



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA: QUE ESTRATÉGIAS?

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Núria Filipa Pereira Calado

Lisboa, 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA: QUE ESTRATÉGIAS?

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Núria Filipa Pereira Calado

Sob a orientação da Professora Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2017

*“Onde não falta vontade
existe sempre um caminho”.*
Tolkien.

AGRADECIMENTOS:

No término deste percurso académico a redação do presente relatório remete-me às vivências experienciais que decorreram, às pessoas com quem me relacionei e às quais deixo aqui o meu agradecimento.

À Professora Doutora Manuela Madureira pela sua orientação, contributo, incentivo e leitura atenta.

Às enfermeiras orientadoras dos Estágios, um reconhecimento especial pelo acolhimento, atenção e disponibilidade para com o meu desenvolvimento e capacitação.

Às instituições hospitalares, pela autorização para a realização dos Estágios em contexto real da prática.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, a que sempre se manifestam incentivadores e disponíveis.

Aos meus amigos e colegas que me escutaram e apoiaram nos bons e nos constrangedores momentos, devolvendo-me sempre *aquela* incentivo positivo e promotor para prosseguir no alcance dos meus objetivos.

Bem hajam!

RESUMO

No processo de aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para além da componente teórica suportada e fundamentada na evidencia científica e ética foi mobilizada para a prática de uma forma reflexiva e crítica, que, em sinergismo, concorrem para um consolidar de competências.

Este relatório pretende assim demonstrar as competências desenvolvidas ao longo dos estágios realizados no Serviço de Urgência Geral, na Unidade de Queimados e na Viatura de Emergência Médica e Reanimação.

No decorrer dos estágios foram prestados cuidados especializados ao doente em situação crítica e sua família e na envolvência emergia a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a comunicação de más notícias pelo que se realizou uma revisão sistemática da literatura que ao longo do percurso formativo permitiu transferir para o meu agir profissional os conhecimentos que daí emergiram.

Sublinha-se ainda a realização de um folheto informativo referente aos cuidados que o doente queimado deve ter no regresso a casa, assim como a realização de um guia de acolhimento no Serviço de Urgência, visando informar os doentes e famílias sobre o protocolo preconizado pela Triagem de Manchester.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Cuidar, Pessoa em Situação Crítica, Comunicação de Más Notícias.

ABSTRACT

In the process of acquisition of Specialist Nurse Practices in Medical-Surgical Nursing in addition to the theoretical component supported and based on scientific and ethical evidence was mobilized to practice in a reflexive and critical manner, which in synergy compete for a consolidation of competencies.

This report thus intends to demonstrate the competences developed during the stages of the General Emergency Service, the Burns Unit and the Emergency Medical and Resuscitation Car.

Throughout the stages specialized care was provided to the patient in a critical situation and his family, and in the context of the emergence of the need to deepen knowledge about the communication of bad news, a systematic review of the literature was carried out along the training course, My professional action the knowledge that has emerged.

It is also worth mentioning an information leaflet on the care that the burned patient should have on their return home, as well as the preparation of a care guide in the Emergency Department, in order to inform patients and families about the protocol recommended by the Triage Of Manchester.

Key words: Specialized Nurse, Competences, Care, Critical Situation Patient, Communication of Bad News.

LISTA DE ABREVIATURAS/ ACRÓNIMOS/ SIGLAS:

ANI - Analgesia Nociception Index

APA – American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CTM – Curso de Triagem de Manchester

CTQ – Centro de Tratamento de Queimados

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

Enfº - Enfermeiro

GPT – Grupo Português de Triagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MNP – Mestrado de Natureza Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

PNSD – Plano Nacional de Segurança de Doentes

PSP – Polícia de Segurança Pública

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCQT – Superfície Corporal Total Queimada

SO – Sala de Observações

SR – Sala de Reanimação

ST – Sala de Tratamentos

SUG - Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UQ – Unidade de Queimados

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	19
1. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: QUE ESTRATÉGIAS? _	
<i>Uma revisão sistemática da literatura.....</i>	23
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	37
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	38
2.2 UNIDADE DE QUEIMADOS	42
2.3 VIATURA DE EMERGÊNCIA MÉDICA E REANIMAÇÃO	47
3. CONCLUSÃO.....	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
APÊNDICES.....	59
APÊNDICE I - _Guia de Acolhimento SUG	61
APÊNDICE II - _Folheto Cuidados Para a Alta UQ.....	63
APÊNDICE III - _Norma De Utilização Do Analgesia Nociception Index (ANI) ...	65
APÊNDICE IV - _Poster Protocolo de SPIKES	71
APÊNDICE V - _Sessão de Formação “Protocolo de SPIKES”	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma da Seleção de Publicações	28
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Critérios de Inclusão e Exclusão	27
Quadro 2 Apresentação dos Estudos.....	29
Quadro 3 Protocolo de SPIKES	32

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado de Natureza Profissional (MNP) na área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEMC) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). A frequência deste curso surge pela necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de Cuidados de enfermagem, concorrendo esta formação para um “crescer profissional” e pela perceção de ser este o momento de efetivar esse empoderamento e concomitantemente obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC).

A enfermagem depara-se com reptos que assentam na complexidão do binómio saúde-doença que requiere uma abordagem multidisciplinar baseada na relação que é estabelecida entre a pessoa que cuida com a pessoa que é cuidada, tendo a noção de que ser pessoa *“transcende o aqui e o agora, e cada um tem a capacidade de coexistir com o passado, presente e futuro simultaneamente”* diz-nos Watson (2002,p. 82).

Para a mesma autora (2002, p.96) a enfermagem *“consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e ação, com algum grau de paixão”*, conceito que se baseia no conhecimento científico que quando aliado aos valores humanísticos entende-se como o cuidar holístico suportado pela “arte de cuidar”. E, cuidar da pessoa é o ideal moral da enfermagem, que visa proteger, melhorar e preservar a dignidade do que é cuidado.

Neste contexto, a enfermagem tal como outras ciências, disciplinas e profissões encontra-se em constante evolução e por isso qualquer profissional deve manter-se em constante formação, daí a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), afirmar no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais no Artigo 7º, alínea 1, que:

“As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio do desenvolvimento profissional são:

- a) Contribuir para a valorização profissional;*
- b) Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem;*
- c) Desenvolver processos de formação contínua”.*

Neste seguimento sublinha-se a pertinência da frequência deste curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), com o objetivo de dar continuidade à minha formação profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), entidade reguladora da profissão defende que EE é: *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010), sendo que a mesma entidade menciona ainda que as competências de EE são coerentes com os domínios considerados na definição das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O Curso de Especialização de EMC da UCP preconiza que para a obtenção do título de EE é indispensável desenvolver atividades em contexto real da prática de cuidados, pois só assim se consegue adquirir mais conhecimentos e desenvolver inerentes competências, daí no plano do Curso do MNP na Área de EEMC constar a realização de estágios, estando presente a premissa da UCP da obrigatoriedade em se realizar um estágio em contexto de Urgência, outro em contexto de Cuidados Intensivos/intermédios e um terceiro estágio de carácter opcional, podendo o estudante escolher entre Cuidados Paliativos/continuados, Bloco Operatório, Pré-hospitalar e Controlo de Infecção Hospitalar, estando todos estes campos de estágio

diretamente ligados à pessoa em situação crítica, que é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*, (OE, 2010).

Collière (1999), considera que a formação tem um papel determinante na evolução dos cuidados de Enfermagem, pois ela é geradora de mudança de condutas, de comportamentos e de atitudes dos profissionais. A formação tem como principal objetivo a constante atualização e desenvolvimento do saber adquirido, o que faz sentido pois o conhecimento é uma componente fundamental na prática profissional dos enfermeiros, visto que os novos conhecimentos, a reflexão sobre as situações vividas, e a aprendizagem contínua assim como o contato com novas realidades permitem-nos evoluir para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

O presente relatório de estágio é segundo Cerqueira et al (2014, p.32) um documento onde *“(...) o estudante descreve e analisa o seu percurso, realizando uma análise crítica das competências desenvolvidas”*. Foi elaborado tendo por base o método descritivo e reflexivo e pretende descrever o meu percurso ao longo dos três estágios realizados em diferentes contextos, assim como pretende demonstrar o crescimento pessoal e profissional neste processo formativo. Assim defini como objetivos; descrever as atividades realizadas em cada estágio, as quais levaram a concessão dos objetivos: demonstrar os saberes adquiridos e as competências desenvolvidas de forma analítica, crítica e refletida; dar a conhecer a revisão sistemática da literatura efetuada sobre as estratégias na comunicação de más notícias; dar resposta ao elemento de avaliação da unidade Curricular Relatório.

Na análise e reflexão suportei-me em alguns teóricos dada a sua importância na fundamentação dos temas abordados e dos trabalhos desenvolvidos. Cuidar do doente em situação crítica constitui-se transversal aos estágios realizados, pelo que nos vamos socorrer de Jean Watson enquanto autora da Teoria do Cuidar que entre outros defende que *“a enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano”*, (2002, p.52), complementada também a fundamentação com Meleis, pois a autora defende que *“(...) as transições são despoletadas por uma mudança do estado de saúde, no*

papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades (...)” (Meleis 2005, citado por Charepe 2011, p.54).

Este relatório está estruturado por capítulos após a introdução onde fica o curso e os estágios realizados bem como as perspetivas das opções, surge a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que tem como temática a “Comunicação de Más Notícias: Que estratégias?”, a qual é desenvolvida de forma analítica e fundamentada. Este tema emergiu do facto de trabalhar numa Unidade de Cuidados Paliativos, onde a comunicação de más notícias era frequentemente vivenciada, o que me suscitou a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver a minha capacitação para esta intervenção quer junto da pessoa, quer junto da sua família ou pessoa significativa.

O segundo capítulo pretende ser o relato descritivo e analítico-reflexivo das múltiplas intervenções vivenciadas e das competências desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, apontados pela ordem cronológica da sua realização, de forma a facilitar a sua elaboração e consequentemente a sua leitura. No início de cada subcapítulo procedo à caracterização dos serviços onde decorreram os estágios, bem como a opção pelos mesmos estágios que decorreram em Hospitais da área grande Lisboa.

No terceiro capítulo surge a conclusão do trabalho onde apresento uma reflexão sumária sobre o percurso realizado, as atividades desenvolvidas que concorrem para a conceção dos objetivos delineados e onde se encontram descritas as principais conclusões que por último são apresentadas as referências bibliográficas.

A realização deste relatório foi de acordo com as normas da American Psychological Association – APA-, 6ª edição.

1. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: QUE ESTRATÉGIAS?

Uma revisão sistemática da literatura

COMMUNICATION OT BAD NEWS: WHAT STRATEGIES?

A systematic review of the literature

Calado, Núria¹, Madureira, Manuela²

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar as estratégias utilizadas na Comunicação de Más Notícias pelos Profissionais de Saúde (médicos e enfermeiros) ao doente e sua família/pessoa significativa. **Método:** Revisão sistemática da literatura efetuada através de pesquisa em bases de dados internacionais (EBSCOhost e B-on), de artigos publicados entre 2010 e 2016. Com o intuito de responder à questão: “Quais as estratégias utilizadas na comunicação de más notícias ao doente/família/pessoa significativa?” **Resultados:** A pesquisa inicial resultou em 70 publicações que pelo processo de seleção apenas foram analisados 3 artigos, os quais permitiram perceber que não existe uma forma concreta de comunicar más notícias, pois cada pessoa é única e quem comunica as más notícias tem de encontrar a maneira mais adequada de o fazer. Porém constatou-se a existência de processos que podem facilitar esta Comunicação. **Conclusão:** A comunicação de más notícias será sempre uma tarefa difícil para qualquer profissional de saúde. O enfermeiro possui um papel importante neste processo, pois ajuda o doente a receber e compreender e tentar aceitar a notícia que lhe é transmitida. **Descritores:** Comunicação, Más Notícias, estratégias, adulto.

¹ Licenciada em Enfermagem, Enfermeira de Cuidados Gerais no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José, Serviço de Urgência Geral, estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa

² Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Professora Auxiliar da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

ABSTRACT

Objective: Identify and analyze the strategies used in the Communication of Bad News by Health Professionals (doctors and nurses) to the patient and his family.

Method: research carried out in international databases (EBSCOhost and B-on), obtaining articles published between 2010 and 2016. To answer the question "What are the strategies used to communicate bad news to the patient/family?"

Results: The initial research resulted in 70 publications that by the selection process only 3 articles were analyzed, which allowed us to perceive that there is no concrete way of communicating bad news, since each person is unique and who communicates the bad news has to find the way More appropriate to do so. However, there were processes that could facilitate this Communication.

Conclusion: The communication of bad news will always be a difficult task for any health professional. The nurse has an important role in this process, as it helps the patient to receive and understand and try to accept the news that is transmitted to him.

Descriptors: Communication, Bad News, strategies, patient.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A comunicação é uma condição básica da vida humana, a partir da mesma constitui-se o relacionamento social, a passagem do conhecimento disponível através das interações/inter-relações humanas que ocorrem durante o seu processo de socialização, que concebe as identidades individuais de cada pessoa. Comunicação define-se como sendo *“um processo de criação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”* (Phaneuf, 2005, p.23).

O ato de comunicar encontra-se inerente à profissão de enfermagem, pois todos os dias e a qualquer hora o enfermeiro tem necessidade de comunicar com quem o rodeia, quer seja a sua equipa, o doente ou a família/pessoa significativa do doente. Qualquer atividade que o enfermeiro pratique está igualmente dependente da comunicação, pelo que o desenvolvimento de habilidades comunicacionais interpessoais nos profissionais de saúde é fundamental para se estar capacitado e melhor proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde (Pereira, 2008).

Muitas vezes os profissionais de saúde, médicos ou enfermeiros têm de comunicar notícias ao doente/família, sendo que as más notícias são *“informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o paciente tem do seu futuro”* (Twycross, 2001, p.41), pelo que a comunicação de más notícias continua a ser uma área muito difícil de abordar para qualquer profissional de saúde pois, muitas das vezes, estes têm medo das reações de cada doente/família/pessoa significativa e muitas vezes não sabem como gerir a situação, quer o antes, o durante ou o depois da conversa. Para os doentes/famílias que recebem a notícia também é um processo complicado pois é uma notícia que lhe pode provocar surpresa, alterar a perceção de tudo o que o rodeia ou até mesmo alterar a sua vida por completo (Pereira, Fortes e Mendes, 2013, p.228).

PERCURSO METODOLÓGICO

Com o intuito de perceber como se poderia melhorar este processo de comunicação de más notícias foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sobre o tema “Comunicação de Más Notícias”, cujo objetivo foi identificar estratégias facilitadoras que possam ser utilizadas na comunicação de más notícias. Daí surge a questão de Investigação: **“Comunicação de Más notícias: Quais as Estratégias?”**

Realizar uma RSL é um processo que consiste em fazer um inventário e consequente exame analítico e crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação (...) a síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação. (Fortin, 2009).

A RSL decorreu no período de maio a junho 2016 tendo para isso recorrido às bases de dados eletrónicas: EBSCOhost (CINAHL Plus com texto completo, MEDLINE, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Controlled Trials Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition, MedicLatina, Academic Search Complete) e B-On.

Em cada base de dados identificámos os descritores de pesquisa de acordo com as palavras-chave retiradas da questão de investigação: *comunicação, más notícias, estratégias* e *adulto*. Os mesmos foram utilizados em Inglês *communications, bad news, patient* e *strategies*. Após esta seleção de palavras-chave conjuguéi os termos booleanos AND e OR de forma a encontrar mais e melhor evidência que respondesse à minha pergunta de partida. A linha temporal dos documentos selecionados foi entre 2010 e 2016 (Ver Quadro 1).

Quadro 1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P - Participantes	Estudos em que os participantes sejam adultos/ idosos. Estudos que contemplem enfermeiros/ médicos	Estudos que direcionem para área neonatal/pediátrica
I - Intervenção	Estratégias usadas na comunicação de más notícias ao doente crítico	
C - Comparação	Comparação entre os diferentes estudos obtidos nas pesquisas	
O - Resultados	Identificar as estratégias utilizadas para comunicar Más Notícias	
S - Estudo	Estudos de metodologia científica qualitativa, quantitativa e exploratórios descritivos	

RESULTADOS DE PESQUISA

Ao longo da pesquisa foram encontradas 70 publicações, que após a leitura do título só 8 publicações respondiam aos critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, após a sua leitura na íntegra, só selecionei 3 publicações (ver Figura 1. e Quadro 2.).

Figura 1 Fluxograma da Seleção de Publicações



Quadro 2 Apresentação dos Estudos

Estudo	Título	Autores	Publicação	Ano	Metodologia	Resultados
E1	Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura	Ana Teresa Pereira Isa Fortes João Mendes	Revista de Enfermagem UFPE On Line	2013	RSL	Revisão sistemática da literatura que visou analisar a eficácia das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde e perceber se são adequadas. Teve como participantes, profissionais de saúde, pacientes adultos e famílias. Este estudo conclui que não existe uma forma simples e fácil de comunicar más notícias, visto cada pessoa ser única. No entanto apresenta estratégias que facilitam essa comunicação como descreve o Protocolo de SPIKES. A sua utilização ajuda a minimizar a angústia sentida pelos envolvidos, profissionais de saúde ou pessoa/paciente/família. As principais componentes deste protocolo são demonstrar empatia, demonstrar, reconhecer e validar sentimentos do paciente e ainda explorar a compreensão deste.
E2	Strategies to ensure effective and empathetic delivery bad news	Carole Palmer Colin Thain,	Cancer Nursing Practice	2010	Qualitativo	Estudo que aplicou um questionário a doentes oncológicos sobre como lhe eram comunicadas as más notícias e revelou que foi positivo haver enfermeiros especialistas, com competências para a comunicação e experiência na liderança a comunicar o diagnóstico. Pois a empatia e

						conhecimento sobre o processo de comunicação de Más Notícias podem ajudar a minimizar o risco de depressão e de ansiedade nos doentes.
E3	Breaking bad news: issues relating to nursing practice	Clare Warnock	Nursing Standard – RCN publishing	2014	Exploratório descritivo	Realizou uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de compreender o processo de comunicar más notícias e discutir mudanças do processo assim como as dificuldades que os enfermeiros podem encontrar quando comunicam más notícias. Os participantes dos estudos trabalhados eram enfermeiros. Conclui que estar envolvido no processo de comunicação de más notícias é uma atividade complexa, que requer conhecimento, perícia e competência. Que a comunicação tem de ser bem-feita para poder ser positiva para os intervenientes. Na equipa multidisciplinar o enfermeiro é um elemento com competências desenvolvidas na comunicação interpessoal, logo contribui positivamente aquando do processo de comunicar más notícias.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a análise dos três artigos selecionados foi possível responder à questão orientadora e identificar estratégias que facilitam o processo de comunicação e saber das intenções dos profissionais de saúde neste processo, em especial as dos enfermeiros.

Edwards M. (2010, p.495) defende que *“a má notícia é uma mensagem que tem o potencial de destruir sonhos e esperanças, leva a uma mudança de estilos de vida de uma pessoa e a um futuro diferente”*, pois qualquer má notícia vai alterar o pensamento e as expectativas de cada pessoa em relação à sua vida.

Warnock, C. (2014) citando Fallowfield and Jenkins (2004) defende que a classificação de má notícia vai depender da pessoa que a recebe e da forma como a interpreta, uma vez que uma má notícia pode ser má para uma pessoa ou pode ser natural ou até mesmo expectável para outra pessoa.

Todos os autores analisados defendem que são os profissionais de saúde que têm o papel ativo nesta comunicação, o que lhes pode ser causador de stress, pois sabem que irão comunicar uma notícia que poderá alterar uma ou mais vidas e que podem afetar psicologicamente o doente e sua família. Para diminuir o seu nível de stress tem de gerir e planear a interlocução que irão ter, visto que poderão ter necessidade de gerir os seus próprios receios e de se prepararem para as reações do doente e sua família. (Pereira, Fortes e Mendes, 2013, p.231)

Tal como os autores Pereira, Fortes e Mendes (2013, p.231) referem *“atualmente, em Portugal a necessidade de informação ao paciente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e que está consagrado na Lei de Bases da Saúde”*.

No entanto a nossa questão principal prende-se com as estratégias utilizadas para comunicar más notícias e não como se sentem os profissionais de saúde quando estão a transmitir estas notícias.

De acordo com os artigos em análise não existe uma maneira para comunicar as más notícias, contudo existem estratégias que podem facilitar esta comunicação.

Pereira, Fortes e Mendes (2013, p.231) defendem que a má notícia deve ser fornecida de *“forma gradual, clara e aberta, adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pelo paciente e família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões.”* E o profissional de saúde que faz a comunicação deve ter sensibilidade e perspicácia para poder responder ao doente o que ele quer saber da forma mais simples possível, mas sem infantilizar o doente ou a sua família.

Os três artigos analisados são consensuais no uso de uma estratégia para a comunicação de más notícias que é o uso do Protocolo de SPIKES (ver Quadro 3.) constituído por seis passos, sendo que cada letra representa uma fase da sequência. Os principais componentes deste protocolo abrangem a empatia, o reconhecimento e a validação dos sentimentos do doente, explorando a sua compreensão e aceitação e fornecendo informações sobre possíveis intervenções.

Quadro 3 Protocolo de SPIKES

S - Setting up the interview (Preparação do Ambiente)	• Proporcionar: Privacidade, Conforto, Disponibilidade, Ambiente tranquilo, Presença de familiar/amigo (se o doente quiser) • Evitar: Barreiras Físicas, Interrupções
P – Perception (Perceção)	• Realizar questões abertas de forma a perceber qual a percepção do doente/família em relação a sua situação: O que sabe sobre o seu quadro clínico?
I - Invitation (Convidar para Dialogo)	• Perceber o que o doente/família quer saber sobre a sua situação, deve-se questionar diretamente o que desejam saber sobre a situação, por ex: <i>“Quer saber toda a informação ou apenas uma parte dos resultados? Quer discutir o seu plano terapêutico?”</i>
K – Knowledge (Partilha da Informação)	• Fornecimento da informação adequadamente ao doente/família usando exemplos de frases que podem ser usadas: <i>“Infelizmente eu tenho más notícias a lhe dar”</i> ou <i>“Sinto ter que lhe dizer que...”</i>; e usar termos de fácil compreensão.
E - Emotions (Responder às Emoções)	• Responder de forma empática, reconhecendo as emoções e reações do doente/família • Utilizar afirmações como “eu gostaria que a notícia fosse melhor” ou “isto é obviamente uma notícia preocupante”

**S - Strategy and Summary
(Estratégia e resumo)**

- Profissional deve avaliar a compreensão dos pacientes, fazendo perguntas, como por ex: "será que faz sentido para si?" ou "está esclarecido?", "tem dúvidas"

Após este processo o enfermeiro deve ter um momento de introspecção de forma a perceber como este processo o afetou e perceber o que pode fazer para o melhorar.

Palmer e Thain (2010,p.26) desenvolvem o seu artigo a partir de um questionário a doentes oncológicos, no qual questionam o doente sobre a forma como os enfermeiros especialistas que usaram estas estratégias de comunicação lhe transmitiram as más notícias e como a perceberam. Encaminharam 26 questionários, no entanto apenas devolvidos 18. Destes 18 questionários 77% responderam que *"tinham entendido tudo sobre seu diagnóstico"*, 33% afirmam ter percebido *"a maioria dos aspetos"*. Relativamente à forma como lhe foi explicado cerca de 89% referiam que o seu diagnóstico lhe tinha sido explicado de forma sensível, enquanto 11% referiam que lhe tinha sido explicado com bastante sensibilidade. Os pacientes afirmam que também tiveram a oportunidade de fazer perguntas aos enfermeiros e discutir suas preocupações, e a maioria achou que lhes foi oferecida suficiente informação escrita sobre sua patologia. Esta análise demonstra que os enfermeiros com experiência e conhecimento na área oncológica e de comunicação de más notícias que utilizam as estratégias facilitadoras de comunicação nesta clínica foram bem-sucedidos.

CONCLUSÃO

Como resposta à questão orientadora da RSL e segundo os autores selecionados não existe uma maneira de comunicar más notícias ao doente e sua família/pessoa significativa, pois cada indivíduo tem a sua maneira de receber e interpretar a notícia e cada profissional de saúde (também pessoa) tem de se adaptar, aquando da comunicação de más notícias, ao doente/família/pessoa significativa que tem perante si. Posto isto, podemos afirmar de que a comunicação de más notícias é um dos processos mais difíceis para os profissionais de saúde.

Com o intuito de diminuir esta dificuldade têm sido estudadas e implementadas estratégias facilitadoras no processo de comunicação de más notícias. Uma dessas estratégias é então o protocolo de SPIKES que ajuda a aliviar a ansiedade sentida tanto pelo profissional de saúde que vai comunicar a notícia, como do doente/família que irá rececionar a notícia. Os principais componentes da estratégia SPIKES incluem a empatia, demonstrando, reconhecendo e validando os sentimentos do doente e por fim perceber se o doente o percebeu realmente o que lhe estava a ser dito.

Após a realização desta RSL concluímos que continua a ser pertinente continuar a realizar leituras, formação contínua e realizar mais estudos nesta área dado transparecer ainda desconforto aguda da comunicação de más notícias por todos os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Edwards M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care* 12(10):495-7. Acesso em Janeiro, 13, 2017. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/nrec.2010.12.10.78407>
- Palmer C, Thain C. (2010) Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*. 9(9): 24-27. Acesso em janeiro, 21, 2017. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/cnp2010.11.9.9.24.c8080>
- Pereira, A., Fortes, I. e Mendes, J. (2013). Comunicação De Más Notícias: Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(1): 227-235
- Pereira, M. A. G. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Editora Formasau.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Acesso em janeiro, 17, 2017. Disponível em: Brasil: Florianópolis. Texto & Contexto – Enfermagem 14 (1 jan./mar):33-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Phaneuf M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Editora Lusociência.
- Twycross, R. (2001). Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores.
- Warnock, C. (2014) Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard – RCN Publishing*.45(28): 51-58. Acesso em janeiro, 12, 2017.

Disponível em :
[https://www.researchgate.net/publication/276319464 Breaking bad news Is
sues relating to nursing practice](https://www.researchgate.net/publication/276319464_Breaking_bad_news_Is_sues_relating_to_nursing_practice)

Watson J. Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem.
Loures: Lusociência; 2002.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo é-me proposto expor o meu percurso formativo descrevendo todas as atividades desenvolvidas e irei refletir sobre as competências gerais e específicas de EE adquiridas ao longo dos três estágios no âmbito da EEMC. Utilizarei o método descritivo e recorrei a uma análise crítica das competências desenvolvidas, teorizadas pelos conhecimentos adquiridos baseados na evidência científica.

Os Ensinos Clínicos e Estágios realizados desde o Curso de Licenciatura em Enfermagem, e agora no Curso de Mestrado em EMC tem-se constituído oportunidades de mobilizar para a prática o conhecimento adquirido teoricamente, e demonstrar competências na ação do saber-fazer, em contexto real. Daí Hesbeen (2000, p.136) dizer que *“o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida. É o complemento do ensino escolar que, mesmo com as modalidades pedagógicas mais eficazes, não se pode substituir a este contato direto com a realidade”*.

Os três estágios permitiram identificar que o doente vive constantemente um processo de transição e que o enfermeiro tem um papel muito importante neste processo, pois como Soares (2008), ao citar Meleis, et al (2000) defende, nas situações de transição, os enfermeiros desempenham o papel de cuidadores principais da pessoa/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas implicam.

Neste capítulo é realizada uma descrição/reflexão crítica acerca das aquisições feitas ao longo dos três estágios, e sublinho a sua importância no desenvolvimento de competências de EE.

Nesta nota introdutória sublinho como objetivo geral e transversal a todos os estágios o *desenvolver de competências científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica*.

Este objetivo foi delineado tendo por base a responsabilidade ética e legal nos cuidados de enfermagem prestados, tal como nas tarefas delegadas e supervisionadas de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) descritos no decreto (dec.) de lei nº 104/96 de 4 setembro, e cumprindo os direitos do cliente suportados pelo Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) legislado no artigo (artº) 78 do Estatuto de OE pelo dec, lei nº 104/98 de 21 de abril.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O primeiro estágio realizou-se entre os dias 15 de Fev e 15 de Abril 2016 num Serviço de Urgência Geral de Lisboa e teve uma duração de 180h. A realização deste estágio teve como principal objetivo a aquisição de competências comuns e específicas de EE em EMC. A opção por este serviço, foi por considerar ser um local que me poderia proporcionar os mais diversos momentos de aprendizagem, dado ser um serviço classificado como uma urgência que dispõe de todas as especialidades médicas e cirúrgicas.

O Serviço de Urgência Geral (SUG) onde decorreu o estágio é um serviço de urgência polivalente com centro de traumatologia, tal como o Despacho nº 13427/2015 publicado no Diário da República (DR), 2ª série, nº 238 de 20 nov 2015 define. Está igualmente determinado neste despacho que neste SUG o enfermeiro presta cuidados a doentes adultos, podendo receber doentes pediátricos politraumatizados, que após uma primeira avaliação serão então transferidos para os serviços de urgência pediátricos.

O serviço é constituído por diversos setores em que os três principais são: a triagem que funciona com o Sistema de Triagem de Manchester de forma atribuir prioridades aos doentes, consoante os seus sintomas, o Ambulatório e o Internamento. O ambulatório divide-se no setor vermelho, com 2 salas de

reanimação com capacidade para 3 doentes, no setor laranja, amarelo, verde/azul os quais são compostos por gabinetes médicos, salas de tratamentos e salas de espera individuais. Possui ainda a Sala de aerossóis, Setor de cirurgia e ortopedia, urgência psiquiátrica, urgência oftalmológica/otorrino. Por fim o internamento é composto pela Sala de Observação (SO) que tem capacidade para 16 doentes. O hospital dispõe ainda uma Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VEMR) parte integrante da Emergência Médica Pré Hospitalar.

Esta divisão do SUG tem como principal objetivo permitir que todos os doentes tenham acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) da mesma forma, tal como Deodato (2012, p. 63) afirma: “(...) o SNS terá de encontrar formas de garantir o acesso para todos, independentemente da zona onde habitam ou das suas dificuldades económicas”.

O SUG é um serviço de urgência polivalente dispõe de uma equipa multidisciplinar a qual é constituída por médicos de várias especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, assistentes operacionais, técnicos de ECG, equipas de limpeza, seguranças e ainda uma equipa de agentes da PSP, que salvaguardam a Ordem Pública.

. Sheehy (2011, p.16) defende que o SU “(...) serve frequentemente de porta de entrada do doente ao sistema de saúde”, pelo que com este estágio pude cuidar do doente e família desde a admissão ao SU até ao regresso a casa, ou pela gravidade da situação ficar internado

Alguns doentes que entram neste SUG podem ter alguns critérios previstos pela Direção Geral de Saúde (DGS) e por isso são recebidos e encaminhados de forma premeditada e sistemática, como é o caso dos doentes que são considerados Vias Verdes (VV). Por definição, esta consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar (Delgado, 2012). As VV existentes neste SUG pré-estabelecidas pela DGS são Via Verde Sepsis, coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou trauma.

Desde o primeiro dia de estágio que me integrei no serviço e equipa multidisciplinar, percebi a metodologia de trabalho da equipa e o funcionamento do serviço. Este

processo de integração permitiu-me adquirir competências de especialista, isto é, **demonstrar capacidade de trabalho, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**. O meu processo de integração no SUG iniciou-se de forma progressiva. Para a primeira semana de estágio foi planeado fazer a integração ao serviço onde foi feita inicialmente uma breve apresentação do serviço pelo Enfº Chefe e orientadora, o que me permitiu também identificar as estruturas físicas e compreender melhor o funcionamento do SUG. Foi também imprescindível a colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados que simultaneamente me fez conhecer os materiais e equipamentos mais utilizados.

No âmbito deste estágio foi realizado um Projeto de Estágio onde delineei objetivos específicos que pudessem orientar e sustentar o meu estágio. Defini então como objetivo geral: ***“Desenvolver competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência”*** e delineei como objetivos específicos: ***“Prestar cuidados especializados ao doente crítico no contexto do SUG, em especial na SR, ST e SO”, “Contribuir para a melhoria e sequencia dos cuidados prestados aos doentes através da elaboração de um guia de acolhimento no serviço de ambulatório”***.

Ao longo deste estágio procurei prestar cuidados especializados aos doentes tanto no ambulatório, como no internamento, nunca descorando a família pela importância que esta tem para o doente que se encontra a experienciar uma situação de urgência. Neste percurso formativo foram aparecendo doentes a vivenciar novas situações e por vezes situações nada habituais no meu exercício profissional, o que me possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e desenvolver novas competências. Durante esta experiência pude **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada**, pois sempre que tinha uma situação nova tentava perceber o que se passava e quais as principais necessidades do doente naquela situação, mobilizando assim os meus conhecimentos. Após essa análise comunicava à minha orientadora e, por vezes, aos enfermeiros da equipa as minhas intervenções e promovia a reflexão sobre a situação vivenciada, o que me permitia **desenvolver uma metodologia de**

trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na sua área de especialização.

No decurso do estágio, independentemente do setor onde prestei cuidados a doentes, tanto do foro médico, cirúrgico, monotraumas e politraumas, vivenciei uma situação de exceção, com a admissão de multivítimas, em que nem Hospital, nem a equipa multidisciplinar do SUG podiam prever o que estava prestes a acontecer. O SUG encontrava-se estranhamente calmo quando de repente alguém externo ao Hospital comunicou que iríamos receber três vítimas de um tiroteio. Pouco tempo depois estas três vítimas que chegaram ao SUG pelo próprio pé, tendo sido prestados cuidados às vítimas na SR. Pouco tempo depois chegaram mais duas vítimas em situação crítica e que teriam igualmente necessidade de cuidados urgentes, pelo que a equipa teve de se organizar rapidamente o que foi imediatamente confuso. Nesta situação imprevista tive a necessidade de **tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização, pois** eu não sabia ao certo como agir. Num replanear tentei perceber onde seria necessária a minha intervenção e pude por isso colaborar no cuidar em situações multivítimas, o que me permitiu **dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima da conceção à ação.**

Todas as situações abordadas anteriormente me permitiram um crescimento enquanto profissional e me permitiram **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.**

Neste processo formativo assumiu-se a comunicação como transversal a todo o estágio. Pereira (2008, p.49), citando Deaux e Wright (1995) define-se como “(...) *uma interação onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagem e, durante o processo, ambos se apresentam e interpretam um ao outro (...)*”. Neste contexto de estágio fui pro-ativa e interagi sempre que possível com o doente e sua família, explicando o que se estava a passar, pois esta explicação reduz o nível da ansiedade sentida. Muitas vezes dirigi-me aos familiares para poder identificar melhor os problemas do doente e poder diminuir a ansiedade das famílias ao dar-lhe todas as informações. Daí pude **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e**

relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

O meu segundo objetivo foi desenvolvido após ter conhecimento das metas do Plano Nacional de Segurança de Doentes (PNSD) 2015-2020 que o Ministério da Saúde quer ver implementado em todos os serviços de saúde a nível nacional até 2020. Após a análise deste documento e de acordo com a Enf^a orientadora planeou-se a realização de um miniguia de acolhimento dirigido às pessoas no serviço ambulatório (Apêndice I). A realização deste documento contribuiu para melhorar e visou intervir no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem presentes no regulamento de competências comuns de Enf^o Especialista da OE. No término do estágio deixei aos enfermeiros o guia para implementação no serviço de ambulatório e ser entregue às pessoas/clientes e famílias

Este contexto de urgência revelou-se importante no desenvolvimento da capacidade crítica sobre as práticas e pude progressivamente, adquirir autonomia e prestar cuidados especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica.

De sublinhar também que este local de estágio foi positivo para o meu processo de aprendizagem pois proporcionou-me várias oportunidades de formação as quais contribuíram para um crescimento profissional e pessoal.

2.2 UNIDADE DE QUEIMADOS

O segundo estágio, segundo o plano de estudos do MNP do EMC deve decorrer numa unidade de cuidados intensivos, visando à aquisição de competências de enfermeiro especialista, na prestação de cuidados ao doente crítico. Assente na permissão de que seria um estágio diferenciado, escolhi realizar este estágio num Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) de um Hospital Central em Lisboa. Para ser considerado um CTQ a Unidade de Queimados tem de cumprir as orientações estipuladas pela Direção Geral de Saúde as quais se encontram descritas na Norma nº24 de dez 2012, atualizada em dez 2015.

Esta UQ onde realizei o meu segundo estágio integra o serviço de Cirurgia Plástica e está em funcionamento há cerca de 20 anos. Este serviço dispõe de uma equipa

multidisciplinar permanente composta por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos (cirurgias plásticas e anestesistas), fisioterapeutas, nutricionistas, administrativa e equipa de limpeza. A unidade é constituída por cinco quartos individuais com pressão positiva (cada doente possui equipamento de monitorização e vigilância individual), um Bloco Operatório, uma Sala de Balneoterapia, uma Sala de Esterilização, um gabinete médico onde permanece um médico anestesista 24h e onde podemos encontrar os médicos de Cirurgia Plástica que dão apoio diariamente aos doentes desta UQ, o gabinete da Enfa Chefe, uma zona central onde se realiza a passagem de ocorrências e onde a equipa de enfermagem pode observar todos os doentes. Circundante à unidade existe um corredor que dá acesso a todos os quartos, permitindo que os doentes tenham visitas diariamente podendo estes comunicar com o doente através de intercomunicadores. As visitas podem também estar junto ao doente, mas apenas uma vez por dia cerca de 30 min, e para isso têm de ser equipar adequadamente (farda limpa, barrete, máscara, protetores de sapatos) além de proceder à lavagem e desinfeção das mãos.

O doente designado de queimado aquele doente que possui características específicas e que tem necessidade de um tratamento igualmente especializado.

A queimadura é a destruição mais ou menos extensa e profunda do “órgão pele”, sob ação de um agente mecânico, térmico, elétrico, químico ou radioativo (Serra, et al., 2004). Esses agentes podem atuar no tecido causando destruição parcial ou total da pele, podendo atingir camadas profundas, como o tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos.

Os critérios de internamento numa UQ incluem: queimaduras 1º grau com Superfície Corporal Total Queimada (SCTQ) $\geq 75\%$; queimaduras 2º grau com SCTQ $> 25\%$; queimaduras 3º grau com SCTQ $> 10\%$ e toda a queimadura que inclua: face; mãos; pés; períneo; inalação ou atingimento da via aérea e queimadura elétrica (Serra, et al., 2004).

No acolhimento do doente na UQ o doente deve ser avaliado segundo o ABCDEF: A - Airway, B - Breathing, C - Circulation, D - Disability, E - Exposition, F – Fluids (reposição dos líquidos), (Swearingen, 2003). A avaliação secundária inclui

inspeção detalhada da cabeça aos pés, a exploração das circunstâncias do acidente e os antecedentes pessoais da vítima. A gravidade da queimadura tem a ver com % de SCTQ, profundidade e localização da queimadura, potencial para lesão por inalação, idade e antecedentes da vítima.

Para a realização deste estágio assumi como atrás referi: ***“Desenvolver competências técnicas, éticas, relacionais e científicas relacionadas com o doente crítico, em contexto de Unidade de Queimados”***, de forma a obter as competências de EE em enfermagem médico-cirúrgica necessárias à prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, tal como à sua família aquando do internamento numa UQ.

O processo de integração é fundamental uma vez que a qualidade de Cuidados assenta muito no trabalho de equipa e aqui Benner (2011) reforça o quanto crucial é o trabalho de equipa para se prestar cuidados eficazes aos doentes. No meu primeiro dia de estágio foi-me apresentada UQ pela Enf^a chefe e pela minha orientadora que me explicaram o funcionamento da unidade e qual o percurso que o doente faz desde a sua admissão no serviço até ao regresso ao domicílio ou outros serviços. Após esta apresentação de forma pormenorizada sobre a estrutura física da unidade pela enfermeira orientadora assim como a metodologia de trabalho, esta revelou-se facilitadora para a compreensão da orgânica e funcionamento do mesmo, o que foi complementado com a leitura de normas, protocolos e procedimentos. Houve também um relacionamento interpessoal com os elementos da equipa multidisciplinar, que se baseou essencialmente na interajuda e disponibilidade para o trabalho de equipa, foi uma mais-valia neste processo de integração.

De forma a orientar o meu estagio na direção da aquisição competências de EE, defini então como objetivo específico: ***“Desenvolver a prestação de Cuidados Especializados ao doente queimado no contexto de Unidade de Queimados e Bloco Operatório e sua família”***. Neste propósito tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados gerais e especializados ao doente queimado desde a sua admissão à unidade. Quando o doente é recebido no SUG é submetido a exames complementares de diagnóstico e transferido em seguida para a UQ. Aquando da admissão na unidade e ainda antes do doente ser instalado no seu quarto são

prestados cuidados à pessoa na balneoterapia, isto é: *“...um procedimento que consiste na realização de banhos, tendo como principal objetivo a limpeza e remoção de tecidos desvitalizados, para evitar infeções (...), evitando a dor e o desconforto ao doente, depende não só da atuação de uma equipa, como também de uma afetação de recursos que um bom planeamento torna possível”* (Sousa, et al., 2003). Procede-se à recolha de dados, identificam-se os problemas do doente e levantam-se diagnósticos de enfermagem de forma a poder estabelecer prioridades. Num segundo tempo planeia-se os cuidados em continuidade até ao regresso a casa. A seguir e ao colaborar na prestação de cuidados pude **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.**

Ao longo deste processo formativo, e de uma forma progressiva tive a possibilidade de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente queimado desde a sua admissão até a sua alta/transferência, todo o percurso de estágio permitiu-me desenvolver alguns aspetos mais específicos na minha área de especialização, pois prestei cuidados a doentes com pequenas áreas queimadas até doentes com cerca de 90% do corpo queimado. Os doentes queimados podem ter necessidade de ser ventilados, ou por queimaduras das vias aéreas ou para proteção destas ou aquando da ida ao BO, à balneoterapia ou aquando da realização dos pensos. Pelos motivos referidos tive também possibilidade de prestar cuidados a doentes ventilados. Ao longo das horas que efetuei de estágio consegui **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como a público em geral.** Sempre que prestei cuidados aos doentes e sua família **produzi um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.**

No decurso deste estágio e ao colaborar na prestação de cuidados de extrema especificidade e de segurança, todas estas vivências me levaram ao desenvolvimento progressivo de uma conduta autónoma especializada e à consolidação de novas competências. Esta conduta levou-me à realização de algumas atividades que me iriam permitir que atingisse com sucesso o objetivo a que me propus inicialmente. Realizei diariamente pesquisas que me permitiram identificar e compreender as necessidades sentidas pelos doentes queimados e

suas famílias relativas aos cuidados individualizados e especializados prestados ao doente, e ainda se submetido a intervenção cirúrgica. Este contexto motivou-me a propor a realização de um folheto sobre os cuidados que o doente queimado deve no regresso a casa (Apêndice II). Optei ainda por dar início à realização de uma norma sobre a utilização do Analgesia Nociception Index (ANI), (Apêndice III), pois foi usado pela primeira vez durante a minha permanência nesta UQ e apercebi-me que havia pouco conhecimento dos elementos da equipa sobre o funcionamento do mesmo, no entanto pude apenas realizar a parte teórica da norma visto ser um aparelho se está a dar início ao seu uso e apenas existe a informação fornecida pela empresa que o fabrica. Com a elaboração desta norma **demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

Como segundo objetivo específico defini: **“contribuir para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes ao divulgar os resultados da RSL sobre e Comunicação de más notícias”**. Este objetivo relaciona o tema da minha revisão sistemática da literatura com o facto de ter identificado que este tema era de difícil abordagem por alguns elementos da equipa, pois muitas vezes tinham a necessidade de comunicar situações aos doentes/famílias e não sabiam qual seria a melhor forma de o fazer. Realizei e apresentei uma pesquisa sobre o tema Comunicação de Más Notícias à minha Enf^a orientadora e à Enf^a chefe do serviço e foi-me proposto a realização de um poster que ficasse no serviço sobre o Protocolo de SPIKES (Apêndice IV), dado ser um dos protocolos dos processos mais utilizados em saúde para Comunicar Más Notícias. Este Protocolo de SPIKES é um processo de que se divide em 6 etapas (*S - Setting up, P – Perception, I - Invitation, K – Knowledge, E – Emotions, S - Strategy and Summary*) as quais segundo evidencia científica são as que mais facilitam no nesta comunicação. Após a realização deste poster foi planeada uma sessão de formação (Apêndice V) onde apresentaria o poster e explicaria o Protocolo de SPIKES. Com este objetivo consegui **identificar as necessidades formativas; promover a formação em serviço e ainda promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

Terminando este estágio penso ter desenvolvido competências de enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, dado ter prestado cuidados especializados ao doente, e ter contribuído para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes

2.3 VIATURA DE EMERGÊNCIA MÉDICA E REANIMAÇÃO

O último estágio inserido decorreu na VMER de um Hospital Central de Lisboa, entre 12 de set e 27 Out 2016, num período de 180h.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2014, S/p) a VMER “*é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente*” e que dispõe de material para Suporte Avançado de Vida (SAV). Esta equipa é composta por um médico com formação intensiva de emergência e um enfermeiro (o qual conduz a viatura) e que tem formação para tal. A ativação desta equipa está dependente do Centro de Orientação de Doente Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), pois é este centro que recebe as chamadas e que faz uma triagem das informações recebidas e que decide quais os meios que devem ser ativados para o local.

A VMER deste Centro Hospitalar é composta por cerca de 20 enfermeiros e 30 médicos que são escalados pelos três turnos e todos eles pertencem a esse mesmo Centro Hospitalar e cujas funções são há vários anos em contexto de Urgência e Emergência (SU e UCI), o que faz com que seja uma equipa com comprovada experiência e competência.

No contexto supra referido tive a oportunidade de presenciar diversas situações relacionadas com doentes recorrentes e outras menos comuns tanto para mim como, por vezes, para os elementos da equipa com quem eu me encontrava naquele turno.

Nos primeiros turnos foi-me feita a integração, mostrando-me todo o material e equipamento necessário, assim como a orgânica do serviço e seu funcionamento. No entanto não demorou muito para que começasse a perceber como funcionava,

pois em pouco tempo tivemos a nossa primeira saída. Consegui perceber como era assinalada a marcha de urgência e de como era importante chegar o mais rápido possível à vítima para prestar socorro, mas com a maior segurança possível.

Outra situação que foi fácil e rápida de perceber foi que muitas da vezes quando a equipa chega perto da vítima tem de reavaliar novamente a situação pois nem sempre os dados que são recebidos por parte do CODU conferem, visto que muitas vezes os dados são adulterados por quem presencia a situação, outras vezes podem ser impercetíveis ou pode ainda acontecer que quando há a ativação da equipa é descrita uma situação e quando a equipa chega ao local a situação não é a esperada. Nestas saídas tive ainda oportunidade de identificar que muitas vezes a equipa também tem de alterar a ordem dos procedimentos de atuação devido ao meio envolvente. Neste estágio foi-me dada a possibilidade de participar destas decisões o que foi muito motivador e enriquecedor.

Para este estágio defini como objetivo principal **“Desenvolver competências técnicas, éticas, relacionais e científicas relacionadas com o doente crítico em contexto pré-hospitalar”**. No decorrer do estágio a equipa foi ativada diversas vezes tendo tido possibilidades de prestar cuidados a doentes críticos vítimas de acidentes (viação ou domésticos) ou doenças súbitas (enfartes, edemas agudos do pulmão, dispneias, alterações de estado de consciência, dor torácica, paragens cardiorrespiratórias, etc.), o que me permitiu mobilizar conhecimentos adquiridos ao longo da formação pós-graduada. Posso afirmar que nas ativações que presenciei muitas vezes a prestação de cuidados da equipa da VMER foi fundamental para as vítimas. Ao longo destas saídas pude **demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, consegui igualmente **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz e refletir sobre a prática, de forma crítica**, o que me permitiu sempre prestar os melhores cuidados ao doente crítico e a sua família se esta estava presente.

Em todas as saídas da VMER sublinho a importância do trabalho em equipa (dupla médico-enfermeiro), pela perceção de antecipação e sinergismo entre eles pois cada uma sabe exatamente o que tem de fazer.

Nestas situações em que se presta cuidados a vítimas no pré-hospitalar muitas vezes encontra-se presente alguém da família da vítima, ou algum amigo, sendo por isso pertinente comunicar com estes de forma a que estes percebam o que está a acontecer e o que se irá processar a seguir. Muitas vezes só após abordar a família ou os amigos é que a equipa médica consegue perceber a gravidade ou não da situação da vítima e decidir a abordagem à vítima. Aqui a equipa tem também a possibilidade de perceber se a família/amigos necessitam também de algum apoio. Sempre que necessário a equipa pede apoio ao CODU (das outras vertentes que existem no INEM), como por exemplo pedir o apoio dos psicólogos.

Outro aspeto que a equipa tem de ter em atenção sempre que chega ao local onde a vítima se encontra são as questões de segurança pois nem sempre há condições para se poder abordar a vítima e aí têm de ser criadas essas condições e **gerir os cuidados prestados**.

Como referi anteriormente a minha RSL está relacionada com a Comunicação de Más Notícias e dado ser um tema de interesse para a equipa pela frequência com que têm de o fazer defini como segundo objetivo específico, para este estágio: ***“Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem ao divulgar os resultados da RSL sobre comunicação das más notícias”***. Para atingir este objetivo e em consonância com a minha Enfa orientadora optei por deixar na Base deste Centro Hospitalar um *dossier* com os artigos que deram suporte à RSL e os resultados da minha RSL. No decorrer do estágio consegui partilhar com a equipa os conhecimentos baseados em evidência sobre este tema o que permitiu também ao estar inserida nesta equipa tive oportunidade de comunicar com as vítimas e suas famílias, e mobilizar os conhecimentos adquiridos sobre a comunicação, o que me permitiu também **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**.

Assim e em conclusão posso afirmar que consegui desenvolver de forma progressiva uma conduta autónoma e especializada que me permitiu consolidar competências de enfermeiro especialista, e tendo dado também o contributo para a melhoria na prestação de cuidados. Este estágio fez-me crescer como pessoa e como profissional de saúde, pois além de grande contributo na aprendizagem e no

desenvolvimento de competências, deu-me a oportunidade de experienciar a prestação de cuidados num contexto que sempre me fascinou.

3. CONCLUSÃO

Com o termino dos estágios, e deste processo de formação, onde sublinho o grande desenvolvimento pessoal e profissional, torna-se importante avaliar/refletir sobre este percurso de novas aprendizagens, de novas competências desenvolvidas e conhecimentos adquiridos ao longo deste mestrado. Tendo em conta este percurso passei a refletir sobre as minhas ações, sobre a prática dos cuidados e sobre a responsabilidade que cada enfermeiro tem para com os doentes e sua família.

Hoje sou uma enfermeira mais atenta, conhecedora, responsável e promotora da segurança dos doentes. Todo este processo permitiu-me adquirir e validar competências técnicas, científicas, relacionais, éticas, e deontológicas que contribuíram para uma prestação de cuidados de qualidade e para a prestação de cuidados humanizados, tendo em conta a pessoa em situação crítica e família, dado o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

A minha experiencia profissional, fez-me questionar a prática que e responder ao longo deste percurso académico, assim como através da sistemática da literatura. Quando iniciei este percurso trabalhava numa unidade de paliativos e muitas vezes tive comunicar más notícias tanto ao doente como à família e todo este processo, por vezes, me deixava desconfortável e com receios. Após a realização desta RSL percebi o que cada enfermeiro pode fazer para melhorar este processo e o que pode deixar o doente/família mais confortável. O modelo de RSL despertou em mim um maior interesse pela investigação, pois ajudou-me a perceber o quanto ela é importante e deve ser implementada em todas as vertentes da enfermagem para assim podermos crescer como enfermeiros.

Com o presente trabalho consegui atingir o objetivo de descrever, analisar e refletir criticamente sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem médico-cirúrgica e sublinho a importância dos locais de estágio para esta consolidação de competências. Cada estágio teve o seu contributo peculiar dado os contextos em que foram realizados e facilitaram o desenvolvimento de competências de enfermeiros especialistas em EMC como previsto no plano de estudo.

O primeiro estágio decorreu num SUG e permitiu mobilizar e consolidar os conhecimentos aprofundados ao longo da teoria. A prestação de cuidados aos doentes críticos num serviço de urgência e a reflexão sobre esses cuidados permitiu sem dúvida a aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. O fato de ser um serviço onde a imprevisibilidade está presente permitiu-me desenvolver a tomada de decisão, a perspicácia e o agir priorizado para responder às situações, e demonstrar a minha preocupação para com o doente crítico e sua família.

O segundo estágio que decorreu numa Unidade de Queimados foi também importante neste percurso de formação pois sendo um serviço específico consegui desenvolver diversas competências comuns e específicas de Enfº Especialista. Aqui, pude mobilizar os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas deste mestrado, complementando com as pesquisas realizadas. Penso que neste estágio consegui igualmente atingir os objetivos a que me propus.

O terceiro estágio decorreu no pré-hospitalar e permitiu-me desenvolver competências que complementaram os dois estágios anteriores. Foi um estágio mais complexo, pois confrontou-me com situações completamente novas, tais como a diversidade das situações, contextos, doentes e famílias encontradas em cada saída, o que eu queria muito experienciar. Permitiu-me crescer como profissional, como pessoa pelo que ao longo das semanas de estágio consegui adquirir conhecimentos e atingir os objetivos delineados.

O fato de ter realizado os estágios em serviços e unidades onde não se tem experiência constituem um desafio, no entanto a pluralidade de situações

vivenciadas nos três locais de estágio conferiu valores à minha aprendizagem, evoluindo como profissional reflexivo e demonstrando consciência crítica.

Todo este percurso teve algumas limitações, as quais se prenderam com a dificuldade em articular horários praticados nos locais de estágio e os meus horários laborais e ainda o fato de ter pouco tempo excedente que pudesse utilizar para consolidar conhecimentos e ainda realizar os trabalhos inseridos nos estágios.

Este relatório constitui e relata uma caminhada que evidenciou a aplicação de formação teórica e prática baseada na evidência científica e sublinha a mudança de comportamentos com vista a uma melhoria de cuidados prestados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cerqueira, A.F., Costa, F. G., Leal, F.P. & Nunes, L. (2014). Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem - ESS/IPS. 65p.. ISBN: 978-989-8206-2-3. Acesso em janeiro, 21, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/6052601/Did%C3%A1tica_em_Enfermagem_Documento_Orientador_de_Processos_de_Ensino_e_Aprendizagem
- Charepe, Zaida (2014). *Teorias de Enfermagem* [projeção visual]. 56 diapositivos: color. Comunicação efetuada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional.
- Colière, M. F (1999). *Promover a Vida – Da Prática Das Mulheres De Virtude Aos Cuidados De Enfermagem* (4º Tir.) Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Deodato, S. (2012). *Direito da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Acedido em janeiro, 21, 2016. Disponível em: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/lei_48-90.pdf
- Decreto-lei n.º437/91 de 8 novembro. Aprova o Regime Legal da Carreira de Enfermagem
- Decreto-lei nº48/95 de 15 de março. Legisla o Código Penal. Acedido em fevereiro, 23, 2016. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Apresenta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Acedido em fevereiro, 18, 2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/aenfermagem/documents/repe.pdf>

Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros. Acedido em fevereiro, 18, 2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/Preambulo%20DL%20104_98.pdf

Delgado, S.; Santos, A.; Preto, L.; Barreira, I.; & Esteves, I. (2012). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral. Análise da Implementação do protocolo na Unidade Local de Saúde do Nordeste. Acedido em abril, 26, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7043>

Despacho nº 13427/2015 publicado no Diário da República (DR), 2ª série, nº 238 de 20 nov 2015. Define os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência Emergência. Acedido em fevereiro, 18, 2016. Disponível em: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Novembro/Desp_13427_2015.pdf

Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no Diário da República (DR), 2ª série, nº28 de 10 fev 2015. Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020. Acedido em março, 10, 2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Edwards M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care* 12(10):495-7. Acesso em Janeiro, 13, 2017. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/nrec.2010.12.10.78407>

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

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Editora Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2014). VMER. Lisboa, INEM, s/p disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27966

Ordem dos enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências de Enfermeiro Especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Palmer C, Thain C. (2010) Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*. 9(9): 24-27. Acesso em janeiro, 21, 2017. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/cnp2010.11.9.9.24.c8080>
- Pereira, A., Fortes, I. e Mendes, J. (2013). Comunicação De Más Notícias: Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(1): 227-235. Acesso a 21 jan 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3254/5498>
- Pereira, M. A. G. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Editora Formasau.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Brasil: Florianópolis. Texto & Contexto – Enfermagem 14 (1 jan./mar):33-37. Acesso em janeiro, 17, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Lei nº 59/2007 de 4 de setembro. Altera o Código Penal. Acedido em fevereiro 23, 2016. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=930A0008&nid=930&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em fevereiro, 21, 2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_11-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf
- Phaneuf M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Editora Lusociência.
- Serra, M. e Maciel, E. (2004). *Tratado de Queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. 85-7379-653-7.

- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à prática*. (6ª edição) Loures: Lusociencia.
- Soares, H. (2008) – *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado. Porto.
- Swearingen, P. L. e Keen, J. H. (2003) *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos-Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Warnock, C. (2014) Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard – RCN Publishing*.45(28): 51-58. Acesso em janeiro, 12, 2017. Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/276319464_Breaking_bad_news_Issues_relating_to_nursing_practice
- Watson J. Enfermagem (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I -
Guia de Acolhimento SUG

Serviço de Urgência Central



Sala de espera
Sala de tratamentos
Gabinetes médicos

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSERA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 15 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 30 MINUTOS
MUITO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

O que acontece de seguida?

- Aguardar na Sala de espera do respetivo setor pela chamada para observação médica.
- Após a primeira observação médica poderá ser encaminhado para: especialidades médicas/ cirúrgicas, realização de Exames Complementares de Diagnóstico, Internamento ou Alta.

Observações:

Na sala de espera existem monitores que apresentam o tempo médio de espera para a primeira observação médica de cada prioridade /cor.

TODOS os utente tem direito a um acompanhante durante a sua permanência no ambulatório do SUC.

Se necessário e/ou quando solicitado o SUC fornece Apoio Social Religioso.

Bibliografia: <http://www.gruposurgenciasestragos.pt/>, acessado a 23 de mar 16

Trabalho no âmbito do Mestrado de Medicina Cirúrgica pela Aluna: Nátia Cabrita
Orientado pela EnP Esp. Milene Plácido e Doutora Mariana Madureira

O que é o Sistema de Triagem de Manchester?

Método que atribui uma prioridade clínica aos utentes, baseada na identificação de problemas. Esta avaliação é realizada a partir da queixa apresentada pelo utente (principal sintoma/problema) que leva o utente ao SUC. Existem 52 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação.

Como se faz a Triagem de Prioridades?

Após a admissão, será atendido por um Enfermeiro que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo porque recorre ao SUC e após uma observação rápida e objetiva lhe atribuirá uma das 5 prioridades (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e azul) em que cada uma representando um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido.

Serviço de Urgência Central



Sala de espera
Sala de tratamentos
Gabinetes médicos

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSERA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 15 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 30 MINUTOS
MUITO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

O que acontece de seguida?

- Aguardar na Sala de espera do respetivo setor pela chamada para observação médica.
- Após a primeira observação médica poderá ser encaminhado para: especialidades médicas/ cirúrgicas, realização de Exames Complementares de Diagnóstico, Internamento ou Alta.

Observações:

Na sala de espera existem monitores que apresentam o tempo médio de espera para a primeira observação médica de cada prioridade /cor.

TODOS os utente tem direito a um acompanhante durante a sua permanência no ambulatório do SUC.

Se necessário e/ou quando solicitado o SUC fornece Apoio Social Religioso.

Bibliografia: <http://www.gruposurgenciasestragos.pt/>, acessado a 23 de mar 16

Trabalho no âmbito do Mestrado de Medicina Cirúrgica pela Aluna: Nátia Cabrita
Orientado pela EnP Esp. Milene Plácido e Doutora Mariana Madureira

APÊNDICE II -

Folheto Cuidados Para a Alta UQ

- Nos dois primeiros anos não deve ir à praia
- Ingerir líquidos e comida rica em proteínas (ajuda na cicatrização)
- Exercitar as áreas afetadas
- Retomar as Atividades de Vida habituais
- Se necessitar pedir apoio médico de outras especialidades, sem receios.

“Um herói é um indivíduo comum que encontra a força para perseverar e resistir apesar dos obstáculos devastadores.”

Christopher Reeve



Este folheto foi elaborado com a finalidade de promover a Informação e qualidade assistencial aos utentes/ seus familiares/ pessoas significativas

CONTACTOS

se necessitar de algum esclarecimento:

Telefone: 217805358 (linha direta)

Trabalho elaborado pela Aluna do MMC da UCP: Núria Calado

Orientado pela: Doutora Manuela Madureira e En^o Especialista L.A.

Bibliografia: TENIZ, L. (2011). Informar e Educar para Prevenir. (Em linha) Consultado em 01 de maio 2016. Disponível em: <http://www.queimados.com.pt/>

CENTRO HOSPITALAR LISBOA

CENTRO HOSPITALAR LISBOA

Cuidados para a Alta



Unidade de Queimados

Piso 7

Doente Queimado

As queimaduras envolvem habitualmente a danificação da pele, mas podem também atingir outros órgãos.

O agente causador da queimadura pode ser térmico, elétrico, químico, ou radiações.

A tipo/grau de queimadura pode depender da intensidade e da duração da exposição, da localização, da profundidade e percentagem de exposição corporal.

As queimaduras dividem-se em 3 graus:

- Queimadura de 1º grau
- Queimadura de 2º grau
 - Superficial parcial
 - Profunda Parcial
- Queimadura de 3º grau



Durante o Internamento

Durante o internamento o doente vai permanecer num quarto individual, com ambiente controlado de forma a prevenir infeções.

Cada profissional ou pessoa significativa que entra no quarto do doente tem de usar fardamento próprio e proceder à desinfeção das mãos.

Preparação para a Alta

Quando se começa a perspetivar a alta do doente, a equipa começa a preparar esta alta e a realizar ensinamentos sobre os Cuidados a ter após a alta, com as zonas queimadas, tanto aos doentes como às famílias/cuidadores informais destes.



Cuidados para a Alta

O Doente/Família/Cuidador Informal após a alta tem de ter diversos cuidados, tais como:

- Lavar zona da queimadura com água tépida, com sabão de pH neutro e sem esfregar ou friccionar
- Evitar banhos de imersão
- Secar as áreas com toalhas turcas macias e sem esfregar
- Usar cremes hidratantes sem álcool para não secar a pele e hidratar a pele várias vezes ao dia
- Se necessário recorrer à pressoterapia, isto é usar roupas elásticas próprias o maior nº de horas possíveis, podendo mesmo usar 24h, de forma a não permitir elasticidade da pele. (pode ser usada 1 a 2 anos)
- Usar roupas de linho ou algodão e sem serem muito apertadas
- Usar chapéu com abas
- Evitar exposição solar em horas de muito calor e usar sempre protetor solar de ecrã total

APÊNDICE III -

Norma De Utilização Do Analgesia Nociception Index (ANI)

	Unidade de Queimados	
NORMA – Procedimento de Utilização do Analgesia Nociception Index (ANI)		Aprovado em:
Elaborado por: Aluna do Mestrado de Médico Cirúrgica UCP Núria Calado Orientado por: EnFª Especialista L.A	Revisto por:	Enf.ª Directora

1. Objetivo:

- Uniformizar procedimentos no seio da equipa de enfermagem;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao Doente Queimado com dor
- Facilitar a integração de novos elementos.

2. Âmbito:

- Aplica-se aos doentes queimados sedados e conscientes com dor e necessidade de ajuste de terapêutica analgésica

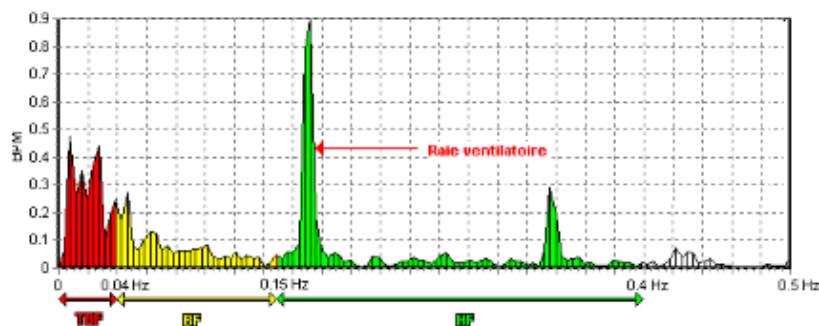
3. Descrição:

O Analgesia Nociception Index (ANI) é um aparelho que permite a medição contínua da atividade do sistema nervoso autónomo, analisando seu sistema parassimpático através da arritmia do seio respiratório, usando flutuações breves e rápidas na frequência cardíaca induzida por cada ciclo respiratório (espontânea ou controlada).



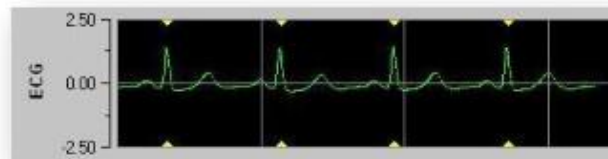
Segundo a MDMS(2016:4), "O cálculo do ANI é baseado na aquisição dos sucessivos intervalos de tempo RR, para medir a influência da respiração no ritmo cardíaco que está relacionada com uma breve elevação do tônus parassimpático em cada ciclo respiratório que resulta num alargamento dos intervalos RR durante a expiração e encurtamento na inspiração, que é expresso na arritmia sinusal respiratória.

O ANI baseia-se na medição da variabilidade RR que se produz pela arritmia sinusal respiratória de maneira fisiológica através da ativação dos baroreceptores pulmonares na respiração. O fenómeno é regulado na medula pela ativação simpática e Parassimpática, para otimizar as trocas gasoso.



A modulação da frequência cardíaca instantânea induzida por sistemas de efeitos opostos, simpático e paraS, é mensurável por análise espectral: a componente de alta frequência (AF) [0,15-0,4 Hz] está apenas relacionada com o sistema paraS, enquanto a componente de baixa frequência (BF) [0,05-, 15 Hz]

está sob a influência dos sistemas simpático e paraS; a termorregulação e o barorreflexo influenciam as BF e as frequências muito baixas [0,004-0,05 Hz]. Os movimentos respiratórios representam uma parte importante da modulação das AF da frequência cardíaca, os efeitos sobre a frequência cardíaca são descritos como arritmia sinusal respiratória: a frequência cardíaca acelera transitoriamente a cada respiração, como resultado da elevação temporária do tono paraS.



A detecção da onda R do ECG permite calcular com precisão o intervalo de tempo entre cada contração cardíaca (intervalo RR), expressa em ms. As séries RR são filtradas em tempo real através de um algoritmo de detecção, a fim de evitar que possíveis artefactos interfiram com o cálculo da série RR.

Cada série RR é interpolada para se obter uma frequência de amostragem de 8Hz; em seguida, é isolada uma janela de tempo de 64 segundos. Para se suprimir a influência da frequência cardíaca basal, ao valor dos intervalos RR da janela é subtraído o valor da média (M) de cada amostra: $RR_i = (RR_i - M)$.

A fim de que as séries RR sejam comparáveis, cada série RR (RR_i) é considerada como um vetor 512 pontos e são normalizadas utilizando a norma vetorial S .

Numerosos estudos realizados demonstram que a dor e/ou a ansiedade conduzem à ativação do simpático, mensurável pela Variabilidade da Frequência Cardíaca sob a forma de um aumento da componente espectral de BF (simpático e paraS) e de uma diminuição da componente AF (paraS). A filtragem da série RR para a banda de AF [0,15-0,4 Hz] permite mostrar (figura 6) a superfície de influência da ventilação na arritmia sinusal respiratória na série RR, a que corresponde o tono paras do paciente.

Para ser independente das variações da frequência respiratória, o ANI mede diferentes superfícies na série RR, mais concretamente 4 janelas de 16

segundos. Efetua a detecção automática dos máximos e mínimos da curva, delimitando o contorno dos limites superior e inferior, para calcular as superfícies A1, A2, A3 e A4 entre os limites superior e inferior nas 4 janelas de 16 segundos.

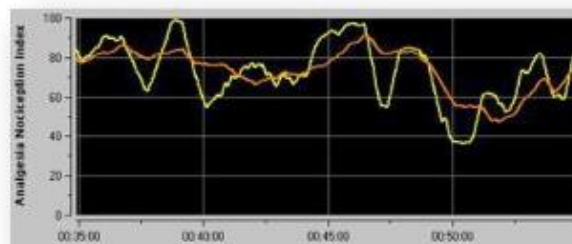
É definida a área sobre a curva "Area Under the Curve" mínima (AUCmin) como a mais pequena das quatro superfícies A1, A2, A3 e A4. O "Analgesia Nociception Index" (ANI) é então calculado para exprimir a fração da superfície de influência da ventilação como um índice numérico entre 0 e 100.

$$ANI = 100 * [\alpha * AUCmin + \beta] / 12,8$$

onde $\alpha = 5,1$ e $\beta = 1,2$ foram determinadas para manter um efeito visual adequado da influencia da respiração sobre a série RR e o índice o ANI."

O ANI mostra duas médias no monitor, uma de um minuto (para o ANI instantâneo – Linha amarela) e outra de dois minutos para o ANIm (médio- linha Laranja). As duas linhas aparecem na janela superior do monitoe os valores apresentados são em tempo real. Esta medição varia de 0 a 100, consoante esta atividade do Sistema parassimpático.

Vários estudos permitem demonstrar que o ANI no doente inconsciente (por exemplo, sob anestesia geral), os valores-alvo estão entre 50 e 70. O ANI com menos de 50 corresponde a uma deficiência de opióides, enquanto um ANI acima de 70 levam à conclusão de overdose de opiáceos. No caso do paciente estar consciente o ANI mostra a dor aguda e o nível de stress do doente, os valores alvo são entre 50 a 100.



Existem diversos fármacos que podem limitar a avaliação do ANI como é o caso da efedrina, clonidina, atropina, sufentanilo, remifentanilo,

4. Procedimento a realizar

Procedimento:	Justificação
1. Colocar 1 elétrico grande no ombro e 1 elétrico pequeno no lado esquerdo do peito.	Coloca-se nesta posição para se poder obter um vetor cardíaco de boa amplitude

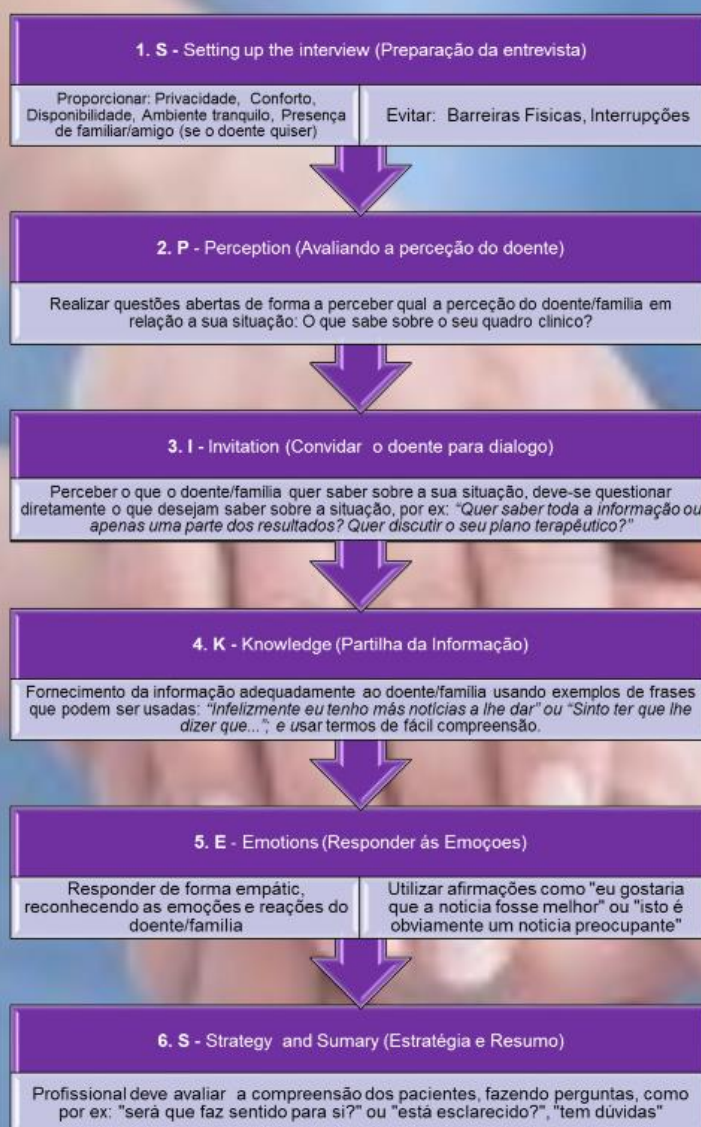
5. Bibliografia

APÊNDICE IV -

Poster Protocolo de SPIKES

PROTOCOLO DE SPIKES

Autoras: Calado, N., Afonso, L. Madureira, M.
Unidade de Queimados



APÊNDICE V -

Sessão de Formação “Protocolo de SPIKES”

PROTOCOLO DE SPIKES

Aluno: Núria Filipa Pereira Calado nº192015026
Orientador UCP: Doutora Manuela Madureira
Orientadora da UQ: Enfª Especialista L.A

OBJETIVOS:

- Dar a conhecer à Equipa de Enfermagem o Poster realizado por mim no âmbito Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização Enfermagem Médico Cirúrgica
- Contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados prestados ao doente queimado/família

COMUNICAÇÃO:

- *“Comunicar é um processo muito complexo, descrito como sendo a tentativa de criar um laço de reciprocidade entre duas pessoas.*
- *Comunicar, consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo.*
- *É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós”.*

(Phaneuf, 2005)



MÁ NOTÍCIA



Segundo Pereira, M. (2005), Má notícia é toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e no seu futuro.

COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA

A comunicação de uma má notícia pode ser fornecida por qualquer profissional de Saúde (médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas, ...) e é de realçar que por vezes pode não ser fácil esta comunicação, pois pode gerar perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, pelo que a comunicação deste tipo de notícia é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde.



COMO DEVE SER DADA A MÁ NOTÍCIA?

- Pereira, Fortes e Mendes (2013), Citando Pereira, V. (2009) defende que a notícia deve ser dada de forma gradual, clara, aberta à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pelo doente e pela família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões.
- O profissional de saúde deve estar preparado para perceber se o doente/família está preparado para receber a notícia e estar preparado para responder às questões que lhe forem colocadas.
- Em 1994 Buckman criou um protocolo de ação para a comunicação de más notícias. O qual ficou conhecido como **Protocolo de SPIKES**.

PROTOCOLO DE SPIKES

S

- Setting up the interview (Preparação da entrevista)

P

- Perception (Avaliando a percepção do doente)

I

- Invitation (Convidar o doente para diálogo)

K

- Knowledge (Partilha da Informação)

E

- Emotions (Responder às Emoções)

S

- Strategy and Summary (Estratégia e Resumo)

1. S - Setting up the interview (Preparação da entrevista)

Proporcionar: Privacidade, Conforto, Disponibilidade, Ambiente tranquilo, Presença de familiar/amigo (se o doente quiser)

Evitar: Barreiras Físicas, Interrupções



2. P - Perception (Avaliando a percepção do doente)

Realizar questões abertas de forma a perceber qual a percepção do doente/família em relação a sua situação: O que sabe sobre o seu quadro clínico?

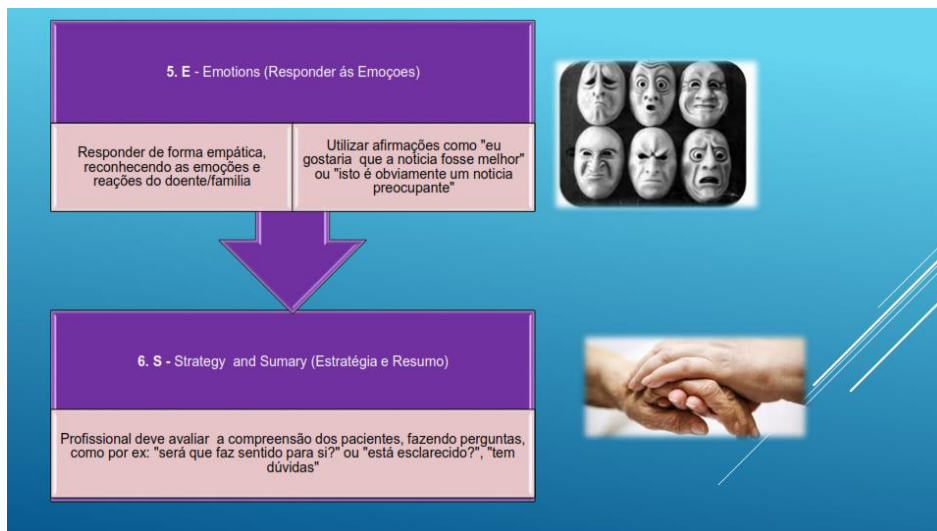
3. I - Invitation (Convidar o doente para diálogo)

Perceber o que o doente/família quer saber sobre a sua situação, deve-se questionar diretamente o que desejam saber sobre a situação, por ex: "Quer saber toda a informação ou apenas uma parte dos resultados? Quer discutir o seu plano terapêutico?"



4. K - Knowledge (Partilha da Informação)

Fornecimento da informação adequadamente ao doente/família usando exemplos de frases que podem ser usadas: "Infelizmente eu tenho más notícias a lhe dar" ou "Sinto ter que lhe dizer que..."; e usar termos de fácil compreensão.



CONCLUSÃO:

- Não é fácil Comunicar Más Notícias, no entanto os profissionais devem estar conscientes tanto das reações dos doentes/famílias como deles próprios para que se possa manter uma boa relação na comunicação e sem dúvida a utilização do Protocolo de SPIKES pode facilitar a comunicação destas notícias.

- Pereira A, Fortes I, Mendes J. Comunicação de más notícias: Revisão Sistemática da Literatura. Revista de Enfermagem UFPE [Em Linha]. Volume 7, artigo nº1(jan 2013) p. 227-235. ISSN:1981-8963. Acedido em 01-06-2016. disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8b443a01-9922-4872-a1ed-50dacb849da8%>
- Phaneuf, M. (2005)- *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociencia



OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO