emoções, sendo esta uma ferramenta terapêutica essencial para os profissionais de saúde na relação com o doente/família.

Se a comunicação de más notícias já é uma área difícil em contexto do doente crítico, SU e UCI, quando é necessário comunicar uma má notícia à família e esta, por condicionantes relacionadas com a sua vida pessoal ou dos serviços onde os doentes se encontram internados, não podem estar presentes no momento da transmissão da notícia, o facto da comunicação não poder ser realizada de forma presencial e ser feita por outro meio de comunicação, nomeadamente o telefone, poderá complexificar ainda mais este processo.

A literatura sobre comunicação de más notícias por telefone é escassa, poucos são os estudos que evidenciam esta temática, mas Taylor (2007) refere que não é claro se a família deva ser informada por telefone acerca da morte do seu familiar. Esta autora fundamenta que esta não é de todo a melhor forma de comunicar esta notícia, principalmente devido à falta de suporte imediato disponível para o familiar. No entanto, como referido anteriormente, existem condicionantes que levam a que o formato de transmissão de más notícias por telefone, nomeadamente em contextos de urgência, e em algumas situações específicas, não consiga ser evitado.

Júnior, Rolim e Morrone (2005) comprovam a prática de comunicação de más notícias por telefone, no estudo que realizaram, foram entrevistadas 121 famílias em luto sendo-lhes questionada a forma como foram informadas sobre a morte do seu familiar e verificaram que o telefone foi o método mais comum quando o familiar não estava presente na altura da morte.

Pereira (2009) citando Buckman (1994) refere que a transmissão de más notícias pelo telefone apenas deve ser utilizada quando esta é a única forma de o fazer. Também a OE, no seu parecer do Conselho Jurisdicional (CJ-8, 2008) referente à comunicação de informação via telefone, refere que esta possui características peculiares, onde a interação depende só da comunicação verbal, e a comunicação não verbal é invisível, reconhecendo-se assim que esta é uma limitação para a comunicação de notícias que pela sua natureza são revestidas de grande conteúdo emocional.

Comunicar uma má notícia à família do doente crítico é assumidamente uma tarefa de comunicação complexa, pois para além da componente verbal de transmitir a notícia este processo que é a comunicação de más notícias requer do enfermeiro outras habilidades e competências como responder às reações emocionais dos familiares, tendo em conta as particularidades e necessidades de cada membro da família, promovendo o seu conforto e lidando com o dilema de como dar esperança quando a situação é crítica (Baile *et al.*, 2000).

## **2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo farei, de forma reflexiva e crítica, uma análise do percurso de desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista PSC (CEEEEPSC) e Competências de Mestre (CME). Terei em conta o percurso formativo desenvolvido durante o estágio que teve lugar primeiramente num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e seguidamente numa UCI polivalente com Unidade de Cuidados Intermédios.

### **2.1 Apresentação dos contextos de Estágio**

A escolha de um serviço de urgência e de uma UCI polivalente surgiu com a necessidade de enquadrar as competências que me propunha desenvolver durante este curso de mestrado (Decreto-Lei n.º 63/2016). São locais onde são realizados cuidados diferenciados à PSC onde o enfermeiro assume um papel fundamental na identificação das suas necessidades e na intervenção rápida e precoce.

Segundo a OE, as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) são transversais e fundamentais a todos os EE, independentemente da área de especialização. Estas são descritas como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745). A OE define, então, enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência específica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744). Estas competências gerais do EE estão descritas no regulamento das competências comuns do EE e apresentam quatro esferas de ação: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade;

o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No que se refere às competências específicas do EEPSC a ordem define que nos cuidados a estes doentes se pretende que os enfermeiros sejam

*“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b, p. 8656).*

Assim, estão descritas as competências específicas do EEPSC em regulamento e são elas: cuidar da pessoa a viver processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; a capacidade de dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítima, atuando desde a conceção à ação e por fim, atuar como potenciador da prevenção e controlo de infeção perante a PSC, tendo em conta a complexidade da situação e da necessidade de resposta adequada e em tempo útil (OE, 2018).

Em Portugal as redes de Serviços de Urgência (SU) têm sido sujeitas ao longo dos anos a várias modificações, procurando melhorar a sua eficiência. Atualmente o serviço de urgência encontra-se estruturado e organizado de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, publicado em Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. Através do mesmo percebe-se que existem três níveis de serviços de urgência:

- Urgências de nível I ou Urgência básica (SUB);
- Urgências de nível II ou urgência médico-cirúrgica (SUMC);
- Urgências de nível III ou Urgência polivalente (SUP).

Assim a rede de urgências pode ser classificada de acordo com a sua tipologia e dos serviços que oferece à população. Sendo determinado que os serviços de urgência sejam

melhor distribuídos geograficamente, tendo em conta a massa populacional que utiliza os seus serviços; o seu acesso em minutos e o tipo de serviços disponibilizados.

De acordo com estes níveis, ficaram definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos SU, de forma a responder ao doente urgente e emergente, e é definida a formação dos profissionais da Rede de Serviços de Urgência.

O SU onde estagiei está classificado como SUMC (Despacho n.º 10319/2014). É o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede. É a forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB. Referencia para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Está articulado com outros Centros Hospitalares para a prestação de serviços nas especialidades de neurocirurgia, cirurgia cardiotorácica e hemodiálise.

Foi nesse SU que, durante aproximadamente 7 semanas, tive oportunidade de desenvolver o meu estágio, contexto no qual não tinha qualquer experiência profissional anterior. Foi-me permitido prestar cuidados de enfermagem em contexto de urgência, à pessoa/família nos diferentes sectores de atendimento, o que me possibilitou dirigir a minha atenção para múltiplos aspetos relevantes relacionados com a atuação do enfermeiro de urgência.

O SU onde tive oportunidade de desenvolver estágio encontra-se organizado essencialmente em seis áreas de intervenção especializada: 1 sala de Triagem (com possibilidade de 2 postos de triagem), 1 sala de Reanimação (SR), 1 sala de Pequena Cirurgia, uma zona designada de Balcões subdividida pelas prioridades, uma zona para doentes triados com prioridade Amarelo e Laranja – nesta existe sala de inalatórios – e outra zona para doentes triados com prioridade verde, a Sala de Observação (SO) e uma Unidade de Internamente para Agudos (UIPA). O acompanhamento da PSC, pela sua família, pode ser realizado ao longo de todo o processo de atendimento no SU, desde a Triagem até aos balcões, cajo exista necessidade de internamento na SO ou na UIPA a família é informada e deixa de poder acompanhar existindo posteriormente

possibilidade de períodos de visitas. Na SR também não é possível a presença da família existindo uma sala nesse corredor utilizada muitas vezes como sala de espera da família.

A oportunidade de estagiar neste SU revelou-se importante para conhecer como os vários setores de urgência estão organizados, bem como as dificuldades sentidas pelos profissionais que aqui trabalham. Por outro lado, como na UCI onde desempenho funções se recebe muitos doentes provenientes do SU, permitiu-me também partilhar e refletir sobre procedimentos facilitadores destes processos de transferência do doente crítico entre SU e UCI.

Sabe-se que o ambiente de UCI é caracterizado pela existência de um vasto conjunto de equipamentos tecnológicos de monitorização que procuram suportar a vida da PSC. Nestas unidades, enfatiza-se o desenvolvimento das perícias técnicas no cuidado ao doente com base nas competências profissionais que garantam uma resposta assertiva perante uma situação crítica. No desenvolvimento da atividade profissional nestas unidades é usual os enfermeiros sentirem uma necessidade acrescida de desenvolver e aperfeiçoar as suas competências teóricas, práticas, relacionais e éticas por forma a melhorar o seu exercício profissional (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Este é um desafio com o qual todos os enfermeiros se debatem na atualidade associado ao ambiente da UCI e, neste sentido, surge muitas vezes a necessidade da formação especializada nesta área. A aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da PSC torna-se uma necessidade real para muitos profissionais que exercem as suas funções em UCI.

A UCI onde tive oportunidade de estagiar é das mais modernas unidades existentes no país, com uma lotação de 8 camas, monitorizadas centralmente, todas em quarto individual, dando a possibilidade de acompanhamento familiar, durante períodos prolongados. Todas as camas são servidas por monitores, ventiladores, sistemas de infusão e perfusão de última geração, com registo contínuo dos parâmetros monitorizados. Nesta unidade, existe ainda um quarto que permite manter doentes em

isolamento com pressão negativa e, dois equipados para realização de técnica de substituição renal contínua ou intermitente.

A equipa de enfermagem utiliza o método de trabalho do enfermeiro responsável, segundo os modelos de organização enunciados por Hesbeen (2000). Neste a atribuição dos doentes é feita pelo enfermeiro chefe de equipa, de acordo com o grau de exigência dos doentes e o nível de desenvolvimento profissional de cada enfermeiro.

Nesta unidade em específico denota-se esta vontade, de formação específica na área do doente crítico, por parte dos enfermeiros da equipa, existindo um número significativo de enfermeiros especialistas ou com pós-graduação nesta área de intervenção.

Sendo uma UCI polivalente ao longo do estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes de foro médico e/ou cirúrgico, com diversificação na patologia de admissão bem como com necessidades de cuidados muito variadas. Durante o decorrer deste estágio tive assim a possibilidade de cuidar da pessoa com necessidades de vigilância e cuidados intensivos do foro neurológico - doente em coma ou com alterações do estado de consciência, doente com diagnóstico de AVC isquémico e/ou hemorrágico, doentes vítimas de traumatismo crânio encefálico - do foro respiratório - doente com insuficiência respiratória complicada com necessidade de ventilação mecânica não invasiva ou invasiva originada por tromboembolismo pulmonar, edema agudo do pulmão, infeção respiratória, insuficiência respiratório em contexto pós cirúrgico - do foro cardiovascular - doentes em choque cardiogênico e/ou hipovolémico, doente com enfarte agudo do miocárdio antes e no pós cateterismo - do foro urológico e nefrológico - doentes com lesão renal aguda ou crónica, com necessidade de técnica de substituição renal continua ou intermitente - do foro cirúrgico - doentes submetidos a cirurgia maxilo-facial, cirurgia abdominal, cirurgia urológica.

## **2.2 Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências**

Seguidamente irei realizar uma análise reflexiva do meu desenvolvimento de competências com base nas competências definidas como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (OE, 2019, regulamento nº. 140/2019), Competências Específicas do EE na área da PSC (CEEEPSC) (OE, 2018, regulamento nº 429/2018) e competências de Mestre em Enfermagem (CME) (MCTES, 2016, Decreto-Lei 63/2016).

Tanto em contexto de SU, como em contexto de UCI, nos primeiros turnos, a minha preocupação e prioridade centraram-se, essencialmente, na observação atenta da dinâmica do serviço e equipa de enfermagem, das práticas comuns na prestação de cuidados e na leitura dos protocolos existentes. Analisei e refleti a cada turno, conjuntamente com as enfermeiras orientadoras, sobre os cuidados prestados em cada contexto, com base na evidência científica consultada e na minha experiência profissional.

Sinto que a observação foi uma mais-valia para a minha integração nos serviços. Sendo que o processo formativo visa atender ao princípio da excelência no exercício da profissão, consagrado na alínea c) do n.º 3 do artigo 78.º do CDE (2015) e na alínea c) do artigo 88.º, que diz respeito ao dever da excelência do exercício e refere que o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, sinto que todos os momentos de reflexão e partilha de opiniões sobre a prestação de cuidados contribuíram para o desenvolvimento de competências neste sentido. Os momentos de transição de cuidados, chamada “passagem de turno”, onde se partilha informações sobre os cuidados, as reuniões de serviço (que tive oportunidade de participar durante o período de estágio), bem como os momentos de formação informal foram, para mim, igualmente momentos privilegiados de desenvolvimento de competências e de crescimento como enfermeira.

O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem. As intervenções de enfermagem «são *autónomas e interdependentes*» sendo que autónomas são «... *as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais...*» (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 2018, regulamento nº76/2018, p.3478), assumindo o enfermeiro o dever de «*responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica*» (CDE, art 79º) o que exige, à partida, um conjunto de conhecimentos teórico-práticos e éticos que habilitem o enfermeiro a tomar decisões e a responsabilizar-se por elas.

Durante a minha prática clínica, e durante o decorrer do desenvolvimento do estágio, fui diariamente confrontada com a necessidade de tomada de decisão – cada intervenção de enfermagem exige uma tomada de decisão – a organização dos cuidados e sua priorização; o que comunicar ao doente; cuidados práticos como realização de pensos, administração de terapêutica, posicionamentos, entre tantos outros. Procurei sempre, longo do estágio, que esta tomada de decisão assentasse numa análise criteriosa do problema, iniciando-se este processo com a procura mais completa possível de informação, equacionando seguidamente as várias hipóteses de resolução do problema e analisando posteriormente os prós e contras das várias hipóteses, avaliando em termos de efeitos e consequências e que, no final, a escolha recaísse na hipótese favorecida por maior evidência.

Ao longo do desenvolvimento do estágio pude confirmar que a tomada de decisão é sempre um momento de grande implicação e responsabilidade. Para tal, o corpo de conhecimentos em que se baseia cada tomada de decisão deve ser o mais alargado e atualizado possível, para que as decisões mais apropriadas sejam as escolhidas.

Durante o meu estágio na UCI foram adquiridos, pela instituição, pensos para acessos vasculares impregnados com clorexidina. A pesquisa de bibliografia, sobre o uso clorexidina impregnada nos pensos, no controlo de infeção do local de inserção dos acessos vasculares, foi bastante pertinente, para compreender as vantagens da utilização dos mesmos, na segurança e controlo de infeção. Este é um dos exemplos, entre outros,

que procurei basear sempre a minha **“prática clínica especializada em evidência científica”** (OE, 2019).

Também a elaboração de uma RIL sobre a temática em estudo, com a questão de revisão “Quais as estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias no cuidado da pessoa em situação crítica e sua família, em SU e UCI?”, de onde pude extrair resultados para aplicação na prática e partilha com os pares foi importante para desenvolver competências como as CME **“Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;”** e **“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida e 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”** (MCTES, 2016).

Ao longo do estágio fui defrontada com situações novas enquanto enfermeira, como a avaliação do nível de prioridade em triagem; os cuidados ao doente crítico e em simultaneamente à família; a gestão e coordenação de recursos humanos e materiais. Estas situações levaram ao desenvolvimento do **autoconhecimento e a assertividade;**” (OE, 2019), através da reflexão crítica, tendo em conta as condutas, posturas, receios e dúvidas, no que diz respeito às relações geradas com as pessoas cuidadas e família, assim como com a equipa multidisciplinar. A elaboração de jornais de aprendizagem, onde me propus refletir sobre experiências vivenciadas, manifestou-se uma excelente ferramenta para desenvolver estas competências.

Ao longo dos turnos procurei e foi-me sempre possibilitado momentos de reflexão conjuntos com as orientadoras por forma a ir avaliando o meu percurso formativo, ou seja, os pontos em que me encontrava melhor e aqueles em que existia necessidade de melhorar.

A OE (2006, p.41) interliga autoconhecimento com consciencialização e define esta última como a “perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação”.

Conhecermo-nos é ter consciência do que somos ou não capazes de fazer, das nossas competências, qualidades, forças, mas também das nossas inseguranças, dificuldades e medos. Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho & Valentim (2020) referem que só através da reflexão consciente é possível evoluir pessoalmente e profissionalmente. Refletir sobre as nossas ideias e sentimentos de forma clara, esclarecedora e autêntica demonstra assertividade, onde o respeito e defesa de si próprio estão patentes (Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho & Valentim, 2020).

A admissão de um jovem na SR, em paragem cardiorrespiratória (PCR), que acabou por falecer, trazido pelos pais, presenciar o desespero, angustia, tristeza, aflição daqueles pais, a sensação de vulnerabilidade que essa experiência me trouxe, a dificuldade de concentração e a confusão na priorização dos cuidados ao doente crítico e/ou família, fez-me ter consciência que, apesar de, na minha vida profissional já ter presenciado a morte e já ter experienciado a comunicação de más notícias à família, nunca tinha vivenciado este processo em simultâneo: a preocupação simultânea de prestar cuidados ao doente crítico e simultaneamente à família, no mesmo tempo e espaço: Trouxe-me a consciência e autoconhecimento de limitações que necessitei de trabalhar e melhorar.

Durante toda a construção do meu percurso em enfermagem fui interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, inscritos no CDE, e estes tornaram-se os alicerces da minha práxis.

Atendendo à precariedade do estado clínico da PSC admitida num SU ou internada em UCI, o enfermeiro, no desempenho das suas funções, é obrigado a recrutar os valores universais do cuidar humano, privilegiando assim a dignidade humana. Nunes (2011, p.40) confirma que “a ética profissional formula princípios e valores de uma profissão, surgindo associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional”.

Um dos deveres do enfermeiro, inscrito no CDE, no artigo 79º, alínea c) prende-se com “...defender a pessoa humana ...” (CDE, 2015). Facilmente se associa a defesa da pessoa com gestão dos riscos que, por sua vez, se associa com facilidade à proteção da

integridade física do doente, no entanto, a componente física é apenas uma pequena porção do que compõe a pessoa de quem cuidamos. Como tal, é um dever respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do doente, pelas necessidades espirituais do mesmo e envolvendo a família nesse sentido (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Durante o estágio em SU foi admitida na UIPA uma doente, proveniente do serviço de cirurgia, com histórico de mal perfurante plantar, submetida já a múltiplas intervenções cirúrgicas neste contexto. À admissão na UIPA esta doente apresenta uma hemoglobina de 3,7mg/dL e recusava, de acordo com as suas crenças espirituais, suporte transfusional com concentrado eritrócitário. Durante o seu internamento no serviço de cirurgia, todas as outras alternativas disponíveis haviam já sido utilizadas, na tentativa de melhoria desta situação, contudo a situação clínica da doente evoluiu para choque hipovolémico, já com falência multiorgânica. Foi chamada a família e, conjuntamente doente e família, foram abordados sobre os riscos iminentes da situação clínica da doente, que manteve a sua recusa acabando por falecer dois dias depois. Esta situação originou momentos de reflexão na equipa de enfermagem nos quais tive oportunidade de participar. Aceitar que o nosso dever se prende para além do “salvar vidas” com o “respeitar vidas” trouxe consigo a valorização dos conceitos do respeito pela pessoa, o respeito pela vontade do próprio, o respeito pelos princípios e pelos valores da mesma, o princípio da não maleficência, o respeito pela vida e pela qualidade de vida, a promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento, a proteção da saúde, o princípio da justiça e a confiança. Estes são, para mim, alicerces imperiosos e imprescindíveis na prática diária de cuidados, reconhecendo, assim, a dignidade humana em cada um e todos os momentos da minha prática.

A tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas é um pressuposto transversal ao exercício profissional de enfermagem que foi desenvolvido e aperfeiçoado ao longo do estágio, e desta forma sinto que evoluí no desenvolvimento das CCEE ***“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialização, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;”*** ***“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos***

***humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019) e da CME tem “capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (MCTES, 2016).***

Sendo que o conforto é visto atualmente como o resultado dos cuidados de enfermagem tecnicamente competentes e da capacidade de utilizar adequadamente os recursos apropriados, o que se revela de extrema pertinência para a classe profissional, já que os enfermeiros parecem ser os profissionais de saúde de quem mais se espera esforços no sentido do confortar (Oliveira 2005). Assim, podemos assumir que o conforto é tido como a satisfação das necessidades humanas básicas, resultante dos cuidados de enfermagem e que através de intervenções denominadas medidas de conforto é proporcionada esta satisfação.

Assumidamente a missão dos enfermeiros é a de CUIDAR, assim, a atenção ao desconforto, visando o seu alívio e a promoção do conforto são consistentes com esta missão. Watson (2002) refere que confortar constitui um fator de cuidado e Benner (2001) acrescenta que é uma competência do enfermeiro.

Neste sentido, o conforto deve, e é encarado, também, como alvo principal dos cuidados de enfermagem. A sua importância e implicação na qualidade dos cuidados prestados bem como nos *outcomes* positivos na saúde do doente levaram-me a realizar uma reflexão sobre a temática, em forma de jornal de aprendizagem, e, a sugerir e elaborar, em parceria com a enfermeira orientadora, de um cartaz sobre **“Conforto da pessoa internada em UCI”** (APÊNDICE I).

A finalidade deste cartaz foi ser afixado, na sala utilizada para a comunicação com as famílias, visando, desta forma, demonstrar a preocupação e importância dada por esta equipa na promoção do conforto do doente aqui internado. Sendo que a comunicação, quer com o doente internado, quer com a sua família, não se faz só de forma verbal, a comunicação não verbal tem tanto ou mais “poder” nesta área da transmissão de informações. Penso que a elaboração deste cartaz sobre o conforto da pessoa internada

em UCI foi uma estratégia de comunicar com a família, de forma não verbal, sobre a importância que esta área do cuidar tem na equipa. A possibilidade de a família ler este cartaz, enquanto aguarda ou após receber informações, por vezes, infelizmente, más notícias, e perceber a importância que se atribui nesta unidade ao conforto do seu familiar aqui internado, penso que poderá ser uma mais-valia na tentativa de “confortar” esta família. Em momentos de dor e sofrimento, as palavras nem sempre são ouvidas e compreendidas, uma imagem, uma frase escrita, poderá cativar a atenção e de forma direta/indireta tornar-se num gesto de conforto para estas famílias, transmitido por toda a equipa.

A comunicação constitui um aspeto essencial para o estabelecimento de uma relação eficaz entre o enfermeiro e o doente. De acordo com Potter e Perry (2006, p.139), *“todas as relações de cuidar, estabelecidas no âmbito profissional, podem ser reforçadas por princípios e orientações de utilização eficaz das técnicas de comunicação”*. A comunicação em enfermagem relaciona-se com um processo de interação onde se pretende transmitir informação, partilhar emoções, sentimentos e ideias, exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e da escuta ativa, sendo a comunicação uma aptidão essencial em enfermagem (Burnard 2003).

Por isso mesmo é considerado que a informação é um dever, em respeito para com a autonomia, a dignidade e a liberdade do cliente. Todas as minhas intervenções durante este percurso de estágio se regeram por este princípio, procurando que o cliente consinta as intervenções que pretendo realizar depois de lhe explicar a importância das mesmas, quais os riscos associados e alternativas. Apenas assim poderei trabalhar com o doente enquanto parceiro dos cuidados de saúde contribuindo para a sua satisfação.

A comunicação constitui-se, assim, num componente imprescindível e necessário para o cuidado fundamental, e está presente no quotidiano da profissão de enfermagem, (Feo *et al.*, 2015). Kitson (2018) refere que perante o paradigma do cuidado fundamental e centrado na pessoa o enfermeiro deve garantir, durante a interação que estabelece com o doente e família, os considera como “cliente de enfermagem”, isto é, como membro efetivo do triângulo terapêutico, com deveres e direitos no processo de cuidar. Esta

relação estabelecida, muito em parte através da comunicação, torna-se a base sobre a qual o cuidado fundamental deve ser contruído (Feo et al., 2015).

A comunicação no contexto de cuidados intensivos surge como uma importante ferramenta humanizadora na prestação de cuidados. Cavaco, José & Lourenço (2013) descrevem que a comunicação é a arte do cuidado holístico do doente e o foco de parte dos cuidados de saúde. A comunicação promove a socialização, a interpretação de dados sintomáticos, a relação de ajuda e, acima de tudo, permite ao enfermeiro compreender como é que a pessoa se encontra a vivenciar este processo transicional de doença crítica, fornecendo-lhe, desta forma, as evidências para que ele possa desenhar um plano de cuidados adequado.

Ao longo deste período de estágio procurei sempre demonstrar interesse e disponibilidade, para que o doente e a família se sentissem à vontade de modo a exprimir as suas inquietações, considerando que a relação interpessoal entre o enfermeiro/família é sem dúvida determinante para a qualidade dos cuidados prestados. Considero ter tido uma boa prática de atuação, preocupando-me com o acolhimento aos familiares. Na UCI onde estagiei, sempre que algum membro da família vinha realizar visita ao seu familiar internado era realizado, previamente, um acolhimento pelo enfermeiro, onde era, de forma sumária, fornecida informação sobre a condição clínica, no âmbito da enfermagem, do doente internado. Esta intervenção com a família visava prepará-la para o encontro com o seu familiar, diminuindo a sua ansiedade. Na UCI a existência de elevado arsenal tecnológico, deixa os familiares perdidos e assustados. Esta interação prévia revela-se sem dúvida minimizadora do impacto negativo deste contexto e facilitadora da adaptação da família no momento da visita.

A PSC está frequentemente impossibilitada de comunicar verbalmente, por diversos fatores, sendo a entubação endotraqueal um deles. Neste sentido, Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman (2016) desenvolveram um algoritmo para facilitar a avaliação e seleção da melhor intervenção de comunicação em doentes conscientes, entubados mecanicamente na UCI (como placas de comunicação, tubo endotraqueal com lúmen

adicional acima do *cuff*, dispositivos portáteis que transmitem sons eletrónicos quando há vibração na cavidade orofaríngea e/ou dispositivos computadorizados).

Na prestação direta de cuidados ao doente submetido a VMI, pude constatar este comprometimento ao nível da comunicação, com evidente desconforto e inquietação por parte dos doentes devido a esta incapacidade. Recordo uma situação em que um doente entubado endotraquealmente tentava perguntar-nos sobre a sua família e, perante a dificuldade de compreensão por parte dos enfermeiros, apresentou um episódio de taquicardia associado à ansiedade gerada pela situação. Perante a inquietude do doente, resolvi escrever numa folha várias palavras, sendo que quando escrevi a palavra família o doente sinalizou de imediato, o que foi facilitador da compreensão da sua questão.

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 ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Despacho nº 5613/15, p.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 SNS 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 da gestão de risco na prestação de cuidados de saúde, como foi mencionado anteriormente, ser da responsabilidade da equipa, passa sobretudo pelas competências individuais de cada profissional. Por essa razão o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica deve ser um modelo nesta área. Durante todo o percurso de estágio desenvolvi os cuidados de enfermagem visando garantir a segurança da pessoa doente, procurando e suportando as minhas intervenções nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e em evidencia científica recente, relacionada com a gestão de ambiente

terapêutico seguro (controlo de infeção, controlo de sintomatologia, higienização e limpeza do ambiente, procedimento seguros, ambiente tranquilo).

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). 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.

Durante o decorrer do estágio apreendi que enquanto EE tenho, não só responsabilidade no respeito e cumprimento da cultura de segurança, mas também responsabilidades redobradas para questionar, ponderar e procurar constante atualização na área de prevenção e controlo da infeção, higienização e limpeza do ambiente, procedimentos seguros e ambiente tranquilo. Cumprindo os procedimentos estabelecidos, monitorizando, registando e avaliando e atualizando as medidas implementadas poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Assim, penso ser possível afirmar que o enfermeiro especialista deve participar ativamente na criação e atualização de planos e normas de atuação na gestão da segurança do doente e ambiente terapêutico seguro, visando responder às necessidades concretas do contexto de cuidados à PSC.

A possibilidade de consultar, refletir e contribuir para a atualização de projetos e normas existentes no SU e na UCI foi uma mais-valia ao longo do estágio, permitindo-me sentir proativa no seio da equipa de enfermagem.

Também a possibilidade de refletir e validar normas e protocolos de (e com) outras áreas profissionais (nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de exames complementares de diagnóstico) possibilitou-me compreender a elevada importância que o enfermeiro especialista pode deter como elo na equipa multidisciplinar, e a responsabilidade que devemos assumir nesta interligação de cuidados.

Pelo explanado anteriormente, considero que desenvolvi desta forma as CCEE **“Desenvolve práticas de qualidade, gere e colabora em programas de melhoria contínua;”**, garantindo **“um ambiente terapêutico e seguro”** (OE, 2019) e a CME **“Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais”** (MCTES, 2016).

Durante o desenvolvimento do estágio no SU tive a - caracterizaria eu - excelente oportunidade de acompanhar o elemento coordenador/responsável de turno da equipa de enfermagem, denominado, normalmente, como chefe de equipa. Este elemento da equipa de enfermagem não assume nenhum setor de trabalho em específico no SU, mas é o elemento que tem, e centra em si, o conhecimento dos demais setores, de certa forma, de tudo o que se está a passar no SU durante aquele turno.

É muitas vezes a este elemento da equipa de enfermagem que compete decisões relacionadas com organização/gestão da equipa, gestão dos recursos existentes, coordenação/gestão das vagas disponíveis, organização do trabalho da equipa, gestão de conflitos, e podendo por vezes assumir qualquer posto em caso de necessidade.

A este elemento é exigido, e pude presenciar em todos os turnos que realizei na sua presença, capacidades de liderança, capacidade de comunicação eficaz e assertiva, necessita de ser um elemento que demonstre confiança, justiça, de modo que as decisões por ele tomadas visam sempre evitar conflitos e promovam a coesão e trabalho de equipa de forma segura e eficaz. É também na “figura” deste elemento chefe de equipa que assenta o papel de motivação da equipa visando sempre a qualidade dos cuidados prestados e a ser prestados.

De forma a facilitar a comunicação com o Chefe de Equipa este possui consigo, ao longo do turno, um telemóvel, estando assim contactável sempre e em qualquer momento. As tomadas de decisões por sua parte devem, e são, céleres e efetivas na medida em que destas decisões estão pendentes muitas vezes cuidados diretos a doentes em estado crítico. Através da observação do papel desempenhado pelo Chefe de Equipa, e

posteriormente a possibilidade de colaborar com o mesmo nesta tarefa, pude refletir e validar a minha opinião sobre a elevada importância das competências do domínio da gestão dos cuidados descritos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista.

A presença desta figura de Chefe de Equipa revela-se, na minha opinião, fulcral e imprescindível para a correta e eficaz resposta às demais solicitações e necessidade de cuidados que surgem constantemente num SU.

Sabe-se que todo e qualquer enfermeiro quando presta cuidados, independentemente do patamar hierárquico, toma constantemente decisões. Mas sem dúvida que ao observar o trabalho desenvolvido pelo Chefe de Equipa pude perceber o elevado grau de responsabilidade, da necessidade de deter sólidos conhecimentos que lhe permitam, perante uma qualquer situação, ser capaz de tomar uma decisão no sentido da otimização da resposta da equipa inter e multidisciplinar, assegurando desta forma a garantia de segurança e qualidade dos cuidados.

Na minha opinião, sem dúvida que o enfermeiro chefe de equipa reúne em si competências dos vários domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e, pela especificidade do SU, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC aliando estas a um nível de perícia inegável.

No estágio em UCI verifiquei que nesta unidade, o denominado chefe de equipa é, quase sempre, um EE, e sendo a minha orientadora enfermeira especialista também ela desempenhou o papel de chefe de equipa em muitos dos turnos realizados. Isto possibilitou-me não só observar e colaborar na gestão do serviço – gestão e organização dos recursos materiais, coordenação dos recursos humanos, gestão e reposição de *stocks* de medicação, verificação de equipamentos (carros de urgência, ventiladores de transporte, ...), gestão de vagas, resolução de assuntos relacionados com gestão do serviço - como também perspetivar a importância e significância da presença de um elemento perito como referência para a equipa.

Muitas vezes foram realizadas reflexões e solicitado auxílio da enfermeira orientadora na tomada de decisão por parte de outros membros da equipa de enfermagem. Assim também eu tive oportunidade de participar nestas reflexões e colaborar na decisão conjunta.

Como já referido, também em contexto de UCI, o enfermeiro chefe de equipa necessita de ser um enfermeiro que detém conhecimentos fundamentados e atualizados que lhe permitam, ser capaz de tomar a melhor decisão de forma a otimizar a resposta da equipa inter e multidisciplinar, garantindo a melhor resposta às necessidades dos doentes aqui internados. Mais uma vez ficou para mim claro que o trabalho desenvolvido pelo Chefe de Equipa detém um elevado grau de responsabilidade, sendo quase imperioso que este detenha em si competências dos vários domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e, pela especificidade do doente internado em UCI, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, sendo inegável a necessidade de ser um enfermeiro com um nível elevado de perícia.

A possibilidade de acompanhar a enfermeira orientadora nos turnos em que desempenhou papel de chefe de equipa, foi facilitador e uma mais-valia para compreender a dinâmica do serviço numa perspetiva da gestão dos cuidados.

A possibilidade de partilhar ideias e reflexões com a enfermeira orientadora sobre temas como tomada de decisão, resolução de problemas, gestão de conflitos e coordenação de equipa, revelou-se uma experiência que me permitiu refletir sobre as competências do enfermeiro especialista no domínio da gestão de equipas e na gestão de cuidados, possibilitando-me desenvolvimentos neste domínio.

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 liderança ao desenvolver habilidades como a

comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisões, além da prática clínica (Silva *et al.*, 2014).

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica (OE, Parecer nº10, 2017) cita Benner que refere que as “competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial” (2001, p.54) salientando que os “profissionais com competências específicas de Enfermeiro Especialista em enfermagem em PSC, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa” (OE, Parecer nº10, 2017, p.3).

Quer no SU, quer na UCI a possibilidade de assumir em parceria com as enfermeiras orientadoras uma postura de liderança permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento, estruturação e supervisão da equipa que presta os cuidados sendo-me possível o desenvolvimento das CCEE relacionadas com a capacidade de gerir **“os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de enfermagem;”** e adaptar **“a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”** (OE, 2019) e da CME **“Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada”** (MCTES, 2016).

Sendo a PSC por definição aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, regulamento 124/2011, p.8656), os doentes que dão entrada no SU em situação crítica ou que se encontram internado em UCI são pessoas que se encontram a vivenciar um processo complexo de doença, muitas vezes com falência de um ou mais órgãos, com necessidade de suporte tecnológico para substituição desse órgão ou desses órgãos.

Ao longo do estágio, foram inúmeras as oportunidades de prestar cuidados a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica ou em situação emergente. No SU a SR é o espaço físico de primeira abordagem à pessoa crítica, uma vez que é onde o grau de instabilidade deste é mais acentuado, tornando-se essencial prever e antecipar situações

de risco. Sendo a minha orientadora chefe de equipa, sempre que entrava um doente para a SR nós estávamos presentes. Nas várias experiências que tive oportunidade de participar, nesta sala, tive contato com pessoas hemodinamicamente instáveis, com patologias do foro cardíaco, nomeadamente disritmias, tendo a oportunidade de aplicar o protocolo das disritmias, estabelecendo prioridades e atuando em conformidade. Tive oportunidades de prestar cuidados a diversos doentes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), existindo a possibilidade de aplicar o protocolo da via verde AVC, sendo fundamental para tal mobilizar os conhecimentos adquiridos em contexto académico. O bom uso das vias verdes exige que se comecem logo no local do evento ou no início dos sintomas, isto é, os sistemas hospitalares e extra-hospitalares devem garantir a continuação e integração dos cuidados (CRRNEU, 2012).

Quando o doente entra no SU, a sala de triagem é o primeiro espaço de contacto entre o enfermeiro e a pessoa doente. Como o nome indica, é nesta sala que se faz a seleção dos doentes de acordo com a sua gravidade. No SU onde desenvolvi o estágio é utilizada a triagem de prioridades de Manchester. Esta trata-se de um sistema que pretende estabelecer prioridades no atendimento dos doentes através da identificação clara de critérios de gravidade, por um protocolo clínico, acreditado pelo Ministério da Saúde e Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros, pretendendo-se deste modo que o atendimento não se realize por ordem de chegada, mas sim pela gravidade da situação. Para além da atribuição da prioridade de acordo com os critérios de gravidade, neste serviço é ainda realizado o encaminhamento do doente de acordo com a especificidade médica/cirurgia.

Como referido anteriormente a Triagem de Manchester é um sistema que se caracteriza por seleccionar os doentes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico, ou seja, é orientado pelos sinais e sintomas apresentados pelos doentes. Após a identificação da queixa do doente, escolhe-se o fluxograma correspondente, procedendo depois à recolha e análise de informação de forma a permitir a determinação da prioridade real (discriminador) (Grupo Português de Triagem, 2017).

A sala de Triagem torna-se a verdadeira porta de entrada no SU, é aqui que se dá início a todo o processo de atendimento e prestação de cuidados à pessoa doente admitida (após inscrição) no SU. Este é assim o primeiro momento de contacto entre a equipa de enfermagem, através da pessoa do enfermeiro que está a triar, e a pessoa doente, devendo decorrer o mínimo de tempo possível entre a inscrição e a realização da triagem (Grupo Português de Triagem, 2017).

Durante a oportunidade de observação de processos de triagem pude verificar, e “sentir quase na pele”, a elevada complexidade de que é alvo este processo. A dificuldade, por vezes sentida, na escolha do fluxograma mais adequado à queixa apresentada pela pessoa doente, de modo que a esta seja atribuído, no final do processo, o correto e mais adequado nível de prioridade, a dificuldade por vezes sentida na própria perceção da queixa ou de qual a queixa mais intensa e mais “significativa” naquele episódio específico é por vezes uma realidade.

Após a possibilidade de observar e colaborar nalguns processos de triagem ficou claro, para mim, a necessidade de experiência em cuidados de urgência, só um profissional com algum nível de experiência acumulada nos cuidados ao doente crítico, me parece ter competências e conhecimentos adequados, para realizar todo o processo mental necessário à triagem de um doente.

Uma vez que cada triagem não deve demorar mais de 3 minutos, torna-se assim um processo desafiador de realizar. Conseguir perceber a (ou as) queixa(s), conduzindo a pessoa doente no sentido do discurso de nos fornecer toda a informação pertinente para este episódio, em tempo útil, lançando questões e obtendo respostas, muitas vezes com necessidade de correlacionar com episódios anteriores, com antecedentes pessoais, até mesmo com histórias de vida, torna, na minha opinião, a triagem um cuidado de enfermagem de elevado desafio e responsabilidade, “obrigando” o enfermeiro a empregar todas as competências de enfermeiro especialista neste processo.

Salientar que neste SU em particular, existe um elevado fluxo de pessoas doentes, fazendo com que a triagem assuma um papel preponderante no processo de

atendimento e tratamento destas pessoas, pois esta vai condicionar todo o restante processo, podendo sem dúvida ser fator determinante entre o sucesso ou fracasso, sendo crucial para o despiste de situações urgentes ou emergentes que necessitam de atenção rápida e imediata.

A possibilidade de realizar turnos nos diferentes setores existentes no SU trouxe-me a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica desde a admissão no SU, realizando a avaliação primária através da metodologia de abordagem ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), seguindo-se 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 que acompanha a pessoa no SU.

Prestei cuidados a pessoas em paragem cardiorrespiratória (PCR), participando no processo de reanimação de vários ângulos, se nalgumas situações participei como elemento da equipa de reanimação, noutras pude acompanhar a enfermeira orientadora no processo de liderança da equipa.

Nenhuma situação clínica supera a prioridade de atendimento de uma PCR, na qual a rapidez e a eficácia das intervenções realizadas são cruciais para um melhor resultado (Ladeira, 2008), constatando-se ser de primordial importância que o chefe de equipa assuma a liderança e o papel de observador. A liderança e a gestão da equipa nos cuidados à pessoa em situação de PCR requerem uma maturidade profissional equiparada à de “perito”, sendo o enfermeiro especialista, o elemento com qualificações específicas para assumir este papel (Faria & Mendes, 2015).

As situações de PCR foram fundamentais, para colocar em prática e desenvolver a experiência profissional e formativa adquirida nos cursos realizados durante este

percurso, como o curso de SAV. A possibilidade de acompanhar a enfermeira orientadora no processo de liderança e gestão da equipa durante este processo revelou-se uma excelente oportunidade de crescimento e maturidade de pensamento crítico direcionado diretamente ao problema real.

Benner (2001) diz-nos que a Enfermeira que se encontra num nível proficiente, se apercebe das situações como um todo e não em termos de aspetos isolados, ao passo que, a Enfermeira que se encontra num nível perito, possui uma enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação e se foca diretamente no problema, sem se dispersar em leques variados de soluções e diagnósticos sem relevo.

Durante o ensino clínico na UCI, sob orientação da enfermeira orientadora, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes críticos com diferentes patologias do foro médico e do foro cirúrgico (em diversas áreas) tendo a oportunidade de colaborar e desempenhar um papel ativo na gestão e administração terapêutica, nos cuidados de conforto, na monitorização invasiva, na colaboração de procedimentos médicos, como intubação endotraqueal, colocação de cateter venoso central e cateter arterial. Tive ainda a excelente ocasião, como já referido por mim anteriormente, de observar diretamente e colaborar na gestão do turno, uma vez que a enfermeira orientadora deste contexto clínico é Chefe de Equipa de enfermagem, o que me possibilitou e proporcionou realizar vários turnos direcionados para a colaboração ativa na gestão do mesmo.

Durante o decorrer dos estágios foi contínua a prestação de cuidados a doentes submetidos a VMI e não invasiva, sob oxigenioterapia de alto fluxo, com técnicas de substituição renal, doentes com monitorização cardíaca e de atividade cerebral, entre outros, que proporcionaram uma ligação entre os conhecimentos anteriormente adquiridos no decorrer do curso com a prática clínica, permitindo desenvolver competências nos cuidados ao doente crítico.

Relativamente aos cuidados à pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e sob Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI) surgiu também a oportunidade de efetuar a

montagem do circuito dos ventiladores de pressão positiva e participar na programação inicial dos parâmetros de VMI.

A situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais. A aquisição de competências neste domínio implica saber gerir a ansiedade e medo vividos pelo doente e ser capaz de facilitar os processos de transição decorrentes da situação de doença. Tal requer o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente/família, sabendo gerir a comunicação interpessoal que a fundamenta. Como tal, o desenvolvimento de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da PSC e/ou falência orgânica são essenciais, selecionando, utilizando e avaliando o processo de relação de ajuda, e reconhecendo o seu impacto junto do doente/família que vivencia a situação.

Na UCI existiu ainda a possibilidade de monitorização do débito cardíaco através do equipamento de monitorização *vigileo*® que permite, entre outros parâmetros, a medição da pressão de enchimento ventricular esquerdo e da resistência vascular sistémica.

Desta forma, à luz das patologias evidenciadas pelos doentes no decorrer desta prática clínica verificou-se a oportunidade de, em colaboração numa fase inicial e de forma autónoma na fase final do estágio, ser capaz de identificar focos de instabilidade hemodinâmica mediante a compreensão e interpretação dos dados de monitorização obtidos.

Ao longo do desenrolar deste estágio tive oportunidade de observar e desempenhar intervenções no sentido do cuidado diferenciado da pessoa que se encontra a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sinto que ao longo do percurso, com o auxílio da equipa multidisciplinar deste SU, mais em concreto da equipa que me recebeu na maioria dos turnos e, sobretudo, com o auxílio e “balizamento” do enfermeiro orientador pude progredir no trilhar do meu percurso de aquisição de competências do enfermeiro especialista, não só das competências comuns mas também das específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC.

A dor é a queixa que mais frequentemente leva a pessoa a procurar cuidados de saúde, quer de foro agudo, quer de foro crônico ou crônico agudizado.

Tendo consciência que, “todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes” (DGS, 2003, p. 4), o seu controlo é um direito dos doentes e um dever dos profissionais (DGS, 2003; OE, 2008).

Considerar a dor como 5º sinal vital é um reflexo da preocupação do enfermeiro em relação a este âmbito, uma vez que a avaliação é o início do processo para o controlo da dor. Como tal o alívio da dor e do sofrimento deverá ser uma das prioridades durante todo a implementação do processo de enfermagem. Sendo a dor equiparada a um sinal vital, a sua avaliação e registo têm de ser feito de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

As intervenções realizadas à PSC, tais como procedimentos, colocação de dispositivos, imobilidade, entre outras, são na maioria das vezes dolorosas (Ministry of Health - Region of Madrid, 2017). Assim podemos depreender que a PSC num SU ou internado numa UCI é um doente com elevada probabilidade de ter dor.

Apesar de ser um fenómeno universal, a dor é uma experiência subjetiva, é aquilo que cada pessoa diz que é, quando é e como é. Assim o doente é sempre o melhor avaliador da sua própria dor e o único que é capaz de fornecer com exatidão as características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência. No entanto, existem diversos fatores que podem não impossibilitar o doente de avaliar a sua dor. Nestes doentes impossibilitados de autoavaliar a dor, a mesma tem de ser avaliada de forma subjetiva. Existem escalas de avaliação onde são considerados critérios subjetivos como sendo a expressão facial e o movimento da pessoa no leito, bem como certos parâmetros fisiológicos, tais como a tensão arterial, a frequência cardíaca, a

respiratória e a sudorese. Estar atento as manifestações fisiológicas da dor é uma competência imperativa do enfermeiro.

Também para mim o controlo e gestão da dor do doente crítico é vista como uma prioridade, fazendo já parte integrante da minha prática clínica a preocupação com a sua correta avaliação, gestão e controlo. Contudo durante o desenrolar deste percurso de desenvolvimento de competências destaco a importância de me ter sido possível desenvolver mais a capacidade de reconhecer a presença de dor através de manifestações fisiológicas, antecipar intervenções potencialmente dolorosas, agindo de forma a prevenir a sua ocorrência, e identificar e eliminar o fator causal de dor.

Para reportar a dor o enfermeiro é obrigado a desenvolver competências na área da comunicação com o doente, de forma a ser capaz de interpretar a linguagem subjetiva latente de forma a prestar cuidados humanizados.

Ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências, essencialmente na UCI, surgiu a oportunidade de realizar a identificação, quantificação e tratamento da dor em doentes críticos, com estados de consciência alterados (coma profundo, coma intermédio com pontuações de 4 a 7 na escala de coma de Glasgow) com recurso a escala comportamental da dor: Behavioral Pain Scale. Na UCI onde desenvolvi estágio a prevenção da dor é tida em consideração e vista como prioridade na prestação dos cuidados sendo a sua monitorização adequada a cada doente.

Pude constatar, que tal como na minha prática profissional no serviço onde desempenho funções, também nesta UCI a prevenção e gestão da dor é feita não só com recurso a protocolos terapêuticos, que implicam intervenções de enfermagem interdependentes, mas também que os enfermeiros implementam intervenções autónomas para gestão da dor e do bem-estar, sendo estas do foro cognitivo-comportamental, físico, ou de suporte emocional, ou seja, através da promoção do conforto do doente.

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.

Assim, 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.

Durante este percurso de estágio, no SU e UCI, ao ter oportunidade de participar na abordagem, no tratamento ativo, na monitorização e vigilância do doente crítico que entra no SU ou que se encontra internado na UCI tive oportunidade de crescer e desenvolver competências no sentido de melhor prestar **“cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”**, sendo capaz de gerir **“a administração de protocolos terapêuticos complexos”**, fazendo simultaneamente a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as resposta.” (OE, 2018, p.19363)

Ao longo de todo o estágio a questão da família como, também ela alvo de necessidade de cuidados de enfermagem, foi uma constante tendo desta forma me sido dada a oportunidade de crescer e desenvolver competências de âmbito relacional, na comunicação com a pessoa doente e sua família. Desta forma sinto que me foi possível progredir e desenvolver competências de assistir **“a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”**, permitindo-me desenvolver capacidades e melhorar **“a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** o que sem dúvida me possibilitou crescer no sentido de melhor ser capaz de gerir **“o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363) o que contribuiu para o desenvolvimento da CEEEPSC **“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p. 19363).

O enfermeiro especialista em enfermagem à PSC “Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas” (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 multivítimas 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 multivítimas. 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 (DGS, 2010).

No que diz respeito à situação de catástrofe, não sendo possível vivenciar nenhuma situação real, tentei utilizar o percurso formativo e os conhecimentos adquiridos no Curso de Trauma realizado para atingir esta competência. A consulta dos documentos orientadores existentes no serviço, como plano de evacuação, plano de emergência e catástrofe, foram também uma mais-valia para me sensibilizar para a importância desta área de CEEEPSC de dinamizar **“a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”** (OE, 2018, p. 19363).

Devido ao elevado número de procedimentos e/ou dispositivos invasivos aos quais, frequentemente, a PSC é submetida, devem ser tomadas medidas para criar e implementar orientações de boas práticas de modo a minimizar o risco de desenvolver infeções relacionadas com estas técnicas.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) tem como principal objetivo «identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes e conseqüentemente diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável» (Costa, Silva & Noriega, 2007, p.6).

O Despacho nº 18 052/2007 da DGS revê a constituição e a operacionalização das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do PNCI, que são vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, e formação dos profissionais. Como forma de maximizar a eficiência todas as recomendações internas e planos de ação emitidas pelas CCI tenham carácter vinculativo, e não meramente consultivo.

No início do estágio procurei consultar os documentos orientadores existentes nestas instituições, e as diretrizes dadas pelo Gabinete de Controlo de Infeção desses hospitais, relacionados com o controlo de infeção, associando aos conhecimentos de que já era detentora sobre o assunto. Visei ao longo do estágio agir em conformidade com os mesmos, respeitando sempre o proposto pelas *guidelines* no que se refere ao combate à infeção associada aos cuidados de saúde, objetivando prestar cuidados de prevenção de infeção e perspetivando a promoção da segurança. Tive oportunidade de aplicar os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada com os acessos vasculares (cateter venoso central, cateter arterial, cateter periférico, cateter de hemodiálise), com o cateter vesical, com a prevenção da infeção do local cirúrgico, na prevenção da pneumonia associada à intubação endotraqueal, respeitando sempre os conceitos básicos da prestação de cuidados como correta higienização das mãos e assepsia dos procedimentos.

Durante todos os momentos de prestação de cuidados tive oportunidade de desenvolver competências no sentido de **“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, em contexto de urgência, face à**

**complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**”, competência enquadrada nas CEEEPSC (OE, 2018, p.19364).

É importante que a implementação de uma cultura de segurança, com intuito de que a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, seja encarada como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente.

No que concerne à CME **“evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”** (MCTES, 2016), descrevo-a aqui separadamente das restantes, já anteriormente analisadas e refletidas, pois considerei que ela se revela transversal a todas as competências anteriormente analisadas, sendo na minha opinião como que a junção das partes num todo.

Para finalizar, mas não considerando menos importante, faço agora uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências implícitas nos meus objetivos específicos, à luz da temática que esteve como pano de fundo, durante todo este percurso de desenvolvimento de competências. Sendo eles **aprofundar conhecimentos no âmbito da Comunicação de más notícias; e aplicar os princípios da comunicação terapêutica de más notícias à PSCe família;** procurei ao longo do estágio, em ambos os contextos, oportunidade de participar, sempre que possível, nos momentos de comunicação com a PSC e família, sendo que maioritariamente estes momentos de comunicação estão relacionados com transmissão de más notícias.

A realizar de uma RIL nesta área temática revelou-se um excelente alicerce para o desenvolvimento destes objetivos. As conclusões extraídas da RIL foram importantes para aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação de más notícias e consequentemente proceder à aplicação e partilha, com os pares, desses conhecimentos durante o percurso de estágio.

A extração de resultados realizou com uma amostra final de 12 artigos onde foi possível identificar que a comunicação de más notícias enquanto CF tem uma finalidade e conteúdos próprios e que se assiste num conjunto de estratégias (como: preparação da conversa, privacidade, presença) e recursos específicos (como: família, trabalho emocional dos enfermeiros) enfrentando um conjunto de obstáculos (como: tecnologia, evitamento, ansiedade dos enfermeiros). Também permitiu perceber que o recurso a protocolos de comunicação, como o protocolo *SPIKES*, na comunicação de más notícias é algo muito generalizado nos diferentes contextos de cuidados, e uma ferramenta eficaz para gerir estes processos possibilitando prestar cuidados fundamentais de qualidade. Pereira *et al.*, (2013), referem que a existência de protocolos ou guias orientadores na comunicação de más notícias são fundamentais para ajudar todos os envolvidos no processo, doente/família e profissionais.

No SU onde estagiei, no turno da manhã existe um horário designado para facultar informações aos familiares que assim o desejarem. Esta transmissão de informação é realizada pelo enfermeiro chefe de equipa. Sendo a minha orientadora chefe de equipa foram vários os momentos em que tive oportunidade de realizar, em parceria com ela, esta comunicação com as famílias. Sempre que existe necessidade de comunicar uma má notícia, como óbito de um doente, esta comunicação é também realizada pelo enfermeiro chefe de equipa conjuntamente com o médico. Também aqui existiu assim a possibilidade de acompanhar e participar, conjuntamente com a enfermeira orientadora, em vários momentos de comunicação de más notícias .

Ao longo da minha prática profissional, e também agora, durante o período de estágio em SU e UCI, fui firmando a minha convicção de que a comunicação com a pessoa doente e família é uma importante ferramenta, um instrumento fundamental e essencial, no processo de cuidar. Percebe-se que é imprescindível que o EE desenvolva competências comunicacionais, assentando a sua prática de cuidados e estabelecendo a relação com a PSC e família, numa comunicação eficaz e assertiva, melhorando desta forma, significativamente os seus cuidados, ou seja, é necessário que o enfermeiro desenvolva competências de comunicação, o que nos reporta para as competências organizacionais

e de trabalho de Benner (2001) e também para as CCEE (OE, 2019) e as CEEEPSC (OE, 2018).

Ao longo do estágio foi perceptível, para mim, que esta ferramenta, a comunicação, é transversal a todos os serviços e áreas de atuação do enfermeiro e durante todos os momentos do processo de cuidar. O EE na área da PSC, pela sua responsabilidade para com o doente crítico, assume um importante e ativo papel no acompanhamento do doente crítico e família que se encontra a vivenciar um processo complexo de doença e na comunicação de más notícias.

Corroborando com o descrito na inúmera literatura sobre a temática, senti que a comunicação de más notícias, é um processo deveras complexo para todos os intervenientes, doente, família e profissional. Pude perceber que em contexto crítico a dificuldade deste processo é agravada por vários fatores. A instalação subida da doença, diminuindo o tempo possível de preparação do doente e família para a reação da notícia, é um deles.

Em contexto do doente crítico senti que as próprias características intrínsecas, e de certa forma objetivos dos cuidados ao doente crítico, ou seja, serviços onde os profissionais canalizam e investem, ao longo do seu turno, através da prestação de cuidados, toda a sua energia no tratamento da situação aguda, na manutenção e estabilização das funções vitais da PSC, um desfecho “oposto” ao desejado e pelo qual se “trabalhou” e investiu pode carregar, emocionalmente, algum sentido de fracasso, de não sucesso no alcance da “meta” ambicionada. Esta situação sem dúvida que acarreta também para os enfermeiros um maior nível de vulnerabilidade à comunicação de más notícias exigindo assim que seja detentor de enormes competências comunicacionais e relacionais.

Na experiência relatada anteriormente, do jovem que é admitido na SR em PCR, acabando por falecer, após todas as tentativas de reversão do quadro, experienciei realmente este sentido de fracasso, para com a pessoa cuidada e para com a família, que depositou as suas esperanças na equipa. O momento da comunicação de más notícias nesta experiência foi sem dúvida uma experiência vivida, por mim, de forma bastante intensa.

Neste sentido, no SU, de forma a deixar o meu contributo, para o futuro, na otimização desta área do cuidar “a comunicação de más notícias” propus-me desenvolver e elaborar um cartaz sobre a temática. Neste cartaz (APENDICE II) pode-se ver de forma sucinta e clara o protocolo SPIKES (recurso de grande utilizada na transmissão de más notícias). O cartaz por mim elaborado foi colocado na sala de pausa dos enfermeiros, uma sala central, utilizada por todos os enfermeiros ao longo dos turnos, nos seus momentos de pausa e também nos momentos de reunião e formação. Para além disto, de forma que o cartaz se encontrasse visível em todos os sectores foram elaborados uns panfletos (cartaz em miniatura) que ficaram disponíveis juntos dos telefones de cada sector. Sendo por vezes o pedido de comparência da família, com o objetivo de transmitir informações, por vezes más notícias, realizado telefonicamente, penso ser um local de destaque, onde o enfermeiro que solicita a comparência da família, e conseqüentemente irá posteriormente transmitir as informações quando a família chegar, tem assim oportunidade de reler/relembrar os 6 passos do protocolo *SPIKES*.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório é, para mim, espelho do caminho desenvolvido, ao longo do percurso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização da PSC, com especial enfoque no relato das experiências vividas e análises reflexivas realizadas durante o período de estágio, que decorreu em contexto de SU e UCI, e que conduziram ao desenvolvimento de competências especializadas, sob o fio condutor da temática de projeto escolhida, a **“comunicação de más notícias, como cuidado fundamental, com a PSC e família”**.

Não posso deixar de referir, que este percurso se iniciou anteriormente, em 2016, onde tive também a oportunidade de desenvolver estágio em contexto de SU, Gabinete de Coordenação de Transplantes e UCI (neurocrítica). Apesar do desenvolvimento desse percurso não ser aqui, neste relatório, retratado, sinto importante referi-lo, pois, as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências durante o mesmo foram importantes no meu crescimento profissional e pessoal e motivadoras para a continuação do percurso. Essa experiência anterior possibilitou-me e trouxe-me conhecimentos e aprendizagens que sinto terem sido facilitadoras em alguns momentos do percurso aqui analisado.

Durante o decorrer do estágio foi perceptível que o percurso de Mestrado e Especialização é a conjugação de todo um processo, onde a articulação dos diferentes conteúdos lecionados (nas várias unidades curriculares), dos cursos desenvolvidos, das experiências profissionais anteriores, da atualização de conhecimento (através da pesquisa de evidência científica) e do desenvolvimento da temática em estudo, é imprescindível e promotora da aquisição e desenvolvimento contínuo de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de competências de mestre em enfermagem.

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

Durante o estágio todas as situações vivenciadas resultaram em aprendizagens e crescimento, permitindo o desenvolvimento do processo de tomada de decisão, a promoção da análise e julgamento crítico, merecendo a atualização constante de conhecimentos com recurso à evidência científica em enfermagem. A prática baseada na evidência demonstrou-se fundamental para a prestação de cuidados de qualidade.

Torna-se importante evidenciar que o desenvolvimento deste percurso não se fez sempre de forma linear, foram surgindo algumas dificuldades, no campo pessoal e família, que exigiram por vezes um esforço acrescido para as contornar e dar continuidade ao desenvolvimento do mesmo. Durante o desenrolar do estágio foram sentidas algumas limitações e desafios, essencialmente no SU, por ser um contexto clínico em que a minha experiência era parca.

A procura em efetuar uma tomada de decisão apropriada, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem de cada indivíduo e, em várias ocasiões, da sua família ou acompanhante, levando a cabo atividades que visavam resolver ou colmatar os seus problemas reais ou potenciais, muitas vezes num tempo record, o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados num espaço de tempo curto, o *multi-tasking*, a procura em aperfeiçoar o estabelecimento de prioridades, não descurar o principal foco da atuação de enfermagem, o cuidado, a constante necessidade de reorganização mental dos cuidados necessários, a múltiplos doentes simultaneamente, num ambiente muitas vezes confuso, com inúmeras interrupções, não haver desperdício de tempo, que num doente em estado crítico sabemos poderá alterar o seu prognóstico, apresentaram-se para mim como características bastante desafiadoras.

A oportunidade de desenvolver estágio neste contexto clínico, SU, diferente da minha realidade profissional, compreender como é verdadeiramente desafiante dominar as variáveis que influenciam a evolução da situação de saúde do doente em situação de urgência ou emergência, sendo necessário refletir de forma intencional e sistemática sobre os valores e fatores que suportam a tomada de decisão, dando forma à resposta necessária e adequada às situações de cuidados em contexto de urgência, possibilitou-

me desenvolver a capacidade de observação, análise, priorização, planeamento, organização e monitorização de pessoas em situação potencialmente crítica.

A realização do presente relatório realizou-se, grande parte do tempo, em período da pandemia. Uma das consequências desta pandemia, que o mundo tem vivido, prendeu-se com a impossibilidade de as famílias acompanharem presencialmente o seu familiar doente, como anteriormente era possível. Realizar um relatório sobre a temática comunicação, mais especificamente, comunicação de más notícias, refletindo e validando a importância fulcral que esta tem em todo o processo do cuidar da família que está a viver uma experiência traumática, a vivência do processo complexo de doença do seu ente querido, levou-me a reflexões intensas e significativamente relevantes da importância que a comunicação tem no processo de cuidar da família.

Verificar a evidência científica das perturbações que receber informações, más notícias, por telefone pode trazer nos familiares e ter de o realizar em contexto diário na prática, trouxe-me sentimentos por vezes de frustração, mas essencialmente de grande motivação para, no meu percurso futuro, investir na procura de respostas e soluções mais eficazes nesta área da comunicação de más notícias, essencialmente, à família da PSC. É uma certeza para mim que muito caminho existe ainda a percorrer na área da comunicação de más notícias. Fica aqui a minha certeza, e sentimento de responsabilidade como futura enfermeira especialista, que quero participar deste caminho, integrando grupos de trabalho responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados e divulgando os resultados obtidos na RIL. Este percurso, a pesquisa bibliográfica que deu origem a elaboração do enquadramento teórico sobre a temática e as experiências vivenciadas em contexto clínico permitiu-me valorizar a importância dos cuidados fundamentais no processo de cuidar da PSC e família, e que a comunicação de más notícias é sem dúvida um dos cuidados fundamentais que tem de ser valorizado.

Concluindo, através do percurso formativo desenvolvido, da elaboração do projeto de estágio, da realização do mesmo e da realização do presente relatório, com a análise e reflexão do percurso desenvolvido que permitiu um confronto entre a prática profissional e o conhecimento científico permito-me considerar 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 PSC. Considero também terem sido atingidos os objetivos geral e específicos deste projeto.

Foi um percurso que me permitiu refletir sobre a enfermagem de hoje e a nossa existência enquanto seres individuais, como pessoa e enfermeira. Trouxe consigo o meu crescimento como enfermeira, e como pessoa, um olhar diferente sobre a enfermagem, sobre as pessoas sobre a vivência de situações de doença crítica. Como futura enfermeira especialista pretendo dar continuidade a este percurso de desenvolvimento de competências especializadas a cada novo turno.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S. B. C., & Minayo, M. C. S. (2017). Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 53-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14592016>
- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M.; Oliveira, R.; Nóbrega, R. & Abrão, F. (2014). Comunicação de Notícias Difíceis para Pacientes sem Possibilidade de Cura e Familiares: Atuação Do Enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*. 22 (5), 674-679.
- Araújo, C & Cruz, I. (2016). Communication of the clinic deterioration: systematic literature review for a clinical protocol. *Journal of specialized nursing*.1(8), 1-14.
- Araújo, J. A., & Leitão, E. M. P. (2012). A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11, 58-62. [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=327](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327)
- Araújo, M.; Silva, M. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. ISSN 0080-62342007, vol.41, nº4, p. 668-674
- 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. *The Oncologist*, 5, 302-311. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4686780/mod\\_resource/content/1/SPIKES%20%E2%80%93%20Um%20Protocolo%20em%20Seis%20Etapas%20para%20Transmitir%20M%C3%A1s%20Not%C3%ADcias%20Aplica%C3%A7%C3%A3o%20ao%20Paciente%20co.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4686780/mod_resource/content/1/SPIKES%20%E2%80%93%20Um%20Protocolo%20em%20Seis%20Etapas%20para%20Transmitir%20M%C3%A1s%20Not%C3%ADcias%20Aplica%C3%A7%C3%A3o%20ao%20Paciente%20co.pdf)
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed. <https://ria.ufrn.br/123456789/825>

Benner, Patrícia (2001). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.

Buckman R. (1994). How to break bad news – a guide for health care professionals. PanBooks.

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? (288: 1597-9). Br Med J. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>

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. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422019000200326&script=sci\\_abstract&tlng=pt](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, Portugal.

Chehuen Neto, J. A., Sirimarco, M. T., Cândido, T. C., Bicalho, T. C., Matos, B. O., Berbert, G. H., & Vital, L. V. (2013). Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4), 518-25. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130079>

Costa, M. (2009). Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Nursing*, n.º 251, 36-42

Cunha, A. G. C. (2010). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (4a ed.). Editora Lexikon.

Direção Geral Ensino Superior. (2013). *Descritores de Dublin*. <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivo>

Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M. & Aslakson, R. (2016). Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. *American Journal of Critical Care*.1 (25), 39-45.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2017). Objetivos e competências do CMEPSC. <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/4738-objectivosecompetenciasportal.pdf>.

Feo, R., Kitson, A., & Conroy, T. (2018). How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 1–72. <https://doi.org/10.1111/jocn.14313>

Feo, R., Donnelly, F.; Frensham, L; Conroy, T & Kitson, A. (2018). Embedding fundamental care in the pre-registration nursing curriculum: Results from a pilot study, *Nurse Education in Practice* 31, 20-28. <https://doi.org/10.1111/jocn.14313>

Galvão, A.; Lopes, S.; Certo, A.B. Cuidados paliativos em contexto de formação de licenciatura em enfermagem. (2014). Livro de resumos do Congresso Internacional de Informação em Saúde. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10938> Acesso em: 28 de abril de 2020.

Galvão, A.; Valfreixo, M; Esteves, M.; (2015) Livro de Atas do II Seminário Internacional de Inteligência Emocional. Instituto Politécnico de Bragança.

Goncalves, Â. (2013). comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a bioética na relação: um estudo exploratório. Dissertação apresentada à Universidade de Lisboa.

Holden, K. (2017). No Longer Voiceless in the ICU. (22(12)). *ASHA Leader*. <https://doi.org/10.1044/leader.OTP.22122017.40>

Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, A. (2016). Communicating with conscious mechanically. *Critical Care*. <https://10.1186/s13054-016-1483-2>

Joint Quality Initiative. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. A report from a Joint Quality Initiative informal group. 18 October 2004. <http://www.jointquality.org/>

Keer, R., Deschepper, R., Huyghens, L. & Bilsen, J. (2019). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Education and Counseling*. 102, 2199- 2207.

Machado, K.; Pessini, L; Hosne; William S. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipa que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *bioethikos*. vol. 1, nº1, p.34-42.

Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enfermagem*. 25(1), 1-9.

Mendes, J.; Cardoso, S.; Hott, A.; Souza, F.; (2020) - Importância da comunicação para uma assistência de enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol.32, n.2, pp.169-174 (Set - Nov 2020). <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Negreiros, P. D., Fernandes, M. D., Macedo-Costa, K. N. & Silva, G. R. (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), pp. 120-132. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9529>

Nunes, L. (2016). *E quando não puder decidir?* Fundação Francisco Manuel dos Santos

Nunes, L. (2017). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), pp. 187–199. <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros, (2021). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-enfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>

Ordem dos Enfermeiros, (2015). Deontologia profissional de enfermagem. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro\\_cj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, (2018), Regulamento n° 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à PSC. *Diário da República*, 2.a série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359–19364. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>.

Ordem dos Enfermeiros, (2019), Regulamento n° 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.a série (N° 26 de 06-02-2019), 4744– 4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa, 2001. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Pereira, m. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Formasau.

Phaneuf M. (2005) Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.

Pott F.; Stahlhoefer T.; Felix J. V. C.; Meier M.J.; (2013) Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66(2):174-179.

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Rennó CSN, Campos CJG. Comunicação interpessoal: Valorização pelo Paciente Oncológico em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. *Rev. Min Enferm*. 2014 jan-mar; 18(1):106-115.

Santos, I.; Silva, L.; Pacheco, S.; Moreira, M.; Silva, L. & Nascimento, A. (2017). Autopercepção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Difíceis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. *Revista Enfermagem UERI*. 25, 1-7.

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

Silva G.; Costa M.; Silva F.; Oliveira S.; De Almeida C.; Fernandes M.; (2015) Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. *Esc Anna Nery. Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem*. Jan-Mar; 19 (1): 154-161.

Stefanelli, M., & Carvalho, E. (2012). A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. *Manole*.

Stellyes, C. E. V. (2017). Comunicación en el currículo médico. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 36(1), 59-70. <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a08>

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. (2014). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 31, 51-63.

## **APÊNDICE 1 – Protocolo Revisão Integrativa da Literatura**



## PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### Título da Revisão:

Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família.

### Revisores:

Daniela Alexandra de Abreu Gomes

Susana Tavares Diniz

Professora Doutora Helga Rafael

### Instituição onde é conduzida a revisão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

### Questão de Revisão:

Quais as estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias no cuidado da pessoa em situação crítica e sua família, em SU e UCI?

<b>P</b>	PARTICIPANTES	Pessoa adulta em situação crítica; Família.
<b>I</b>	FENÓMENO DE INTERESSE	Estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias.
<b>Co</b>	CONTEXTO	SU e UCI.

Legenda: Critérios para a formulação da pergunta PICo

**Objetivo:**

Conhecer as estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias no cuidado da pessoa em situação crítica e sua família, em SU e UCI.

**Enquadramento teórico:**

A relação interpessoal entre enfermeiro/PSC e família é estabelecida mediante uma intervenção de enfermagem especializada, através da utilização de estratégias de comunicação facilitadoras, quer na condução da satisfação das necessidades emocionais, quer de suporte e ou conforto. Manifesta-se assim, enquanto desafio importante para os enfermeiros aquando do cuidar da PSC e seus familiares. Com efeito, segundo Phaneuf, (2005), enquanto cuidador o enfermeiro necessita de perceber quais os sentimentos vivenciados com mais frequência, pela PSC e família, que carecem de intervenção de enfermagem especializada, tais como: a ansiedade e o medo, a culpabilidade, também a angústia espiritual a dependência e, o sentimento de inutilidade, bem como a solidão, a tristeza, o luto e suas etapas.

Neste sentido, a comunicação de más notícias à PSC e família é, assim uma realidade frequente no quotidiano da profissão de enfermagem, e uma das mais difíceis e importantes intervenções com que os enfermeiros se deparam na sua prática. A comunicação de más notícias nos serviços que recebem doentes em estado crítico, é algo muito comum e com algumas dificuldades no que concerne à sua gestão e transmissão e, exige dos profissionais de saúde uma agregação de competências e atitudes únicas, de forma a informar o utente e família, de uma forma adequada (Magalhães, 2014). De acordo com a mesma autora, a elevada probabilidade de comunicação de uma má notícia à pessoa em situação crítica e sua família reafirma então, a necessidade do enfermeiro desenvolver competências de atuação nesta área de cuidado.

Com efeito, os enfermeiros devem através do uso de estratégias de comunicação de más notícias, gerir estes processos de modo a prestar cuidados fundamentais de qualidade. Deste modo, de acordo com o apresentado torna-se assim imperativo identificar a evidência científica existente no que concerne a

estratégias que promovam a comunicação terapêutica de más notícias, no cuidado da PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

**Crítérios de inclusão:**

Pessoa adulta em situação crítica e seus familiares.

**Tipos de participantes**

Esta revisão irá considerar estudos que incluam clientes com mais de 18 anos e sua família.

**Tipos de intervenção/fenómeno de estudo**

Esta revisão irá considerar estudos que identifiquem estratégias que promovam a comunicação terapêutica de más notícias, no cuidado da PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

**Comparação**

Nenhuma

**Tipos de resultados**

Esta revisão irá incluir estudos que identifiquem as estratégias que promovam a comunicação terapêutica de más notícias, no cuidado da PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

**Tipos de estudos:**

Esta revisão irá considerar estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, estudos de caso e, revisões sistemáticas da literatura.

**Tempo:**

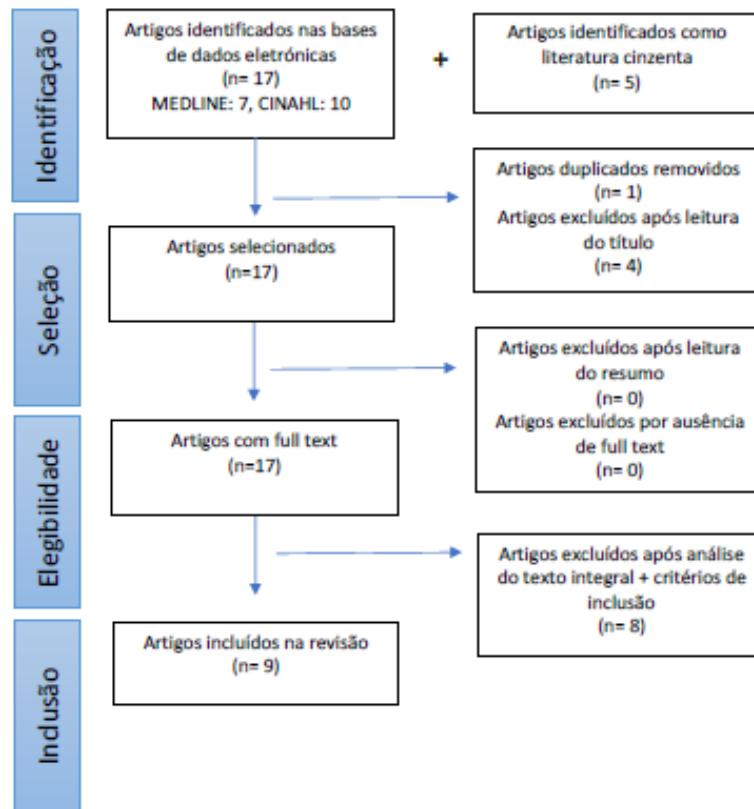
Limitador de tempo em 5 anos.

**Estratégia de pesquisa**

A estratégia de pesquisa visa encontrar estudos publicados em Português Espanhol e Inglês. Os termos de pesquisa foram inicialmente procurados na sua linguagem natural utilizando o descritor MeSH Browser para a obtenção de descritores específicos. A pesquisa foi realizada no período de agosto a setembro do presente ano em apenas um motor de busca, tendo-se obtido no total 22 artigos. O motor de busca utilizado foi o EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text* e RCAAP. Os descritores utilizados foram: *Critically ill patient; Acutely Ill Patients; Critical Illness; Emergency Patients; Family; Caregivers; Communication Care; Health Communication; Communication Strategies; Communication Skills; Therapeutic Communication; Communication Protocols, Breaking Bad News; Bad News; Intensive Care Units, Emergency Service; Emergency Service, Hospital; Critical Care Units; ICU e Pre-hospital Care.*

**Método de Revisão e colheita de dados**

Numa primeira fase de seleção de artigos foram obtidos tal como referido anteriormente um total de 22 artigos entre CINAHL *Plus with Full Text* (10 artigos), MEDLINE *with Full Text* (7 artigos) e RCAAP (5 artigos que foram considerados literatura cinzenta. Foi inicialmente excluído o artigo que se encontrava repetido (1 artigo), de seguida excluídos por título e *abstract* (4 e 0 artigos respetivamente). Após análise de texto integral e aplicação de critérios de inclusão, foram excluídos 8 artigos, tendo sido incluídos na revisão 9 artigos, tal como apresentado em esquema de seguida.



Legenda: Esquema Prisma Flow para pesquisa realizada

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briggs, D. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 32(2), DOI:doi:10.7748/ns.2017.e10812. 41-48;
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB;
- Davis, S., Kristjanson, L., & Blight, J. (2003). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nursing*, 26(5), 337-345. Acedido em julho de 2018. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/00002820-200310000-00001>;
- Dewar, A. (2000). Nurses' experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 32(6), 324-330. Acedido em julho de 2018. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/01376517-200012000-00006>;
- Hollyday, S. L., & Buonocore, D. (2015). Breaking bad news and discussing goals of care in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 131-141. DOI:10.1097/NCI.0000000000000082;
- Magalhães, L. R. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento*. Escola Superior de Saúde de Lisboa. Dissertação de mestrado. Lisboa;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta;
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x;
- Von Bloch, L. (1996). Breaking the bad news when sudden death occurs. *Social Work In Health Care*, 23(4), 91-97. Acedido em julho de 2018. Disponível em:

[https://sci-hub.tw/10.1300/j010v23n04\\_07](https://sci-hub.tw/10.1300/j010v23n04_07);

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), 1543–1555. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x.



**APÊNDICE 2 – Cartaz “Conforto da pessoa internada na  
Unidade de Cuidados Intensivos”**



## CONFORTO DA PESSOA INTERNADA NA UCI

---

O internamento em Cuidados Intensivos é uma experiência de vulnerabilidade que contribui para a fragilização, stress e desconforto da pessoa internada. A necessidade de tratamentos invasivos, a exposição do corpo, a dor, a ansiedade e medo quanto ao futuro, o cansaço, a separação da família/amigos, a perda de autonomia entre outras privações elementos de stress que provocam desconforto.

Somos uma equipa de profissionais atenta as necessidades de conforto da pessoa internada na UCI.

Vemos cada pessoa como um ser único, com vontades, crenças, desejos e necessidades próprias.

Por isso planeamos e desenvolvemos os cuidados de saúde e de conforto de forma dirigida a cada pessoa. Muitas vezes a pessoa internada está impossibilitado, de demonstrar e expressar os seus sentimento e vontades. A família e amigos são quem melhor a conhece e podem atuar como intermediários com a equipa de saúde ajudando a promover o seu conforto.





Hospital  
Vila Franca de Xira

# CONFORTO DA PESSOA INTERNADA NA UCI

*Em todo o processo de internamento o conforto da  
pessoa internada é uma prioridade.*



## Medidas de conforto

*Posicionamento e massagem*

*Distração com música e/ou televisão*

*Ambiente calmo e tranquilo*

*Comunicação calma e serena*

*Promover a presença da família*

*Fornecer informação e esclarecer dúvidas*

*Ambiente limpo e seguro*

*Medicação para aliviar a dor*

*Respeito pelos hábitos pessoais*

*Respeito pela privacidade*

*Envolver o doente nos cuidados*

*Equipa sempre presente*

*Reabilitação funcional*

[www.hospitalvilafrencadexira.pt](http://www.hospitalvilafrencadexira.pt)

### **APÊNDICE 3 – Poster “Comunicando más notícias”**



# Comunicando más notícias

"Má notícia" significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro" (Buckman, 1992, p.11).

Transmitir este tipo de informações, influencia de forma decisiva tanto quem transmite como quem recebe (Twycross, 2003). A comunicação deste tipo de notícia é considerada uma preocupação para o profissional de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação (Serra & Albuquerque, 2006). A exploração de conhecimentos na área das más notícias, permitiu a construção de protocolos para este tipo de intervenção. O modelo de comunicação de Buckman, através do protocolo de **SPIKES** constitui um paradigma orientador para a transmissão de más notícias. O protocolo **Spikes**, compreende seis etapas e quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional de saúde como para a pessoa e família que recebe a notícia (Barbosa & Neto, 2006).

## 1 **Setting UP - Planeando a Entrevista**



Garantir um ambiente de privacidade e assegurar que a pessoa está confortável



Se possível, e de acordo com a vontade da pessoa, envolver pessoas importantes/significativas



Limitar o risco de interrupções e lidar com as restrições de tempo

2



## **Perception – Avaliando a percepção da pessoa**



"Antes de contar, perguntar", questionar a pessoa sobre o que e quanto sabe sobre a situação



Adequar a informação a ser fornecida de acordo com os conhecimentos já existente. Moldar a forma de comunicar a "má notícia" à percepção da pessoa.

3

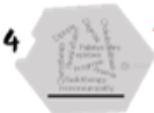


## **Invitation – Obter "autorização" da pessoa**



Procurar perceber junta da pessoa quão detalhada pretende que seja a informação sobre a situação. Nem todas as pessoas querem saber informações detalhadas sobre o ocorrido.

4



## **Knowledge – Dando conhecimento e informação**



Compreensão: A má notícia deve ser transmitida no nível de compreensão e vocabulário do paciente, evitando o uso de termos técnicos



Evitar informações negativas desnecessárias



A informação deve ser dada faseadamente e conferir-se periodicamente a sua compreensão

5



## **Emotion – Abordar as emoções**



Identificar as emoções presentes e identificar as causas das emoções presentes



Dar tempo de resposta à pessoa, permitindo tempo para "gerir" a informação e dar resposta a mesma



Responder de maneira compreensiva as emoções da pessoa, utilizando respostas afetivas que permitam a pessoa compreender que as suas emoções foram percebidas e valorizadas

6



## **Strategy & Summary – Estratégia e resumo**



Preparar para o fim da "entrevista" questionando se a pessoa tem alguma dúvida



Disponibilizar-se para apoiar em caso de a pessoa sentir necessidade futuramente

### REFERÊNCIAS

Barbosa, A. & Neto, J. (2006). Manual de Cuidados Palliativos. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas do Centro de Biologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, pp.811.

Buckman, B. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Serra, A. & Albuquerque, F. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. *Psiquiatria Clínica*, Vol. 25.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Palliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.



## **ANEXO 1 - “Quadro Cuidados Fundamentais”**



**Table 1**  
List of fundamentals of care.

---

1	Safety and prevention of harm
2	Communication and education
3	Nutrition and fluids
4	Elimination
5	Personal cleaning and dressing
6	Rest and sleep
7	Physical comfort, including pain management
8	Emotional support
9	Dignity
10	Privacy
11	Respecting choice
12	Mobility

---

Retirado de: Feo, R., Donnelly, F.; Frensham, L; Conroy, T & Kitson, A. (2018). Embedding fundamental care in the pre-registration nursing curriculum: Results from a pilot study, *Nurse Education in Practice 31*, 20-28. <https://doi.org/10.1111/jocn.14313>