



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica e Família

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade  
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Gonçalo do Carmo Plácido

LISBOA, Junho 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica e Família

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Gonçalo do Carmo Plácido  
Sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Junho 2014



## **RESUMO**

Este relatório faz uma descrição, análise e reflexão crítica sobre as experiências vividas e atividades realizadas ao longo do Estágio com vista à aquisição de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O Estágio compreendeu três módulos diferentes entre os quais o de Serviço de Urgência, o de Unidade de Cuidados Intensivos e o de Bloco Operatório.

O módulo de estágio no Serviço de Urgência permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências relativas à prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de triagem, sala de reanimação e sala de observação. Foi igualmente possível desenvolver competências comunicacionais com a Pessoa em situação crítica e família através da realização de uma Norma de Serviço para transmissão de más notícias e de um *Poster* sobre o Protocolo de Buckman (1992).

O módulo de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais permitiu a obtenção e desenvolvimento de competências na prestação e gestão dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica do foro cirúrgico e no domínio da transmissão de más notícias à família, tendo sido realizada uma sessão de formação sobre essa mesma temática.

Com a realização do módulo de estágio no Bloco Operatório tornou-se possível o aprofundamento de competências de Enfermeiro Especialista através da prestação de cuidados enquanto enfermeiro circulante e de apoio à anestesia, e da elaboração de um Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório.

Considero ter atingido os objetivos propostos, o que me permitiu ampliar domínios como a tomada de decisão, favorecendo assim a continuidade dos cuidados, a aquisição de maior autonomia no desempenho profissional, o desenvolvimento pessoal e profissional, mas sobretudo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

**Palavras-chave:** Competências, Pessoa em situação crítica e família, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Transmissão de más notícias



## **ABSTRACT**

This report is a description, analysis and critical reflection on the experiences and activities held throughout the internship regarding the acquisition of skills inherent to the title of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. The intership included three different modules including the emergency room, intensive care unit and the operating room.

The internship module in the emergency room allowed the acquisition and development of skills related to the provision of specialized nursing care to people in critical situation in context of triage, resuscitation room and observation room. It was also possible to develop communication skills with the person in critical condition and family by performing a Service Standard Protocol for the transmission of bad news and a Poster about the Buckman Protocol (1992).

The training module in the Special Surgery intensive care unit allowed me to obtain and develop skills in the provision and management of care to the person in critical condition in the surgical context and in the field of transmission of bad news to the family, having been held a training session on this same theme.

With the completion of the internship module in the operating room became possible to deepen Specialist Nurse skills through the provision of care as circulating nurse and nurse anesthetist, and through the elaboration of a Manual on Integration of Nurses in the operating room.

I consider to have reached the objectives proposed, which allowed me to zoom in areas such as decision-making, favoring thus the continuity of care, the acquisition of autonomy in work performance, personal and professional development, but above all to improve the quality of nursing care provided.

**Keywords:** Competences, Person in critical condition and family, Medical-Surgical Nursing, Transmission of bad news



## **AGRADECIMENTOS**

No decurso desta caminhada gostaria de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram na persecução da mesma.

A todos os que sempre acreditaram, ajudaram e me incentivaram com palavras calorosas e sugestões.

À família, que tanto foi relegada para segundo plano quando a azáfama do trabalho me impeliu a caminhar.

A todos um agradecimento sincero e caloroso.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EBSCO – Elton B. Stephens Company

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PEEP – Positive end-expiratory pressure

UCICRE - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **LISTA DE SIGLAS**

BO – Bloco Operatório

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SDC – Sala de Decisão Clínica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	17
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO .....	31
2.1. MÓDULO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	32
2.2. MÓDULO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	40
2.3. MÓDULO DE BLOCO OPERATÓRIO.....	46
3. CONCLUSÕES GERAIS .....	53
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57
APÊNDICES .....	71
Apêndice 1 - Sessão de Formação: “Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência” .....	73
Apêndice 2 - Apresentação e análise dos resultados da Sessão de Formação: “Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência” .....	87
Apêndice 3 - Norma de Serviço “Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência” .....	91
Apêndice 4 – <i>Poster</i> : “Transmitindo más notícias – Protocolo de Buckman (1992)” .....	109
Apêndice 5 - Sessão de Formação: “A Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos – Transmissão de más notícias” .....	113

Apêndice 6 - Apresentação e análise dos resultados da Sessão de Formação “A Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos – Transmissão de más notícias” .....	129
Apêndice 7 – Folheto “Guia para Transmissão de más notícias – Protocolo de Buckman (1992)” .....	133
Apêndice 8 - “Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório” .....	139
Apêndice 9 - Sessão de Apresentação do “Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório” .....	167
ANEXOS .....	177
Anexo 1 - Formulário de Avaliação das sessões de formação .....	179

## INTRODUÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), o Enfermeiro Especialista é aquele que “(...) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”. Detém ainda um

“(...) conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) [demonstrando] níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (idem).

O processo de cuidar implica o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, de competências. Perante uma multiplicidade de situações e de pessoas únicas com necessidades específicas, é exigida ao Enfermeiro a aquisição e/ou desenvolvimento de um “(...) conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes [para um] desempenho adequado às circunstâncias” (ALARCÃO, 2001).

Meleis in Abreu (2007) considera que “(...) assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”. O cliente de enfermagem apesar de ser um ser humano com capacidade de adaptação, por doença, risco ou vulnerabilidade experimenta um desequilíbrio revelando incapacidade para se auto-cuidar (MELEIS, 2010), cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (ABREU, 2007). A Pessoa em situação de transição revela igualmente necessidades particularmente evidentes a nível relacional. O Enfermeiro, com atributos de sincera preocupação e aceitação do outro, de abertura e harmonização com a realidade experiencial do outro, de uma compreensão do que a outra pessoa precisa para o seu desenvolvimento e bem-estar essenciais, deverá revelar habilidades a este nível relacional para facilitar a realização das necessidades da forma correta e no tempo correto (HERON, 2001).

Como descrito anteriormente, durante o exercício profissional, o Enfermeiro defronta-se com situações em que emergem emoções e diversos sentimentos da pessoa doente e dos seus familiares, e a necessidade de preparação/formação para lidar com as

mesmas urge diariamente. Neste sentido, uma das áreas de intervenção mais frequentes com que o Enfermeiro se depara, e que por isso cada vez mais deve investir, é a da Comunicação.

Como refere Cianciarullo (2003)

“(…) a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as acções realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional”.

Diversos autores como King e Peplau reforçam a importância da comunicação como estratégia do cuidar. Imogenes King, na Teoria de Alcance de Metas, refere que o objetivo do enfermeiro é usar a comunicação como auxílio no restabelecimento ou manutenção de uma adaptação positiva ao meio ambiente (POTTER, 1998). Também Peplau, na Teoria das Relações interpessoais, refere que “(…) o papel maior do enfermeiro é estabelecer o processo de comunicação e relacionamento terapêutico como objetivo principal do cuidado humano, estimulando o enfrentamento das dificuldades ou problemas e o desejo de permanecer saudável” (PEPLAU, 1993).

No interior do mundo que é a Comunicação, encontramos igualmente uma área bastante sensível aos cuidados de saúde: a transmissão de más notícias. Apesar de ser uma tarefa praticamente inevitável, transmitir uma má notícia a uma pessoa doente e/ou família continua a ser uma parte difícil e especial do trabalho dos profissionais de saúde (ALMANZA-MUÑOS & HOLLAND, 1999; ESPINOSA et al, 1996; FALLOWFIELD, 1993; MORGAN & WINTER, 1996; VANDEKIEFT, 2001). São situações que geram grande perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, não só pelo receio de enfrentar as reacções emocionais e físicas dos recetores da má notícia, mas também pela dificuldade em gerir a situação (PEREIRA, 2005). Neste sentido, todo o processo de transmissão de más notícias, especificamente, de informação sobre o diagnóstico, o prognóstico, entre outros, tem sido objeto de debate e de investigação, predominantemente nos últimos cinco anos. Efetivamente, como referem Ptacek & Ptacek (2001) este período de tempo tem sido associado a um exponencial aumento do interesse, e conseqüentemente da investigação, não somente por parte de investigadores mas também de profissionais de saúde no sentido de orientar e fornecer recomendações sobre quais as formas mais eficazes de transmitir más notícias às pessoas que recorrem às instituições de saúde. Na realidade, existe falta de

formação a este nível, especificamente, falta de treino e, conseqüentemente, de desenvolvimento da competência da comunicação (FALLOWFIELD, 1993) pois tal como defendem Barbosa (2004), Buckman (2000) e Frias (2003), esta dimensão do desempenho nem sempre é alvo de atenção ao longo dos processos de formação inicial dos técnicos de saúde.

O que é dito à pessoa e, acima de tudo, como é dito, é determinante para o seu bem-estar, uma vez que vai influenciar a forma como irá lidar com a informação e se ajustará à sua nova situação (FRIEDRICHSEN, STRANG & CARLSSON, 2002), ou seja, como a pessoa irá vivenciar o receber da má notícia, a sua compreensão e, em última análise, a forma como se irá adaptar à sua nova realidade, a forma como irá estruturar o seu mundo a partir desse momento. Entende-se assim que qualquer informação que produza uma alteração negativa de expectativas sobre o presente ou o futuro de uma pessoa pode ser considerada má notícia (BUCKMAN, 1984). As más notícias têm gradações, que em certa medida são subjetivas, dependentes das experiências de vida, personalidade, crenças espirituais, ponto de vista filosófico, suporte social percebido e robustez emocional do indivíduo (FALLOWFIELD & JENKINS, 2004).

Em todas as especialidades médicas e de Enfermagem a transmissão de más notícias às pessoas doentes e às suas famílias é inevitável. Muitos profissionais da saúde consideram estas interações stressantes e na ausência de treino eficaz podem adotar formas inapropriadas de transmitir más notícias e lidar com as suas repercussões emocionais. O reconhecimento destas dificuldades tem levado a muitas iniciativas que vão desde formação em treino de capacidades de comunicação a desenvolvimento de orientações e protocolos (idem).

Assim, uma comunicação de qualidade entre pessoa doente-família-equipa de saúde é uma ferramenta terapêutica fulcral que traz benefícios e promove as relações, permitindo à pessoa desenvolver autonomia e maior confiança no técnico, reduzindo o nível de ansiedade e aumentando a adesão ao tratamento (ABEL, 2001; ARAÚJO & LEITÃO, 2012). Mais uma vez reforço que para prover uma boa assistência à pessoa doente e à sua família, no momento caracterizado por *stress* e sofrimento, a comunicação é essencial. Para que esta seja efetiva é necessário que o enfermeiro tenha capacidades para promover a interação enfermeiro-cliente-família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos e cooperando para uma assistência humanizada. Esta assistência humanizada acontece quando, o enfermeiro apreende os seus próprios

sentimentos e encara as suas dificuldades como pessoa e profissional, possibilitando uma melhor relação com a pessoa doente e um maior interesse pelo seu sofrimento (VIEIRA, PIRES & SANTOS, 2010).

Vários estudos têm sido realizados sobre as necessidades dos doentes e das suas famílias no momento da transmissão de más notícias (BAIRD, MCCONACHIE & SCRUTTON, 2000). Choque, horror, raiva, aceitação estoica, descrença e negação são possíveis reações e alguém responsável por transmitir a má notícia precisa de ser capaz de lidar com estas emoções. Não há duas pessoas a responder da mesma forma perante a mesma notícia. A forma como a má notícia é veiculada pode influenciar substancialmente as suas emoções, crenças e atitudes em relação à equipa de saúde e como as pessoas doentes veem o seu futuro. Assim, entender o que é importante ou perturbador quando é dada a notícia triste pode ajudar os técnicos a redefinir a forma como esta tarefa deve ser feita (FALLOWFIELD & JENKINS, 2004).

A disparidade de opiniões existente entre os diversos profissionais da saúde sobre a divulgação de más notícias é notável, diferindo no modo como transmitem informações. No caso do enfermeiro, trata-se de uma profissão comprometida com a saúde do ser humano no seu todo, tendo este a função de iniciar ou manter um conjunto de ações e comportamentos com o objetivo de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer (SILVA, 2002). O enfermeiro deve, deste modo, ser impulsionador da comunicação e do relacionamento entre a família e a pessoa e promotor do incentivo ao cuidado por parte dos familiares (PEREIRA, 2010).

Foi com vista à aquisição e desenvolvimento não apenas das referidas anteriormente mas de todas as competências de Enfermeiro Especialista, enumeradas no Regulamento das Competências Específicas Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aprovado em 18/02/2011 em Diário da República, que se iniciou este caminho através do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização na área Médico-cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. O plano de estudos do mesmo engloba uma primeira componente teórica e uma posterior componente prática de Estágio. “(...) Os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática (...)” (VASCONCELOS, 1992) pois “(...) demasiadas vezes, por razões diversas, verifica-se um desfasamento considerável entre a finalidade dos cuidados que anima os profissionais e a realidade das modalidades práticas de realização desses mesmos cuidados” (HESBEEN, 2000).

O período de estágio toma assim posse de um valor acrescido assumindo-se como um

“(…) tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação [e] envolve não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde” (MARTIN, 1991 citado por ABREU, 2007).

Esta última fase do curso, que implicou assim a integração em contextos de prática clínica, decorreu em três momentos distintos:

- **Módulo de Serviço de Urgência**, realizado no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital da área da Grande Lisboa entre 23 de Setembro de 2013 e 16 de Novembro de 2013. Ser um Serviço de Urgência Polivalente, o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, e um serviço de referência a nível de Trauma, surgiu como fator preponderante para a sua escolha como local de prática clínica.
- **Módulo de Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios**, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais de um Hospital na área de Lisboa entre 22 de Abril de 2014 e 22 de Junho de 2013. Este local foi escolhido não apenas por ter já contacto com este a nível profissional mas por ser uma Unidade com uma multiplicidade relevante de causas de internamento - pós-operatório de cirurgia bariátrica e abdominal ‘major’, complicações cirúrgicas (sepsis intra-abdominal), instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória pós-operatória - possibilitadoras da aquisição e/ou desenvolvimento de competências a nível da prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica.
- **Módulo Opcional**, que decorreu entre 18 de Novembro de 2013 e 28 de Fevereiro de 2014, no Bloco Operatório (BO) de um Hospital de Lisboa. A escolha desta Instituição prendeu-se com o facto de ser uma Unidade Hospitalar recente, oficialmente inaugurada em 2007, e que “(…) assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura, através da prática de uma medicina de excelência e inovação” (ESS, 2011). Num período em que o rigor e esta mesma excelência é exigida por uma sociedade e sistema de saúde em profunda reforma, urge conhecer uma realidade diferente, a realidade de uma Instituição de Saúde de cariz privado.

A realização deste relatório surge assim como o momento para descrever, analisar de forma crítica e refletir sobre as atividades desenvolvidas nestes contextos de prática clínica.

Após esta breve introdução, e de forma a oferecer de antemão o cenário da organização do presente trabalho, segue-se um primeiro capítulo em que é apresentada uma Revisão Sistemática da Literatura realizada no âmbito da Unidade Curricular ‘Métodos de Investigação’ sobre Transmissão de más notícias e que serviu de pano de fundo nos módulos de Serviço de Urgência e de Cuidados Intensivos. Procede-se um segundo capítulo centrado na caracterização dos diferentes contextos bem como na identificação dos diferentes objetivos delineados para cada módulo de estágio, nas atividades planeadas e desenvolvidas para atingir os mesmos e numa reflexão sobre o percurso desenvolvido. Dá-se por terminado este relatório com as conclusões gerais onde se revelam também algumas reflexões sobre o percurso desenvolvido e sobre o futuro enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

# **1. TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

## **Resumo**

A temática de transmissão de más notícias tem vindo a assumir-se nos últimos anos como objeto de grande interesse e de investigação por parte de cientistas e profissionais de saúde. No entanto, grande maioria dos estudos existentes remetem apenas para as perspetivas dos profissionais de saúde sobre as formas mais eficazes na transmissão de más notícias não considerando os aspetos valorizados pelas pessoas que as recebem. Esta temática em contexto da doença oncológica eleva a sua pertinência uma vez que esta é “(...) causa de morbilidade e morte e a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas como consequência do progressivo aumento da esperança de vida” (INFANTE, 2011). Uma revisão sistemática da literatura (RSL) poderá ser um contributo para este debate científico, pretendendo-se assim sistematizar a evidência científica produzida na atualidade, e através desta identificar os aspetos valorizados pela pessoa com doença oncológica no processo de transmissão de más notícias pelos profissionais de saúde. Para isso, foram identificados e analisados quatro artigos de investigação à luz do método PI(C)OD. Como aspetos valorizados surgem o tipo e quantidade de informação transmitida, a forma como é transmitida e a disponibilidade do profissional de saúde para promover um ambiente aberto à colocação de perguntas e dúvidas por parte do cliente. Futuros estudos são necessários à consolidação do conhecimento nesta área do saber.

**Palavras-chave:** Pessoa com doença oncológica, Transmissão de más notícias, Profissionais de saúde



# **BREAKING BAD NEWS TO PEOPLE WITH ONCOLOGICAL DISEASE BY HEALTH PROFESSIONALS – CONTRIBUTING TO A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE**

## **Summary**

The issue of transmission of bad news has been assumed in recent years as the subject of great interest and research by scientists and health professionals. However, most existing studies refer only to the perspectives of health professionals regarding the most effective ways of conveying bad news not considering the aspects valued by those who receive them. This theme in the context of oncological condition increases its relevance since this is a “(...) cause of morbidity and death and its incidence has been increasing in recent decades as a result of the progressive increase in life expectancy” (INFANTE, 2011). A systematic review of the literature may be a contribution to this scientific debate, which seeks to systematize the scientific evidence produced at present, and through this to identify the most valued aspects of the person with cancer in the transmission of bad news. To do so, it was identified and analyzed four research papers in the light of the PI(C)OD method. As issues aroused the type and amount of information transmitted, how it is transmitted and the availability of health professionals to foster an environment open to asking questions and doubts on the part of the wearer were valued. Future studies are needed to consolidate the knowledge in this subject area.

**Keywords:** People with oncological disease, Breaking bad news, Health professionals



# TRANSMISIÓN DE MALAS NOTÍCIAS A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD – CONTRIBUCIONES A UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

## Resumen

La cuestión de la transmisión de malas noticias se ha asumido en los últimos años como el tema de gran interés y de investigación de los científicos y profesionales de la salud. Sin embargo, la mayoría de los estudios existentes se refieren únicamente a las perspectivas de los profesionales de la salud con respecto a la más eficaz en la transmisión de malas noticias no considerar los aspectos valorados por quienes los reciben. Este tema en el contexto de la enfermedad maligna aumenta su relevancia ya que esta es una “(...) causa de morbilidad y de la muerte y su incidencia ha ido en aumento en los últimos decenios, como resultado del aumento progresivo de la esperanza de vida” (INFANTE, 2011). Una revisión sistemática de la literatura puede ser una contribución a este debate científico, que busca sistematizar la evidencia científica producida en la actualidad, ya través de esto para identificar los aspectos más valorados de la persona con cáncer en la transmisión de malas noticias. Para ello, se identificaron y analizaron cuatro estudios de investigación a la luz del método PI(C)OD. Cuando surgen temas valorado el tipo y la cantidad de información que se transmite, cómo se transmite y la disponibilidad de profesionales de la salud para fomentar un ambiente abierto a preguntas y dudas por parte del usuario. Futuros estudios son necesarios para consolidar los conocimientos en esta materia.

**Palabras clave:** Personas con enfermedad oncológica, transmisión de malas noticias, profesionales de la salud



## Introdução

Apesar de ser uma tarefa praticamente inevitável, transmitir más notícias a uma pessoa doente e/ou familiar continua a ser uma parte difícil e especial do trabalho dos profissionais de saúde (PIRES, 1998). “(...) São situações que geram grande perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, (...) 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, 2005).

Fallowfield (1993) identifica também como dificuldades neste processo a falta de formação a este nível, nomeadamente falta de treino no que respeita a competências comunicacionais. Neste sentido, todo o processo de transmissão de más notícias, especificamente, de informação sobre o diagnóstico, o prognóstico, entre outros, tem sido objeto de debate e de investigação, predominantemente nos últimos cinco anos. Efetivamente, este período de tempo tem sido associado a um exponencial aumento do interesse, e consequentemente da investigação, não somente por parte de investigadores mas também de profissionais de saúde no sentido de orientar e fornecer recomendações sobre quais as formas mais eficazes de transmitir más notícias às pessoas que recorrem às instituições de saúde (PTACEK & PTACEK, 2001). No entanto, grande percentagem dos estudos realizados sobre este tema bem como os protocolos de transmissão de más notícias existentes actualmente baseiam-se sobretudo em opiniões, sentimentos e necessidades próprias de médicos e enfermeiros, descurando a perspetiva da pessoa. Esta questão torna-se problemática no sentido em que o que é dito e, acima de tudo, como é dito será determinante para o seu bem-estar, pois influenciará a forma como irá lidar com a informação e se ajustará à sua nova situação (FRIEDRICHSEN, STRANG & CARLSSON, 2002), ou seja, irá influenciar a forma como a pessoa vivencia o receber da má notícia, a sua compreensão e, em última análise, como irá estruturar o seu mundo a partir desse momento. Toda esta questão assume uma maior relevância quando se trata da transmissão de más notícias em oncologia, em que predominantemente estão envolvidas situações de doença em estado terminal ou com mau prognóstico.

Diversas definições de má notícia podem ser encontradas na literatura. Buckman (1992) refere que “(...) má notícia pode ser qualquer informação que afeta negativamente a vida futura do indivíduo”. Tem sido também definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspetiva de futuro num sentido negativo (BUCKMAN, 1992; MIRANDA & BRODY, 1992). No entanto, Ayarra e

Lizarraga (2001) defendem que “(...) não existe uma definição de má notícia, [sendo que] quem deverá decidir se é ou não uma má notícia é a pessoa a quem afeta a informação”.

As questões atrás mencionadas concorrem assim para a necessidade de sistematizar o conhecimento científico atual existente sobre a temática em estudo pela que foi realizada esta RSL orientada pela pergunta de investigação: Quais os aspetos valorizados pela pessoa com doença oncológica no processo de transmissão de más notícias pelos profissionais de saúde? Para responder a esta questão foi delineado o seguinte objetivo: Identificar quais os aspetos valorizados pela pessoa com doença oncológica no processo de transmissão de más notícias pelos profissionais de saúde.

## **Método**

Para Marques et al (2008), as revisões sistemáticas da literatura “(...) constituem instrumentos valiosos para o clínico permitindo uma abordagem crítica e integrada do conhecimento científico, orientada para a resposta a uma questão clínica relevante, baseada na melhor evidência científica disponível”. Já para Castro, Goldenberg & Guimarães (2001) a RSL é uma “(...) atividade planeada para dar resposta a uma pergunta de investigação, através da utilização de métodos explícitos e sistemáticos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos encontrados, recolhendo e analisando os dados obtidos”. Ramalho (2005) salienta ainda que a revisão sistemática permite desenvolver “(...) práticas clínicas de enfermagem baseadas em evidência (...)”, uma vez que se constitui como um forte contributo para a aquisição, por parte dos enfermeiros, de um conjunto de conhecimentos científicos que orientem e expliquem a sua prática, fundamentando-a; para o desenvolvimento de competências técnicas específicas, para a diferenciação e alargamento do âmbito do seu exercício profissional, bem como para a valorização do seu papel no âmbito da comunidade científica, permitindo ‘saber fazer’ mais e melhor.

Para a realização desta RSL foi utilizado o método PI[C]OD cujas iniciais, segundo Fernandes (2008), representam palavras de língua inglesa que sujeitas a tradução significam: P de participantes, I de intervenções, C de comparações, O de resultados (*outcomes*) e D de desenho do estudo (*design*).

Para Ramalho (2005),

“(…) investigar através de revisão sistemática não significa reunir muitos artigos publicados em jornais, mas fazer a maior cobertura possível de estudos primários realizados e em curso, isto é, uma revisão sistemática deve incluir todos os estudos primários existentes”.

Neste sentido, a pesquisa para colheita de dados foi realizada nas bases de dados disponibilizadas na plataforma EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text, Medline with Full Text, MedicLatina, Academic Search Complete*) e na base de dados PubMed, em modo de texto integral ou *full text*. O intervalo de tempo definido foi de três anos, nomeadamente entre 2010 e 2012, inclusive. Foram pesquisados artigos científicos em texto integral gratuito, utilizando a língua inglesa, portuguesa e espanhola. Na plataforma EBSCO, utilizando o carácter booleano *and*, foram conjugados os seguintes termos de busca: *Cancer, Patient, Preference, Bad news*. Na base de dados PubMed foram utilizados os termos de pesquisa *Mesh* a seguir referidos, também conjugados com o termo booleano *and*: *Truth disclosure, Patient satisfaction, Neoplasms*.

Os resultados de ambas as pesquisas podem ser verificados no quadro seguinte

	EBSCO	Pubmed
Termos de Pesquisa	Cancer Patient Preference Bad news	Neoplasms Patient satisfaction Truth disclosure
Resultados	5 artigos	4 artigos

Quadro 1 – Resultados da combinação de termos de pesquisa

Assim, a pesquisa e fase inicial de seleção foi realizada através da leitura dos títulos, de forma a realizar uma avaliação da sua pertinência para a questão de investigação, tendo sido reunido, desta forma, um total de nove artigos de investigação.

### **Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão são, não só “(...) ingredientes indispensáveis na formulação da pergunta” (RAMALHO, 2005), mas também na seleção dos estudos. Desta forma, os nove artigos resultantes da pesquisa foram lidos inicialmente pelos seus

resumos e posteriormente na sua forma integral, se apontassem para a satisfação dos critérios de inclusão (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios de inclusão dos artigos

Participantes	Pessoas adultas com doença oncológica
Intervenções	Aplicação de questionários e/ou realização de entrevistas que identifiquem os aspetos valorizados pelas pessoas com doença oncológica no processo de transmissão de más notícias
Resultados	Quais os aspetos valorizados pelos participantes no processo de transmissão de más notícias
Desenho	Estudos de natureza qualitativa e/ou quantitativa publicados entre os anos 2010 e 2012, inclusivamente

## Resultados

O resultado da pesquisa foi de quatro artigos, sendo que os restantes cinco não cumpriam grande parte dos critérios de inclusão previamente estabelecidos. No entanto, o escasso número de artigos referentes a estudos de RSL não deve representar um obstáculo à investigação mas deve, sim, ser promotor de novas oportunidades de desenvolvimento, reafirmando a necessidade acrescida de exploração da temática em estudo (RAMALHO, 2005). As características de cada um dos estudos de acordo com os critérios de inclusão delineados (participantes, intervenções, resultados, desenho) são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 – Características dos estudos analisados

	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Back <i>et al.</i> (2011)	23 utentes em status pós-cancro gastrointestinal nos últimos 2 anos, em follow-up num Hospital de Dia de Oncologia	Análise, por pessoas com doença oncológica, de exemplos de transmissão de más notícias realizados por oncologistas através de gravações audio	Identificação dos aspectos valorizados pela pessoa com doença oncológica no processo de transmissão de más notícias, segundo três categorias: - Reconhecimento: forma como o oncologista atende à gravidade da notícia de recorrência de cancro para o doente, não só após a transmissão da mesma mas durante todo o processo - Acompanhamento: descreve o que os participantes desejam após a transmissão de más notícias, nomeadamente, que o oncologista, dentro da sua competência biomédica, selecione a informação e planeie os próprios passos a serem tomados. - Capacidade de resposta: descrita como a capacidade do oncologista em articular os dois pontos anteriores	Qualitativo
Brown <i>et al.</i> (2011)	244 pessoas com doença oncológica em situação de follow-up num Departamento ambulatório de oncologia	Aplicação dos questionários <i>Measure of Patient's Preference</i> (MPP) com 46 itens organizados em 3 diferentes categorias: Conteúdo (tipo e quantidade de informação), Contexto (físico e emocional), e Suporte (emocional, psicológico e recursos na comunidade) Aplicação do <i>Control</i>	Os itens mais votados da MPP referem-se ao conteúdo (ex. a experiência do médico e o tipo e a extensão da informação transmitida). Os restantes relacionam-se com o contexto. Os itens menos votados relacionam-se com a questão de suporte durante a comunicação, como por exemplo, a presença/ausência da família no momento da transmissão da má notícia. Segundo a CPM, no processo de tomada de decisão, a maioria dos pacientes (44,5%) assumem o papel de colaboração, 37,8% assume o papel passivo e 13,2% o papel activo.	Quantitativo

		<i>Preferences Measure (CPM)</i> com 5 itens, em que a pessoa deve escolher a que mais se adequa ao seu papel no processo de tomada de decisão.		
Almyroudi <i>et al.</i> (2010)	329 mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama em follow-up num Hospital de dia de oncologia.	Entrevistas semi-estruturadas. Aplicação do <i>Control Preferences Scale (CPS)</i> para identificação do nível de participação na tomada de decisão clínica, e do questionário <i>Cassileth's Information Styles (CIS)</i> para identificação das necessidades de informação.	Segundo a aplicação do CIS, 62,6% dos participantes expressaram o seu desejo da maior quantidade possível de informação, quer 'boa' ou 'má'. 95,1% querem saber os planos terapêuticos que o médico delineou, 88,4% querem saber quais as opções terapêuticas e 93,3% os efeitos secundários. Somente 15,2% desejam apenas 'boas notícias'. 22,2% esperam apenas saber a informação necessária para cuidarem de si próprios de forma satisfatória e evitar pormenores adicionais. Segundo o CPS, no processo de tomada de decisão, 45,3% dos participantes escolhem o papel passivo, 25,8% escolhem a colaboração passiva. Apenas 0,3% escolhem o papel activo e 4,6% a colaboração activa.	Misto
Wittmann E. <i>et al.</i> (2011)	Contexto ambulatório de oncologia: 100 pacientes em follow-up pós-carcinoma gastro-esofágico e 100 médicos.	Aplicação de um questionário construído de forma a incluir informação demográfica, detalhes da consulta médica, preferências dos utentes no processo de transmissão de informação, utilização da internet e a opinião geral da consulta médica.	77% dos participantes querem ser informados pelo seu médico assistente, 2,96% por um enfermeiro especialista e os restantes não têm preferência. 78% dos participantes revelam querer toda a informação possível sobre o seu diagnóstico, 8% apenas 'boas notícias', 10% gostariam de receber a informação de forma faseada ('passo-a-passo'), 2% não desejam qualquer informação, 56% desejariam informação semanal sobre a evolução da sua situação clínica e 95% todas as opções terapêuticas.	Quantitativo

## **Análise dos resultados**

Comunicar más notícias é uma das tarefas mais difíceis realizadas pelo profissional de saúde (ALMANZA-MUÑOS & HOLLAND, 1999; ESPINOSA et al, 1996; FALLOWFIELD, 1993; MORGAN & WINTER, 1996; VANDEKIEFT, 2001) e por isso torna-se tão necessário o estudo desta problemática, com resultados positivos tanto para os profissionais de saúde que a transmitem como para as pessoas que a recebem. Os artigos selecionados para esta revisão abordam assim a temática da transmissão de más notícias, mais especificamente do diagnóstico de alguma forma de cancro, de acordo com a questão de investigação inicialmente elaborada, não tendo sido encontrado um único estudo que fizesse referência a outro tipo de má notícia.

No que respeita aos aspetos valorizados pelas pessoas com doença oncológica neste processo de transmissão de más notícias pelos profissionais de saúde, verificam-se diversos fatores que podem influenciar a forma como estas irão lidar com a situação e mesmo como irão participar no processo de tomada de decisão terapêutica. As pessoas com doença oncológica valorizam que lhes seja transmitida a maior quantidade de informação possível (ALMYROUDI et al, 2010; WITTMANN et al, 2011), quer seja por um médico (ALMYROUDI et al, 2010; BACK et al, 2011; BROWN et al, 2011; WITTMANN et al, 2011) ou por um enfermeiro especialista (WITTMANN et al, 2011). O médico não deve dar falsas esperanças (BACK et al, 2011) mas sim falar honestamente sobre a gravidade do estado clínico do utente (ALMYROUDI et al, 2010; BACK et al, 2011; BROWN et al, 2011), principalmente sobre todas as possíveis e melhores intervenções terapêuticas (ALMYROUDI et al, 2010; BACK et al, 2011; BROWN et al, 2011; WITTMANN, 2011) e dos seus efeitos secundários (ALMYROUDI et al, 2010). A informação deve ser dada o mais rapidamente possível após confirmação do diagnóstico (BROWN et al, 2011), mas, no entanto, de forma faseada (WITTMANN et al, 2011). A reunião ou encontro onde é transmitida a má notícia à pessoa não deve ser apressada, disponibilizando o médico toda a sua atenção para responder a toda e qualquer questão que a pessoa tenha a fazer (BACK et al, 2011; BROWN et al, 2011). É valorizado também quando o médico que transmite a notícia toma a iniciativa do diálogo e ajuda a pessoa a compreender a informação dada relembrando-a também das suas próprias capacidades e recursos para lidar com a doença (BACK et al, 2011).

No que diz respeito ao papel adotado no processo de tomada de decisão, apenas uma baixa percentagem dos participantes em dois dos estudos (ALMYROUDI et al, 2010; BROWN et al, 2011) se mostrou interessada em participar na tomada de decisão clínica.

## **Conclusões**

A temática da transmissão de más notícias tem sido alvo de grande investigação nos últimos anos sobretudo no que respeita à transmissão de diagnóstico e/ou prognóstico de qualquer forma de cancro. Apesar de grande parte desta se debruçar sobre opiniões e sentimentos dos profissionais de saúde, torna-se imperativo olhar para o outro lado, olhar para a pessoa que recebe essa informação e que terá que adaptar o seu mundo a uma nova realidade. Com esta revisão da literatura verifica-se que as pessoas que recebem este tipo de notícia valorizam aspetos muito específicos como o tipo e a quantidade de informação, a forma como é transmitida e a disponibilidade do profissional de saúde para promover um ambiente emocionalmente confortável e aberto à colocação de perguntas e dúvidas.

Apesar da limitação desta revisão, devido ao facto de se basear num pequeno número de artigos, pesquisados apenas na base de dados Pubmed e na plataforma EBSCO, verifica-se que existe ainda um grande caminho a percorrer nesta área do conhecimento tendo em conta a perspetiva da pessoa que recebe a má notícia, sendo que as recomendações de estudos futuros dirigem-se neste sentido.

## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO**

Desde sempre que o estágio ou ensino clínico faz parte da vida da Enfermagem enquanto profissão. Este período “(...) assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz destes futuros profissionais” (ALARCÃO & TAVARES, 2003; ESPINEY, 1997). Neste sentido, o estágio em Enfermagem pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida (DIAS, 2011). Pretende-se nomeadamente que, através desta componente de teor prático, os intervenientes deem sentido às suas intervenções e sejam capazes de aprender com as experiências dos cuidados, sejam criativos e capazes de pensamento crítico, sejam efetivos solucionadores de problemas, tenham competências morais e éticas, e que participem nas decisões em matéria de saúde (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE CALOUSTE GULBENKIAN DE BRAGA, 2003). Para Sousa (2002)

“(...) é aí onde o aluno pode ampliar o domínio do saber nas dimensões científicas, desenvolver o saber fazer que deve estar subjacente à realização de atos técnicos e construir competências do saber ser e estar. É na prática que o aluno aprende a interrelacionar o saber que, facultado pelo conhecimento teórico e o saber como advindo do conhecimento prático e pessoal”.

A nível pessoal considero que é durante este momento que determinadas competências se desenvolvem, especificamente a capacidade de responder a situações que a teoria não consegue abarcar para além de que é através desta prática que a teoria se consolida.

Para uma melhor organização do estágio e das atividades a desenvolver com vista à aquisição e/ou desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista tornou-se fundamental a estruturação de um projeto. Este pode ser definido como “(...) um escrito composto pela descrição de um conjunto de atividades, devidamente inter-relacionadas e coordenadas, delineadas dentro de objetivos precisos, limites de tempo

(...), que constituem uma obra a realizar, ainda na sua fase de planeamento” (GALVEIAS, 2008). Caracteriza-se por um conjunto de diretrizes e estratégias que expressam um produto final, previamente definido, cujo resultado deve ser identificável, observável e mensurável e que a sua elaboração consiste em levar o indivíduo a pensar em algo concreto a realizar (idem).

O Estágio incluído neste Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica compreendeu três módulos – Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Bloco Operatório - que decorreram em três Hospitais da área de Lisboa. Neste capítulo apresenta-se uma descrição e análise dos objetivos traçados para cada módulo, das atividades desenvolvidas para os alcançar bem como uma reflexão sobre as experiências vivenciadas que contribuiram para um mais rico desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

## **2.1. MÓDULO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O presente módulo decorreu no Serviço de Urgência Geral de um Hospital da área da Grande Lisboa. Este Hospital está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental em conjunto com dois outros hospitais e tem por missão prestar “(...) cuidados de saúde integrados e globais, urgentes e programados, com respostas personalizadas, flexíveis e adequadas a cada situação clínica” (HSFX, 2003). A sua visão é ser um “(...) hospital referenciado pela melhor qualidade nos Serviços de Urgência e de Ambulatório [e apresenta como valores estruturais a] humanização na prestação de Cuidados de Saúde, o sentimento de pertença e coesão, cultura de responsabilidade e qualidade dos serviços”. (Idem)

O Serviço de Urgência Geral é um Serviço de Urgência Polivalente que presta cuidados gerais e/ou diferenciados na área da emergência médica, cirúrgica e traumatologia, de acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (PORTUGAL, 2001). A sua estrutura física encontra-se dividida em duas grandes áreas de atuação: a de Atendimento, que engloba uma sala de triagem com capacidade para atendimento simultâneo de dois utentes; a sala de reanimação com capacidade para quatro utentes; um balcão geral com capacidade para treze utentes, um balcão de trauma com capacidade para três utentes, um gabinete de psiquiatria, duas

salas de pequena cirurgia com capacidade para três utentes no total; uma sala para transmissão de más notícias, duas salas de decisão clínica e uma sala de isolamento com pressão negativa, utilizada para acolher pessoas com necessidade de isolamento por suspeita de infeção com elevado grau de contágio ou por suspeita ou confirmação de imunodepressão. A segunda grande área de atuação é a do Internamento que se traduz na sala de observação com capacidade para dezasseis utentes de todas as especialidades.

No que se refere aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é formada por uma enfermeira chefe e três coordenadoras e a seu cargo cerca de 75 enfermeiros distribuídos por 5 equipas (A, B, C, D e E) em horário rotativo. A distribuição dos enfermeiros é feita por turno, pelos diferentes setores. Dependendo da época sazonal ou do período do dia existe um limite mínimo e máximo de enfermeiros por turno (Manhã, Tarde e Noite).

A prestação de cuidados de enfermagem na Urgência, é personalizada, diversa e multidimensional pois “(...) atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão do controlo da doença e prevenção de traumatismo, até medidas de reanimação para salvar a vida.” (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003). Hoje em dia, as pessoas que recorrem aos Serviços de Urgência, chegam cada vez em estados mais graves e críticos, exigindo cada vez mais cuidados especializados e diferenciados, tendo os enfermeiros que desenvolver competências nesta área. Como refere Sheehy (2011) “(...) a prática de enfermagem de urgência reúne, como nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento”.

Tendo por base a premissa que

“(...) numa situação de urgência têm que se tomar decisões rápidas, seguras e geralmente determinantes para a evolução do estado do doente [e que] essas decisões exigem competências que permitam uma avaliação sólida, baseada num bom conhecimento do incidente ou doença que produziu o recurso ao SU e dos respetivos efeitos sobre a pessoa doente” (NUTRICES, s.d.)

estabeleceu-se o seguinte objetivo geral para este estágio:

- *Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa/Família em situação crítica, urgente ou emergente em contexto de Urgência*

Sendo o SU a porta de entrada de um hospital, os profissionais que aqui prestam cuidados são o primeiro rosto que recebe a pessoa quando esta se sente fragilizada pelo seu processo de doença. Foi precisamente pelo primeiro local de contacto entre a pessoa

e o profissional de saúde, em especial com o Enfermeiro, que iniciei a minha prática: o posto de triagem. A triagem nos departamentos de emergência é o ponto de início do processo de prestação de cuidados (GORANSSON, 2008) e é um processo a implementar em todas as pessoas que afluem ao serviço de urgência para determinar a gravidade do quadro clínico, quer de uma doença ou de uma lesão. Define-se como um “(...) procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de saúde a prestar (...)” (CRONIN, 2003) e tem como objetivo

“(...) identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.”  
(GRUPO DE TRABALHO DAS URGÊNCIAS, 2006).

Esta metodologia de trabalho foi implementada em Manchester no ano de 1997, e veiculada para Portugal em 2000. Por este motivo, o Sistema de Triagem adotado em Portugal é o Sistema de Triagem de Manchester. Este processo é realizado por um Enfermeiro, com formação certificada em triagem, que de acordo com a queixa inicial do cliente, segue o fluxograma de decisão que contém os discriminadores que podem ser específicos ou gerais. Após identificação do discriminador que mais se adequa, determina-se a prioridade clínica (que se traduz numa cor de identificação). Este sistema permite a classificação da pessoa em 5 categorias, identificadas por um número, prioridade, cor e tempo de espera estimado até o início da observação médica inicial.

Número	Prioridade	Cor	Tempo de Espera
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Menos Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: “Grupo de Trabalho das Urgências (2006) - O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização de Cuidados Urgentes e Emergentes.”

Nesta área de prestação de cuidados procedi à observação de como era realizado todo o processo de triagem, uma vez que para esta função o enfermeiro necessita de formação certificada, como anteriormente referido. No entanto, foi possível perceber a dinâmica de aplicação do referido protocolo, especificamente,

que questões são colocadas, que parâmetros são necessários avaliar para uma correta seleção do discriminador e, após a atribuição da prioridade, qual o correto encaminhamento: sala de reanimação, balcão geral, balcão de trauma, gabinete de psiquiatria, sala de pequena cirurgia, e o local onde devem aguardar até serem observados pelo médico. Apesar de não ter sido possível assumir um papel ativo no processo de triagem, foi possível validar permanentemente com o enfermeiro a aplicação do protocolo de acordo com a minha observação, e com as informações cedidas pelo utente, identificando o discriminador adequado. Verifiquei que este tem de ser um processo rápido e que colocar o utente certo no local correto, facilitando a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do mesmo, tornou-se um verdadeiro desafio. Como referido, este é o local de primeiro contacto entre o enfermeiro e o cliente e é a partir daqui que se irá estabelecer a relação entre os mesmos. É neste local que o enfermeiro irá estabelecer

“(…) a comunicação com o paciente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto (...) aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico do cliente, (...) pessoa única que se apresenta perante si” (PONTES, LEITÃO & RAMOS, 2008).

Verifica-se assim que são exigidas ao enfermeiro desde logo competências a nível não apenas técnico e científico mas também relacional pois será com base nestas que o Enfermeiro Especialista poderá realizar uma prestação de cuidados segura, eficaz, eficiente e, sobretudo, humanizada.

Ao integrar a equipa de Enfermagem do SO e da sala de reanimação, onde por excelência se encontram pessoas em situação crítica, foi possível o desenvolvimento de prestação de cuidados de Enfermagem com vista ao cumprimento do primeiro objetivo específico delineado para este estágio:

- *Prestar Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa doente/família que recorre ao Serviço de Urgência, com especial atenção à Pessoa em situação crítica;*

No SO encontram-se as pessoas que ficam internadas e que, por se apresentarem instáveis do ponto de vista hemodinâmico, necessitam de vigilância adequada pela equipa médica e de cuidados imediatos e permanentes da equipa de enfermagem. Foi possível a prestação de cuidados diretos a pessoas em situação crítica com suporte de ventilação invasiva, tendo em conta os diferentes modos da mesma, a

avaliação dos volumes ventilatórios, a avaliação das pressões, a avaliação da frequência respiratória, a avaliação da PEEP e a avaliação das saturações periféricas de oxigénio. Foi igualmente possível prestar cuidados a pessoas com EAM e seus familiares. Recordo uma senhora de aproximadamente 75 anos que, segundo relato da própria, se encontrava em casa a conversar com a filha quando, repentinamente, iniciou quadro de dor pré-cordial com irradiação para o membro superior esquerdo. Ao chegarem ao hospital e ao serem realizados todos os exames preconizados nesta situação foi confirmada a ocorrência de um EAM. Após estabilização do ainda crítico estado clínico na sala de reanimação, e enquanto aguardava vaga na UCI, a cliente foi transferida para o SO, local em que viria a falecer no dia seguinte. O que mais saliento desta experiência, para além dos cuidados directos prestados à pessoa em situação crítica foi a necessidade da utilização de competências de comunicação para com a família desta senhora, também alvo dos cuidados de enfermagem. Neste tipo de acontecimento os familiares rapidamente reconhecem a incerteza da situação (são confrontados com um prognóstico reservado e incerto) e a elevada taxa de mortalidade que está associada a uma doença crítica (GONÇALVES & MIRANDA, 2004). O mesmo autor refere ainda que a perda de um ente querido é o maior receio dos familiares (idem). No momento em que a filha chegou ao SO no dia seguinte para visitar a mãe, surgiu a necessidade de transmitir a má notícia. A má notícia é algo constrangedor para quem tem de a transmitir (BUCKMAN, 1984). Encaminhei a familiar para a Sala das Más notícias, local confortável e privado dentro do SU, evitando assim qualquer interrupção. Sendo parte integrante do conjunto de competências que o Enfermeiro Especialista deve desenvolver e porque não está preconizado naquele SU qual o elemento que transmite este tipo de informação, foi-me dada a oportunidade para o realizar. Assim, ao entrar na sala, apresentei-me e expliquei toda a situação, situação esta carregada de uma enorme carga emocional. Foi sendo dado espaço para que conseguisse interiorizar a informação e exteriorizar as suas emoções e sentimentos. Depois de demonstrada toda a disponibilidade por parte da equipa para dar todo o apoio que necessitasse, entrou no SO para, de forma privada e serena, despedir-se da mãe. Tal como Plowright (1996), considero que “(...) satisfazer estas necessidades deveria ser um processo directo e ser compreendido como tão importante como os cuidados a prestar ao doente em estado crítico”.

A sala de reanimação é o local onde dão entrada pessoas em estado crítico, quer do foro médico, cirúrgico ou traumatológico e que requerem uma abordagem rápida ao

seu estado clínico por parte de toda a equipa de saúde. Existe um enfermeiro em permanência neste local. No início de cada turno é responsável por garantir a presença e operacionalidade de todo o tipo de equipamento da sala, e é ele o elo de ligação entre o CODU e/ou a VMER do INEM e o SU em caso de necessidade de encaminhamento de uma situação emergente. Aqui tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem diretos a pessoas em instabilidade hemodinâmica com monitorização cardíaca contínua, com ventilação invasiva e outras situações que exigiam uma rígida e apertada vigilância da situação clínica.

Numa das manhãs em que estive com o enfermeiro orientador na sala de reanimação surgiu uma situação que saliento. No início do turno, no momento em que testávamos a operacionalidade dos equipamentos de ventilação, de desfibrilhação, entre outros, recebemos uma chamada do CODU para informar que iria chegar ao SU dentro de, sensivelmente, 30 minutos uma pessoa em PCR transportada pelos Bombeiros com manobras de SBV já em curso. Uma informação valiosa transmitida pelo CODU foi o facto de não ser um transporte com acompanhamento de equipa médica, ou seja, de médico e enfermeiro, pelo que não teria sido ainda alvo de nenhum procedimento inserido no protocolo de SAV como entubação endotraqueal, cateterização de acessos venosos ou algaliação. Ao validar esta situação com o enfermeiro, e enquanto este foi alertar a equipa médica e de enfermagem da situação que iria suceder, iniciei a preparação de drogas de emergência, de soros e de material para punção de acessos venosos e algaliação, segundo o protocolo de SAV do INEM (MADEIRA et al, 2011). À chegada do doente, adotando as devidas medidas de protecção, neste caso as luvas, e devidamente integrado na equipa, colaborei na transferência do mesmo da maca da ambulância para a da sala, e nos procedimentos para os quais havia preparado o material, neste caso algaliação e punções de dois acessos venosos periféricos. Foi ainda possível colaborar através da realização de compressões torácicas, inserido na dinâmica de rotatividade dos elementos organizada pelo *team leader*, o médico anestesista presente. Apesar de todos os esforços não terem sido bem sucedidos, considero que toda a equipa apresentou um desempenho excepcional e uma enorme competência nas suas acções. No final, considero que colaborei positivamente na situação demonstrando conhecimentos aprofundados nesta área do saber, o que foi confirmado pelo enfermeiro orientador e pelo *team leader*.

A extraordinária dinâmica e complexidade destes locais obrigaram-me a períodos de constante atualização de conhecimentos e períodos de reflexão relativos à

prática hospitalar. A realização deste estágio em contexto de formação pós-graduada permitiu-me desenvolver a capacidade de comunicar com os meus pares sobre os meus conhecimentos adquiridos não apenas na formação inicial mas também na formação pós-graduada e ao longo da minha prática enquanto enfermeiro.

Segundo Benoliel, citado por Abreu (2007)

“(...) em contexto clínico os estudantes necessitam de mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis”.

É importante salientar que, quer a atitude moral quer a atitude profissional do Enfermeiro, é um todo que a pessoa doente assimila e de que se ‘alimenta’ para a sua recuperação, num momento tão crítico da sua vida e a sensibilidade para o sofrimento das pessoas/famílias tem de ser valorizado com vista ao desenvolvimento de estratégias adequadas para a prestação de cuidados humanizados. Cuidar num SU implica não apenas os saberes técnicos e científicos, mas também um estar permanentemente atento para dar resposta a todas as necessidades da pessoa e sua família, ser capaz de criar um ambiente de confiança, saber escutar e respeitar a individualidade de cada um (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

“(...) a transição súbita da saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada. A presença da dor física, da dor da perda, do sentimento de impotência contra as alterações apresentadas no próprio corpo leva a que a pessoa que recorre ao serviço de urgência procure cuidados de qualidade e personalizados” (TORMENTA, 2011).

Foi identificada neste período da prática a dificuldade, não só pessoal mas também da grande maioria da equipa de enfermagem, em comunicar com a pessoa/família em situação crítica, especificamente, em transmitir más notícias. Entre diversas definições, Buckman (1984) define má notícia como “(...) qualquer informação que produz uma alteração negativa de expectativas sobre o presente ou o futuro de uma pessoa”. Relatos como ‘(...) não sei por onde começar ou sequer o que dizer (...)’ e ‘(...) não sou capaz de gerir as emoções da pessoa nem as minhas (...)’ foram frequentes entre os enfermeiros com os quais realizei conversas informais e com os quais eu próprio me identifiquei. Esta situação tornou-se assim o mote para o estabelecimento do segundo objetivo específico deste estágio:

- *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa doente e/ou família em contexto de*

*urgência/emergência através da sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância do tema 'Comunicação', especificamente, no processo de transmissão de más notícias*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é o profissional com competências para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, atuando como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática dos cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, através da identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (PORTUGAL, 2011). Neste sentido realizei uma sessão de formação subordinada ao tema “Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência” (Apêndice 2) que pretendeu não apenas sensibilizar mas promover a reflexão no seio da equipa de Enfermagem para a importância da comunicação com o cliente e/ou família que recorre ao Serviço de Urgência, especialmente no que toca à transmissão de más notícias. De acordo com a avaliação realizada pelos enfermeiros presentes na formação (Apêndice 3), segundo um formulário para o efeito (anexo 1), posso afirmar que esta foi bastante positiva despertando nos elementos da equipa a motivação e interesse em aprofundar este tema para melhoria da prática no dia-a-dia. Fruto da necessidade expressa pelos enfermeiros bem como pelo próprio serviço, representado pela enfermeira-chefe, foi elaborada uma norma de serviço baseada no Protocolo de Buckman (1992) para uma transmissão de más notícias mais coerente, estruturada, eficaz e, acima de tudo, humana. Este documento pode ser consultado no Apêndice 4. De forma a manter presente toda esta informação foi também realizado um *poster* (Apêndice 5) com a discriminação de cada uma das etapas deste protocolo.

Com o desenvolvimento destas atividades foi possível atingir os objetivos inicialmente propostos para este estágio bem como adquirir e/ou desenvolver competências, descritas no documento orientador desde estágio, tais como demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área de especialização, refletir na e sobre a prática dos cuidados prestados, de forma crítica; gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada. Foi igualmente possível desenvolver competências ao nível da produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde; da comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como aos alvos dos cuidados de Enfermagem; da demonstração de conhecimentos aprofundados sobre

técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e sobre o relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela cultura; da capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas nesta área de especialização. Durante este período tornou-se assim fundamental participar e promover a formação em serviço; trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada, incorporando na prática os resultados da investigação realizada, assim como outras evidências; e, por fim, comunicar os resultados desta a audiências especializadas (UCP, 2013).

## **2.2. MÓDULO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

O módulo II desenvolveu-se na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais de um Hospital da área de Lisboa. Este Hospital, foi inaugurado em Novembro de 1995 sob gestão privada. Em Outubro de 2008 por Decreto-Lei foi definido o seu novo estatuto jurídico de entidade público-empresarial. É um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos da Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes, tendo para isso uma lotação de aproximadamente 785 camas, distribuídas pelos vários serviços do hospital. Foi o primeiro hospital português certificado pelo King's Fund Health Quality Service, o que assegura alta qualidade dos serviços prestados. O Hospital tem por missão a prestação de

“(…) cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, da efetividade e de eficiência (HFF, 2009)”.

Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais. A Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais, onde se desenrolou este estágio tem como missão

“(…) prestar cuidados de saúde a doentes cirúrgicos graves, que necessitem de monitorização e suporte vital adequado, numa otimização dos recursos disponíveis,

visando sempre a qualidade dos cuidados e a preservação da dignidade do doente e o atendimento das necessidades dos familiares” (idem).

Destina-se preferencialmente a doentes das várias especialidades cirúrgicas recebendo também doentes do foro médico, vindos do Serviço de Urgência ou do internamento de outros serviços médicos, quando não existem vagas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Ambas as unidades, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, formam o Núcleo de Medicina Intensiva do referido hospital. No que respeita à estrutura do serviço, este é formado por seis camas, quatro em espaço aberto e duas em quartos fechados, podendo estes receber pessoas em situação em isolamento. A equipa é constituída por uma enfermeira chefe e 18 enfermeiros divididos por quatro equipas de três elementos. O rácio enfermeiro-doente é de 1:2 sendo o método de trabalho implementado o método responsável. Nele, segundo Hesbeen (2001) “(...) cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”, ou seja, cada enfermeiro presta todos os cuidados às pessoas que lhe são atribuídas, sendo estas da sua inteira responsabilidade durante todo o turno. Este método de trabalho quanto a mim torna-se o mais vantajoso pois permite uma maior individualização dos cuidados, maior confiança, segurança e satisfação da pessoa que recebe os cuidados, o que se irá traduzir igualmente na satisfação do enfermeiro.

O conceito de cuidar de doentes em estado crítico terá sido preconizado por Florence Nightingale, em 1863. No entanto, o seu desenvolvimento ocorreu no final das décadas de 40 e 50, atingindo um maior desenvolvimento nos anos 70 com a criação das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Atualmente Sheehy (2011) refere que a prática da enfermagem intensivista requer um “(...) conjunto impar de capacidades de avaliação, intervenção, tratamento e conhecimentos de âmbito geral e especializadas”. Integrados nesta equipa, aos enfermeiros é exigido uma diversidade de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, aplicados numa realidade em constante mutação e frequentemente sob o efeito de fatores geradores de grande *stress* (CARAPINHEIRO, 1993).

Neste sentido o objetivo geral deste estágio foi

- *Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa/família em situação crítica em contexto de Cuidados Intensivos*

O largo espectro de patologias do foro cirúrgico que esta Unidade abrange possibilitou a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e da experiência profissional enquanto enfermeiro e permitiu prestar diferentes cuidados específicos, aplicar diferentes métodos de monitorização e vigilância e olhar a pessoa sob uma perspetiva profissional avançada, cumprindo assim o primeiro objetivo específico deste período de prática clínica:

- *Prestar Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica e Família em contexto de Cuidados Intensivos;*

A integração na equipa multidisciplinar foi feita de forma gradual, ao longo dos vários turnos, conseguindo demonstrar capacidade de trabalhar em equipa, respeito pelo trabalho de todos os profissionais colaborando ativamente, sempre que possível, com todos, quer na prestação direta dos cuidados quer na elaboração dos respetivos planos de cuidados. Foi possível colaborar na realização de procedimentos invasivos como a colocação de linhas arteriais, catéteres venosos centrais, entre outros. No entanto, e fruto da minha experiência profissional, estas técnicas não se apresentavam como algo de novo. Foi sim inovadora a utilização de equipamento para a realização de técnicas dialíticas. Nunca tendo sido possível o contacto com este tipo de tecnologia, senti-me impelido e motivado a pesquisar sobre a mesma para posteriormente ter capacidade para a utilizar autonomamente, o que se tornou realidade.

No que respeita à prestação de cuidados directos à Pessoa em situação crítica ressalto um caso com o qual nunca tinha tido contacto e que se prende com a prestação de cuidados de enfermagem a uma pessoa queimada em estado crítico. Tratou-se do caso do Sr. J, aproximadamente 40 anos, vítima de queimaduras de 3º grau na totalidade da superfície corporal por incêndio na sua habitação. O momento de admissão e a prestação de cuidados de enfermagem ao Sr. J. na UCICRE, transferido de uma Unidade de Queimados de outro hospital, foi de grande importância e permitiu uma valiosa aprendizagem quer pelo processo de continuidade de cuidados quer pela avaliação da pessoa e pelos primeiros cuidados às feridas naquela unidade. Queimadura é uma lesão em determinada parte do organismo resultante de uma transferência de energia de uma fonte de calor para o corpo - de origem térmica, química ou elétrica - e que pode destruir não só a pele e seus anexos mas também camadas mais profundas, como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos (COELHO & ARAÚJO 2010). Não esqueçamos que uma pessoa com queimaduras extensas pode e deve ser designado de doente crítico pelo seu quadro fisiopatológico muito grave, caracterizado por enorme

instabilidade hemodinâmica, hidroelectrolítica, metabólica e psicológica, com risco de vida se não for atempadamente corrigido (GOMES, SERRA & PELLON, 1997). Assim, prestar cuidados de enfermagem à pessoa queimada exige que o enfermeiro detenha um conhecimento científico sólido sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura. Isso possibilitará a identificação e prevenção de alterações que possam desencadear complicações decorrentes das lesões teciduais e sistémicas (SILVA & CASTILHOS, 2010). Assim, durante a prestação de cuidados foi crucial a monitorização contínua de parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e dor) mas também do débito urinário horário, prevenindo a ocorrência de eventos como, por exemplo, choque hipovolémico. Assim, após transferência do cliente para o quarto de isolamento da Unidade, uma vez que todos os cuidados necessários deverão ser realizados para evitar a criação de um ambiente vantajoso para crescimento e proliferação bacteriana, o que ocasionaria maiores complicações ao cliente (MACEDO & SANTOS, 2006; JARDIM et al, 2009), tive a oportunidade de realizar os primeiros pensos e tratamentos às diversas lesões. É necessário conhecer os tipos de queimadura presentes, pois é um factor crucial na opção de medidas e de intervenções terapêuticas que serão adotadas, direccionando os cuidados do enfermeiro e da equipa de saúde, assegurando, assim, a melhoria e evolução no quadro clínico do paciente (VALE, 2005; GRECO et al., 2007).

No entanto, o cuidar do enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos não se esgota em competências técnicas. Considero igualmente as competências relacionais e comunicacionais como fatores que potenciam a qualidade interventiva do enfermeiro.

Como refere Vaz e Catita (2000)

“(…) os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para prestar cuidados de enfermagem ao doente na sua globalidade. É fundamental que o enfermeiro esteja desperto para a relação de ajuda, pois no seu trabalho é diariamente confrontado com seres humanos que sofrem física e psicologicamente”.

Muitas vezes, os danos corporais adquiridos, neste caso, por queimaduras tornam-se irreversíveis, e, a pessoa, diante da sua auto-imagem prejudicada, apresenta uma desordem de sentimentos (CARLUCCI et al., 2004; CARVALHO, 2010). O caso do Sr. J. tornou-se um desafio no que respeita ao estabelecimento de uma relação enfermeiro-pessoa doente. Apesar de consciente e aparentemente orientado durante todo o internamento na Unidade, o facto é que este não conseguia comunicar verbalmente por alterações no maxilar inferior e nas cordas vocais, nem de forma não-verbal por se

encontrar imóvel devido a alterações corporais inerentes a queimaduras 3º grau. No entanto, foi possível delinear uma estratégia para fazer face a este problema que foi associar uma resposta positiva a um piscar de olhos e uma resposta negativa a dois piscares de olhos, o que permitiu ao longo do internamento satisfazer algumas das necessidades do cliente. Esta experiência destacou que não é apenas importante executar a técnica correcta ou utilizar o material certo para determinado procedimento mas sim olhar para a pessoa como um todo que precisa de apoio também a nível relacional e emocional, ajudando-a a compreender a sua situação atual, e aceitar as alterações que poderá vivenciar devido ao trauma que sofreu.

Ao longo do estágio foi igualmente delicado observar o impacto que o internamento da pessoa doente causa na família e acompanhar esta díade pessoa doente-família no processo de doença que vivenciava tornou-se, pessoalmente, um imenso desafio. Verifiquei que a comunicação com a família da pessoa em situação crítica era uma área do conhecimento bastante sensível no seio da equipa de enfermagem, em particular no que se refere à transmissão de más notícias. Quando abordados e questionados pelas diversas famílias presentes na Unidade sobre se a cura seria completa, se o seu familiar iria sobreviver, se iria ter alguma qualidade de vida, frequentemente surgiam nos profissionais sentimentos de nervosismo, inquietação e sobretudo dificuldade ‘em encontrar as palavras certas’ para transmitir, muitas vezes, más notícias. Não tão poucas vezes observei que alguns enfermeiros desta Unidade procediam somente aos cuidados técnicos quando na presença dos familiares, e no momento em que estes perguntavam se podiam ajudar a cuidar do utente ou tentavam saber algo da situação clínica do mesmo remetiam a informação para o médico ou simplesmente ausentavam-se da unidade do utente com a justificação que tinham outros utentes para cuidar e que não tinham tempo para ‘estar a conversar’. Pontes (2008) defende que é fundamental que o

“(…) enfermeiro deseje envolver-se e acredite que a sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objectivos funcionam tão bem (...), como os conhecimentos subjectivos que se revelam na comunicação terapêutica. Assim sendo, é preciso reconhecer que ficar ao lado da pessoa para ouvi-la é uma acção terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde”.

Presenciar e/ou observar estas situações promoveu a minha reflexão sobre, mais uma vez, as competências relacionais que um Enfermeiro e sobretudo um Enfermeiro Especialista deve desenvolver. Naquele momento de fragilidade, de dor, de incerteza

não será da competência daquele que presta cuidados confortar, aliviar a dor, escutar, dar uma mão? E destacando as situações em que os familiares disponibilizam a sua ajuda não será importante que a equipa de enfermagem saiba acolhê-los, acolher a família como elemento integrante da equipa? Concordando com Pinto (1996) afirmo que a família, os colegas, os amigos não podem estar fora do processo que o utente está a viver e que devem, sim, ser chamados a colaborar de forma integrada na recuperação que se pretende. Quando confrontei os referidos enfermeiros com estas práticas no sentido de perceber quais as suas dificuldades nestas situações específicas foi referido que “(...) não consigo...não consigo estar ali...(...)” e que “(...) não sei como dizer principalmente porque sei que o que tenho para lhes dizer não é nada bom (...)”. Foi assim neste âmbito que estabeleci o segundo objetivo específico para este estágio:

- *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da sensibilização da equipa de enfermagem sobre a importância da comunicação com a pessoa doente/família em contexto de cuidados intensivos, especificamente, na área da transmissão de más notícias*

Para atingir este objetivo foi realizada uma sessão de formação subordinada ao tema “A Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos – Transmissão de más notícias” (Apêndice 6) com o objetivo de promover a reflexão e sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, especificamente na área da transmissão de más notícias. Esta sessão de formação foi de grande valor para os participantes pois como referiram durante o debate que surgiu “(...) fazia falta debatermos este tema...já não era sem tempo (...)”. No final desta formação destacou-se essencialmente que para todos os participantes é unânime que a humanização traduzida numa comunicação otimizada com os utentes e suas famílias tem uma parte fundamental nesta profissão e que, apesar das dificuldades, o empenho e o trabalho em equipa serão fatores preponderantes para ultrapassá-las. Esta Sessão de formação foi também submetida a avaliação segundo um formulário (anexo 1) e cujos resultados se revelam no Apêndice 7. Foi também elaborado e entregue a cada um dos enfermeiros da Unidade um folheto em que é apresentado o Protocolo de Buckman (1992) com a discriminação de cada uma das fases que o compõe bem como as orientações para a colocação em prática de cada uma delas. Este documento pode ser consultado no Apêndice 8.

### 2.3. MÓDULO DE BLOCO OPERATÓRIO

O módulo III desenrolou-se no Bloco Operatório de um Hospital de Lisboa. Este hospital é uma Instituição privada recente, inaugurada oficialmente em Abril de 2007, e apresenta como visão ser um “(...) operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e inovação (...) [e] a sua missão é diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do cliente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais” (ESS, 2007). A cultura dos colaboradores desta Instituição baseia-se em oito valores fundamentais: procura incansável de resultados, rigor intelectual, aprendizagem constante, responsabilidade pessoal, respeito e humildade, atitude positiva, integridade e espírito de equipa.

O seu Bloco Operatório encontra-se localizado no piso 1, numa área fechada e isolada de circulação geral, contígua à Unidade de Cuidados Intensivos e Bloco de Partos; e simultaneamente acessível a todo o hospital. A semelhança da missão do Hospital, e segundo a mesma fonte, a missão do Bloco Operatório é “(...) diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do cliente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”. O funcionamento do serviço é organizado para decorrer pelas oito salas operatórias existentes, com intervenções programadas ou de urgência, enquadradas nas 13 especialidades cirúrgicas com atividade nesta Instituição entre as quais: Cirurgia cardíaca, Cirurgia torácica, Neurocirurgia, Cirurgia Vasculiar, Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia maxilo-facial, Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Relativamente à sua estrutura física o Bloco Operatório dispõe de condições físicas e tecnológicas de exceção. É constituído por 8 salas operatórias equipadas para todo o tipo de procedimentos, com zonas de indução anestésica anexas. É também formado por uma área de preparação de material que inclui zonas de preparação e manutenção dos carros de material, armazém de material de onsumo clínico e armazém de instrumental cirúrgico; e ainda uma área de coordenação que inclui uma Sala de Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, uma Sala de Relatórios e Sala de Controlo de admissão de doentes. No que se refere a recursos humanos a equipa de Enfermagem é constituída por 65 elementos distribuídos por todas as salas operatórias num total de três por sala e dois na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. É constituída ainda por uma enfermeira-chefe,

dois Enfermeiros Responsáveis e um Enfermeiro responsável de turno que garante o funcionamento dinâmico e organizado do mesmo.

A enfermagem peri-operatória apresenta como objetivo prestar cuidados de enfermagem à pessoa doente que vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica ou a uma intervenção invasiva no bloco operatório, assim como à sua família (AFONSO, 2010). Segundo a AESOP (2006), esta pode ser definida como

“(...) o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de operações através de um processo programado pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”.

Segundo o mesmo autor os enfermeiros especialistas nesta área têm como finalidade prestarem cuidados de enfermagem decorrentes de um conhecimento científico, técnico e humano mais aprofundado, capacitando-os para dar uma resposta mais eficaz e eficiente ao doente. Nesta perspetiva estabeleci o objetivo geral para este estágio:

- *Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa/Família em situação crítica em contexto peri-operatório*

Os objetivos específicos definidos foram:

- *Prestar Cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítico em contexto peri-operatório.*
- *Melhorar a qualidade dos prestados de Enfermagem prestados através da elaboração de um Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório*

A integração, que se iniciou no primeiro dia de estágio, foi realizada através da apresentação física do serviço por um dos dois enfermeiros responsáveis com a explicação da dinâmica do mesmo. Foi-me também possibilitada a consulta e leitura das normas e protocolos existentes para que durante a minha prática neste local pudesse atuar de acordo com eles. Estas atividades contribuíram para que pudesse *demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*. Ao longo deste primeiro dia fui sendo apresentado aos diversos elementos da equipa e, fruto da recetividade de todos eles, pude desde início experimentar o sentimento de integração. Este sentimento de pertença, de integração e

de apoio pela equipa permitiu-me *desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, gerindo de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada.*

Como refere Silva (2010) “(...) a cirurgia surge na vida do Homem como um fator adverso, mesmo que esta ocorra de forma programada, poderá provocar desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sócio-familiares”. Deste modo “(...) fácil será de prever que um doente ao ser confrontado com uma intervenção cirúrgica vai criar uma situação geradora de ansiedade, provocando-lhe reações típicas e próprias” (GONÇALVES, 2003). Cabe assim ao Enfermeiro

“(...) identificar as necessidades físicas e psicológicas do indivíduo, pôr em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseada no conhecimento das ciências Humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, antes, durante e depois da cirurgia” (AORN, 2005).

Para prestar cuidados de enfermagem individualizados a cada utente e família a enfermeira necessita de seguir os passos do processo de enfermagem. Esses passos que todos nós enfermeiros, independentemente da área de atuação, já conhecemos. Usar o processo de enfermagem faz-nos pensar enfermagem, agir de acordo com os conhecimentos adquiridos, usando uma sequência lógica e fundamentada no saber. Ajuda a personalizar os cuidados através da avaliação, planeamento e intervenção dirigida a uma pessoa concreta. Os passos estão e têm de estar determinados, mas os cuidados esses tem de ser definidos e direcionados à pessoa como ser único e irrepetível.

O primeiro momento de prestação de cuidados diretos a um cliente que realizei foi no momento da sua admissão no BO. Este “(...) constitui para a maioria das pessoas um dos momentos mais importantes por representar o início de uma nova experiência, num meio que muitas vezes lhes é totalmente desconhecido” (SILVA, 2010), neste caso o BO.

“(...) o acolhimento é um momento único, pois é o início de um processo de relação enfermeiro-cliente, em que a comunicação é um elemento fundamental. São estes primeiros momentos que trarão satisfação ao recém-chegado e reduzirão a sua ansiedade. A forma como se processa o acolhimento deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher” (idem).

Foi possível nesta situação conhecer o cliente e, para além de assegurar o cumprimento dos itens de segurança cirúrgica como a confirmação do nome, do local e da cirurgia a realizar, entre outros, considerei indispensável questioná-lo sobre as suas

emoções e sentimentos naquele momento e quais as suas expectativas para todo aquele processo. Considero que o acolhimento deve ser para além de uma ciência uma arte pois requer uma atenção empática, uma motivação para escutar, ouvir, uma afetividade que tem um papel determinante na qualidade e profundidade do acolhimento e percepção dos outros (RODRIGUES, 1999). Mais, exige um respeito incondicional pelo indivíduo e pelas suas características únicas e irrepetíveis (MONIZ, 2003). Ressalto um episódio que ocorreu no acolhimento a uma cliente que iria ser submetida a um procedimento de ablação de varizes por radiofrequência. Este é um procedimento frequentemente executado neste serviço, normalmente sob sedação anestésica pelas vantagens que apresenta. No momento de entrada no BO observei na Sra. D. G. um fâcies de ansiedade, de nervosismo, de inquietação, mas sobretudo um olhar de desconfiança sobre tudo o que a rodeava. Ao abordá-la identifiquei-me e, desde logo, tentei perceber o que sentia naquele preciso momento. Foi aí que verbalizou que “(...) *não sei...isto é tudo muito estranho e não sei se quero avançar com a operação*”. Perante esta afirmação tentei descortinar os fatores de toda a incerteza que apresentava. Neste momento volta a afirmar que “(...) *eu sei que para esta operação não é preciso isto tudo! Sei que isto pode ser feito no consultório do médico, não é preciso soro nem trocar de roupa, não é preciso ficar a dormir e muito menos passar uma noite no hospital!*” De facto, pesquisando a evidência científica atual é possível constatar que em certos países, este tipo de intervenção é realizada em consultório médico e apenas com anestesia local (MEDEIROS & MANSILHA, 2012). Certamente, a cliente terá consultado os meios de comunicação onde terá adquirido esta informação. No entanto, em Portugal não é conhecida a existência desta prática. Transmitida toda esta informação à equipa cirúrgica, esta mobilizou-se no sentido de demover a cliente da sua vontade uma vez que, segundo eles, a anestesia local iria implicar um desconforto e dor frequentes e, eventualmente, intensas e que era estritamente necessário a punção de um acesso venoso. Posso dizer que se criou uma situação de ‘braço de ferro’ entre a cliente, os cirurgiões e a anestesista. Mesmo na posse de toda a informação a cliente insistiu e após uma análise mais cuidada da situação a equipa, respeitando o direito da pessoa à tomada de decisão no seu próprio processo de doença, acabou por aceitar realizar o procedimento garantindo apenas a existência de um acesso venoso periférico para uma eventual situação de emergência. Vilagrasa (1991) refere que existem clientes que ficam aterrorizados perante a ideia de se depositarem nas mãos de desconhecidos tornando-se desprotegias e sem possibilidade de tomada de decisão. Por este motivo podem tornar-

se agressivas e contestar os cuidados propostos pelas equipas médicas. Neste caso caberá ao Enfermeiro compreender o indivíduo e ajudá-lo a ultrapassar a situação traumática através de informações acerca dos acontecimentos do peri-operatório e de apoio emocional. Assim, durante o procedimento cirúrgico foi meu papel e do enfermeiro de anestesia acalmar a cliente e ir explicando cada procedimento efetuado garantindo previamente a cada um o seu consentimento. Na realidade, a cirurgia decorreu sem intercorrências sem que tivesse ocorrido ao longo da mesma qualquer verbalização de dor ou de desconforto por parte da cliente. Posso afirmar que esta ocorrência foi promotora da evolução do conhecimento científico pois a partir deste procedimento será possível a investigação e prática pioneira em Portugal desta cirurgia apenas com anestesia local.

Durante o estágio neste BO a minha prestação de cuidados desenrolou-se sobretudo nas especialidades de Neurocirurgia, Cirurgia torácica e Cirurgia Cardíaca. Apesar de ter já experiência profissional na área de Enfermagem peri-operatória naquele momento sentia-me um aprendiz, como se vivesse as inseguranças que todos os recém-licenciados experimentam a entrar no mundo do trabalho. Esta questão é abordada por Benner (2001) quando refere que o profissional voltará a “(...) passar do nível da proficiência ao nível da competência quando for pedido algo de novo”.

Enquanto enfermeiro de apoio à anestesia procurei demonstrar “(...) conhecimentos sobre a anestesia, as várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interações farmacológicas dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização para conseguir um desempenho eficaz e eficiente face às necessidades do cliente e equipa cirúrgica” (AESOP, 2006). Foi também minha prática a observação e vigilância intensivas e o despiste de sinais e sintomas de complicações que pudessem surgir, estando apto a atuar em situações de urgência e emergência (idem). À semelhança do estágio na UCICRE, a vertente tecnológica esteve bastante presente e equipamento como o BIS (Bispectral Index) ou como o INVUS (Intravascular Ultrasound – Ultra-Som Intravascular), são exemplos de equipamentos que apesar de frequentemente utilizados no BO não o eram por mim. Ao trabalhar com este equipamento, fui confrontado com inúmeras questões quanto ao seu funcionamento, aos seus objetivos, aos dados que fornecia e como correlacioná-los. Desta forma, de modo a melhor poder relacionar, gerir toda a informação relativamente a cada uma das situações, a pesquisa foi fundamental. Assim sendo, várias das situações por mim encontradas conduziram-

me, através de uma adequada pesquisa, ao planeamento e otimização das minhas ações, de modo a serem cuidados especializados.

Para poder responder eficazmente ao primeiro objetivo específico para este estágio, acompanhei e realizei igualmente atividades inerentes às funções do Enfermeiro Circulante. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004),

“(...) o enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do cliente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”,

ou seja, tem “(...) atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança do cliente e equipe cirúrgica, segurança do ambiente, controlo da infeção e gestão de riscos inerentes a um BO e gestão organizacional da sala operatória” (AESOP, 2006). Tendo em conta as funções do Enfermeiro Circulante tive a oportunidade de colaborar na preparação e organização da sala de cirurgia e do material a utilizar, bem como na manutenção das regras básicas de assepsia quer na abertura de todo o material para a mesa de instrumentos quer no decorrer de toda a cirurgia. No final, executei os registos intra-operatórios, acondicionei e rotulei as amostras de tecidos para posterior análise patológica, acompanhei o cliente até à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e procedi à supervisão da limpeza e desinfeção da sala operatória. O desempenho das atividades que são da responsabilidade da enfermeira circulante permitiu-me adquirir competências nas normas de boa prática e de segurança atribuídas a esta função.

Como acabo de relatar, cada enfermeiro possui funções específicas que são características da atividade que desempenha, seja ele enfermeiro circulante, instrumentista ou de apoio à anestesia. Esta especificidade permite desenvolver e aprofundar conhecimentos na área em que desempenha a sua atividade e confere ao profissional uma maior destreza e competências para o desempenhar das suas funções com mais segurança, uma vez que a prática constante na mesma área permite o seu aperfeiçoamento. A atividade no Bloco Operatório depende do correto desempenho de cada profissional, pelo que cada qual deve conhecer quais as suas funções e a forma mais correta de as executar. Frequentemente os novos profissionais que chegam ao Bloco Operatório ou que progridem nas funções de circulante, instrumentista e de apoio à anestesia são integrados mais rapidamente que o desejado de forma a ir ao encontro das exigências do serviço. Foi nesta reflexão em torno da temática da integração que se

tornou pertinente a elaboração de um Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório (Apêndice 9), sendo o objetivo deste melhorar a integração do Enfermeiro nas novas funções, pois como refere Lucas (2002) o êxito dos profissionais na prestação de cuidados está condicionado pela existência de um “(...) programa de integração bem estruturado e planeado tendo em conta as necessidades próprias de cada indivíduo”. Chiavenato (2004) também refere que a finalidade de um programa de integração “(...) é fazer com que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho em seus quadros”. Esta proposta foi imediatamente acolhida e apoiada pela equipa de enfermeiros responsáveis pelo serviço. Após conclusão do mesmo, realizei a sua apresentação a toda a equipa numa sessão reservada para o efeito (Apêndice 10) tendo ficado uma cópia no Gabinete de Coordenação de Enfermagem para fácil acesso aos profissionais. Segundo um dos Enfermeiros responsáveis foi também enviado em suporte digital para que fique na posse de cada um dos Enfermeiros.

Todas as experiências e todos os conhecimentos adquiridos tiveram um contributo fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional permitindo-me desenvolver as competências que se pretende que o enfermeiro especialista possua.

### 3. CONCLUSÕES GERAIS

Olhando para trás e refletindo sobre todo o percurso percorrido considero que se tornou possível e real a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O ser responsável pelo meu próprio processo de aprendizagem levou-me ao esforço, ao empenho e à dedicação necessárias para que este crescimento pessoal e profissional pudesse tomar lugar.

O período de estágio foi fundamental e o facto de o realizar em locais tão distintos tornou-se bastante enriquecedor na aquisição de vários conhecimentos, na vivência de novas experiências assim como no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais nos cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica, numa constante evolução para a excelência dos cuidados.

No módulo de Serviço de Urgência, o alvo dos cuidados foi a Pessoa em situação crítica em contexto de urgência/emergência. Desde o acolhimento até ao momento da alta/transferência foi minha preocupação a prestação de cuidados humanizados, respeitando a individualidade de cada pessoa. Considerando que as pessoas que aí recorrem são alvo da instalação súbita de uma doença, necessitando de informação permanente sobre o seu estado de saúde, nem sempre fácil de receber ou transmitir, foi desenvolvido uma Norma de Serviço para Transmissão de más notícias com o objetivo de tornar este processo mais eficaz, eficiente e humano.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais a problemática identificada foi igualmente a da comunicação com a pessoa em situação crítica e sua família. Fatores como a falta de formação, ausência de estratégias para transmitir más notícias e o próprio contexto surgiram como verdadeiros obstáculos na relação enfermeiro-família. Neste sentido foi meu objetivo apresentar o Protocolo de Buckman (1992) como uma ferramenta útil no processo de transmissão de más notícias.

No estágio desenvolvido em Bloco Operatório, a forte componente tecnológica, o acolhimento da pessoa no serviço e a integração de enfermeiros no bloco operatório

foram as áreas do conhecimento abordadas com mais ímpeto. As diversas reflexões sobre a prática, as pesquisas bibliográficas realizadas sobre as diferentes temáticas e a elaboração do Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório permitiram atingir os objetivos propostos para este módulo.

Mais uma vez se constatou que a comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se numa das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. O desenvolvimento de competências comunicacionais nos profissionais de saúde, para que possam lidar com as dificuldades e ajudar da melhor forma possível os recetores da má notícia no processo de adaptação à doença ou luto, torna-se fulcral. A utilização e familiarização com este protocolo revela-se uma possibilidade concreta para promover a capacitação do profissional nesta dimensão relacional e humana, contribuindo assim para uma prestação de cuidados com qualidade crescente. A análise retrospectiva sobre os campos de estágio permite concluir que apesar de nem sempre as estratégias implementadas serem as mais indicadas, as equipas de enfermagem demonstraram um contínuo interesse em melhorar os cuidados prestados, fossem elas nas áreas técnicas ou nas relacionais como a comunicação com doente/família.

A elaboração deste Relatório permitiu dar relevância à atitude crítico-reflexiva que manteve durante o Estágio, realçando as atividades desenvolvidas mais pertinentes para a minha aprendizagem, dando um papel de relevo às situações/problema encontradas. As estratégias sugeridas para a resolução dos problemas foram sendo relatadas, destacando as competências adquiridas e desenvolvidas.

Este percurso não termina aqui, com o final desta etapa, pois terminado este desafio outros se avizinham. Como refere Ali-Can (2011) “(...) ser Enfermeiro Especialista passa também pela vontade em querer sê-lo, em procurar constantemente o grau de excelência nos cuidados prestados ao doente/família, e fomentar este conceito na equipa multidisciplinar onde estamos inseridos”. A reflexão e formação contínua dos enfermeiros permite um desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e enquanto disciplina. O processo de reflexão é indispensável, permitindo, em contexto de trabalho, níveis progressivos de desenvolvimento e confronto, num processo ainda não acabado que conduz à autonomia, ao desempenho livre e responsável da atividade profissional. Desta reflexão, decorrerá a inovação e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ser competente é um processo complexo que se desenvolve ao longo do tempo, pelo que o desenvolvimento de competências vai continuar no meu futuro. Com todo este processo sinto-me capacitado para trabalhar com autonomia, inserido numa equipa multidisciplinar, utilizando o processo de enfermagem nos diferentes níveis. Pretendo continuar a ampliar e aplicar os conhecimentos adquiridos no campo profissional, contribuindo sempre para a melhoria dos cuidados prestados.



#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, J. et al (2001) - Breaking bad news – development of a hospital-based training workshop. **The Lancet Oncology**. [em linha]. Vol. 2 (Junho, 2001) p. 380-384. Acedido em 26/02/2014. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(00\)00393-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(00)00393-4/fulltext);
- ABREU, Wilson (2007) – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, formação e saúde. ISBN 978-9728-4858-70;
- AFONSO, Carla Alexandra Morais (2010) – **Um olhar reflexivo sobre práticas e vivências**. Lisboa. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [em linha]. Acedido em: 10/01/2014. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9272/1/Relatorio%20%28revis%C3%A3o%29.pdf>;
- ALARCÃO, Isabel (2001) - Do olhar supervisoivo ao olhar sobre a supervisão. In: RANGEL, M. - **Supervisão pedagógica. Princípios e Práticas**. Campinas: Papyrus Editora, 2001;
- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José. (2003) – **Supervisão da Prática Pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. 2ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina;
- ALI-CAN, José Filipe Figueiredo (2011) – **Relatório de Estágio**. Lisboa. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [em linha]. Acedido em: 06/06/2013. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9430/1/RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20final.pdf>;

- ALMANZA-MUÑOS, José De Jesus; HOLLAND, Jimmie (1999) – La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia. **Revista de Sanidad Militar**. [em linha]. Vol. 53 (Março-Abril 1999). p. 220-224. Acedido em 03/01/2013. Disponível em:  
[http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=9864&id\\_seccion=986&id\\_ejemplar=1017&id\\_revista=16](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=9864&id_seccion=986&id_ejemplar=1017&id_revista=16)
- ALMYROUDI, A. et al (2010) – Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. **Psycho-oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral dimensions of Cancer** [em linha]. Vol. 20 (Agosto, 2011). p. 871-879. Acedido em: 03/01/2013. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1798/full>
- ARAÚJO, Janete A.; LEITÃO, Elizabeth Maria P. (2012) - A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. [em linha]. Rio de Janeiro. Vol. 11. Nº 2. p. 58-62. Acedido em 05/01/2013. Disponível em:  
[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=327](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327)
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALAS OPERATÓRIAS PORTUGUESES (2006) – **Enfermagem Peri-operatória: Da filosofia à prática dos cuidados**. Lisboa: Lusodidacta;
- ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES (2005) – **Recommended Practices for Positioning the Patient in the Perioperative setting**. Denver;
- AYARRA, Mayte; LIZARRAGA, S. (2001) – Malas notícias y apoio emocional. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**. [em linha]. Vol. 24. Suplemento 2 (2011) p. 55-63. Acedido em: 06/01/2013. Disponível em:  
<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5897/4753>
- BACK, A. et al (2011) – What Patients Value When Oncologists Give News of Cancer Recurrence: Commentary on Specific Moments in Audio-Recorded Conversations. **The Oncologist** [em linha]. Vol. 16, Nº 3 (Março 2011), p. 342-350. Acedido em: 05/01/2013. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228111/>

- BAIRD, Gillian; MCCONACHIE, Helen; SCRUTTON, David (2000) - Parent's perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. **Archives of Disease in Childhood**. [em linha]. Vol. 83 (2000) p. 475-480. Acedido em: 10/01/2013. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/83/6/475.full>
- BARBOSA, António. (2004) - Comunicação com o doente em estado terminal. In: GOMES-PEDRO & BARBOSA - **Comunicar na clínica, na Educação, na Investigação e no Ensino**. Lisboa: Climepsi. p. 73-80;
- BENNER, Patricia (2001) - **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora. p. 57-58;
- BROWN, V. et al (2011) – Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Center. **European Journal of Cancer Care** [em linha]. Vol. 20 (Janeiro 2011), p. 56-61. Acedido em: 04/01/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-354.2009.01156.x/full>
- BUCKMAN, Robert (1984) - Breaking bad news: Why is it still so difficult? **British Medical Journal**. [em linha]. Nº 288 (Maio, 1984) p. 1597-1599. Acedido em: 04/01/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>
- BUCKMAN, Robert (1992) - How to break bad news: A guide for health care professionals. **The Journal of the Canadian Chiropractic Association**. [em linha]. Vol. 37, Nº 2 (Junho, 1993) p. 121-122. Acedido em: 04/01/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2484975/>
- BUCKMAN, Robert (2000) - Communication skills in palliative care: a practical guide. **Neurologic Clinics**. [em linha]. Vol. 19, Nº 4 (Novembro, 2011). Acedido em: 06/01/2013. Disponível em: <http://services.medicine.uab.edu/publicdocuments/palliativecare/Communication%20skills%20in%20palliative%20care.pdf>
- CARAPINHEIRO, Graça (1993) – **Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento;

- CARLUCCI, Viviane Dias S. et al. (2004) - A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. [em linha]. Vol. 41, Nº 1 (Março 2007) p. 21-28. Acedido em: 23/06/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a02>
- CARVALHO, Fernando Loureiro (2010) - **Significados da reabilitação: perspectiva de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares**. Ribeirão Preto. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [em linha]. Acedido em: 26/06/2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28112011-162049/en.php>
- CASTRO, Aldemar; GOLDENBERG, Saúl; GUIMARÃES, Carlos (2001) – **Elaboração e Apresentação de Comunicação Científica**. [em linha]. São Paulo: AAC. Acedido em: 03/11/2013. Disponível em: [http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4\\_01\\_planeja.PDF](http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4_01_planeja.PDF)
- CIANCIARULLO, T. (2003) - Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência. In: LEITÃO, Ilse; PONTES, Alexandra; RAMOS, Islane – Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.61, Nº 3 (Maio-Junho, 2008). Acedido em: 27/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- CHIAVENATO, Idalberto (2004) - **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus;
- COELHO, Joselena; ARAÚJO, Sílvia Teresa (2010) - Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. **Acta Paulista de Enfermagem**. [em linha]. São Paulo. Vol. 23, Nº 1 (2010). p. 60-64. Acedido em: 04/06/2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000100001000010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000100001000010&script=sci_arttext)

- CRONIN, Joseph (2003) - The introduction of the Manchester Triage Scale to an emergency department in the Republic of Ireland. **Accident and Emergency Nursing**. [em linha]. Vol.11, Nº 2 (Abril, 2003) p. 121-125; Acedido em: 11/11/2013. Disponível em: [http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yaaen/article/S0965-2302\(02\)00218-7/pdf](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yaaen/article/S0965-2302(02)00218-7/pdf)
- DIAS, António Alberto (2011) – **Relatório de Estágio**. Porto. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. [em linha]. Acedido em: 20/12/2013. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8728>
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE CALOUSTE GULBENKIAN DE BRAGA (2003) - Licenciatura em Enfermagem: Reestruturação do Plano de estudos. In: MACEDO, Ana Paula – Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. **Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia**. [em linha]. Acedido em: 11/12/2013. Disponível em: [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR4628bb4a557a5\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf)
- ESPINEY, Luísa (1997) - Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, Rui - **Formação e Situações de Trabalho**. Porto: Porto Editora, p. 169-188.
- ESPINOSA, M. et al (1996) – Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. **Support Care cancer**. [em linha] Vol. 4, Nº 1 (1996) p. 61-63. Acedido em: 03/01/2013. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01769878#>
- ESPÍRITO SANTO SAÚDE (2007) – **Hospital da Luz: Manual de Acolhimento**. Acessível no Hospital da Luz;
- FALLOWFIELD, Lesley (1993) – Giving sad and bad news. **The Lancet** [em linha]. Vol. 341 (Fevereiro, 1993) p. 476-478. Acedido em: 10/01/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0140673693902197>

- FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS, Valerie (2004) - Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **The Lancet** [em linha]. Vol. 363 (Janeiro, 2004) p. 312-319. Acedido em: 10/01/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603153925>
- FERNANDES, Isabel Maria (2008) – **What about the rogue? Survival and Metamorphosis in Contemporary British Literature**. [em linha]. Lisboa. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa. Acedido em 04/09/2013. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/594/1/17266\\_Tese\\_de\\_Dout\\_Ana\\_Fernandes.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/594/1/17266_Tese_de_Dout_Ana_Fernandes.pdf)
- FRIAS, Cidália (2003) - **A aprendizagem do cuidar e a morte**. Loures: Lusociência;
- FRIEDRICHSEN, Maria; STRANG, Peter; CARLSSON, Marianne (2002) - Cancer patient's interpretations of verbal expressions when given information about ending cancer treatment. **Palliative Medicine**. [em linha]. Vol. 16, Nº 4 (Julho, 2002) p. 323-330. Acedido em: 05/01/2013. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/16/4/323.full.pdf+html>
- GALVEIAS, Maria de Fátima (2008) - **Prática Pedagógica: Cenário de formação profissional**. Santarém. Comunicação apresentada nas Jornadas de Prática Pedagógica na Escola Superior de Educação de Santarém. [em linha]. Acedido em: 06/04/2014. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/289/1/H1.pdf>
- GOMES, Dino R.; SERRA, Maria C.; PELLON, Marco A. (1997) - **Tratamento de Queimaduras: Um guia Prático**. Rio de Janeiro: Revinter;
- GONÇALVES, Rui Filipe Lopes (2003) – Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório. **Informar**. Vol. 9, N º30 (Agosto, 2003) p.14-18.
- GONÇALVES, Mónica Samara; MIRANDA, Patrícia Cristina (2004) – **Vivenciar o morrer de um ente querido: Parece que estamos a morrer juntos**. Monografia apresentada à Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem. [em linha]. Acedido em: 16/05/2013. Disponível em:

[http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_09.pdf](http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_09.pdf)

- GORANSSON, Katarina et al (2008) - Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 61, Nº 2 (Janeiro, 2008) p. 163-172.
- GRECO, Giuseppe et al. (2007) - Tratamento de pacientes queimados internados em hospital geral. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**. [em linha]. Vol. 22, Nº 4 (2007) p. 228-232. Acedido em: 26/05/2013. Disponível em: <http://rbcp.org.br/imageBank/PDF/22-04-06.pdf>
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – **Triagem de Prioridades na Urgência: Sistema de Manchester**. [em linha]. Acedido em: 06/11/2013. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>
- GRUPO DE TRABALHO DAS URGÊNCIAS (2006) - **O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização de Cuidados Urgentes e Emergentes**. [em linha]. Acedido em: 07/11/2013. Disponível em: [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads\\_HEPE/producao\\_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)
- HERON, John (2001) - **Helping the client. A creative practical guide**. [em linha]. 5ª edition. London: Sage Publications. Acedido em: 06/01/2014. Disponível em: <http://www.human-inquiry.com/hthec.pdf>
- HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Lusociência - Edições técnicas e científicas;
- HESBEEN, Walter (2001) - **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7;
- HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA (2009) – **O Hospital**. [em linha]. Acedido em: 25/05/2013. Disponível em: [http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital\\_9#26](http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital_9#26)
- HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER (2003) – Cidadania, humanização e qualidade. **A Ponte – Jornal do HSFX**. [em linha]. Nº 1 (Novembro, 2003). Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.hsfxavier.min->

[saude.pt/Downloads\\_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/A%20Ponte/Ano%202003/ponte1-Nov2003.pdf](http://saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/A%20Ponte/Ano%202003/ponte1-Nov2003.pdf)

- INFANTE, Ana Catarina Sanches (2011) – Dor iatrogénica em Oncologia e sua prevenção. **Revista Dor** [em linha] Vol. 12, Nº 1 (Janeiro-Março, 2011) p. 54-57. Acedido em: 16/12/2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2011/v12n1/a1791.pdf>
- JARDIM, D. et al (2009) - **Cuidado de enfermagem ao paciente grande queimado no ambiente hospitalar**. Belo Horizonte. Projeto de pesquisa apresentado à Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde de Belo Horizonte. [em linha]. Acedido em: 19/06/2013. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/25064140/2080593744/name/7+EXEMPLO+VALIDO+PROJETO+TCC+QUEIMADOS.pdf>
- LUCAS, Julieta (2002) - Integração de enfermeiros no bloco operatório. **Revista AESOP**. Vol. 3, Nº 8 (2002) p. 6;
- MACEDO, Jefferson.; SANTOS, João Barberino (2006) - Complicações infecciosas em pacientes queimados. **Revista da Sociedade Brasileira Cirurgia Plástica**, Vol. 21, Nº 2 (2006), p. 108-111. Acedido em: 11/06/2013. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/21-02-08.pdf>
- MADEIRA, S. et al (2011) – **Manual de Suporte Avançado de Vida**. 2ª Edição. Instituto Nacional de Emergência Médica;
- MARQUES, Joana Faria et al (2008) – Revisões sistemáticas: O que são e para que servem. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo-facial**. [em linha]. Vol. 49, Nº 3 (Julho-Setembro 2008). Acedido em: 14/12/2013. Disponível em: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=90137562&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=330&ty=42&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v49n03a90137562pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90137562&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=330&ty=42&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v49n03a90137562pdf001.pdf)
- MEDEIROS, Júlia; MANSILHA, Armando (2012) - Estratégia terapêutica na doença venosa crónica. **Angiologia e Cirurgia Vascul**. [em linha]. Lisboa. Vol. 8, Nº 3 (Setembro, 2012). Acedido em: 09/06/2013. Disponível

em:[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-706X2012000300001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2012000300001&lng=pt&nrm=iso)

- MELEIS, A. (2010) - **Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company.
- MIRANDA, Jeanne; BRODY, Robert V. (1992) - Communicating bad news. **Western Journal of Medicine**. [em linha] Vol. 156 (Janeiro, 1992) p. 83-85. Acedido em: 09/12/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1003165/>
- MONIZ, José Manuel Nunes (2003) – **A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A Prática de Cuidados como Experiência Formativa**. Loures: Lusociência. p. 133. ISBN 972-8383-49-5;
- MORGAN, Elaine R.; WINTER, Robert J. (1996) – Teaching communication skills. An essential part of residency training. **Archives of Pediatric & Adolescence Medicine**. Vol. 150 (Junho, 1996) p. 638-642;
- NUTRICES (s.d) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Projecto de Estágio Ensino Clínico VIII**. [em linha]. Acedido em: 18/10/2013. Disponível em: <http://www.trabalhosdeenfermagem.com/2011/04/enfermagem-medico-cirurgica-projecto-de.html>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - **Parecer da Ordem: Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante**. Lisboa: OE;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos**. Lisboa: OE;
- PEPLAU, Hildegard (1993) - **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica**. Barcelona: Masson-Salvat;
- PEREIRA, Carina Andreia A. (2010) - **A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: Contributos de enfermagem**. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [em linha]. Acedido em 03/12/2013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26912/3/Tese%20Carina.pdf>

- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves (2005) - Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto – Enfermagem** [em linha]. Vol.14, Nº 1 (Janeiro-Março, 2005). Acedido em: 09/12/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
- PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003) - **Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica**. 6ª edição. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-65-7;
- PINTO, Victor Feytor (1996) – Humanização e qualidade de vida. **Servir**. Vol. 44, Nº 1 (1996) p. 12-20;
- PIRES, Adriane Pacheco (1998) - **Comunicação de más notícias**. [em linha]. Acedido em: 06/12/2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm>
- PLOWRIGHT, Catherine (1996) - Necessidades das visitas na Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing**. Vol. 9, Nº 102 (Julho-Agosto, 1996) p. 30-32;
- PONTES, Alexandra; LEITÃO, Ilse; RAMOS, Islane (2008) – Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Brasília. Vol. 61, Nº 3 (Maio-Junho, 2008). Acedido em: 19/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (2001) - **Rede Hospitalar de Urgência/Emergência**. [em linha] Acedido em: 02/10/2013. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%20C3%87%20C3%83%20DE%20URG%20ANCIA%20EMERG%20ANCIA.pdf>
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) – Regulamento Nº. 122/2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. D.R: II Série, Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. P. 8648. Acedido em: 06/02/2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

- POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. (1998) - **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar**. São Paulo: Livraria Santos Editora;
- PTACEK, J.T.; PTACEK, John J. (2001) – Patient’s Perceptions of receiving bad news about cancer. **Journal of Clinical Oncology**. [em linha] Vol. 19, Nº 21 (Novembro 2001). p. 4160-4164. Acedido em: 06/12/2012. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/19/21/4160.full.pdf+html>
- RAMALHO, Anabela (2005) – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda;
- ROCHA, Maria Lúcia (2003) - **Repensar o ensino de Enfermagem: Para enfrentar os novos desafios da bioética**. Porto. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica apresentada na Faculdade de Medicina do Porto da Universidade do Porto. [em linha]. Acedido em: 06/03/2013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9842>
- RODRIGUES, Vítor (1999) – **A Complexidade dos problemas humanos no Hospital**. Vila Real: Edições do Norte, Lda. p. 93. ISBN 972-8546-00-9;
- SHEEHY, Susan (2011) - **Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática**. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-63-9;
- SILVA, Daniel Marques (2002) - Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. **Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. [em linha], Vol. 26 (Julho, 2002). Acedido em: 04/04/2013. Disponível em [http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26\\_24.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm)
- SILVA, Maria Amélia (2010) – **Necessidade Pré-Operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem**. Porto. Dissertação submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. [em linha]. Acedido em: 29/12/2013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>
- SILVA, Regina Maria, CASTILHOS, Ana Paula (2010) - A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um

facilitador para implementação das ações de enfermagem. **Queimaduras - Revista Brasileira de Queimaduras** [em linha]. Vol. 9, Nº 2 (Abril-Junho, 2010) p. 60-65. Acedido em: 03/06/2013. Disponível em: [http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=36](http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=36)

- SOUSA, Luís Carlos Marques (2002) – A autonomia da escola nas políticas educacionais de Pernambuco. **Nutrices** [em linha]. Acedido em: 13/12/2012. Disponível em: <http://www.trabalhosdeenfermagem.com/2011/04/enfermagem-medico-cirurgica-projecto-de.html>
- THELAN, Lynne A. et al (1994) – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta;
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha (2004) – **Teóricas de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383 74-6;
- TORMENTA, Susana Fernandes (2011) – **Relatório**. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [em linha]. Acedido em: 06/01/2014. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8870>
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (2013) – **Guia de Estágio: Curso de mestrado em enfermagem área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica**. Lisboa.
- VALE, Everton Carlos (2005) - Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia** [em linha] Vol. 80, Nº 1 (2005) p. 9-19. Acedido em: 17/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>
- VANDEKIEFT, Gregg K. (2001) – Breaking bad news. **American Family Physician**. [em linha] Vol. 64, Nº 12 (Dezembro, 2001). Acedido em: 16/12/2012. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html>
- VASCONCELOS, Eduardo (1992) - Receba bem o estagiário. In: SILVA, Daniel Marques; SILVA, Ernestina – O Ensino Clínico na Formação em

Enfermagem. **Formar**. [em linha]. Nº 7 (1992). Acedido em: 16/04/2013.  
Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/8.pdf>

- VAZ, Célia; CATITA, Paula (2000) - Cuidar no Serviço de Urgência. **Revista Nursing**. Nº 148 (Setembro 2000). p. 14-17.
- VIEIRA, Marianne P.; PIRES, Natália. S.; SANTOS, Vanessa C. (2010) - **O acesso dos familiares a unidades de terapia intensiva: Uma forma de comunicação com a equipe**. Trabalho final de Curso apresentado na Universidade Federal do Pampa. [em linha]. Acedido em: 06/05/2013.  
Disponível em:  
<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/VIEIRA-M.-P.-PIRES-N.-S.-SANTOS-V.-C.-O-acesso-dos-familiares-%C3%A0-Unidade-de-Terapia-Intensiva-uma-forma-de-comunica%C3%A7%C3%A3o-com-a-equipe.pdf>
- VILAGRASA, Pilar (1991) – Professional del paciente de acogida de los hospitales. **Todo Hospital**. Barcelona. Nº 77 (Junho, 1991). p. 23-29.
- WITTMANN, E. et al (2011) – Comparison of patients’ needs and doctors’ perceptions of information requirements related to a diagnosis of esophageal or gastric cancer. **European Journal of Cancer Care** [em linha]. Vol. 20 (Março, 2011) p. 187-195. Acedido em: 11/12/2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2009.01169.x/full>



# APÊNDICES



# **Apêndice 1**

## ***Sessão de Formação:***

*“Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência”*





Universidade Católica Portuguesa de Lisboa  
Hospital S. Francisco Xavier



## Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência

Por: Enf. Gonçalo Plácido  
Enf. Orientador: Jorge Ribeiro  
Prof. Orientador: Prof.ª Dra. Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, 2013

## Objectivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação com o cliente e/ou família que recorre ao Serviço de Urgência (S.U.), especificamente na área da transmissão de más notícias;
- Apresentar o protocolo de transmissão de más notícias de Buckman (1992);
- Promover a reflexão dos profissionais sobre a prática da comunicação com o cliente e/ou família que recorre ao S.U., no que respeita à transmissão de más notícias;

## Contextualização

- Urgências/emergências médicas
- Situações clínicas súbitas
- Intervenção médica imediata



## Cliente e família no S.U.

- Incerteza quanto ao **presente** e **futuro**
- Perspectivas de vida
  - "O que se passa?"
  - "A cura será completa?"
  - "A morte poderá ocorrer?"
  - "Sentirá dor?"

(Corrêa et al, 2002)

# Cliente e família no S.U.

## Necessidades do cliente/família

- Informações
- Confirmação/negação dos seus medos e receios
- Apoio
- Conforto

(Corrêa et al. 2002)

# Cliente e família no S.U.

## Barreiras à comunicação - família

- Receio de atrapalhar
- Incomodar os profissionais
- Perguntas despropositadas
- Multiculturalidade

(Corrêa et al. 2002)

# Cliente e família no S.U.

## Barreiras à comunicação – Relatos de Enfermeiros

- o '(...) não saber por onde começar o diálogo.'
- o 'Não sei como dar apoio depois disso...' (má notícia)
- o '(...) Existe falta de relação com os familiares.'
- o '(...) tenho o receio de alimentar falsas expectativas.'

(Vieira, 2010)

# Cliente e família no S.U.

## o Barreiras à comunicação - Enfermeiros

- o Formação
- o Multiculturalidade
- o Reflexão
- o Inerentes ao ambiente físico do serviço

(Vieira, 2010)

## Cliente e família no S.U.

### ◦ Transmissão de más notícias

- "(...) qualquer informação que afecta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro" (Buckman, 1992)

- (...) comparável a outros procedimentos clínicos que requerem a execução de um plano por etapas. (...)" (Luz, 2012)

## Cliente e família no S.U.

### ◦ Objectivos da reunião da transmissão de más notícias

1 - Recolher informação do doente

2 - Providenciar informação perceptível, de acordo com desejos e necessidades do receptor

## Cliente e família no S.U.

o Objectivos da reunião da transmissão de más notícias

3 - Apoiar o paciente utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo receptor da má notícia

4 - Desenvolver um plano de cuidados com a colaboração do doente

## Cliente e família no S.U.

Investigação na área da transmissão de más notícias:

- Almyroudi, A. [et al] - 2011

- Back, A. L. [et al] - 2011

- Brown, V. E. [et al] - 2011

- Wittmann, E. [et al] - 2011

## Cliente e família no S.U.

### ◦ Aspectos valorizados pelo receptor

- Transmissão da informação por um médico ou enfermeiro de referência;
- Transmissão da maior quantidade possível de informação quer sobre a doença quer sobre opções terapêuticas e seus efeitos secundários, de forma faseada;

## Cliente e família no S.U.

### ◦ Aspectos valorizados pelo receptor

- Honestidade;
- Ambiente de abertura à colocação de perguntas e dúvidas por parte da pessoa;
- O profissional deve estar disponível para a reunião e não apressá-la;

## Cliente e família no S.U.

### ◦ Aspectos valorizados pelo receptor

- O profissional deve tomar a iniciativa do diálogo e ajudar a pessoa a compreender a informação dada, lembrando-a também das suas próprias capacidades e recursos para lidar com a doença;

## Cliente e família no S.U.

### ◦ Protocolo de Buckman (1992)

- 6 etapas ou tarefas
- Deverão seguir-se umas às outras, em sequência

## Cliente e família no S.U.

o Protocolo de Buckman (1992)

S - *Setting*

P - *Perception*

I - *Invitation*

K - *Knowledge*

E - *Empathy*

S - *Strategy*

## Cliente e família no S.U.

o Protocolo de Buckman (1992)

- 1ª etapa: Planear a entrevista (*Setting*)

- 2ª etapa: Descobrir o que o receptor sabe  
(*Perception*)

- 3ª etapa: Descobrir o que o receptor quer  
saber (*Invitation*)

# Cliente e família no S.U.

## o Protocolo de Buckman (1992)

- 4ª etapa: Transmissão de informação ao receptor (*Knowledge*)
- 5ª etapa: Gerir as emoções do receptor com empatia (*Empathy*)
- 6ª etapa: Planear o acompanhamento (*Strategy*)

## SPIKES: A Six-Step Protocol for Breaking Bad News

Ronate Lenzi, MD

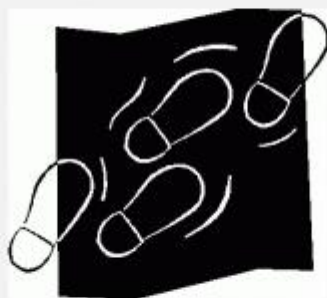


1. Bell WR, Buckman R, Lenzi R, et al. *Doody's* 5,382, 2020

## Comunicação no S.U.



## Comunicação no S.U.



# Bibliografia

- ◊ ALMYROUDI, Augustina [et al] - **Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients.** *Psycho-oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral dimensions of Cancer* [em linha]. Vol. 20 (Agosto 2011), pp. 871-879. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1796/full>
- ◊ BACK, A. L. [et al] - **What Patients Value When Oncologists Give News of Cancer Recurrence: Commentary on Specific Moments in Audio-Recorded Conversations.** *The Oncologist* [em linha]. Vol. 16 (Março 2011), pp. 342-350. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228117/>
- ◊ BROWN, V. A.; PARKER, P. A.; FURBER L. & THOMAS A.L. - **Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Center.** *European Journal of Cancer Care* [em linha]. Vol. 20 (Janeiro 2011), pp. 56-61. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-354.2009.01156.x/full>

# Bibliografia

- ◊ BUCKMAN, R. - **How to break bad news: a guide for health care professionals.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, p. 240.
- ◊ CORRÊA, Adriana; Sales, Catarina; Soares, Luciana - **A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro** in *Acta Scientiarum* vol.24, nº3, pp. 811-818. 2002. Disponível em: <http://edue.mgjs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/2543/1881>
- ◊ WITTMANN, E. [et al] - **Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer.** *European Journal of Cancer Care* [em linha]. Vol. 20 (Março 2011), pp. 56-61. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-354.2009.01169.x/full>

## **Apêndice 2**

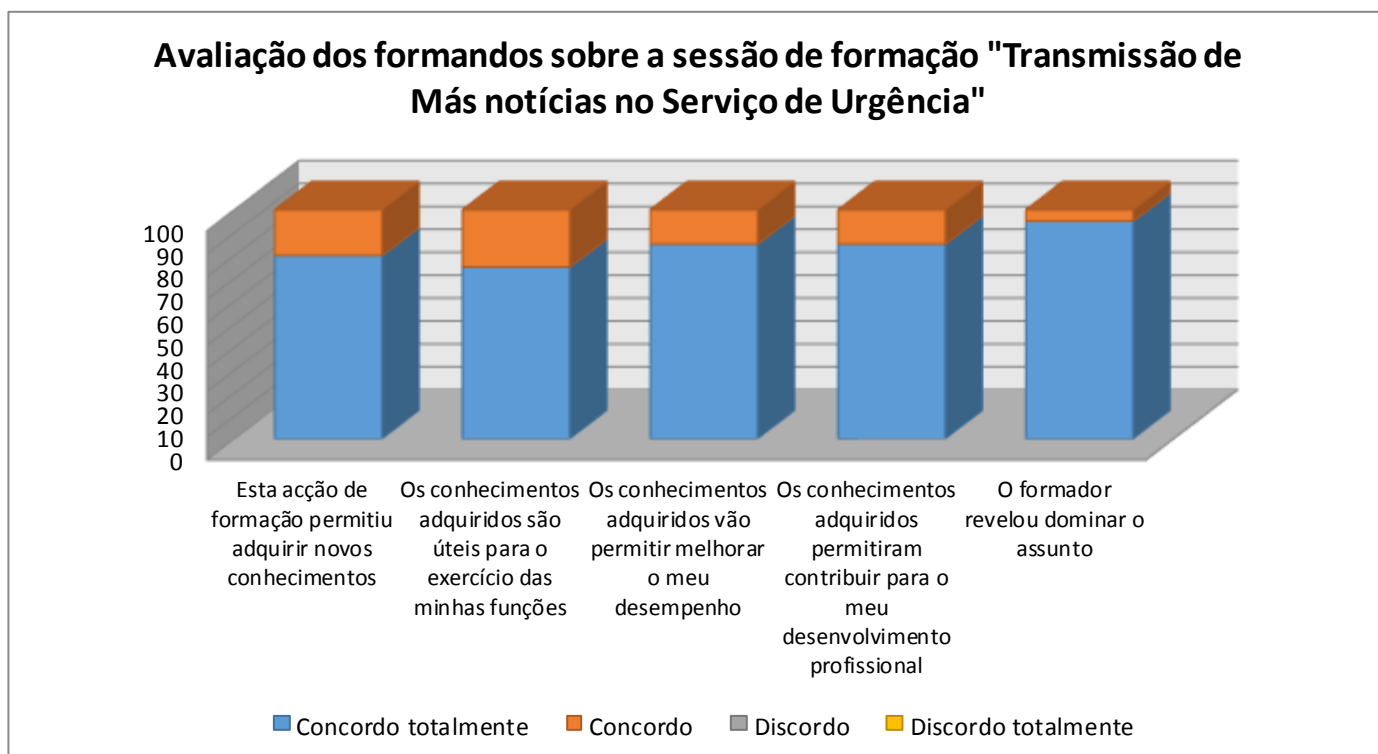
*Apresentação e análise dos resultados da Sessão de Formação:*

*“Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência”*



Nesta ação de formação participaram 20 enfermeiros que trabalham no serviço de urgência. A formação realizada por duas vezes de forma a tentar abranger o maior número de participantes.

De seguida apresenta-se o gráfico com os resultados dos itens que considerei mais relevantes do formulário de avaliação desta atividade.



Resumidamente, dos resultados do formulário de avaliação saliente:

- Aquisição de novos conhecimentos – 80% concordo totalmente, 20% concordo;
- Utilidade para o exercício das funções – 75% concordo totalmente, 25% concordo;
- Contributo para o melhoramento do desempenho – 85% concordo totalmente, 15% concordo;
- Contributo para o desenvolvimento profissional – 85% concordo totalmente, 15% concordo;
- Domínio do tema pelo formador – 85% concordo totalmente, 15% concordo;

Perante os resultados apresentados considero que esta formação foi do agrado e de bastante relevância para os enfermeiros presentes.



## **Apêndice 3**

### ***Norma de Serviço***

*“Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência”*



# Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência

*Proposta de Norma de serviço*

**Professora Orientadora:**

Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

**Enfermeiro Orientador:**

Enfermeiro Jorge Ribeiro

**Mestrando:**

Gonçalo Plácido nº192012001



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA



*“Os enfermeiros terão sempre a oportunidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas(...).”*

Hesbeen (2000:47)



## *Índice*

1. Introdução.....	5
2. Contextualização.....	7
3. Proposta para Instrução de Trabalho/Protocolo/Norma de Serviço.....	9
4. Considerações finais.....	12
5. Referências bibliográficas.....	13



## *1. Introdução*

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Estágio – Enfermagem de Urgência, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Pontífice de Sousa com a colaboração do Enfermeiro Jorge Ribeiro.

Cada vez com maior frequência, os profissionais de saúde defrontam-se com uma realidade de exigências técnicas, às quais prontamente têm de dar resposta. No entanto, também a sensibilidade para o sofrimento das pessoas/famílias tem de ser valorizado para assim se desenvolverem estratégias adequadas para a prestação de Cuidados Humanizados.

Hoje, a Enfermagem é uma disciplina dinâmica, em constante evolução no seu saber científico que cada vez mais reúne informações através da investigação que realiza. O Enfermeiro Especialista tem um papel fundamental neste processo. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é o profissional com competências para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, atuando como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática dos cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, através da identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (Portugal, 2010). Uma vez que este estágio preconiza a aquisição/desenvolvimento das referidas competências, entre outras, foi identificado no decorrer do mesmo a necessidade de formação a nível da comunicação com o cliente/família, especificamente, no processo de transmissão de más notícias pelos profissionais de saúde.

Este trabalho tem assim por objetivo propor uma norma de serviço para uma transmissão de más notícias mais eficaz e eficiente, sobretudo mais humanizada; e encontra-se dividido em quatro capítulos entre os quais a introdução, a contextualização do tema, a proposta de norma de serviço e nota final.



## 2. Contextualização

Apesar de ser uma tarefa praticamente inevitável, transmitir uma má notícia a um cliente e/ou família continua a ser uma parte difícil e especial do trabalho dos profissionais de saúde. São situações que geram grande perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, 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, 2005). Esta situação torna-se mais real sobretudo no Serviço de Urgência pois sendo este um serviço que abrange todas as situações clínicas de instalação súbita, os clientes e/ou família encontrar-se-ão emocionalmente mais instáveis. Neste sentido, todo o processo de transmissão de más notícias, especificamente, de informação sobre o diagnóstico, o prognóstico, entre outros, principalmente por tem sido objeto de debate e de investigação, predominantemente nos últimos cinco anos. Efetivamente, este período de tempo tem sido associado a um exponencial aumento do interesse, e consequentemente da investigação, não somente por parte de investigadores mas também de profissionais de saúde no sentido de orientar e fornecer recomendações sobre quais as formas mais eficazes de transmitir más notícias às pessoas que recorrem às instituições de saúde (Ptacek & Ptacek, 2001), uma vez que existe falta de formação a este nível, especificamente, falta de treino em competências comunicacionais (Fallowfield, 1993). O que é dito ao paciente e, acima de tudo, como é dito, é determinante para o seu bem-estar, uma vez que vai influenciar a forma como o cliente e/ou família lida com a informação e se ajusta à sua nova situação (Friedrichsen, Strang & Carlsson, 2002), ou seja, como a pessoa irá vivenciar o receber da má notícia, a sua compreensão e, em última análise, a forma como se irá adaptar à sua nova realidade, a forma como irá estruturar o seu mundo a partir desse momento.

Diversas definições de má notícia podem ser encontradas na literatura. Buckman (1992) refere que “(...) má notícia pode ser qualquer informação que afeta negativamente a vida futura do indivíduo”. Poderá ser também definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspetiva de futuro num sentido negativo (Buckman, 1992; Miranda & Brody, 1992). No entanto, Ayarra e Lizarraga (2001) defendem que “(...) não existe uma definição de má notícia [e que] quem deverá decidir se é ou não uma má notícia é a pessoa a quem afeta a informação”.

Assim, e porque como refere Barroso (2000, p.175) “(...) transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil (...), Buckman desenvolveu um protocolo que

pudesse tornar este processo mais estruturado tornando-o mais eficiente e eficaz. Este consta de seis passos: 1º Preparação do local e do ambiente; 2º Descobrir o que o doente sabe; 3º Descobrir o que o doente quer saber; 4º Partilhar a informação; 5º Responder às emoções do doente; 6º Planear o acompanhamento.

Perante as necessidades de formação identificadas neste serviço será esta a ferramenta proposta para a realização de uma norma de serviço que permita aos profissionais do mesmo proceder a uma transmissão de más notícias de forma mais coerente, estruturada, eficaz e, acima de tudo, humana. De seguida irá ser apresentada a referida proposta para Norma de serviço para Transmissão de Más Notícias no Serviço de Urgência.

### *3. Proposta de Norma de Serviço*

#### **I – Definição:**

Má notícia pode ser definida como “(...) toda a notícia que modifica radicalmente e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro. Quanto maior a distância entre as expectativas do doente e a realidade médica, pior parecerá a notícia.” (Pereira, 2005) ou como “(...) qualquer informação que afecta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro” (Buckman, 1992; Miranda & Brody, 1992; Ptacek & Ptacek, 2001; Tara & Eberhardt, 1993). Má notícia poderá então ser entendida como algo que o cliente e/ou família percebe como negativo e que o irá afetar temporária ou permanentemente de forma adversa.

#### **II – Finalidade:**

- Melhorar o processo de transmissão de más notícias ao cliente e/ou família;
- Promover a humanização dos Cuidados de Enfermagem prestados no Serviço de Urgência;

#### **III – Objetivos:**

- Fomentar uma relação empática com o cliente e/ou família, aumentando o grau de satisfação com a qualidade dos cuidados prestados aos mesmos;
- Otimizar o processo de transmissão de más notícias ao cliente e/ou família promovendo a adesão dos mesmos ao plano terapêutico ou a adaptação da família em situação de óbito do cliente;

#### **IV – Informações Gerais:**

##### **A – Quem executa:**

O enfermeiro ou a pessoa mais capacitada para o procedimento

##### **B – Frequência:**

De acordo com a prescrição autónoma do enfermeiro, respeitando as necessidades identificadas no cliente e/ou família, assim como o funcionamento e organização do serviço

## **V – Material e equipamento:**

- Local reservado

## **VI – Procedimento:**

### **Passo 1: Planear/Preparar a entrevista**

- Procure alguma privacidade: Um gabinete é o ideal mas, se não há um disponível, puxe as cortinas em torno da unidade do cliente. Coloque lenços de papel à disposição no caso do cliente/família necessitar;
- Envolver pessoas importantes: A maior parte dos clientes deseja ter mais alguém com eles mas isso deve ser escolha pessoal. Quando existirem várias pessoas significativas (família, amigos, entre outros) peça ao cliente para escolher um ou dois representantes dos mesmos;
- Sente-se: Sentar-se relaxa o cliente/família e é também um sinal de disponibilidade. Quando se sentar tente que não haja barreiras entre você e o cliente. Se o tiver observado anteriormente, permita que se vista antes da discussão;
- Mantenha o contacto com o cliente/família: o contacto visual pode ser desconfortável mas é um modo importante de estabelecer a relação. Tocar no braço da pessoa ou segurar a sua mão (se o cliente/família se sente confortável com isso) é uma outra maneira de alcançar esse fim;
- Lide com as restrições de tempo e as interrupções: Informe os intervenientes de quaisquer restrições de tempo que possa ter ou de interrupções que sejam esperadas;
- Desligue o telemóvel.

### **Passo 2: Descobrir o que o recetor sabe**

- Procure saber o que o cliente sabe da sua situação clínica, o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais (Internet, etc.); e qual a sua compreensão sobre o plano terapêutico;
- Verifique se as informações que o cliente/família possuem estão corretas;
- Perceba se o cliente/família está comprometido com alguma variante de negação da doença: pensamento mágico, omissão de detalhes médicos essenciais ou expectativas não realistas do tratamento.

### **Passo 3: Descobrir o que o recetor quer saber**

- Procure saber desde o início se o cliente/família deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, o prognóstico e os pormenores dos tratamentos ou se prefere informações transmitidas de forma gradual;
- Disponibilize-se a responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos;
- Negocie a transmissão de informação no momento em que se pedem exames: se o cliente/família vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um ‘esboço’ que possibilite a discussão do plano terapêutico.

### **Passo 4: Transmitir a informação**

- Anuncie com delicadeza que existem más notícias para serem transmitidas dando tempo ao cliente/família para se dispor a escutá-las (ex. “Sinto que tenho de lhe dizer que não tenho boas notícias...”);
- Evite termos técnicos, adaptando-se ao vocabulário e ao nível de compreensão do cliente/família;
- Procure não revelar informação excessiva, evitando a transmissão de detalhes desnecessários;
- Informe de forma gradual, procurando aferir o progresso da sua compreensão;
- Quando o prognóstico é reservado, evite transmitir sentimentos de desistência, valorizando, ao invés, outros recursos (ex. Cuidados Continuados/Paliativos).

### **Passo 5: Abordar as emoções do cliente e/ou família com empatia**

- Favoreça a expressão do cliente/família sobre o impacto da má notícia, dando voz aos seus sentimentos e emoções para ajudá-los a superar estados de choque e evitar o descontrolo;
- Acolha a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade do acompanhamento;
- Procure respostas de reconhecimento e sintonia afetiva;
- Ensaie perguntas exploratórias que favoreçam a expressão dos sentimentos e das preocupações em jogo de forma a reduzir os sentimentos de isolamento do cliente/família;
- Expresse solidariedade e valide os seus sentimentos e pensamentos.

### **Passo 6: Planear o acompanhamento**

- Resuma as principais questões abordadas e trace uma estratégia ou um plano de tratamento para ajudar o cliente/família a sentirem-se menos ansiosos e inseguros;
- Antes de discutir um plano de tratamento, pergunte aos intervenientes se estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento;
- Envolver os intervenientes no processo de tomada de decisão;
- Avalie a compreensão das informações transmitidas;
- Seja honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos clientes/famílias.

(Buckman, 1992)

### **VII – Registos:**

- Local
- Hora
- Intervenientes
- Reacções à transmissão das informações

## *4. Considerações finais*

A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se numa das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. O desenvolvimento de competências comunicacionais nos profissionais de saúde, para que possam lidar com as dificuldades e ajudar da melhor forma possível os receptores da má notícia no processo de adaptação à doença ou luto torna-se desta forma fulcral. A utilização e familiarização com este protocolo revela-se uma possibilidade concreta para promover a capacitação do profissional nesta dimensão relacional, humana contribuindo assim para uma prestação de cuidados com qualidade crescente.

## 5. Referências Bibliográficas

- AYARRA, Mayte; LIZARRAGA, S. (2001) – Malas notícias y apoio emocional. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**. [em linha]. Vol. 24. Suplemento 2 (2011) p. 55-63. Acedido em: 06/01/2013. Disponível em: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5897/4753>
- BARROSO, Eduardo (2000) - **Coragem Eduardo!** [S.l.]. Oficina do livro
- BUCKMAN, Robert (1992) - How to break bad news: A guide for health care professionals. **The Journal of the Canadian Chiropractic Association**. [em linha]. Vol. 37, Nº 2 (Junho, 1993) p. 121-122. Acedido em: 04/01/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2484975/>
- FALLOWFIELD, Lesley (1993) – Giving sad and bad news. **The Lancet** [em linha]. Vol. 341 (Fevereiro, 1993) p. 476-478. Acedido em: 10/01/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0140673693902197>
- FRIEDRICHSEN, Maria; Strang, Peter; Carlsson, Marianne (2002) - Cancer patient's interpretations of verbal expressions when given information about ending cancer treatment. **Palliative Medicine**. [em linha]. Vol. 16, Nº 4 (Julho, 2002) p. 323-330. Acedido em: 05/01/2013. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/16/4/323.full.pdf+html>
- HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Lusociência - Edições técnicas e científicas;
- MIRANDA, Jeanne; BRODY, Robert V. (1992) - Communicating bad news. **Western Journal of Medicine**. [em linha] Vol. 156 (Janeiro, 1992) p. 83-85. Acedido em: 09/12/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1003165/>
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto – Enfermagem** [em linha]. Vol.14, Nº 1 (Janeiro-Março, 2005). Acedido em: 09/12/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) – Regulamento Nº. 122/2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. D.R: II

Série, Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. P. 8648. Acedido em: 06/02/2013.

Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

- PTACEK, J.T.; PTACEK, John J. (2001) – Patient’s Perceptions of receiving bad news about cancer. **Journal of Clinical Oncology**. [em linha] Vol. 19, Nº 21 (Novembro 2001). p. 4160-4164. Acedido em: 06/12/2012. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/19/21/4160.full.pdf+html>

# Apêndice 4

## *Poster*

*“Transmitindo más notícias – Protocolo de Buckman (1992)”*



# Transmitindo más notícias

## Protocolo de Buckman (1992)

Ricardo, Gonçalo do Carmo – Enfermeiro  
Enfermeiro no Bloco Operatório Central do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca  
Aluno do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### Introdução

Transmitir más notícias a uma pessoa e/ou família mantém-se uma parte difícil e especial do trabalho dos profissionais de saúde. Robert Buckman (1992) criou um protocolo capaz de colmatar as falhas dos profissionais de saúde a este nível. Este é constituído por seis etapas:

#### **1ª etapa – Planear a entrevista**

Prepare o ambiente certo: procure privacidade, estabeleça o limite temporal para o encontro, reveja a informação a transmitir antes de entrar na sala;

#### **2ª etapa – Descobrir o que o recetor sabe**

Descubra o que a pessoa sabe sobre a sua situação clínica, tome atenção a todas as palavras ditas, faça uma nota mental sobre a discrepância entre a situação clínica real e a percepção da pessoa;

#### **3ª etapa – Descobrir o que o recetor quer saber**

Estimule a participação da pessoa na transmissão das más notícias. Ex: O que quer saber? Como deseja que lhe transmita a informação?

#### **4ª etapa – Transmitir a informação**

Utilize os conhecimentos da pessoa como ponto de partida para a transmissão das informações clínicas. Utilize linguagem acessível. Valide constantemente a compreensão da informação pela pessoa;

#### **5ª etapa – Lidar com as emoções da pessoa e/ou família com empatia**

Seja empático: "Isto deve estar a ser muito duro para si". Reconheça o choro e raiva como respostas normais à transmissão deste tipo de informação. Transmita esperança realista: "Terá o melhor tratamento disponível";

#### **6ª etapa – Planear o acompanhamento**

Explique o plano de cuidados, qual o passo seguinte. Estimule a participação activa da pessoa no processo de tomada de decisão.



# **Apêndice 5**

## ***Sessão de Formação***

*“A Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos – Transmissão de más notícias”*





Universidade Católica Portuguesa de Lisboa  
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE



## A Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos

- Transmissão de más notícias -

Por: Gonçalo Plácido  
Enf. Orientadora: Áurea Tobio  
Prof. Orientadora: Patrícia Portifice de Sousa

Amadora, 2013

## Objectivos

- o Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos, especificamente na área da transmissão de más notícias;
- o Apresentar o protocolo de transmissão de más notícias de Buckman (1992);
- o Promover a reflexão dos profissionais sobre a prática da comunicação com a família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos, no que respeita à transmissão de más notícias;

## Contextualização da UCI



Aspirador de secreções

Alarmes do ventilador

Seringas infusoras



Soros

Monitores



## A família na UCI

- o Incerteza quanto ao presente e futuro
- o Perspectivas de vida
  - o "A cura será completa?"
  - o "A morte poderá ocorrer?"
  - o "Sentirá dor?"
  - o "Consegue perceber-nos?"

(Corrêa et al, 2002)

# Comunicação na UCI

## Necessidades da família

- Informações
- Confirmação/negação dos seus medos e receios
- Apoio
- Conforto

(Corrêa et al, 2002)

# Comunicação na UCI

## Barreiras à comunicação – família

- Receio de atrapalhar
- Incomodar os profissionais
- Perguntas despropositadas
- Multiculturalidade

(Corrêa et al, 2002)

# Comunicação na UCI

## Barreiras à comunicação – Relatos de Enfermeiros

- o '(...) não saber por onde começar o diálogo.'
- o 'Dar apoio após a transmissão da má notícia'
- o '(...) Existe falta de relação com os familiares.'
- o '(...) tenho o receio de alimentar falsas expectativas (...)'

(Vieira, 2010)

# Comunicação na UCI

## o Barreiras à comunicação - Enfermeiros

- o Formação
- o Multiculturalidade
- o Reflexão
- o Interiorização da dor dos familiares
- o Inerentes ao ambiente físico da Unidade

(Vieira, 2010)

## Comunicação na UCI

### ◦ Transmissão de más notícias

- "(...) qualquer informação que afecta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro" (Buckman, 1992)

- (...) comparável a outros procedimentos clínicos que requerem a execução de um plano por etapas. (...) (Luz, 2012)

## Comunicação na UCI

### ◦ Objectivos da entrevista da transmissão de más notícias

1 - Recolher informação do doente

2 - Providenciar informação perceptível, de acordo com desejos e necessidades do receptor

## Comunicação na UCI

o Objectivos da entrevista da transmissão de más notícias

3 - Apoiar o paciente utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo receptor da má notícia

4 - Desenvolver um plano de cuidados com a colaboração do doente

## Comunicação na UCI

Investigação na área da transmissão de más notícias:

- Almyroudi, A. [et al] - 2011

- Back, A. L. [et al] - 2011

- Brown, V. E. [et al] - 2011

- Wittmann, E. [et al] - 2011

## Comunicação na UCI

### ◦ Aspectos valorizados pelo receptor

- Transmissão da informação por um médico ou enfermeiro especialista;
- Transmissão da maior quantidade possível de informação quer sobre a doença quer sobre opções terapêuticas e seus efeitos secundários, de forma faseada;

## Comunicação na UCI

### ◦ Aspectos valorizados pelo receptor

- Honestidade;
- Ambiente de abertura à colocação de perguntas e dúvidas por parte da pessoa;
- O profissional deve estar disponível para a reunião e não apressá-la;

## Comunicação na UCI

### ◦ Aspectos valorizados pelo receptor

- O profissional deve tomar a iniciativa do diálogo e ajudar a pessoa a compreender a informação dada, lembrando-a também das suas próprias capacidades e recursos para lidar com a doença;

## Comunicação na UCI

### ◦ Protocolo de Buckman (1992)

- 6 etapas ou tarefas
- Deverão seguir-se umas às outras, em sequência

# Comunicação na UCI

o Protocolo de Buckman (1992)

S - *Setting*

P - *Perception*

I - *Invitation*

K - *Knowledge*

E - *Empathy*

S - *Strategy*

# Comunicação na UCI

o Protocolo de Buckman (1992)

- 1ª etapa: Planear a entrevista (*Setting*)

- 2ª etapa: Descobrir o que o recetor sabe  
(*Perception*)

- 3ª etapa: Descobrir o que o recetor quer saber  
(*Invitation*)

# Comunicação na UCI

## o Protocolo de Buckman (1992)

- 4ª etapa: Transmitir a informação (*Knowledge*)
- 5ª etapa: Lidar com as emoções do recetor com empatia (*Empathy*)
- 6ª etapa: Planear o acompanhamento (*Strategy*)

## SPIKES: A Six-Step Protocol for Breaking Bad News

Renate Lenzi, MD

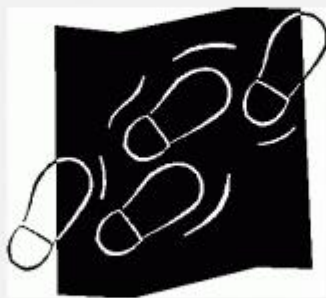


1. Bell AM, Buckman R, Lenzi R, et al. *Diagnostol* 5:382, 2008

## Comunicação na UCI



## Comunicação na UCI



# Comunicação na UCI

*Primeiro sentas-te um bocadinho*

*afastado de mim, assim,  
em cima da relva.*

*Eu olho para ti pelo canto do olho  
e tu não dizes nada.*

*A linguagem é uma fonte de mal entendidos.*

*Mas todos os dias te podes sentar um bocadinho mais perto...\**

(SAINT-EXUPÉRY, 1987, 70)



# Bibliografia

- ◊ ALMYROUDI, Augoustina [et al] - **Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients.** *Psycho-oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral dimensions of Cancer* [em linha]. Vol. 20 (Agosto 2011), pp. 871-879. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1798/full>
- ◊ BACK, A. L. [et al] - **What Patients Value When Oncologists Give News of Cancer Recurrence: Commentary on Specific Moments in Audio-Recorded Conversations.** *The Oncologist* [em linha]. Vol. 16 (Março 2011), pp. 342-350. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228111/>
- ◊ BROWN, V. A.; PARKER, P. A.; FURBER L. & THOMAS A.L. - **Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Center.** *European Journal of Cancer Care* [em linha]. Vol. 20 (Janeiro 2011), pp. 56-61. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-354.2009.01156.x/full>

# Bibliografia

- BUCKMAN, R. - **How to break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, p. 240.
  
- CORRÊA, Adriana; Sales, Catarina; Soares, Luciana - **A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro** in Acta Scientiarum vol.24, nº3, pp. 811-818. 2002. Disponível em:  
<http://edueemqjz.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/2543/1881>
  
- WITTMANN, E. [et al] - **Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer**. European Journal of Cancer Care [em linha]. Vol. 20 (Março 2011), pp. 56-61. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2009.01169.x/full>



## **Apêndice 6**

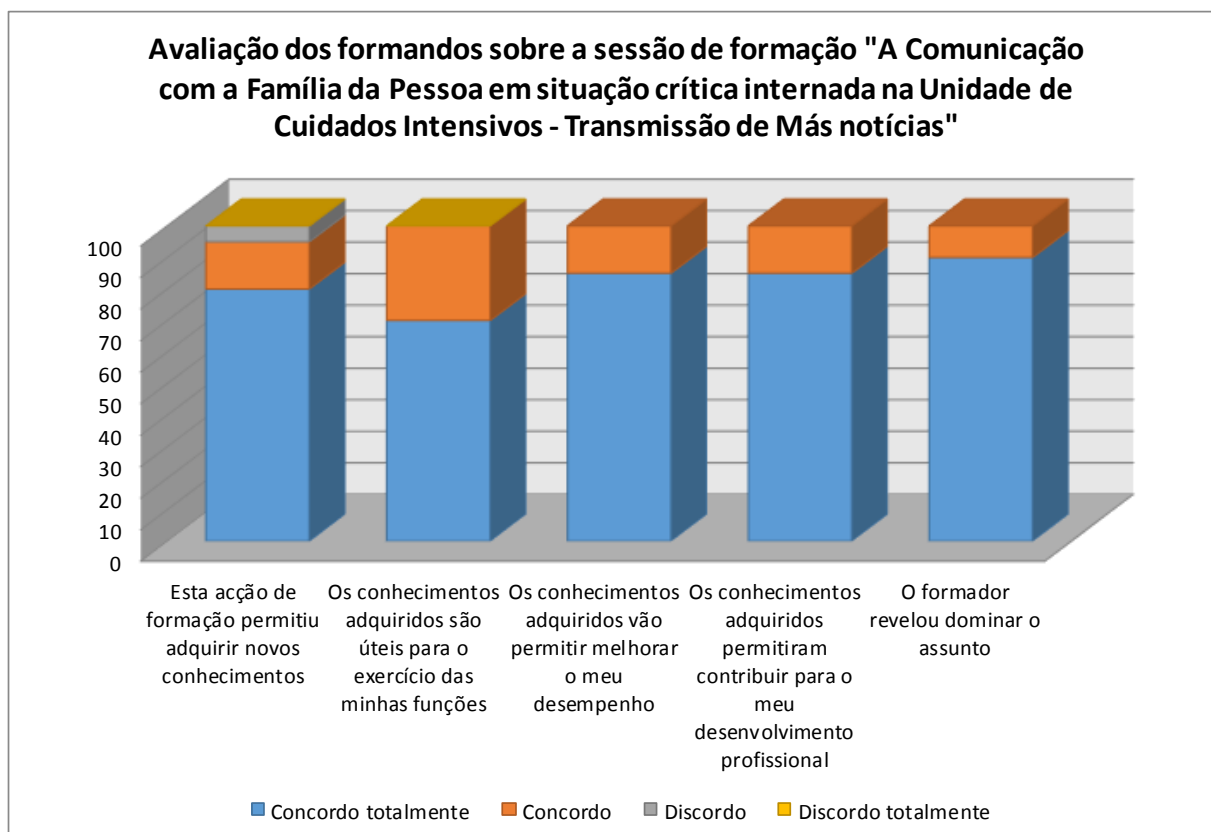
### ***Apresentação e análise dos resultados da Sessão de Formação***

*“A Comunicação com a Família da Pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos”*



Esta sessão de formação foi apresentada por três vezes utilizando as diversas passagens de turno como verdadeiros momentos de reflexão, partilha de experiências e conhecimentos. Assim, foi possível atingir a totalidade da equipa num total de 18 enfermeiros.

De seguida apresenta-se o gráfico com os resultados dos itens que considereii mais relevantes do formulário de avaliação desta atividade.



Resumidamente, dos resultados do formulário de avaliação saliente:

- Aquisição de novos conhecimentos – 70% concordo totalmente, 25% concordo, 5% discordo;
- Utilidade para o exercício das funções – 70% concordo totalmente, 30% concordo;
- Contributo para o melhoramento do desempenho – 85% concordo totalmente, 15% concordo;
- Contributo para o desenvolvimento profissional – 85% concordo totalmente, 15% concordo;
- Domínio do tema pelo formador – 90% concordo totalmente, 10% concordo;



# **Apêndice 7**

## ***Folheto***

*“Guia para Transmissão de más notícias – Protocolo de Buckman (1992)”*





UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA



Curso de Mestrado Profissional com  
Especialização em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica

# Guia para Transmissão de más notícias

Protocolo de Buckman (1992)

---

Por: Gonçalo do Carmo Plácido

Prof<sup>ª</sup> Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Patrícia Pontífice de Sousa

Enf<sup>ª</sup>. Orientadora: Áurea Tobio

## **Introdução**

Má notícia pode ser definida como "(...) qualquer informação que afecta negativamente a vida futura do indivíduo" (Buckman, 1992), assim como "(...) qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futura num sentido negativo (Buckman, 1992; Miranda & Brody, 1992). Assim, e porque esta situação continua a ser uma parte difícil e especial do trabalho dos profissionais de saúde (Pereira, 2005), Buckman desenvolveu um protocolo que pudesse tornar este processo mais estruturado tornando-o mais eficiente e eficaz. Este consta de seis passos: 1º Planear a entrevista; 2º Descobrir o que o recetor sabe; 3º Descobrir o que o recetor quer saber; 4º Transmitir a informação; 5º Lidar com as emoções do recetor com empatia; 6º Planear o acompanhamento.

### **Passo 1: Planeamento da entrevista**

- Procure alguma privacidade: Um gabinete é o ideal mas, se não há um disponível, puxe as cortinas em torno da unidade do cliente. Coloque lenços de papel à disposição no caso do cliente/família necessitar;

- Envolver pessoas importantes: A maior parte dos clientes deseja ter mais alguém com eles mas isso deve ser escolha pessoal. Quando existirem várias pessoas significativas (família, amigos, entre outros) peça ao cliente para escolher um ou dois representantes dos mesmos;
- Sente-se: Sentar-se relaxa o cliente/família e é também um sinal de disponibilidade. Quando se sentar tente que não haja barreiras entre você e o cliente. Se o tiver observado anteriormente, permita que se vista antes da discussão;
- Mantenha o contacto com o cliente/família: o contacto visual pode ser desconfortável mas é um modo importante de estabelecer a relação. Tocar no braço da pessoa ou segurar a sua mão (se o cliente/família se sente confortável com isso) é uma outra maneira de alcançar esse fim;
- Lide com as restrições de tempo e as interrupções: Informe os intervenientes de quaisquer restrições de tempo que possa ter ou de interrupções que sejam esperadas;
- Desligue o telemóvel.

## **Passo 2: Descobrir o que o recetor sabe**

- Procure saber o que o cliente sabe da sua situação clínica, o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais (Internet, etc.); e qual a sua compreensão sobre o plano terapêutico;
- Verifique se as informações que o cliente/família possuem estão corretas;
- Perceba se o cliente/família está comprometido com alguma variante de negação da doença: pensamento mágico, omissão de detalhes médicos essenciais ou expectativas não realistas do tratamento.

## **Passo 3: Descobrir o que o recetor quer saber**

- Procure saber desde o início se o cliente/família deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, o prognóstico e os pormenores dos tratamentos ou se prefere informações transmitidas de forma gradual;
- Disponibilize-se a responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos;

- Negocie a transmissão de informação no momento em que se pedem exames: se o cliente/família vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um 'esboço' que possibilite a discussão do plano terapêutico.

## **Passo 4: Transmitir a informação**

- Anuncie com delicadeza que existem más notícias para serem transmitidas dando tempo ao cliente/família para se dispor a escutá-las (ex. "Sinto que tenho de lhe dizer que não tenho boas notícias...");
- Evite termos técnicos, adaptando-se ao vocabulário e ao nível de compreensão do cliente/família;
- Procure não revelar informação excessiva, evitando a transmissão de detalhes desnecessários;
- Informe de forma gradual, procurando aferir o progresso da sua compreensão;
- Quando o prognóstico é reservado, evite transmitir sentimentos de desistência, valorizando, ao invés, outros recursos (ex. Cuidados Continuados/Paliativos).

### Passo 5: Lidar com as emoções com empatia

- Favoreça a expressão do cliente/família sobre o impacto da má notícia, dando voz aos seus sentimentos e emoções para ajudá-los a superar estados de choque e evitar o descontrole;
- Acolha a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade do acompanhamento;

### Passo 6: Plano de cuidados e resumo

- Resuma as principais questões abordadas e trace uma estratégia ou um plano de tratamento para ajudar o cliente/família a sentirem-se menos ansiosos e inseguros;
- Antes de discutir um plano de tratamento, pergunte aos intervenientes se estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento;
- Envolver os intervenientes no processo de tomada de decisão;
- Avalie a compreensão das informações transmitidas;
- Seja honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos clientes/famílias.

### Referências bibliográficas

- BUCKMAN, Robert (1992) - How to break bad news: A guide for health care professionals. **The Journal of the Canadian Chiropractic Association**. [em linha]. Vol. 37, Nº 2 (Junho, 1993) p. 121-122. Acedido em: 04/01/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2484975/>;
- MIRANDA, Jeanne; BRODY, Robert V. (1992) - Communicating bad news. **Western Journal of Medicine**. [em linha] Vol. 156 (Janeiro, 1992) p. 83-85. Acedido em: 09/12/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1003165/>
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto - Enfermagem** [em linha]. Vol.14, Nº 1 (Janeiro-Março, 2005). Acedido em: 09/12/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>

## **Apêndice 8**

*“Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório”*





Universidade Católica Portuguesa  
Espírito Santo Saúde – Hospital da Luz



# Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

Por: Gonçalo do Carmo Plácido

Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Pontífice de Sousa

Enfermeiro Orientador: Gonçalo Lopes/Valter Caniço

Manual realizado no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Fevereiro 2014



## Índice

### Lista de abreviaturas

1. Mensagem de Boas-vindas .....	5
2. Visão, Missão e Valores do Hospital da Luz.....	7
3. Bloco Operatório .....	8
3.1. Missão .....	8
3.2. Caracterização .....	9
3.2.1. Espaço físico.....	9
3.3. Horário de funcionamento.....	10
4. Enfermeiros .....	10
4.1. Funções dos Enfermeiros .....	10
4.1.1. Enfermeiro de Anestesia.....	10
4.1.2. Enfermeiro circulante.....	13
4.1.3. Enfermeiro instrumentista.....	15
4.1.4. Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.....	16
4.1.5. Enfermeiro do turno da noite.....	17
4.2. Plano de integração .....	17
5. Nota final.....	22
6. Referências bibliográficas.....	23



## Abreviaturas

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AMP - Atendimentos Médico Permanente

BO - Bloco Operatório

DSE - Direção do Serviço de Esterilização

ECG - Electrocardiografia

ESS - Espírito Santo Saúde

HDC - Hospital de Dia Cirúrgico

OE - Ordem dos Enfermeiros

TA - Tensão Arterial

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos



## 1. Mensagem de Boas-vindas

Caro(a) Colaborador(a),

É com o maior prazer que lhe damos as boas vindas não apenas ao Hospital da Luz, Instituição que integra a Espírito Santo Saúde, um dos mais prestigiados operadores de Saúde em Portugal, mas também ao Bloco Operatório.

Estamos orgulhosos da nossa Instituição, pelos resultados que já alcançámos mas, sobretudo, pelas pessoas que tornaram esses resultados uma realidade.

Contamos consigo, nesta nossa aposta de trabalho contínuo de qualidade, para que os nossos clientes preservem o reconhecimento da nossa liderança.

Profissionalismo e atitude positiva são a chave do seu e do nosso sucesso e factores dominantes da nossa expectativa em relação à sua contribuição.

Para facilitar a sua integração na organização, preparámos este manual que agrupa a informação mais relevante de que irá necessitar para melhor conhecer a cultura deste Hospital e a dinâmica do serviço que vai integrar. Informação de carácter adicional e por vezes de elevado detalhe, a qual deverá merecer igual atenção da sua parte, será fornecida separadamente a este manual.

Seja bem-vindo!

Adaptado de:

Espírito Santo Saúde (2011) - Hospital da Luz: Manual de Acolhimento



## 2. Visão, Missão e Valores do Hospital da Luz

### Visão

A visão do Hospital da Luz é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e inovação.

### Missão

Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do cliente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais.

### Valores

A cultura dos colaboradores do Hospital da Luz baseia-se em oito valores fundamentais:

- Procura incansável de resultados

Estamos determinados a atingir resultados ambiciosos e mensuráveis na concretização da nossa missão. Assim, continuamos a perseguir com empenhamento os nossos objetivos finais, mesmo que encontremos dificuldades e constrangimentos ao longo do percurso;

- Rigor intelectual

Obrigamo-nos a ser críticos em relação a tudo o que fazemos, abordando cada assunto e decisão com rigor e de forma racional, procurando sempre a melhor ideia ou solução;

- Aprendizagem constante

Refletimos e aprendemos com a nossa experiência, por forma a melhorarmos o nosso desempenho futuro;

- Responsabilidade pessoal

Damos o melhor de nós próprios e assumimos a responsabilidade por atingir os melhores resultados possíveis na nossa área de atuação;

- Respeito e humildade

Respeitamos os outros e as suas ideias e contamos com o seu contributo. Assumimos as limitações da nossa experiência e valorizamos outras perspetivas;

- Atitude positiva

Somos ambiciosos nos objetivos, acolhemos novas ideias com entusiasmo e temos orgulho nos resultados;

- Integridade

Somos honestos, leais e sérios em tudo o que fazemos, tendo sempre presente os valores e expectativas dos nossos acionistas e, acima de tudo, dos nossos clientes;

- Espírito de equipa

Acreditamos que o esforço coletivo é a melhor forma de alcançar os nossos objetivos e potenciar o impacto da nossa ação na comunidade.

(ESS, 2011)

### **3. Bloco Operatório**

#### **3.1. Missão**

Á semelhança da missão do Hospital da Luz, a missão do bloco operatório é "(...) diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do cliente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais".

(ESS, 2011)

## 3.2. Caracterização

O Bloco Operatório do Hospital da Luz encontra-se localizado no piso 1, numa área isolada de circulação geral, contíguo ao Bloco de Partos e simultaneamente acessível à Unidade de Cuidados Intensivos e ao restante Hospital. O funcionamento do Bloco Operatório é organizado para decorrer pelas oito salas operatórias existentes, com intervenções programadas ou de urgência, enquadradas nas 13 especialidades cirúrgicas com atividade nesta Instituição entre as quais: Cirurgia cardíaca, Cirurgia torácica, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia maxilo-facial, Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

### 3.2.1. Espaço físico

O Bloco Operatório dispõe de condições físicas e tecnológicas de exceção. É constituído por 8 salas operatórias equipadas para todo o tipo de procedimentos, com zonas de indução anestésica anexas.

O espaço físico do Bloco Operatório é também formado por:

- 1 Vestiário masculino
- 1 Vestiário feminino
- 1 Copa
- 1 Sala de pausa
- 1 Zona de transferência de clientes
- 1 Área de preparação de material do Bloco Operatório que inclui:
  - Zona para lavagem dos carros de material
  - Zona de preparação dos carros de material
  - Armazém de material de Consumo clínico
  - Armazém de Instrumental cirúrgico
- 1 Área de coordenação que inclui:
  - Sala de Coordenação Médica do Bloco Operatório
  - Sala de Coordenação de Enfermagem
  - Sala de Relatórios
  - Sala de Controlo de admissão de clientes
- 1 Laboratório de análises extemporâneas
- 1 Sala de desinfeção de tamos

### 3.3. Horário de funcionamento

A cirurgia programada decorre neste Bloco Operatório de segunda a sexta-feira das 8 horas da manhã até às 23h30 da noite, estando as situações de urgência e emergência asseguradas durante as 24 horas do dia de segunda a domingo. O horário, de segunda a sexta, divide-se em três turnos - Manhã: 8h-16h, Tarde: 15h30-23h30 e Noite: 20h-8h; e ao fim de semana em dois turnos de 12 horas cada: 8h-20h e das 20h-8h, em que os enfermeiros estão de prevenção.

## 4. Enfermeiros

A equipa de profissionais é constituída por 65 Enfermeiros que se distribuem da seguinte forma:

- Sala operatória: 3 enfermeiros;
- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos: 2 enfermeiros;

Existem ainda dois Enfermeiros responsáveis pelo serviço e um responsável de turno que garante o funcionamento dinâmico e organizado do mesmo.

### 4.1. Funções dos Enfermeiros

Os cuidados de enfermagem peri-operatória requerem uma preparação dentro da área específica onde se inserem, sendo quatro o tipo de intervenções e que são complementares, podendo haver rotatividade entre elas: circulante, instrumentista, anestesia e UCPA (Cabral, 2004). De seguida, apresentam-se as tarefas atribuídas a cada um dos profissionais nas diferentes funções dentro do Bloco Operatório.

#### 4.1.1. Enfermeiro de Anestesia

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006) o enfermeiro de apoio à anestesia deve ser aquele que possui

*"(...) conhecimentos sobre a anestesia, as várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interações farmacológicas dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização para conseguir um desempenho eficaz e eficiente face às necessidades do cliente e equipa cirúrgica [esperando que consiga] (...). manter uma observação e vigilância intensivas; ter capacidade para*

*despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir; estar apto a actuar em situações de urgência e emergência”.*

Neste sentido, o Enfermeiro de anestesia deve:

### **Fase pré-anestésica**

- Saber qual a cirurgia, a hora e a técnica anestésica a utilizar;
- Verificar a presença e testar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos necessários à anestesia:
  - Aparelho de monitorização (braçadeira de TA não invasiva, oxímetro de pulso e cabo de ECG);
  - Material de abordagem de via aérea:
    - Cabo e lâmina de laringoscópio estável e do tamanho adequado;
    - Máscara facial;
    - Tubo orotraqueal de diversos tamanhos;
    - Seringa para insuflar o cuff;
    - Tubo orofaríngeo de diversos tamanhos;
    - Pinça de maguil e condutor;
    - Estetoscópio;
  - Sistema de aspiração;
  - Aparelho de ventilação:
    - Verificação de presença de equipamento de ventilação de emergência;
    - Avaliação do sistema de ventilação automática;
    - Avaliação do sistema de ventilação manual;
    - Abertura do sistema de exaustão;
    - Vaporizadores fechados;
    - Debitómetros fechados;
    - Válvula APL aberta;
    - Traqueias conectadas e prontas a usar;
    - Monitor a funcionar e com capnografia;
    - Filtro anti-bacteriano.
- Verificar *stock* de fármacos de urgência;

- Providenciar a chegada do cliente ao Bloco Operatório, dentro da hora marcada;
- Receber o cliente no *transfer*, identifica-lo e verificar as condições em que o cliente se encontra, exames e informações relevantes (cumprimento do jejum e da pré-medicação, alergias, próteses dentárias);
- Colaborar no *transfer* e posicionamento do cliente na mesa operatória;
- Proceder à monitorização (ECG, TA não invasiva e oximetria periférica) e cateterismo venoso periférico;

### **Fase de indução**

- Preparar e rotular os fármacos;
- Administrar lentamente os fármacos e manter velocidade do soro constante;
- Preparar material para abordagem da via aérea (cabo e lâmina de laringoscópio estável e do tamanho adequado, máscara facial, tubo orotraqueal, seringa para insuflar o cuff, tubo de guedell, pinça de maguil e condutor, estetoscópio);
- Fornecer o material para assegurar a via aérea, colaborando da entubação e fixação do tubo, durante a avaliação do seu posicionamento pela auscultação;
- Elabora os registos de enfermagem.

### **Fase de manutenção**

Mantém:

- Vigilância intensiva da ventilação;
- Permeabilidade das vias aéreas;
- Permeabilidade dos acessos venosos;
- Monitorização cardíaca;
- Balanço hídrico e monitorização do débito urinário;
- Monitorização térmica;
- Monitoriza integridade cutânea;
- Posicionamento cirúrgico do cliente;
- Conforto e bem-estar do cliente;

- Despista instabilidades hemodinâmicas;
- Vigilância e controlo da dor;
- Elabora os registos de enfermagem.

#### **Fase de reversão**

- Confirma presença e operacionalidade do sistema de aspiração e funcionalidade;
- Colabora na extubação do cliente e reversão anestésica;
- Promove um ambiente calmo;
- Vigia respiração do cliente e despista sinais de hipoventilação;
- Avalia dor e presença de náuseas ou vômitos;
- Reúne as informações e documentos do processo clínico do cliente;
- Elaborar os registos de enfermagem;
- Assegura equipamento, suporte ventilatório e módulos de monitorização de transporte;
- Assegura a permeabilidade dos acessos e a oxigenação do cliente durante o transporte;
- Providenciar a saída do cliente da sala, acompanhando-o até ao *transfer*;
- Transmitir a informação do cliente ao colega da UCPA/UCI, assegurando a continuidade dos cuidados.

#### **4.1.2. Enfermeiro circulante**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004),

"(...) o enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do cliente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite",

ou seja, tem "(...) atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança do cliente e equipe cirúrgica, segurança do ambiente, controlo da infecção e gestão de riscos inerentes a um BO e gestão organizacional da sala operatória" (AESOP, 2006).

Assim, o Enfermeiro circulante deve:

### **a) Véspera da cirurgia:**

- Tomar conhecimento das cirurgias programadas (plano operatório);
- Preparar em colaboração com a enfermeira instrumentista o material necessário para a primeira cirurgia do dia seguinte e verificar a existência do mesmo para as seguintes.

### **b) Dia da cirurgia:**

- Confirmar a sala, a intervenção cirúrgica e o cliente;
- Providenciar a limpeza das superfícies lisas e candeeiros da sala segundo normas de boa prática e a comissão de higiene e infecção hospitalar;
- Preparar a sala de operações com todo o equipamento necessário à cirurgia, testando o seu funcionamento e procedendo ao preenchimento de *checklist* de verificação;
- Colaborar com o enfermeiro de anestesia na preparação da anestesia e no acolhimento do cliente;
- Ajudar na transferência do cliente da cama para a maca da sala de operações e colaborar no seu posicionamento;
- Assistir o enfermeiro Instrumentista e fornecer os materiais necessários respeitando a técnica asséptica cirúrgica;
- Verificar a integridade das proteções dos dispositivos médicos e prazos de validade dos mesmos;
- Colaborar na contagem inicial e final de compressas, material cortoperfurante, instrumentos cirúrgicos e registar;
- Colocar o eléctrodo neutro seguindo as normas de utilização do eletrobisturi;
- Colocar e controlar o garrote (quando necessário);
- Repor na mesa os materiais necessários, respeitando a técnica asséptica cirúrgica;
- Vigiar o comportamento da equipa cirúrgica, respeitando e fazendo respeitar as regras estabelecidas;
- Estar preparado para dar resposta a situações de urgência;
- Acondicionar, rotular e enviar produtos para análise (segundo protocolo);
- Preparar material para drenagens, pensos e gessos;

- Manter a sala limpa e arrumada;
- Providenciar antecipadamente a saída do cliente e colaborar na sua transferência;
- Preparar a sala e o material para a cirurgia seguinte;
- Efetuar informaticamente os registos necessários, referentes ao cliente e a todos os procedimentos.

**c) Final do turno:**

- Efetuar a supervisão e colaborar na reorganização da sala de modo a ficar pronta a funcionar;
- Providenciar a limpeza e arrumação da sala;
- Efetuar a limpeza e arrumação de equipamento.

### 4.1.3. Enfermeiro instrumentista

O enfermeiro instrumentista tem como função "(...) prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o cliente e equipa cirúrgica" (AESOP, 2006). Neste sentido, o seu trabalho inclui:

**a) Véspera da cirurgia:**

- Confirmar as cirurgias programadas para a sua sala;
- Preparar em colaboração com a Enfermeiro Circulante o material necessário para a primeira cirurgia do dia seguinte, e verificar a existência do mesmo para as seguintes.

**b) Dia da cirurgia:**

- Proceder a desinfeção cirúrgica das mãos e antebraços;
- Conhecer com rigor os tempos operatórios de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
- Preparar as mesas cirúrgicas;
- Ajudar a equipa cirúrgica a vestir-se;
- Colaborar na preparação do campo operatório;

- Proceder, com o auxílio do Enfermeiro circulante, à conexão do equipamento estéril ao não estéril;
- Conhecer todos os instrumentos (nome, função e correcta utilização) e colocar os necessários para cada cirurgia na mesa de instrumentação;
- Dar os instrumentos em posição funcional;
- Proceder á substituição de luvas a toda a equipa cirúrgica nas situações protocoladas e sempre que necessário;
- Separar o material limpo do sujo, do contaminado;
- Responsabilizar-se pela contagem de todos os instrumentos, compressas e suturas, conforme procedimento;
- Estar atento às compressas e á quantidade de soro de irrigação usado para permitir o balanço hídrico;
- Estar atento para que não se exerçam pressões sobre o cliente (Equipa cirúrgica e/ou materiais);
- Preparar peças anatómicas e produtos para exames complementares de diagnóstico;
- Preparar soluções de irrigação;
- Preparar implantes;
- Preparar o material de penso e drenagem;
- Fazer o penso operatório;
- Colocar os cortantes e perfurantes em local apropriado;
- Retirar o material das mesas operatórias, colocando-o nas respectivas caixas, e estas em contentores fechados;
- Providenciar o transporte do material para a Esterilização;
- Preparar material para a cirurgia seguinte em colaboração com o Enfermeiro circulante;
- Colaborar na saída do cliente da sala.

#### **4.1.4. Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos**

O enfermeiro presente nesta Unidade presta cuidados nos três níveis de prevenção "(...) investindo toda a sua experiência e saber na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na detecção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na

preparação do cliente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto" (AESOP, 2006). Assim, deve:

- Preparar a unidade para receber o cliente;
- Fazer a avaliação inicial ao cliente;
- Estabelecer continuamente diagnósticos de Enfermagem e respetivas intervenções.

#### **4.1.5. Enfermeiro do turno da noite**

Os Enfermeiros que integram a equipa do turno da noite têm como funções as seguintes:

- Terminar a atividade cirúrgica que ainda decorrer no Bloco Operatório;
- Prestar Cuidados de Enfermagem aos clientes que ainda se encontrarem na UCPA até à sua alta para o piso;
- Preparar os carros com material cirúrgico por sala para o dia seguinte;
- Verificar e colocar os estupefacientes em cada sala operatória;
- Ligar AIDA da sala 1;
- Arrumar o material esterilizado;
- Verificar e repor carros de apoio à Grande Anestesia, Anestesia Loco-regional e Anestesia Pediátrica;
- Respeitar o cronograma (que se encontra no Gabinete de Coordenação de Enfermagem) de higienização e verificação dos prazos de validade de medicação e materiais de todos os carros de apoio à Anestesia.

#### **4.2. Plano de integração**

O plano de integração deverá ser flexível e adaptável consoante as necessidades avaliadas e deverá:

- Contemplar a expressão das necessidades e dificuldades sentidas pelo enfermeiro a integrar;
- Permitir que o enfermeiro se sinta seguro e com autonomia para prestar cuidados a todos os clientes que recorrem ao BO;

- Permitir ao enfermeiro adquirir e consolidar conhecimentos na área de bloco operatório;
- Ter em conta a experiência que o enfermeiro recém-admitido tem em bloco operatório: anestesia, circulação e instrumentação.

Durante a integração a efetuar haverá sempre um enfermeiro responsável pela integração do profissional recém-admitido, sempre que possível, será sempre o mesmo enfermeiro integrador.

A apresentação do serviço será sempre da responsabilidade do Enfermeiro Responsável do Serviço ou, na sua ausência, do enfermeiro responsável pela integração. A integração deverá decorrer segundo os seguintes pontos:

- A rotação do enfermeiro deverá ser feita por etapas: anestesia, circulação e instrumentação tendo em conta a experiência de cada um;
- O período previsto em cada uma das etapas é variável consoante a experiência, capacidades e limitações do novo elemento e sempre após momentos de avaliação formativa;
- Os momentos de avaliação serão sempre efetuados com a presença de todos os intervenientes (enfermeiros recém-admitido, enfermeiro integrador e enfermeiro responsável de serviço) e consta de uma entrevista ao final de 4 semanas.
- O período de integração previsto é de 1 mês para os enfermeiros que entram a 40h e de 2 meses para os enfermeiros de 20h. Este período poderá variar de acordo com a experiência em cada área (anestesia, circulação e instrumentação) e adaptação do enfermeiro em causa. O plano de integração em vigor é o que se apresenta de seguida.

## **1ª Semana**

### **1º dia - Acolhimento na Direção de Enfermagem**

- Apresentação do Hospital da Luz;
- Estrutura organizacional;
- Visita guiada ao Hospital da Luz;
- Missão e filosofia do Hospital e da Direção de Enfermagem;

- Programa de integração à Organização.

#### 1º ou 2º dia - Acolhimento pelo Responsável do Serviço

- Apresentação á Equipa Multidisciplinar e ao serviço;
- Preenchimento da ficha e entrevista para esclarecimento de aspetos relacionados com:
  - Necessidades/dificuldades;
  - Expectativas;
  - Interesses;
  - Experiência nas diversas áreas;

Transmissão de informação acerca da organização e funcionamento do serviço:

- Áreas cirúrgicas;
- Enfermeiros responsáveis de área;
- Horário de funcionamento, regime de disponibilidade e prolongamentos;
- Controlo de presenças;
- Trocas de turno, férias e feriados;
- Equipa de trabalho e método de distribuição de trabalho;
- Avaliação de desempenho;
- Utilização do endereço eletrónico como meio de transmissão de informação importante dentro do serviço;
- Alimentação;

Informação acerca da existência de Políticas e Procedimentos da DSE e do serviço.

#### 2º, 3º, 4º e 5º dias - Acolhimento pelo Enfermeiro Responsável pela Integração

- Informa sobre o sistema operativo de registos - Soarian;
- Informa sobre os diferentes postos de trabalho: anestesia, circulação e Instrumentação;
- Informa sobre circuito da esterilização, farmácia, consumo clinico, anatomia patológica e triagem de resíduos;
- Informa sobre registos de enfermagem: registo operatório, checklist;
- Informa sobre utilização do PDA e débitos de material e farmácia, registos de material à consignação;

- Informa sobre articulação com outros serviços:
  - HDC;
  - Internamento;
  - Laboratório;
  - Anatomia Patológica;
  - UCI;
  - AMP;

### Semanas Seguintes

- Enfermeiro em Integração
  - Acompanha o enfermeiro integrador na área em que se está a integrar: anestesia;
  - Observa os cuidados de enfermagem;
  - Consulta os manuais do serviço.
- Enfermeiro Responsável pela integração
  - Explica quais as funções do enfermeiro de anestesia, circulação, instrumentista e enfermeiro de recobro;
    - Na anestesia
      - Explica o circuito do cliente;
      - Faz o acolhimento do cliente no *transfer* junto com o enfermeiro a integrar;
      - Explica funcionamento e testes aos ventiladores;
      - Informa acerca de rotinas do serviço (mudanças de traqueias, cal sodada, teste ventilador, etc.);
      - Informa acerca de técnicas anestésicas mais utilizadas;
      - Apresenta os carros de anestesia loco-regional e de grande anestesia;
      - Apresenta os carros de anestesia das salas e arrumação de soros;
      - Explica o circuito dos estupefacientes, registo, justificação e débitos dos mesmos assim como o de Sugamadex;
      - Apresenta os carros de urgência e sua localização;
      - Explica circuito de pedidos de medicação;

- Mostra farmácia e forma de organização da mesma;
- Funcionamento e localização do material (seringas e bombas infusoras, monitores, mangas de pressão, equipamento cell-saver, etc.);
- Na circulação
  - Explica circuito de triangulação de cestos;
  - Explica registos de débitos de material (do armazém e à consignação);
  - Explica circuito das peças de anatomia patológica;
  - Mostra o armazém dos esterilizados e explica a sua organização;
  - Mostra instrumentais disponíveis;
  - Informa acerca dos registos no Soarian (peri-operatório, checklist, etc.);
  - Informa acerca de técnicas cirúrgicas de acordo com as várias especialidades hábitos dos cirurgiões;
  - Funcionamento e localização do equipamento (trolleys, monitores, instrumental específico, etc.).
- Na Instrumentação
  - Explica circuito de triangulação de cestos;
  - Mostra o armazém dos esterilizados e explica a sua organização;
  - Mostra instrumentais disponíveis;
  - Informa acerca de técnicas cirúrgicas de acordo com as várias especialidades hábitos dos cirurgiões;
  - Funcionamento e localização do equipamento (trolleys, monitores, instrumental específico, etc.).
- No Recobro
  - Apresenta o espaço;
  - Explica circuito do cliente (admissão à UCPA, alta e transferência de serviço);
  - Informa acerca dos registos (Soarian e PDA);
  - Informa sobre rotinas da UCPA;

## 5. Nota final

A prática clínica no bloco operatório assume elevados níveis de exigência conseqüente da multiplicidade de técnicas cirúrgicas e anestésicas. No entanto, para que os padrões de qualidade e segurança sejam atingidos a integração num serviço não se deve resumir a trabalhar de forma correta com a equipa, mas deve passar sobretudo por uma adaptação adequada à dinâmica do serviço e aos métodos de trabalho utilizados na assistência ao cliente.

## 6. Referências bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALAS OPERATÓRIAS PORTUGUESES (2006) - **Enfermagem Peri-operatória: Da filosofia à prática dos cuidados**. Lisboa: Lusodidacta;
- CABRAL, Dinora (2004) - **Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: Contributos para a sua implementação**. Porto. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. [em linha]. Acedido em: 06/12/13. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64648>
- CHIAVENATO, Idalberto (2000) - **Introdução á Teoria Geral de Administração**. 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas;
- ESPÍRITO SANTO SAÚDE (2011) - **Hospital da Luz: Manual de Acolhimento**. Disponível no Hospital da Luz;
- LUCAS, Julieta (2002) - Integração de enfermeiros no bloco operatório. **Revista AESOP**. Vol. 3, Nº 8 (2002) p. 6;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - **Orientações para as atribuições do enfermeiro circulante**. Lisboa: OE
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) - Regulamento Nº. 122/2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. D.R: II Série, Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. P. 8648. Acedido em: 06/02/2013. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament\\_o122\\_2011\\_CompeticasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament_o122_2011_CompeticasComunsEnfEspecialista.pdf)



# **Apêndice 9**

## ***Sessão de Apresentação***

*“Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório”*



Sessão de Apresentação

# Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

Por: Gonçalo do Carmo Plácido

Enfermeiro Orientador: Gonçalo Lopes e Valter Caniço

Fevereiro de 2014

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Contextualização
  - Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
  - Desenvolvimento de competências (DR: 1ª Série Nº35 de 18 de Fevereiro de 2012)

## **Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório**

- Necessidades do serviço
- Integração de profissionais

## **Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório**

- Porquê?
  - Processos de integração cada vez mais breves
  - Risco?



## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Objectivos do manual:
  - Estabelecer métodos de trabalho
  - Uniformizar de procedimentos e cuidados prestados
  - Reforçar segurança e autonomia nos profissionais
  - Aumento da segurança nos cuidados prestados

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Conteúdo
  - Mensagem de Boas-vindas
  - Valores, Missão e Visão do Hospital da Luz
  - Bloco Operatório
    - Caracterização do Espaço físico
    - Horário de Funcionamento

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Conteúdo
  - Bloco Operatório (cont.)
    - Enfermeiros
      - Anestesia
      - Circulação
      - Instrumentação
      - UCPA
      - Turno da noite

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Conteúdo

Plano de integração

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Plano de integração
  - Contemplar a expressão das necessidades e dificuldades sentidas pelo enfermeiro a integrar;
  - Permitir que o enfermeiro se sinta seguro e com autonomia para prestar cuidados a todos os clientes que recorrem ao BO;
  - Permitir ao enfermeiro adquirir e consolidar conhecimentos na área de bloco operatório;
  - Ter em conta a experiência que o enfermeiro recém-admitido tem em bloco operatório: anestesia, circulação e instrumentação.

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Plano de integração (cont.)
  - Enfermeiro responsável pela integração;
  - Período previsto em cada uma das etapas é variável consoante a experiência, capacidades e limitações do novo elemento e sempre após momentos de avaliação formativa;
  - 1 mês para os enfermeiros que entram a 40h
  - 2 meses para os enfermeiros de 20h

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Notas finais
  - Elevados níveis de exigência consequente da multiplicidade de técnicas cirúrgicas e anestésicas;
  - Adaptação adequada à dinâmica do serviço e aos métodos de trabalho utilizados na assistência ao cliente;

## Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

- Referências bibliográficas
  - CHIAVENATO, Idalberto (2000) – Introdução à Teoria Geral de Administração. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas
  - LUCAS, Julieta (2002) - Integração de enfermeiros no bloco operatório. AESOP Revista.Vol 111. 2002, nº8 p. 6.
  - PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) – Regulamento Nº. 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR: 2ª Série Nº35 de 18 de Fevereiro de 2011. P. 8648.



# **Anexos**



# **Anexo 1**

## **Formulário de Avaliação**

*Sessão de formação: “Transmissão de más notícias no Serviço de Urgência”*

*Sessão de formação: “A Comunicação com a Família da Pessoa internada em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos – Transmissão de más notícias”*



## AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

### I. Acção de Formação

Curso \_\_\_\_\_  
Data Inicio \_\_\_\_\_ Data Fim \_\_\_\_\_

Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização da escala de 1 a 4 ( assinalando com um X ), sendo que:

1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

### I. Avaliação Global

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, exercicios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da acção/formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### II. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercicio das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos são permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Avaliação dos Formador(res)

	1	2	3	4
1. O formador revelou dominar o assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A metodologia utilizada foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição dos assuntos foi clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O formador estava motivado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV. Sugestões/ Criticas

O que considerou mais útil na formação \_\_\_\_\_

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos \_\_\_\_\_

Sugestões de melhoria \_\_\_\_\_

### V. Grupo Profissional

Auxiliar  Administrativo(a)  Enfermeiro(a)  Médico(a)   
Técnico(a) de Diagnostico e Terapêutica  Técnico(a) Superior de Saúde  Técnico(a) Superior   
Dirigente  Outro

Nome ( Facultativo) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_