



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Fenómeno de Investigação:
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Por: Maria Dulce Miguel Fernandes Neto

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Fenómeno de Investigação:
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Por: Maria Dulce Miguel Fernandes Neto

Sob Orientação de: Prof. Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2022

*“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu,
de ver nascer lugares e novas gentes.
Mas saber ver em cada coisa aquele algo que a define como especial,
um objeto especial, um amigo, é fundamental.
Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas mais ainda”*

Antoine de Saint-Exupery

AGRADECIMENTOS

Esta minha aventura começou na fase em que cada um de nós foi colocado à prova, ainda meio sem saber o que estava por vir. Resiliência, empatia, espírito de luta, compaixão e amor não faltaram no decurso desta experiência, como tal, neste momento, não podia deixar de agradecer a todos o apoio prestado.

Ao Prof. Doutor Sérgio Deodato, pela sábia orientação, pelas oportunas e reflexivas questões e disponibilidade apresentada para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Margarida Lourenço e Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo obrigado pelo acolhimento à instituição, pela elevação do grau de exigência e acompanhamento.

Às Exmas. Sras. Enfermeiras Ana Rita Silva, Ana Paula Alves e Filipa Barros, agradeço a disponibilidade demonstrada no decurso da realização dos estágios. Agradeço ter conhecido a Arte de Enfermagem através das vossas mãos e dos vossos cuidados.

A todos os colegas desta aventura: obrigado! Foram o apoio de todas as horas, estiveram presentes nos bons momentos, e foram o ombro de apoio em períodos menos bons.

Aos meus pais, irmão e avó, que sempre me acompanharam e acarinharam ao longo da vida, que sempre colocaram as expectativas no máximo e me incentivaram à realização deste mestrado.

Ao Pepe e à Sasha, aqueles em que deposito a esperança de um futuro melhor, que são o meu orgulho, a luz dos meus olhos.

À estrela mais brilhante do céu, àquele que me ilumina todos os caminhos, àquele que sofreu nas mãos de maus cuidados, este relatório é para ti...para que possamos, juntos, fazer parte da mudança.

Apesar de não diretamente mencionados, mas não menos importantes, agradeço a todos os familiares, amigos e colegas de trabalho que, de forma desinteressada e gratuita, tornaram possível o desenvolvimento deste trabalho.

Obrigado por perceberem a ausência e, ao mesmo tempo, por marcarem presença!

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*
Antoine de Saint-Exupery

RESUMO

O presente relatório, surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem - Lisboa. Este relatório tem como principal objetivo a descrição e análise do percurso realizado ao longo deste curso, através de uma metodologia reflexiva, com o intuito de demonstrar e comprovar as competências adquiridas e fundamentar os títulos a que me proponho: mestre em Enfermagem e enfermeiro especialista na área previamente identificada.

Para a obtenção das competências de mestre presentes no *Artigo 15º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*, realizei uma revisão do tipo *scoping* acerca das “Estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência”. Os resultados desta revisão, permitiram uma fundamentação das diversas atividades desenvolvidas com vista à aquisição das competências do enfermeiro especialista. A comunicação é vista como um processo que envolve a troca de informação existente entre, pelo menos, dois indivíduos, no entanto, a comunicação em saúde ultrapassa esta simples conversação, tendo em vista a análise e o aprofundar de domínios. Uma correta relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada é essencial, de forma a influenciar de forma positiva o indivíduo, trazendo para este e para a comunidade ganhos em saúde.

O presente percurso académico e profissional, envolveu uma componente prática que, de acordo, com o guia orientador deste curso, teve lugar em três contextos diferentes: um serviço de urgência geral, uma unidade de cuidados intensivos e no âmbito da emergência pré-hospitalar. A aquisição das competências do enfermeiro especialista, foi analisada com base nos regulamentos que estatuem as especialidades em Enfermagem. De acordo com o *Regulamento n.º 140/2019, Artigo 6.º*, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, onde são apresentadas as competências comuns do enfermeiro especialista, ressalvo as “*competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*” onde demonstro competências de uma prática de qualidade e cuidados envoltos num ambiente terapêutico e seguro. As competências específicas do enfermeiro especialista, na área supracitada, foram desenvolvidas ao longo dos três contextos de ensino clínico, sendo que o desenvolvimento de estratégias de comunicação foi transversal a todos eles.

Terminado este percurso, considero que os objetivos previamente estabelecidos foram atingidos, tendo desenvolvido cuidados de Enfermagem especializados. Esta fase da minha vida profissional e académica é apenas o início de algo que pretendo desenvolver, de forma a manter conhecimentos atualizados e prestar um cuidado humanizador e diferenciado.

Palavras Chave: Estratégias de Comunicação, Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

The following report, arises within the scope of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation, from Catholic University of Portugal - School of Nursing - Lisbon. This report has as main goal, the description and analysis of my progress throughout this course, through a reflexive methodology, in order to demonstrate and prove the skills acquired and fundament the titles to which i propose to: Master in Nursing and specialist nurse in the previously identified area.

In order to gain the master skills mentioned on Article 15 of the legal regime for higher education degrees and diplomas, i did a scoping type review about “Communication strategies with the person in critical situation in the Emergency Service.” The results of this review, allowed a fundamentation of diverse activities developed to the acquisition of specialist nurse skills. Communication is seen as a process which involves trade of existent information between atleast two individuals, however, communication in health goes beyond this simple conversation, but also with a view to analize and deep masteries. A correct therapeutic relationship between nurse and the person cared of is essencial, in order to positively influence the individual, bringing health gains to this one and to the community.

The present academic and professional path, went through a pratical component which, according to the orientation guide of this course, had place in three different contexts: a general emergency service, an intensive care unit and in the context of pre-hospital emergency. The aquisiton of the specialist nurse skills were analyzed based on the regulations that establish the nursing specialties. According to Regulation No. 140/2019, Article 6, published by the Order of Nurses, where the common skills of the specialist nurse are presented, I highlight the “Skills in the field of continuous quality improvement”, where i demonstrate skills of quality practice and care wrapped in a therapeutic and safe environment. The specific skills of the specialist nurse, in the area above mentioned, were developed across the three clinical teaching contexts, being the development of communication strategies transversal to all of them.

At the end of this journey, the objectives previously established were in my sight, achieved, and at the same time developed specialized nursing care. This phase of my professional and academic life is just the beginning of something that I intend to develop,

in order to keep my knowledge up to date and provide a humanizing and differentiated care.

Keywords: Communication Strategies; Person in Critical Situation; Medical-Surgical Nursing

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

- ADR** – Área de Doentes Respiratórios
- ADP** – Área de Doentes Positivos
- APA** – American Psychological Association
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- BIS** - Bispectral
- CHULC** – Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EOT** – Entubação Oro-Traqueal
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- HDFVVC** - Hemodiafiltração Venovenosa Contínua
- ICNP** – International Council of Nurses
- ICS** – Instituto Ciências da Saúde
- INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica
- JBI** - Joanna Briggs Institute
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- PBE** – Prática Baseada na Evidência
- PBCI** - Precauções Básicas do Controlo da Infecção
- PCR** – Paragem Cardio-Respiratória
- PICCO** - Pulse Contour Cardiac Output
- SAV** – Suporte Avançado de Vida
- SO** – Sala de Observação
- SU** – Serviço de Urgência
- SUG** – Serviço de Urgência Geral
- TAC** - Tomografia Computadorizada
- TIPS** – Shunt Trans-jugular Intra-hepático
- TRS** – Técnica de Substituição Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCV – Unidade Cerebro-Vascular

UUM – Unidade de Urgência Médica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	211
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO	277
1.1 ENQUADRAMENTO DA REVISÃO DE LITERATURA	277
1.3 MÉTODO	300
1.4 RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA	311
1.5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS	312
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	377
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	3737
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	39
2.3 VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	400
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	433
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	45
3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	46
3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	53
3.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados	55
3.1.4 Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional	57
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	59
CONCLUSÃO	711
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	745

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Estrutura de Pesquisa

Quadro II - Critérios de Inclusão e Exclusão

Quadro III - Estratégia de Pesquisa

Quadro IV – Apresentação de Resultados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Resultados

INTRODUÇÃO

O presente relatório, surge no âmbito da unidade curricular: Estágio Final e Relatório, inserida no 3º Semestre, do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem - Lisboa. Mais uma vez, contextualizo que o presente relatório se encontra a ser realizado, por mim, sob orientação do Prof. Doutor Sérgio Deodato.

Em outubro de 2017 o Conselho Científico do ICS, aprovou o “*Regulamento do Mestrado em Enfermagem*”, onde são estabelecidas “*as normas regulamentares do ciclo de estudos, como determina o artigo 26º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*” (Universidade Católica Portuguesa, 2017, p. 2). Segundo este regulamento, o presente ciclo de estudos permite ao estudante adquirir dupla titulação: o grau de enfermeiro especialista na área de estudo e o título de mestre em Enfermagem. Em suma, de acordo com este regulamento, o Curso de Mestrado em Enfermagem permite ao enfermeiro o desenvolvimento de competências que lhe conferirão dois graus académico complementares (Universidade Católica Portuguesa, 2017).

De acordo com Azevedo (2021), “*uma tese de mestrado ou doutoramento é sempre um relatório de uma investigação, quer num domínio empírico quer noutra domínio mais teórico*” (Azevedo, 2021, p. 17). O presente relatório tem como principal objetivo a descrição e análise do percurso realizado ao longo deste curso, através de uma metodologia reflexiva, com o intuito de demonstrar e comprovar as competências adquiridas e fundamentar a obtenção do grau de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e o título de mestre em Enfermagem.

No que ao título de mestre diz respeito, a investigação aleada à prática foi uma das competências que procurei desenvolver, conseguindo justificar os meus cuidados e ações com base na literatura que, por sua vez, se traduzem em ciência. Segundo Meleis (2010), mencionada por Chicória (2013) o desenvolvimento de uma teoria é indispensável e benéfico para a prática clínica na área de Enfermagem. De acordo com a mesma autora, uma Prática Baseada na Evidência – PBE – envolve uma diversidade de boas decisões, nas quais a “*evidência científica,*

preferências do utente, recursos disponíveis e competência clínica desempenham uma parte ativa no processo de tomada de decisão” (Chicória, 2013, p. 42). Em suma, a investigação procura fornecer à prática uma base científica e sustentada, sendo que a PBE se traduz numa obrigatoriedade para a Enfermagem (Chicória, 2013).

No âmbito da componente teórica do curso de mestrado supramencionado, foram apresentadas as competências e ferramentas de investigação que permitem ao enfermeiro especialista desenvolver uma prática baseada em evidência o mais atualizada possível. De acordo com o exposto, no **primeiro capítulo** do presente relatório, procuro demonstrar as competências desenvolvidas no âmbito da investigação, com recurso a uma revisão de literatura, do tipo *scoping*, proposta no manual publicado em 2017 pelo Joanna Briggs Institute (JBI).

No âmbito da aquisição de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica o curso frequentado preconizou a realização de estágios, num total de 540 horas de contacto direto, em locais que permitissem o desenvolvimento e aquisição dessas mesmas competências. Tal como descrito anteriormente, o presente relatório insere-se na unidade curricular: Estágio e Relatório, que envolveu 360h de contacto clínico. Este estágio foi realizado, por mim, em dois contextos clínicos díspares, 240h numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e 120h em contexto de emergência pré-hospitalar, mais especificamente, numa Viatura de Médica de Emergência e Reanimação. Estes locais foram escolhidos, de forma a ter uma maior exposição a diferentes contextos e, conseqüentemente, aquisição do maior número possível de competências. O contacto profissional com estes campos de estágio foi uma total novidade, o que exigiu um trabalho autónomo de investigação e estudo muito elevado, de forma a atingir todos os objetivos previamente estabelecidos. A aquisição das competências do enfermeiro especialista pressupõe-se que seja realizada no decurso dos três semestres, pelo que no âmbito da unidade curricular: Vigilância e Decisão Clínica, optei por realizar as 180h de estágio num Serviço de Urgência Geral. Este estágio permitiu-me igualmente a aquisição de competências, através da vivência de inúmeras experiências relacionadas com o cuidado à pessoa em situação crítica.

De acordo com o anteriormente referido, no **segundo capítulo** do presente relatório, encontra-se uma breve caracterização dos locais de estágio identificados, com o intuito de apresentar as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e a importância desta componente prática para o processo de aprendizagem. De modo a apresentar esta caracterização de forma organizada, este segundo capítulo, subdivide-se em três partes: a primeira relativa ao

Serviço de Urgência de um Hospital de Lisboa, a segunda parte relativa à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital de Lisboa e, por último, a terceira parte que descreve a Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

O desenvolvimento e aquisição de competências em contexto de estágio foi baseado na Metodologia de Projeto. Como tal, foram desenvolvidos e apresentados três distintos e individualizados projetos de estágio, onde foram apresentados os objetivos para cada um dos contextos, bem como as atividades a desenvolver para facilitar o atingimento dos mesmos e a aquisição das referidas competências. Este relatório, engloba a última etapa destes projetos, ou seja, a análise do percurso realizado, com apresentação da aquisição de competências, através do recurso à metodologia reflexiva.

Em seguimento ao anteriormente exposto, o **terceiro capítulo** do presente relatório envolve uma análise do desenvolvimento de competências em estágio. Neste capítulo serão apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas, com o intuito de atingir os objetivos identificados e a aquisição de competências. Este capítulo subdivide-se em duas partes: a primeira, onde são apresentadas as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” e a sua subdivisão em domínios segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros; e a segunda parte onde são abordadas as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*”, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. É nesta última parte que serão descritas as competências demonstradas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A obtenção das competências de mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, “*Regime Jurídico Dos Graus e Diplomas Do Ensino Superior*” decorrerá no primeiro e terceiro capítulos do presente relatório.

Este relatório é composto por um quadro concetual de enfermagem, composto por um vasto leque de referenciais teóricos que suporta a disciplina de Enfermagem, no entanto, destaco a “*Teoria das Relações Interpessoais*” de Hildegard Peplau. De acordo com esta autora, a enfermagem é retratada como um processo interpessoal cujo foco central se encontra no enfermeiro e na pessoa alvo de cuidado, proporcionando um “*crescimento pessoal*” para ambas as partes envolvidas no processo de cuidar, crescimento esse que deverá ser interpretado como um desenvolvimento. Para Peplau, a relação enfermeiro – pessoa pode ser apresentada pelo conceito “enfermagem psicodinâmica” que envolve um reconhecimento, esclarecimento e compreensão do resultado da relação entre estes dois indivíduos. Segundo a “*Teoria das Relações Interpessoais*”, a relação existente entre o enfermeiro e a pessoa cuidada está

fundamentada no pressuposto de que a postura do enfermeiro interfere diretamente na aprendizagem da pessoa ao longo do processo, e na ideia da importância do autoconhecimento do enfermeiro enquanto pessoa, que permita ao profissional perceber a situação que a pessoa se encontra a vivenciar (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005). A pertinência de identificar este referencial teórico nos planos de cuidados desenvolvidos, surgiu de acordo com a revisão da literatura realizada acerca da comunicação com a pessoa. A relação entre este referencial teórico e as atividades desenvolvidas, enquadram-se na visão desta teórica, uma vez que, para Peplau a tríade enfermeiro-pessoa-família, em conjunto, desenvolve um trabalho que procura dar resposta às necessidades previamente identificadas. Para que esta tríade seja estabelecida, fortalecida e útil para o processo de Enfermagem tem de se utilizar a comunicação.

Ida Jean Orlando, na sua “*Teoria do Processo de Enfermagem*”, menciona e divide os comportamentos verbais e não-verbais associados à comunicação, referindo que nem sempre a ideia transmitida por alguns comportamentos poderá ser a mais correta, levando a uma má interpretação que afetará diretamente a relação terapêutica existente. A ação do enfermeiro, de acordo com esta teoria, deverá basear-se no desenvolvimento de competências de observação comportamental, com o objetivo de auxiliar a pessoa a satisfazer as suas necessidades (George & colaboradores, 2000). Considerei pertinente a menção deste referencial teórico, na medida em que para além de abordar a importância da comunicação na prática de Enfermagem identifica também a forma de atuar que facilita este processo.

Também a “*Teoria da Incerteza na Doença*” de Merle Mishel foi mencionada múltiplas vezes no decurso do presente relatório, na medida em que a pessoa em situação crítica se encontra envolvida numa grande imprevisibilidade e conseqüente incerteza. De acordo com esta teoria, a incerteza surge quando a pessoa não interpreta de forma adequada a alteração do seu estado de saúde, sendo que este fenómeno pode estar relacionado com a falta de informação, apesar de que um maior conhecimento acerca do evento vivido seja gerador de menor incerteza na proporção de relação direta (Tomey & Alligood, 2002). Sempre que a pessoa interprete a incerteza como um aspeto positivo, o enfermeiro deverá transmitir-lhe os recursos necessários para facilitar este processo. Seguindo a linha desta teoria, os profissionais devem atuar de forma autoritária e credível, utilizando a incerteza para avaliar a interpretação que a pessoa tem da sua situação (Oliveira, 2018).

Atualmente e nos últimos anos, desempenho funções de enfermeira de cuidados gerais numa unidade de saúde, inserida numa instituição pública, com longos anos de experiência no tratamento, estudo e investigação do cancro e onde são prestados cuidados de saúde altamente

especializados e diferenciados no âmbito da patologia oncológica. Esta unidade visa dar resposta em valência de ambulatório, a todos as pessoas com tratamento ativo para a sua doença oncológica ou com efeitos associados diretamente à sua patologia. O desenvolvimento pessoal e profissional bem como o gosto pelo cuidado à pessoa em situação crítica foram as principais motivações para colocar este desafio a mim mesma nesta fase da vida. Ingressar nesta aventura, trouxe-me múltiplas ferramentas que permitiram um crescimento pessoal, mas acima de tudo, profissional, proporcionando-me um enriquecimento e evolução enquanto enfermeira, neste caso, como enfermeira especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Numa última fase deste relatório, surgem as conclusões, seguidas das referências bibliográficas, bem como apêndices considerados pertinentes à redação do mesmo.

O presente relatório encontra-se elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association (APA^{7th}), e está redigido em consonância com o atual Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

Como parte integrante das competências do enfermeiro especialista bem como do mestre em Enfermagem, surgem as competências de Investigação. De acordo com o “*Regime Jurídico Dos Graus e Diplomas Do Ensino Superior*”, artigo 15º posteriormente aprovado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, p. 4162, o “*grau de mestre é conferido aos que demonstrem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: (...) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problema (...) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida*”. De acordo com o Regulamento nº 140/2019 a Ordem dos Enfermeiros a 6 de fevereiro define nas “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”, p. 4749 o enfermeiro especialista como sendo o “*agente ativo no campo da investigação*”.

Com o objetivo de desenvolver as competências frisadas anteriormente, propus-me a realizar uma revisão de literatura, de acordo com o método proposto pela JBI (2020): *scoping*, intitulada “Estratégias de Comunicação Com a Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência” de acordo com o manual para revisões da JBI, capítulo 11 (Peteres, et al., 2020). O desenvolvimento e resultados desta investigação serão apresentados no decurso deste capítulo.

1.1 ENQUADRAMENTO DA REVISÃO DE LITERATURA

A comunicação revela-se um instrumento essencial para a relação com o outro no nosso dia-a-dia, demonstrando grande importância no âmbito da área da enfermagem, devendo ser desenvolvida pelo enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção/especialidade. A compreensão da pessoa e família em situação crítica, bem como a identificação das suas necessidades, problemas, medos e receios é realizada com recurso à comunicação, processo também ele facilitador para a prestação de um cuidado o mais humanizador e confortador.

De acordo com Cianciarullo (2003), mencionado por Pontes, Leitão, & Ramos (2007) “*a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em*

todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional” (Pontes, Leitão, & Ramos, 2007, p. 313).

A comunicação estabelecida numa relação terapêutica facilita o processo terapêutico, na medida em que permite a interpretação do outro, entendendo os seus comportamentos e sentimentos, levando à identificação das suas necessidades, com o objetivo de auxiliar a pessoa cuidada no seu processo de recuperação. O modo como é estabelecida a comunicação condiciona diretamente a interação existente entre o enfermeiro e a pessoa/família, permitindo o desenvolvimento da tríade enfermeiro-pessoa-família envolta num vínculo de confiança (Amante, Rossetto, & Schneider, 2009). Peplau, autora da Teoria das Relações Interpessoais, afirma que a tríade enfermeiro-pessoa-família, em conjunto, desenvolve um trabalho que procura dar resposta às necessidades previamente identificadas, com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade e medo do desconhecido identificados pela pessoa cuidada (George & colaboradores, 2000).

O processo de comunicação é considerado um comportamento social e fundamental, que desenvolve e fortalece as relações humanas, melhorando o funcionamento das dinâmicas em sociedade. Estes comportamentos podem resultar de uma ação verbal ou não verbal, sendo que no âmbito dos não-verbais se destacam o toque, a postura, expressão facial e postural, bem como os movimentos corporais (George & colaboradores, 2000).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE – versão 2), a comunicação é um “*comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados*” (ICNP, 2018, p. 30).

Ida Orlando, na sua Teoria do Processo de Enfermagem, também frisa os comportamentos verbais e não-verbais associados à comunicação, referindo que nem sempre a ideia transmitida por alguns comportamentos poderá ser a mais correta, levando a uma má interpretação que afetará diretamente a relação terapêutica existente. De forma a evitar estas más interpretações, o enfermeiro deverá desenvolver competências de observação comportamental, de forma a saber interpretar sentimentos, angústias e receios, com o objetivo de auxiliar a pessoa cuidada a satisfazer as suas necessidades, tendo a comunicação como ferramenta principal (George & colaboradores, 2000).

Para Phaneuf (2005), a “*comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela*” (Phaneuf, 2005, p. 23).

As estratégias de comunicação têm como objetivo proporcionar um cuidado de enfermagem mais humano e humanizador, em que a pessoa humana alvo de cuidados seja vista como portadora de experiências próprias, mesmo quando essas experiências são transmitidas com recurso à comunicação não verbal (Pott, Stahlhoefer, Felix, & Meier, 2013).

Para Camelo (2012), cabe ao enfermeiro criar estratégias de comunicação no âmbito do cuidado à pessoa e sua família, uma vez que a comunicação é uma ferramenta que tenciona melhorar, mudar e procurar atingir a excelência dos cuidados de enfermagem, facilitando a expressão de sentimentos e emoções (Camelo, 2012). A comunicação é uma ferramenta que carece urgentemente de ser valorizada no âmbito da prática de enfermagem, sendo utilizada como um indicador de qualidade em saúde face aos cuidados prestados. Para um cuidado eficaz e benéfico para o utente, a família deve ser envolvida neste processo de comunicação, caso a pessoa assim o entenda e autorize, devendo a família ser vista como um elo facilitador deste processo merecendo o maior respeito possível. De forma a atingir este patamar, o enfermeiro deve apresentar uma postura que permita aos familiares expressarem os seus medos, angústias e fragilidades, sendo objetivo do enfermeiro o desenvolvimento de competências de comunicação úteis para a pessoa cuidada, mas também para a sua família, proporcionando o bem-estar para todos os elementos desta tríade (Saraiva & Martinho, 2011).

Neste sentido, foi realizada uma revisão do tipo *scoping*, com o objetivo de **identificar as estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica mais eficazes.**

1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A presente revisão foi realizada tendo por base a estrutura “PCC” » P = População; C = Conceito; C = Contexto, apresentada pelo manual da JBI para a identificação dos critérios de inclusão. A população incluída nesta revisão foi a pessoa adulta em situação crítica sendo que nesta investigação o “C” relativo ao “conceito” foi interpretado como um fenómeno de interesse, de acordo com o apresentado no manual da JBI, sendo o alvo de investigação as

estratégias de comunicação. O contexto baseia-se no serviço de urgência onde a pessoa em situação crítica se insere (**Quadro I**).

Nesta revisão, foram incluídos todos os tipos de estudo, publicados num período temporal decorrido entre janeiro de 2011 e dezembro de 2021 que abordem a temáticas das estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica. Este friso temporal foi estabelecido com o intuito de obter o maior número de resultados, mas também com o objetivo de mapear a informação mais atual. Na revisão foram incluídos artigos, da tipologia: revisões sistemáticas, estudos quantitativos ou qualitativos e outros trabalhos de investigação e de opinião publicados em Português, Inglês, Espanhol ou Francês, com resumo, texto integral e referências disponíveis.

Para análise, não foram incluídos, artigos que não respondam à questão, que envolvam a população pediátrica, os artigos em duplicados e todos os estudos que não cumpriram os critérios anteriormente estabelecidos. Excluídos desta investigação, foram os artigos que não apresentavam o seu texto disponível na íntegra. (**Quadro II**).

1.3 MÉTODO

Esta revisão foi realizada de acordo com o método apresentado e proposto pelo JBI no manual para revisores publicado em 2017 (Peteres, et al., 2020), com atualização no ao de 2020. Este processo de pesquisa baseou-se em três etapas, sendo que primeiramente foi realizada uma pesquisa primária na base de dados *EBSCOhost* (agregador que inclui a CINAHL complete; Medline; Nursing and Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register, LISTA; MedicLatina e Cochrane Clinical Answers;), seguida de uma análise das palavras presentes no título e resumo dos artigos obtidos nesta pesquisa. De seguida, foi realizada uma nova pesquisa na base de dados *Scielo*, na *PubMed* e nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

A equação de pesquisa utilizada foi a seguinte: (communication tools; AND patient or critical AND emergenc*). Na terceira etapa desta pesquisa, procedeu-se à análise da lista de referências das publicações obtidas, realizando uma posterior seleção de acordo com os critérios de inclusão e exclusão anteriormente identificados. Esta pesquisa e análise foi realizada no decurso deste curso, maioritariamente entre janeiro e março de 2022.

Para análise, foram incluídas as publicações que abordavam as estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica, tendo sido abrangidas publicações em Português, Inglês, Espanhol ou Francês.

A extração dos resultados desta pesquisa encontra-se descrita no **Quadro III**, “Estratégias de Pesquisa” disponível no apêndice III do presente relatório. No decurso desta pesquisa, foi realizada uma avaliação dos títulos, resumos e do texto integral dos artigos, sendo realizada a extração da totalidade dos dados relevantes para a questão de investigação previamente identificada.

De forma a facilitar a análise dos artigos, os artigos e posteriores resultados extraídos foram armazenados e organizados com recurso ao programa Microsoft Excel, documento esse composto por diversas páginas respeitando a fase de revisão em que me encontrava. Inicialmente, foram extraídos os dados relativo à caracterização das publicações e, posteriormente, realizada a análise de conteúdo que levou à identificação das estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica.

1.4 RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Na figura seguinte, Figura 1, surge o Fluxograma de Resultados, desenvolvido e atualizado ao longo do processo de análise e extração de dados e resultados, tendo sido realizada uma adaptação ao previamente proposto no manual da JBI (Peteres, et al., 2020).

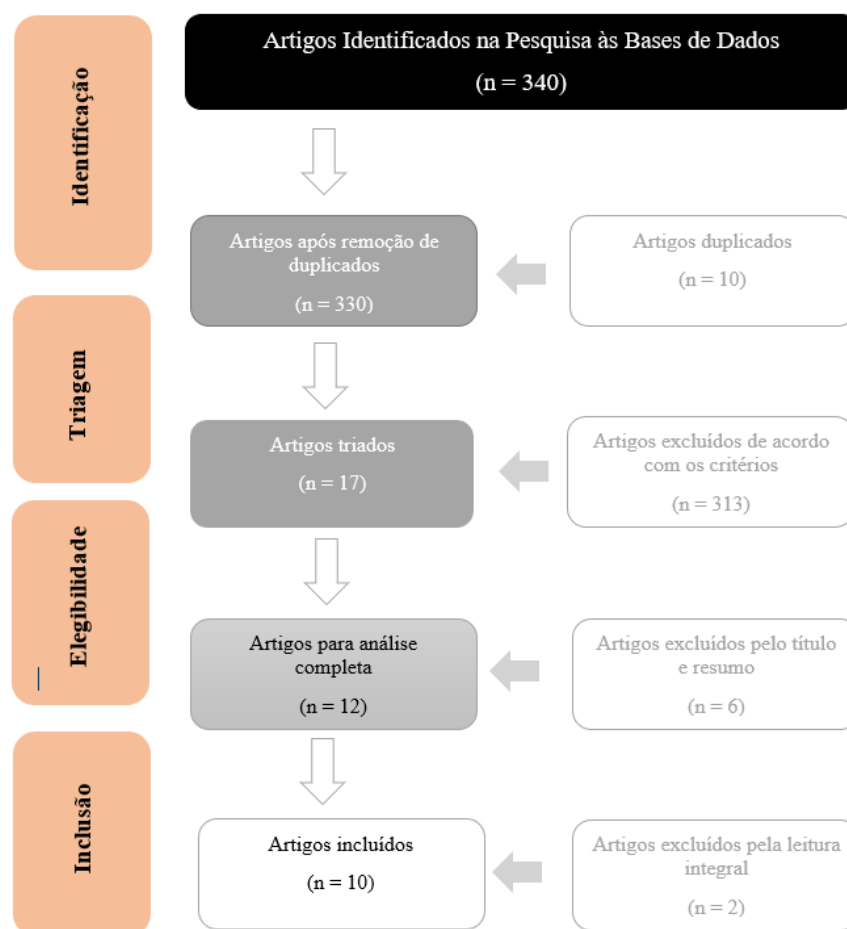


Figura 1 – Fluxograma de Resultados

Tendo por base a estratégia de pesquisa anteriormente referida, obtiveram-se um total de 340 artigos após uma primeira pesquisa, sendo que após a eliminação dos artigos repetidos, 10 artigos, seguiram para análise 330 publicações. A fase seguinte levou à triagem dos artigos selecionados, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão previamente identificados, permanecendo em análise 17 publicações. Após esta primeira seleção, foram analisados os títulos e artigos das publicações, ficando com 12 artigos para análise completa.

Após a leitura individual e integral destas 12 publicações, foram selecionados 10 artigos, de acordo com os critérios estabelecidos. No total, foram utilizadas nesta revisão 10 publicações, sendo elas: dois estudos quantitativos; uma revisão da literatura, dois artigos de opinião e cinco teses de mestrado.

As dez publicações que suportam esta revisão encontravam-se apresentadas em inglês e português, num friso temporal decorrido entre 2011 e 2020. As publicações constituintes desta revisão encontram-se no **Quadro IV** intitulado “*Apresentação de Resultados*” (apresentado no Apêndice IV), onde se encontram apresentadas as seguintes características: base de dados de onde foi extraída a publicação, ano de publicação, autores, tipo de estudo e resultados extraídos da leitura integral das publicações.

As publicações apresentadas no quadro anteriormente referido, contêm resposta à questão de investigação previamente lançada, cumprindo diferentes contextos e em períodos temporais distintos. Este instrumento, dada a sua extensão e características, encontra-se inserido como apêndice deste relatório, servindo de apoio e enriquecimento para o capítulo seguinte, referente à discussão dos resultados obtidos a partir da presente reflexão.

1.5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Realizando uma análise dos resultados obtidos através da revisão anteriormente apresentada, posso afirmar que as estratégias/ferramentas de comunicação são essenciais no que diz respeito ao cuidado à pessoa em situação crítica, na medida em que permitem a ocorrência de um cuidado humanizador e co-criado dirigido à pessoa humana envolta em fragilidade e incerteza.

Esta revisão permitiu-me realizar um levantamento de estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica desde o momento da sua admissão no Serviço de Urgência, até ao momento da sua alta, caso esta se verifique. De acordo com Sonis et al (2020), o enfermeiro que se encontra no posto de triagem, deverá recorrer a uma linguagem simples, perceptível e adequada à situação em que a pessoa se encontra, devendo ser respeitada e valorizada a língua materna do utente, sempre que possível. A mesma publicação defende ainda que esta primeira

interação entre a díade enfermeiro-pessoa, foi enfatizada com o estado pandêmico atual, na medida, em que os equipamentos de proteção individual, diminuem a possibilidade de utilizar ferramentas de comunicação não-verbal. Nesse sentido, a comunicação verbal revela-se, sempre que seja possível utilizá-la, uma peça fundamental para a redução de incerteza e vulnerabilidade na pessoa cuidada (Sonis, et al., 2020). A utilização de uma linguagem simples, cruza-se com a aplicação de questões simples, curtas e direcionadas a uma resposta de “*Sim ou Não*”, o que permitirá à pessoa comunicar com menor dificuldade e transmitir informações mais precisas que permitiram adequar o cuidado de enfermagem à sua situação atual (Broyles, Tate, & Happ, 2012).

Vermeir, et al. (2015) afirma, em concordância com Sonis et al (2020), que a comunicação cara-na-cara e ao mesmo nível de altura são de extrema importância, na medida em que conferem segurança e proteção no outro e inibem a ideia de superioridade que possa existir. Ambas as publicações fazem referência à importância da inclusão da empatia, confiança, cumplicidade e compaixão na forma de comunicar com os outros, minimizado o stress e incerteza que envolve a pessoa em situação crítica – Teoria da Incerteza na Doença [(Vermeir, et al., 2015)& (Sonis, et al., 2020)].

Um estudo quantitativo desenvolvido em 2012, apresenta também a relevância da utilização de estratégias de comunicação aumentativas e alternativas que excluam a comunicação oral, no cuidado à pessoa em situação crítica. O contexto que direciona a pessoa ao Serviço de Urgência nem sempre permite o estabelecimento de uma comunicação verbal, como é o caso da necessidade de uma entubação oro traqueal para proteção da via aérea. Em contexto de urgência, nem todos os doentes nesta situação se encontram totalmente sedados, existindo um estado de consciência que permita a comunicação. Neste sentido, Broyles, Tate, & Happ (2012) apresentam a necessidade de utilização de equipamentos auxiliares ao processo de comunicação, sendo eles as placas de comunicação através de imagem, dispositivos de comunicação eletrónica ou instrumentos de escrita, como por exemplo, os quadros pretos (Broyles, Tate, & Happ, 2012). Também Vieira (2014) apresenta outros equipamentos, como é o caso dos computadores, brinquedos, quadros de letras e cartões (Vieira, 2014).

Vieira (2014) afirma ainda que algumas das estratégias de comunicação que proporcionam humanização dos cuidados são o carinho, o conforto a disponibilidade oferecida ao outro e a saudação à pessoa, devendo o enfermeiro apresentar-se sempre que possível, de forma a que a pessoa cuidada veja no profissional um elemento de referência, facilitando o

processo terapêutico. A mesma autora, enfatiza a necessidade de manutenção do contacto visual e da utilização do toque terapêutico (Vieira, 2014).

De acordo com Louro (2014), a comunicação entre a díade enfermeiro-pessoa deve estabelecer-se com base em três pontos chave: “*a verdadeira escuta (...) a empatia (...) e a congruência*”, pontos identificados por esta autora, mas que são suportados por outros nomes. (Louro, 2014, p. 24). A verdadeira escuta diz respeito à forma como a pessoa é acolhida, permitindo a identificação das necessidades apresentadas pela pessoa, levando ao estabelecimento de um plano terapêutico adequado. Por seu lado, a empatia, revela a capacidade do profissional em colocar-se no papel do outro, compreendendo-o, sendo que a congruência diz respeito aos ideais e personalidade do enfermeiro que não devem ser alterados, mantendo-se ele próprio (Louro, 2014).

Em 2011, foi publicado um estudo quantitativo que permite enquadrar as estratégias de comunicação em dois grandes grupos: as estratégias verbais e as não verbais. Dentro das estratégias verbais, mais uma vez, surge a questão diretamente colocada à pessoa, de forma a obter uma resposta que permita adequar o plano de cuidados, sendo exemplos destas questões: “*perguntar o que o paciente sabe sobre a sua condições/doença; perguntar ao paciente como ele se sente, para estimulá-lo a falar sobre o seus sentimentos; verbalizar disponibilidade para ajudar, conversar e/ou esclarecer dúvidas; perguntar sobre as expectativas do paciente referentes ao tratamento; perguntar sobre as interesses e preferências do paciente para estabelecer conversas amenas; clareza; sinceridade prudente; verbalizar compreensão das emoções e sentimentos*” (Araújo & Silva, 2011, p. 629). Segundo Ramos (2013), outra das estratégias verbais muito importante é o silêncio, na medida que é dada oportunidade à pessoa para dirigir a relação terapêutica, fornecendo-lhe abertura para a expressão dos seus sentimentos, medos e receios (Ramos, 2013). No âmbito das estratégias não verbais, surgem ferramentas apresentadas por outros autores, como é o caso do toque afetivo, o contacto visual, o sorriso, a proximidade física e a igualdade de alturas, a utilização de gestos e acenar de cabeça positivos, a escuta ativa sem envolvimento de pressão para o término do diálogo, a utilização do silêncio e de um tom de voz amável e adequado à situação (Araújo & Silva, 2011). Face ao anteriormente apresentado, Ramos (2013), acrescenta ainda a importância de uma postura corporal de interesse e disponibilidade para o desenvolvimento de uma relação terapêutica (Ramos, 2013)

O sorriso, é a ferramenta que surge transversalmente em todas as publicações, sendo também fulcral a utilização do humor e capacidade de concentração, características atribuídas

ao enfermeiro a prestar cuidados num serviço de urgência, aliadas à capacidade de diálogo, audição e apresentação de disponibilidade para com o outro (Santos, 2012).

Nos casos em que o recurso ao Serviço de Urgência não condicione um internamento e que a alta clínica seja a orientação da pessoa, cabe ao enfermeiro a resolução de todas as questões que a pessoa possa colocar, bem como a sua família/acompanhantes, devendo auxiliá-los na projeção de um plano futuro, utilizando estratégias de comunicação escrita, de forma a reforçar todos os ensinamentos realizados. Até ao momento da alta, pressupõe-se a valorização do contacto visual, conferindo segurança à pessoa, na medida em que se transmite interesse no cuidado que é prestado (Rising, et al., 2020).

As estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros são adquiridas não só no decurso da sua prática clínica, mas também com o investimento em formação profissional e investigação que permita o desenvolvimento de protocolos de atuação, protocolos que devem incluir atitudes e comportamentos que sustentem a prática clínica e o estabelecimento de uma relação terapêutica envolta em empatia e na sensibilidade inerente à pessoa humana (Gomes, 2019).

1.6 CONCLUSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA

Com o término da presente revisão, considero ter atingidos os objetivos a que me propus inicialmente, tendo selecionado um total de 10 publicações das quais pude retirar as estratégias de comunicação mais eficazes junto da pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência.

As estratégias de comunicação são vistas como ferramentas com presença fulcral no processo de cuidado da pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência, na medida em que permitem a existência de um cuidado de enfermagem humanizador.

Em suma, face ao analisado e retratado anteriormente, as estratégias de comunicação que proporcionam um cuidado de excelência à pessoa a vivenciar um episódio de situação crítica dividem-se em duas grandes valências: estratégias de comunicação verbal e estratégias de comunicação não verbal. Dentro da comunicação verbal, incluem-se: o conforto, o diálogo, a confiança, o acolhimento, o humor utilizado para fins terapêuticos, a cordialidade através da saudação, a utilização de perguntas abertas em associação à escuta ativa e o silêncio que muitas das vezes é esquecido na prática. No âmbito da comunicação não-verbal, estão incluídas múltiplas estratégias, como é o caso do carinho, o conforto, o toque e os gestos de expressão, o contacto visual, os quadros de letras e os quadros de ardósia, a escrita, os computadores e brinquedos.

Ao longo da realização da presente revisão surgiram algumas limitações, nomeadamente a inclusão de artigos publicados apenas em Português, Inglês, Espanhol ou Francês, visto que publicações em outras terminologias poderiam ter sido úteis para enriquecer este trabalho. Outro aspeto que considero negativo foi a limitação no acesso a algumas das publicações a partir das bases de dados utilizadas e anteriormente mencionadas.

Com a realização desta revisão de metodologia *scoping*, considero não ter criado novos conhecimentos, mas sim, ter reunido e sintetizado aqueles já produzidos anteriormente permitindo, deste modo, enriquecer a ideia de uma prática de Enfermagem baseada em evidência científica.

No decurso da redação do presente capítulo considero demonstrar a aquisição da competência comum do enfermeiro especialista: “*baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica*”, bem como a aquisição das competências de mestre em Enfermagem: “*possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação*”, “*Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*” e “*(...) permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*” presentes no Decreto-Lei n.º 65/2018, “*Regime Jurídico Dos Graus e Diplomas Do Ensino Superior*”.

CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

De forma a atingir as competências descritas no Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (OE) que apresenta as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”, no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros que define as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*” e de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, intitulado “*Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior*” foram realizados estágios em locais escolhidos e identificados como potenciadores desta aquisição de competências. O presente capítulo, pretende apresentar uma sumária caracterização desses mesmos locais, de forma a contextualizar as atividades desenvolvidas. A identificação dos locais de estágio foi suprimida, visto este relatório ser público, e por considerar não ser informação pertinente e fulcral para a apresentação dos objetivos.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Tal como frisado anteriormente, neste curso, pressupõe-se a aquisição de competências no decurso dos três semestres, como tal, o estágio realizado no âmbito da unidade curricular: “*Vigilância e Decisão Clínica*” está envolvido neste processo de aquisição. No núcleo destes estágios, tive oportunidade de realizar 180 horas de estágio num Serviço de Urgência Geral num Hospital de Lisboa. Esta experiência, no contexto de serviço de urgência polivalente, proporcionou um enorme leque de experiências na área do cuidado à pessoa em situação crítica, permitindo o desenvolvimento de competências específicas em situações de urgência, emergência e catástrofe.

O Serviço de Urgência Geral Polivalente onde realizei o meu estágio, encontra-se integrado na Rede Nacional de Urgência e Emergência, como Serviço de Urgência Polivalente/ Centro de Trauma, com um funcionamento 24/dias, 7 dias/semana, sendo também considerada uma urgência de fim de linha. Sendo considerado um centro de referência, este dá resposta às mais diversas necessidades da população que abrange, garantindo assistência em múltiplas especialidades médicas (CHULC, 2021).

Atualmente, este Serviço de Urgência, possui seis “Vias Verdes”, que permitem o encaminhamento o mais célere possível do utente, de forma a adequar o tratamento e minimizar os défices posteriores. As “Vias Verdes” atuais, são: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Coronária; Monotrauma; Cólo Fémur; Sepsis; Trauma (CHULC, 2021).

A admissão de doentes ao SUG Polivalente onde realizei o meu estágio, ocorre de forma permanente, sendo realizado um primeiro contacto com técnicos administrativos. No que ao percurso do utente diz respeito, após a admissão, o utente aguarda em Sala de Espera pela chamada para a “Triagem” que opera igualmente durante 24 horas.

Na triagem realizada no SUG, o doente é submetido ao processo da Triagem de Manchester. O enfermeiro insere num sistema informático próprio os dados recolhidos junto do utente e/ou familiar, avalia sumariamente o paciente segundo um fluxograma adequado ao quadro sintomático e através de um discriminador é estabelecida uma prioridade de atendimento que, no caso específico da Triagem de Manchester é discriminada por cores. Após este momento de triagem, o utente é direcionado pelo enfermeiro para o local mais adequado perante a sua necessidade de cuidados.

Face ao estado de saúde mundial atual e à carência de isolamento dos utentes, surgiu no referido SUG Polivalente a necessidade de criação de um espaço de isolamento para doentes com sintomatologia suspeita de infeção por SARS-CoV-02 e até mesmo, perante a confirmação dessa mesma infeção. Neste sentido, surgiram dois novos setores, a Área de Doentes Respiratórios (ADR) e a Área de Doentes Positivos (ADP).

Relativamente aos recursos humanos alocados a este Serviço de Urgência, este serviço possui um grande número de profissionais que formam a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados de saúde, mais do que aqueles que tive oportunidade de conhecer até à data. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 150 elementos, distribuídos equitativamente, por cinco equipas (A, B, C, D e E) existindo ainda uma equipa de elementos com horário fixo.

Todas as equipas possuem Enfermeiros de Cuidados Gerais, bem como Enfermeiros Especialistas em EMC, e que trabalham em regime de “*rollement*”, na prestação de cuidados de enfermagem.

O número de profissionais de enfermagem presente em cada turno, é calculado com base no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que refere que “os valores de referência para os indicadores a utilizar devem corresponder aos valores consolidados (média) nos últimos dois anos, em cada instituição” (Ordem dos

Enfermeiros, Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, 2019).

Uma dotação adequada de profissionais, bem como o seu nível de qualificação e competências apresentadas são fatores-chave para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, motivo pelo qual, surgem critérios e normas para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Segundo o Regulamento nº 743/2019, a composição da equipa de um serviço de urgência deve obedecer a diversos critérios, sendo eles: posto de triagem e salas de emergência.

Todos os restantes setores e postos de trabalho, devem ser assegurados por uma equipa com cerca de 50% de profissionais especialistas em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e com formação de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O método de trabalho implementado é um método de trabalho misto, individual e por equipa, em que cada um é responsável pela totalidade de cuidados necessários e únicos, e à satisfação das necessidades dos seus doentes.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

No âmbito da unidade curricular onde o presente relatório se insere: “Estágio Final e Relatório”, realizei um total de 240h de contacto clínico numa unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital de Lisboa, sendo o doente reno-pancreático-biliar o maior alvo de cuidados desta unidade. A escolha deste local de estágio, prendeu-se com o facto de se tratar de uma unidade com uma vasta área de atuação, bem como com o facto de ser uma unidade de renome na área do utente transplantado. Esta decisão foi encarada como um grande desafio não só a nível pessoal como também profissional, visto não ter tido um contacto prévio com nenhuma unidade de cuidados intensivos. Este campo de estágio foi também encarado como um desafio, relacionado com as diferentes experiências vivências, tornando-se bastante exigente no que ao trabalho autónomo diz respeito.

A Unidade de Cuidados Intensivos onde realizei o meu estágio dá resposta a doentes pertencentes ao centro hospitalar em questão, que careçam de cuidados de nível II e III em contexto de UCI, abrangendo, uma população total de cerca de 2,3 milhões de habitantes.

À data e apesar das diversas adaptações existentes neste último ano e meio, esta Unidade de Cuidados Intensivos tem capacidade para 24 doentes, sendo eles 3 doentes em valência de crónicos, 6 doentes de nível II, 13 doentes de nível III existindo ainda 2 quartos de pressão

negativa, que permitem um isolamento, vulgarmente mais utilizado para doentes portadores de doenças infetocontagiosas (CHULC, 2021).

A admissão de doentes a esta Unidade de Cuidados Intensivos, ocorre de forma permanente, após uma discussão médica prévia para que ocorra discussão de casos clínicos. Os doentes admitidos nesta unidade têm várias origens possíveis: Bloco Operatório; Serviço de Urgência Geral; Transferência Intra-Hospitalar (proveniência de outros internamentos); Transferência Inter-Hospitalar.

À data da realização do meu estágio, esta Unidade de Cuidados Intensivos encontra-se dividida em 4 valências distintas, permitindo a correta distribuição dos doentes quanto ao nível de cuidados que estes exigem. As valências existentes são: sala de doentes crónicos, salas de doentes nível II; salas de doentes nível III e salas de doentes nível III – COVID.

A Unidade de Cuidados Intensivos onde realizei o meu estágio, possui um grande número de profissionais que formam a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados de saúde. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 60 elementos, distribuídos equitativamente, por cinco equipas (A, B, C, D e E). Todas as equipas possuem Enfermeiros de Cuidados Gerais, bem como Enfermeiros Especialistas em EMC e Reabilitação, e que trabalham em regime de “*rollement*”, na prestação de cuidados de enfermagem.

Tal como acontece no SUG, o número de profissionais de enfermagem presente em cada turno, é calculado com base no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Neste momento, esta Unidade de Cuidados Intensivos, possui um número de dotação segura de 14 elementos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O método de trabalho implementado é, também ele, um método de trabalho misto, individual e por equipa, em que cada um é responsável pela totalidade de cuidados necessários e únicos, e à satisfação das necessidades dos seus doentes.

2.3 VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Ainda no âmbito da unidade curricular: Estágio Final e Relatório, de forma a completar a carga horária preconizada, foi realizado um estágio de 140 horas na valência de emergência pré-hospitalar, mais especificamente numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Este estágio foi, sem dúvida o que mais incertezas e insegurança provocou, uma vez que trabalhar numa unidade hospitalar transmite segurança e confere uma capa de proteção que cai por terra quando nos temos de deslocar à casa das pessoas para a prestação de cuidados. Apesar de todas as dificuldades existentes relacionada com este estágio, considero que foi um excelente

contexto para aquisição de competências de comunicação, tanto com a pessoa em situação em situação crítica, como com a sua família e cuidadores.

A VMER, apresenta-se como o meio diferenciado de emergência pré-hospitalar, retratando-se como uma extensão do Serviço de Urgência até à comunidade e traduz-se numa viatura ligeira, acionada em simultaneidade com uma ambulância da corporação da área de abrangência do local onde é identificada a ocorrência.

Constituída por um enfermeiro e médico que trabalham de acordo com a tipologia de equipa, a VMER foi formada com o principal objetivo: “*prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência*” (Decreto-Lei nº24/2012, 2012, p. 749).

Com início de funções a 2 de janeiro de 2008, VMER onde realizei o meu estágio apresenta a sua área de influência em 12 freguesias de Lisboa e 4 freguesias de Loures, no entanto, estas são apenas as áreas de atuação direta, sendo que, sempre que necessário outras áreas são abrangidas por esta VMER (CHULC, 2021).

À tripulação da VMER, é exigida uma formação específica em emergência médica, que engloba a certificação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e SAV em Trauma. Ao enfermeiro constituinte desta equipa, acresce ainda a função de condução, ação essa que deve ser baseada na defesa, de forma a que a equipa esteja sempre resguardada, de acordo com a legislação específica para a condução de veículos de emergência.

A VMER onde realizei o meu estágio, possui um vasto número de profissionais que formam a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados de saúde. A equipa de enfermagem é constituída por elementos cujo serviço fixo varia entre locais como o Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), bem como outros serviços de internamento, dando a sua disponibilidade para a realização de turno na VMER. O serviço de origem dos enfermeiros é bastante variável, no entanto, todos têm algo em comum: o curso de formação em emergência médica, dinamizado pelo INEM.

Para além do curso de formação em emergência médica, bem como o curso de SAV e SAV em trauma, grande parte dos elementos constituintes desta equipa são Enfermeiros Especialistas em EMC e/ou Reabilitação.

O número de profissionais de enfermagem presente em cada turno, é fixo, dada as limitações e condições de segurança permitidas na VMER fazendo, portanto, esta constituir-se

por um enfermeiro, um médico e um elemento em formação, que pode pertencer a qualquer uma das áreas supracitadas.

O método de trabalho implementado na VMER é da tipologia “por equipa”, em que juntos, enfermeiro e médico, são responsáveis pela totalidade de cuidados necessários e únicos, e à satisfação das necessidades dos doentes.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

De forma a dar início a este capítulo, considero necessário realizar uma breve introdução acerca do conceito de competência, para que assim se torne mais fácil a análise da aquisição de competências em estágio.

Segundo André & Rodrigues (2013), o conceito de competência tem sido alvo de imensos estudos, em crescente nos últimos 50 anos, que envolvem uma panóplia de perspectivas teóricas e múltiplas conceptualizações e abordagens, o que dificulta a existência de apenas uma definição para este conceito. De acordo com a publicação dos mesmos autores, a palavra competência foi definida pela primeira vez por McClelland em 1973, sendo que a definição mais recente surge em 2010 por Ceitil, que apresenta as competências como “*modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto*” (André & Rodrigues, 2013, p. 7).

Por seu lado, Fleury & Fleury (2001), através da análise do trabalho de Le Boterf (1995), afirmam a relação direta do conceito competência com o “*saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica*”, devendo estar associados a um valor económico e social (Fleury & Fleury, 2001, p. 187). Segundo os mesmos autores, a competência é definida como “*um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo*” (Fleury & Fleury, 2001, p. 188).

Em suma, na atualidade, a competência de um profissional é resumida pelo desempenho superior que o mesmo apresenta. Desempenho esse que tem de ser observável e validado na prática.

Tal como referido na introdução deste relatório, no presente capítulo surge a análise do desenvolvimento das competências do Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto de estágio. Neste capítulo serão apresentadas e analisadas, com recurso a uma metodologia reflexiva, as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, com o objetivo de atingir os objetivos previamente estabelecidos, com o posterior intuito de adquirir as competências anteriormente

Estas atividades, bem como a aquisição de competências decorreu ao longo dos três estágios descritos anteriormente. De forma a tornar mais fácil a análise da aquisição de competências, este capítulo subdivide-se em duas partes: uma primeira parte onde serão analisadas as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” e uma segunda parte direcionada para as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica*”.

Em relação à unidade curricular, Vigilância e Decisão Clínica, e no que ao estágio realizado no Serviço de Urgência Geral diz respeito, defini como objetivo geral: **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral**. Defini ainda dois objetivos específicos, sendo eles: (1) - **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral**; (2) - **desenvolver competências que facilitem o estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda com o doente, identificando estratégias de informação ao utente**.

No âmbito da unidade curricular, Estágio Final e Relatório, no estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos, defini como objetivo geral: **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**. Foram ainda definidos três objetivos específicos: (1) - **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Não Invasiva (VNI) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**; (2) - **manter atividades de investigação acerca das estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica**; (3) - **desenvolver competências e conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia hepato-bilio-pancreática**.

Ainda no âmbito da unidade curricular, Estágio Final e Relatório, no estágio realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, o objetivo geral definido foi: **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família na Viatura Médica de Emergência Médica**. Foram definidos como objetivos específicos: (1) - **desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família em**

contexto de emergência pré-hospitalar; (2) - desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) em contexto de emergência pré-hospitalar e sua família; (3) - desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa vítima de trauma em contexto de emergência pré-hospitalar e sua família; (4) - manter atividades de investigação acerca das estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica.

De forma a facilitar a aquisição das competências anteriormente referidas, após a identificação dos objetivos para cada estágio, foram ainda nomeadas atividades a desenvolver e indicadores de resultado para permitir uma avaliação palpável da aquisição destas competências.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, que surgem definidas as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*”. Este regulamento realiza um enquadramento dos cuidados de saúde, em específico, a importância e a exigência técnica e científica aliadas aos cuidados de Enfermagem.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista “*é aquele a quem se reconhece as competências definidas para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). No mesmo regulamento, Artigo 3º, alínea a), a Ordem dos Enfermeiros, define as “*Competências Comuns*” como sendo “*as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

O Artigo 4º, do Regulamento n.º 140/2019, subdivide estas competências em quatro domínios: a) - “*Responsabilidade profissional, ética e legal*”; b) - “*Melhoria contínua da qualidade*”; c) - “*Gestão dos cuidados*”; d) - “*Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*”. Posteriormente, dentro de cada domínio, estão englobadas as competências de acordo com cada um dos domínios, bem como as unidades de competência e critérios de avaliação. A análise da aquisição de competências ao longo dos estágios foi realizado tendo por base estes elementos.

3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019, Artigo 5º, está previsto que o enfermeiro especialista apresente as seguintes competências: “*desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*” e que “*garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). De acordo com o regulamento anteriormente mencionado, a Ordem dos Enfermeiros define a prática do enfermeiro especialista como sendo uma prática: segura, profissional e ética, com recurso a uma tomada de decisão ética e deontológica (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo Deodato (2010), a decisão ética em enfermagem, é tomada por um enfermeiro a cumprir autonomamente e de forma responsável as ações da sua profissão. É da relação existente entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro como pessoa cuidadora e a exercer um exercício profissional autónomo, que resultam os problemas éticos de enfermagem. De acordo com o mesmo autor, um problema ético é definido como “*uma situação difícil que requer uma solução que seja eticamente adequada*” (Deodato, Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir, 2010, p. 22).

Anos mais tarde, o mesmo autor, define o problema ético como “*a existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre (...) a fundamentação para a escolha das intervenções de Enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto*” (Deodato, 2014, p. 41). Após a identificação de um problema ético, cabe ao enfermeiro avaliar a questão e proceder a uma tomada de decisão fundamentada num “*agir ético*” (Deodato, 2014, p. 19). A articulação entre a decisão clínica e a decisão ética em Enfermagem é realizada, tendo por base o “*Processo de Enfermagem*”.

É no outro que o enfermeiro presta os seus cuidados, mostrando a sua capacidade para agir, uma ação que tem por base decisões prévias que validem o exercício do seu cuidado. De acordo com Nunes (2006), mencionada por Deodato (2010), “*as decisões de cuidado resultam em primeiro lugar do compromisso de cuidado que o enfermeiro, ao tornar-se profissional, assumiu perante a sociedade*” (Deodato, 2010, p. 44). Segundo Deodato (2014), aquando do planeamento das intervenções executadas, o enfermeiro “*depara-se com a incerteza quanto às alternativas possíveis quando a proteção da pessoa é colocada em risco*” (Deodato, p. 44). Segundo defende o autor, o problema da Enfermagem resultante do processo de Enfermagem

e o problema ético de Enfermagem originam duas tomas de decisão díspares, no entanto, o profissional de saúde consegue relaciona-las, tornando o problema um elemento da relação existente entre a pessoa e o enfermeiro (Deodato, 2014).

O valor mais importante que o enfermeiro deve apresentar é o auto-conhecimento de si próprio, das suas decisões e ações para com o outro.

Tal como aconteceu em todos os estágios, as primeiras semanas de contacto com a Unidade de Cuidados Intensivos, foram direccionadas para o conhecimento do funcionamento, estrutura e normas do serviço, sendo que as horas posteriores, foram dedicadas ao cuidado da pessoa em situação crítica, com fragilidade e a necessitar de cuidados maioritariamente invasivos. Este cuidado ao outro foi baseado no Processo de Enfermagem, processo esse que é entendido por Almeida (2011), baseado em Aquino (2004) como uma *“base científica que dá sustentação às ações de Enfermagem”* (Almeida F. , 2011, p. 52). A utilização deste processo tem múltiplas vantagens para o profissional, sendo elas: *“facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática, elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação com a restante equipa e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada”* (Almeida F. , 2011, p. 52).

Este processo facilita o planeamento, a organização, e a prestação dos cuidados mais adequados face à situação do utente. De acordo com Toney-Butler e Thayer (2019), o Processo de Enfermagem envolve cinco etapas que se relacionam entre si: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e intervenções, execução e avaliação final (Toney-Butler & Thayer, 2019).

De acordo com a Direção-Geral de Saúde, a Unidade de Cuidados Intensivos, insere-se numa *“a área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis”*, sendo que esta tipologia de unidade assenta em três critérios base: *“a prática: assenta num contínuo de acções e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia; a avaliação: faz-se de harmonia com a função atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevivida, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída a cada Serviço/Unidade de*

Cuidados Intensivos. É a análise destas variáveis, quando feita de acordo com os objectivos, que permite definir os recursos necessários para cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, bem como avaliar o respectivo desempenho; a investigação: a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais” (Direção Geral da Saúde, 2003, pp. 5- 6).

Todas as pessoas a carecer da tipologia de cuidados anteriormente descritos devem ser referenciados e encaminhados para uma Unidade de Cuidados Intensivos, de forma a proporcionar um cuidado adequado do ponto de vista técnico, científico e ético. A complexidade destas unidades, leva o enfermeiro a ter de adequar a sua prática, sendo que o enfermeiro especialista apresenta um papel fulcral nesta área, devendo respeitar a ética inerente ao cuidado de enfermagem, os deveres deontológicos de acordo com as leis existentes e, acima de tudo, respeitando os direitos humanos intrínsecos a cada um de nós.

No decurso do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos, muitos foram os momentos de diálogo com a equipa multidisciplinar, proporcionando consequentemente momentos reflexivos. Uma das questões que mais me inquietou foi o investimento prolongado e, por vezes, sofrido da vida humana, sem benefício para a pessoa e família em situação crítica. Este é um tema que envolve, sem dúvida, questões éticas e deontológicas que certamente merecem o melhor cuidado aquando da sua discussão.

Para poder realizar uma análise reflexiva acerca desta temática, senti necessidade de distinguir três conceitos: distanásia, eutanásia e ortotanásia. A distanásia, ao contrário do que acontece com a eutanásia, é um termo pouco conhecido e divulgado, no entanto, segundo diversos estudos, muito frequente na área da saúde. Segundo Félix *et al* (2013), a distanásia é definida como uma morte difícil e sofrida, que envolve um prolongar do processo de morte, sem que haja qualidade, benefício ou dignidade para a pessoa alvo de cuidados. A distanásia envolve a quantidade de tempo em que a pessoa vive e não a qualidade vivenciada ao longo desse mesmo tempo (Félix, et al., 2013).

O termo eutanásia tem estado em debate na sociedade atual, sendo inicialmente definido como o (simples) ato de tirar a vida do ser humano e, atualmente, é vista como uma ação que procura proporcionar uma morte sem dor e sem um sofrimento desnecessário, abreviando a

vida da pessoa, com o principal objetivo de aliviar o sofrimento tanto da pessoa como da sua família (Félix, et al., 2013).

De acordo com os mesmos autores, surge ainda neste núcleo um outro conceito, a ortotanásia. Este último termo diz respeito à morte ideal, à morte desejável para cada pessoa, onde não haja envolvimento de procedimentos e técnicas que possam aumentar o sofrimento da pessoa e que interfiram no processo de “morte natural”. De acordo com esta linha de pensamento, a “morte ideal” seria aquela que não envolve procedimentos que possam tanto adiantar, como atrasar o processo de morte (Félix, et al., 2013).

Segundo uma publicação da Divisão de Informação Legislativa Parlamentar, a eutanásia é entendida como a *“provocação da morte de uma pessoa numa fase terminal da vida para evitar o sofrimento inerente a uma doença ou a um estado de degenerescência”*, provocação esta que ocorre de forma intencional, com o principal objetivo de evita o sofrimento da pessoa eferma. Segundo a mesma publicação, o conceito de distanásia, também mencionado como entanásia indireta, é vista como uma *“obstinação terapêutica”* e tem como principal definição a *“ação de administrar a um paciente em estado terminal e em situação de sofrimento atroz “meios para mitigar o seu sofrimento, com eventual mas em qualquer caso muito curta diminuição do tempo de vida”*. Também o termo ortotanásia é definido nesta publicação, como sendo a *“prática pela qual se deixa de prolongar, através de meios artificiais e desproporcionais, a vida de um doente incurável ou em sofrimento intolerável, em especial “nos casos de recusa de modernos medicamentos ou equipamentos médicos para garantir um prolongamento precário e penoso da vida em estado terminal”* (Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar, 2016, p. 9).

Em Portugal, o Decreto-Lei que engloba as questões relacionadas com a morte medicamente assistida, envolvendo a eutanásia e o suicídio medicamente assistido permanece sem promulgação à data de 29 de novembro de 2021, visto existirem questões éticas e legais ainda sem resposta. Face a este impasse legislativo, a eutanásia ativa, em Portugal, é considerada e julgada como um crime de acordo com o artigo 133º do Código Penal.

No decurso deste estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica, com internamentos prolongados e em que, de dia para dia, se via um agravar da situação clínica. Por vezes, apesar de constar em diário clínico do utente a mensagem de “mau prognóstico” ou “desfecho inevitável em horas/dias”, pude ver que nem todas as equipas médicas estavam em concomitância, trazendo para a pessoa um novo leque de intervenções e

procedimentos invasivos, alguns deles, na minha perspetiva, causadores de sofrimento, tanto físico quanto psicológico.

Em alguns dos turnos que realizei na UCIP, tive oportunidade de prestar cuidados à Sra. N.M., uma jovem de 42anos, com diagnóstico de doença hepática crónica e cirrose hepática, internada nesta unidade após colocação de um *Shunt Trans-jugular Intra-hepático* (TIPS) tendo desenvolvido posteriormente alteração do estado de consciência, com necessidade de Entubação Oro Traqueal (EOT) para proteção da via aérea. A Sr. N.M. ao longo do tempo, desenvolveu encefalopatia hepática, discrasia hemorrágica e posteriormente falência multiorgânica, com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), suporte aminérgico e vasopressor, suporte transfusional diário em abundante quantidade, monitorização de *Pulse Contour Cardiac Output* (PICCO) e Bispectral (BIS) e Técnica de Substituição Renal (TSR) com Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC).

Dia após dia verificou-se um agravamento do estado geral, tanto analítico, como funcional e até mesmo físico, chegando ao ponto de a utente apresentar isquémia das extremidades e, mesmo assim, continuou a investir-se após duas semanas de declínio geral, sendo que a utente não reunia requisitos para transplante hepático. O desfecho infeliz acabou por ocorrer e a questão que coloco é se os cuidados prestados foram personalizados, se foram respeitados os limites da pessoa humana e se não houve sofrimento e dor sem existência de benefício.

Esta temática causou-me alguma inquietude e necessidade de múltiplos momentos de reflexão, envolvendo uma análise dos princípios da bioética: beneficência e da não maleficência, bem como do princípio da autonomia e da justiça distributiva. Acho que esta questão me toca, não só pelo motivo de nunca ter estado previamente em contacto com uma Unidade de Cuidados Intensivos na valência de profissional/estudante, como também com o facto de ser tão nova e ter pouca experiência profissional, apesar de considerar ter uma personalidade forte.

Algo que me fez despertar em relação a este tema é a ligação que cada um de nós tem com o conceito de morte, associada às experiências pessoais e profissionais vividas por cada elemento da equipa multidisciplinar. Podendo estar errada, do que pude observar, considero que as equipas com elementos mais novos, apresentam maior garra de investimento, pois observam a pessoa como uma parte técnica que possa ser manipulada, deixando para trás a sua dignidade. Muitas das vezes identifiquei a ausência do toque terapêutico ou até mesmo de um

simples diálogo para com a pessoa, não obstante ao facto de a mesma se encontrar sob sedação ou não.

Analisando a postura que apresentei aquando da prestação de cuidados a pessoas que, na minha opinião, foram alvo de um investimento prolongado e, por vezes sofrido, considero ter-me sentido sempre pouco à vontade. Nestes momentos, senti que a insegurança e sensação de um cuidado não ideal me envolve. Sem, no entanto, me sentir perturbada para a realização de qualquer procedimento prático, identifico um grande envolvimento emocional com este tema, sendo que tentei sempre comunicar todas as minhas ações ao utente, no entanto, a ideia de estar a causar sofrimento “desnecessário” à pessoa acabada por me envolver nas horas e dias seguintes, tanto que foi este o tema com que mais me identifiquei ao longo estágio.

Mais uma vez, com esta reflexão, não pretendo criticar nenhuma decisão da equipa multidisciplinar da UCIP, pois acredito que todos eles pensam estar a realizar o cuidado mais benéfico para a pessoa, no entanto, talvez por trabalhar com uma população tão frágil quanto é o doente oncológico, acabo por apresentar uma visão mais confortadora, ressaltando que a visão externa nem sempre é a mais correta.

Após algumas discussões com elementos da UCIP, pude verificar que esta ideia é partilhada com alguns colegas da equipa de enfermagem, no entanto, considero que não apresentam um papel tão forte quanto o necessário no processo de decisão terapêutica.

A abordagem deste tema, fez-me lembrar que as competências do Enfermeiro, em especial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vão muito além de demonstrar capacidade e astúcia para procedimentos técnicos, mas, acima de tudo, demonstrar capacidade para um cuidado humanizador e confortante à pessoa e família/cuidadores numa valência holística. Isto é, a pessoa em situação crítica poderá ter lesões e alterações evidentes, com necessidade de intervenções e cuidados dirigidos, mas, é necessário também avaliar a sua componente psicológica, o seu status de sofrimento.

Acima de tudo, considero que o importante é que o profissional que presta cuidados a determinada pessoa a respeite, ressaltando-se pelo princípio de que cuida da forma como é cuidada. Segundo Fernandes & Coelho (2014), o grande dilema que as UCI's apresentam é a capacidade para definir o limite do cuidado terapêutico e interpretar se os seus cuidados prolongam ou não o processo de morte. Para que este dilema seja ultrapassado, múltiplos estudos defendem que a equipa de enfermagem deve apresentar um papel ativo na decisão terapêutica e que defendem ser defendidos os princípios da humanização no cuidado (Fernandes & Coelho, 2014).

Muitos estudos revelam que a pessoa que sobrevive a um internamento em UCI, independentemente do seu tempo ou motivo, apresenta maioritariamente memória face a acontecimentos desagradáveis, assustadores e causadores de sofrimento (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). O sofrimento vai muito além da sua valência física, sendo necessário gerir a sua componente psicológica, como a demonstração de ansiedade, a componente social, bem como a espiritual, apesar de nem todas elas serem fáceis de avaliar numa UCI, dada a existência de doentes sob sedação e/ou entubados, por exemplo.

De acordo com Catalão (2015), uma das medidas que poderia levar à diminuição do sofrimento do utente basear-se-ia no balancear entre terapêutica curativa e uma abordagem paliativa, como salvaguarda perante a futilidade das medidas intensivas realizadas. Em suma, a, para muitos estranha, interligação entre Medicina Intensiva e Cuidados Paliativos proporcionaria à pessoa em situação crítica e sua família um alívio do sofrimento e uma melhor qualidade de vida (Catalão, 2015).

Em suma, após algumas leituras, considero que seja tão pertinente a ocorrência de um diagnóstico, tratamento e monitorização da evolução do utente, quanto a palição dos sintomas prevenindo, desta forma um investimento prolongado, envolvendo uma morte por vezes sofrida e estendida no tempo.

A ocorrência de um investimento prolongado poderá causar perceções desajustadas da realidade, em especial para a família/cuidadores da pessoa que se encontra em situação crítica, causando um elevado grau de stress, insegurança e desilusão, daí surgir a necessidade de envolver numa primeira instância e, se possível, a pessoa alvo de cuidados bem como a família e toda a equipa multidisciplinar nas decisões tomadas.

Por último, resumindo a minha prestação em redor desta temática ao longo do estágio, considero ter tido momentos de discussão em equipa, podendo enriquecer e formular melhor a minha opinião, tendo por base as experiências dos colegas. Não posso dizer que este tema tenha envolvido aspetos negativos, no entanto, existiram aspetos menos positivos que me deixaram de certa forma menos confortável, no entanto, estes aspetos não deixam de ser momentos de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências.

Um dos aspetos mais importante que posso retirar da temática acima descrita, baseia-se na necessidade do cuidado à pessoa, cuidado esse que deve ser holístico e baseado no respeito da ética inerente ao cuidado, nos deveres deontológicos do profissional e no respeito pelos direitos humanos, o que vai de acordo com as “*Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*” apresentadas no Artigo 5º do Regulamento n.º 140/2019.

Considero que através das atividades desenvolvidas no decurso do meu estágio, bem como a partir da presente análise efetuada demonstro a aquisição de competências presentes neste domicílio, bem como o atingir do objetivo “*desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família*”.

3.1.2 Domínio da Melhoria Continua da Qualidade

No seguimento do Regulamento n.º 140/2019, Artigo 6º, prevê-se que o enfermeiro possua as seguintes competências: “*garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*”, “*desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*” e que “*garante um ambiente terapêutico e seguro*”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as competências de colaboração e operacionalização de projetos institucionais no âmbito da governação clínica, envolvendo uma prática de qualidade e num ambiente seguro e terapêutico estão inseridas no “*Domínio da Melhoria Continua da Qualidade*”.

Segundo Donabedian (2003), citado por Machado (2013), a qualidade em saúde é traduzida como “*a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente*” (Machado, 2013, p. 25). Estes benefícios devem ter em conta os recursos disponíveis, humanos e materiais, bem como os valores sociais disponibilizados. De acordo com o mesmo autor, a qualidade em saúde, envolve três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiente (Machado, 2013).

A dimensão técnica diz respeito à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos adquiridos previamente que serão úteis na resolução do problema que o profissional identifica. Outra dimensão diretamente relacionada é o ambiente, que diz respeito às condições existentes que permitam proporcionar conforto e bem estar, relacionando-se diretamente com a satisfação do cliente. Por seu lado, a dimensão interpessoal engloba a relação existente entre dois elos, o cliente e o prestador de serviços/cuidados (Machado, 2013).

Múltiplas foram as teorias desenvolvidas desde a visão da Enfermagem como disciplina, no entanto, grande parte dos enfermeiros não valoriza o conhecimento que está inerente à sua prática, acabando por diminuir o papel social que a Enfermagem apresenta, no entanto, são estas teorias inerentes à formação do enfermeiros que orientam a prática, de forma a apresentar um cuidado mais eficaz, tendo por base um fio condutor denominado “*Processo de Enfermagem*”. É através deste raciocínio que se atinge um cuidado prestado por pessoas e para

pessoas, de forma individualizada e com o maior saldo final possível para a pessoa cuidada, sem prejuízo para a pessoa que cuida – o enfermeiro.

No âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação identifiquei como objetivo “*manter atividades de investigação acerca das estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica*”. Tal como descrito no primeiro capítulo deste relatório, foi realizada uma revisão do tipo *scoping* onde procurei identificar as estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica no serviço de urgência.

Nem sempre a investigação em Enfermagem foi reconhecida como importante para a prática, no entanto, esta é fulcral para o desenvolvimento contínuo desta disciplina, facilitando a tomada de decisões inteligentes e adequadas, permitindo a consolidação do saber do profissional. O processo de investigação em Enfermagem, permite ainda ao profissional desenvolver competências reflexivas e de análise crítica no que diz respeito à sua prática (Martins, 2008).

No decurso dos estágios, foram múltiplos os colegas com que tive oportunidade de me cruzar e algo que me inquietou foi a falta de comunicação existente para com a pessoa em situação crítica, situação que, de acordo com a minha opinião, ocorria associada a dois aspetos: exaustão e despreocupação do profissional e receio na comunicação por falta de investigação acerca da temática. Após ter identificado esta área de interesse pessoal, fui investigando artigos e publicações acerca desta questão, assim como fui estabelecendo conversas informais com colegas de forma a demonstrar a minha inquietação face à ausência de comunicação com a pessoa, comunicação essa que, por vezes, englobava a (simples) apresentação do profissional bem como do local onde se encontrava.

O processo de comunicação revela-se importante, não apenas no que diz respeito ao atingir de objetivos específicos mas, acima de tudo porque se revela como algo íntimo à pessoa humana e que a leva a estar disponível para o cuidado. Acredito que os momentos de partilha de ideias, experiências e conhecimento, tenha levado alguns dos colegas a modificar a sua prática com que diz respeito à comunicação com o outro, algo que considero ser benéfico para os dois elementos envolvidos, o enfermeiros e a pessoa e sua família.

Com recurso à presente análise e atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, considero ter adquirido as competências dispostas no regulamento acima referido para este domínio.

3.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019, Artigo 7º, está previsto que o enfermeiro especialista apresente as seguintes competências: “*gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados*”. De acordo com o mesmo regulamento, onde estão enunciadas as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” é destacado, pela Ordem dos Enfermeiros, que o enfermeiro especialista “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*”.

Segundo Prazeres (2020), a tomada de decisão em Enfermagem obteve múltiplas definições ao longo dos anos, sendo que esta autora descreve este processo como a “*operacionalização do conhecimento*”, com recurso a um processo cognitivo e complexo que se traduz numa ação. De acordo com o mesmo autor, para se atingir a ação, há que passar por uma série de “*etapas sistemáticas, que são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro*” (Prazeres, 2020, p. 16).

Inerente à prática de enfermagem, está a competência reflexiva e o pensamento crítico que o enfermeiro deve apresentar em relação às suas intervenções, de modo a gerar cuidados com a pessoa humana no seu centro e de acordo com as suas necessidades. Segundo Silva (2011), citado por Prazeres (2020), o processo de tomada de decisão é o resultado de um raciocínio executado pelos enfermeiros, envolvendo um juízo acerca das reais necessidades da pessoa alvo de cuidados (Prazeres, 2020).

Segundo Benner (2001), “*a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem*” (Benner, 2001, p. 33), ou seja, a tomada de decisão do enfermeiro envolve a sua capacidade de interpretar, analisar e retirar conclusões tendo por base a informação primariamente fornecida (Benner, 2001).

O processo de tomada de decisão pode ser influenciado por diversos fatores, como por exemplo, as competências do enfermeiro que presta cuidados, a interpretação de si próprio enquanto pessoa e profissional, assim como as condições físicas e ambientais em que a prestação de cuidados ocorre. Em suma, estes fatores podem ter origem interna ao profissional ou externa, isto é, relacionada com o local, contexto e ambiente onde é realizado o cuidado (Prazeres, 2020).

Cabe ao enfermeiro especialista a otimização da tomada de decisão, disponibilizado apoio e orientação aos elementos da equipa que deles necessitem, procurando colaborar no neste processo, levando para o núcleo de pares informação completa e sustentada que auxilie este fenómeno.

Durante a execução dos meus estágios, tive oportunidade de acompanhar orientadores com um grande papel no seio da equipa onde se inseriam. As minhas orientadoras de estágio, para além de enfermeiras especialistas a exercer cuidados diretos em contexto clínico, desempenham também as funções de “*chefia*” do serviço, algumas das vezes em concomitância, o que me permitiu adquirir competências neste domínio, com recurso à observação.

Infelizmente, as condições físicas dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde são, na sua maioria, muito precárias, o que leva o enfermeiro em funções de “*chefia*” a ter maior dificuldade na gestão do serviço onde trabalha. A resolução de questões como quezílias entre profissionais, bem como gestão de internamentos e ocupação física de determinados locais acaba por ser uma tarefa árdua e frequente do profissional com o cargo de “*chefe de equipa*”.

Também no âmbito da minha prática clínica, assumo a posição de segundo elemento da minha equipa, o que me leva a ter de desempenhar desde sensivelmente finais de 2019 funções de “*chefe de equipa*”, que facilmente associo às competências inerentes a este domínio.

De acordo com o Anexo III do Regulamento nº 140/2019, considero atingir a unidade de competência “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*”, na medida em que sou identificada como um elemento facilitador de relação entre colegas, mostrando sempre disponibilidade nas tomadas de decisão no âmbito multidisciplinar, disponibilizando os meus conhecimento teórico-práticos no decurso da prestação de cuidados por parte de outros colegas. Em relação à unidade de competência “*supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*”, considero-a como adquirida, uma vez que coordeno e supervisiono o cuidado desenvolvido pela equipa de assistentes operacionais nas tarefas previamente delegadas, assumindo responsabilidade pelos resultados das suas ações. Após cada tarefa delegada, procedo a uma discussão acerca do desempenho do profissional na atividade desenvolvida, de modo a recorrer ao reforço positivo para a melhoria do profissional e consequentemente do cuidado prestado.

No que diz respeito à competência “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*”, considero atingi-la em contexto profissional no que diz respeito à atribuição do cargo de “*chefe de equipa*”. No serviço onde desempenho funções, o enfermeiro gestor, bem como os enfermeiros afetos aos cargos de

coordenação apenas se encontram nos dias úteis no período da manhã, pelo que fora deste horário, estas funções são depositadas no “*chefe de equipa*”. Assumindo este cargo, o enfermeiro a ele afeto, deve ser o elemento de referência para toda a equipa multidisciplinar. Deste modo, quando assumo esta função, procuro demonstrar disponibilidade para com todos os elementos, bem como procuro desenvolver o raciocínio crítico de cada um deles, através de chamadas de atenção construtivas com o principal objetivo de melhorar a prática e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado em saúde. Ainda no âmbito da minha prática e de acordo com a minha área de especialidade, desenvolvi recentemente o projeto “*Malas de Emergência*” no meu local de trabalho de forma a uniformizar os dispositivos já existentes, procurando proporcionar ao profissional uma prática mais segura e envolta em maior conhecimento. Dentro deste projeto foram desenvolvidos protocolos, normas e facultada formação dirigida a toda a equipa de Enfermagem. Um outro projeto ainda em fase de execução é o “*Protocolo Interno de Transferências Inter e Intra Hospitalares*” que tem como principal objetivo a segurança do profissional e do utente envolvido numa transferência hospitalar.

Face ao apresentado e analisado, considero ter desenvolvido as competências expostas neste domínio.

3.1.4 Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional

No seguimento do Regulamento n.º 140/2019, Artigo 8º, prevê-se que o enfermeiro possua as seguintes competências: “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*” e “*baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*”. O presente regulamento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, friza a importância do autoconhecimento como centro da prática de Enfermagem, sendo que o enfermeiro especialista deverá, de acordo com este domínio, reconhecer que a sua capacidade de autoconhecimento tem interação direta com as relações terapêutica e multiprofissionais estabelecidas.

De acordo com Correia (2012), o autoconhecimento é “*parte integrante na formação pessoal e esta decorre em vários contextos*”, contextos esses vistos como cenários da vida, em que o enfermeiros desenvolve um papel de ação, dando origem ao processo de socialização (Correia, 2012, p. 156). A forma como o enfermeiro se conhece a si próprio está diretamente relacionado com a maneira como o profissional desenvolve a prática do autoconhecimento, facto esse fulcral para o estabelecimento de uma interação com a pessoa e família. Em suma, o autoconhecimento do enfermeiro enquanto pessoa, está diretamente relacionado com a forma como esse conhecimento é utilizado para a prática dos seus cuidados (Correia, 2012).

Ter-me candidatado à execução deste mestrado e especialidade, o percurso realizado até à data e, acima de tudo, os momentos vividos em estágio foram geradores de autoconhecimento. A confrontação com temáticas até então desconhecidas, a execução de procedimentos que nunca tinha tido oportunidade de realizar bem como o contacto com equipas multidisciplinares díspares na sua essência e personalidade enriqueceu-me não só enquanto profissional a desenvolver competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica mas também pessoal, sendo que todas estas etapas foram promotoras do meu autoconhecimento.

Recordo-me especificamente da minha passagem pelo Serviço de Urgência Geral, onde tive oportunidade de vivenciar momentos envoltos em grande carga emotiva, como a morte de pessoas que tinham recorrido a este serviço acompanhados da família, a entrar pelo próprio pé e a falecer num curto espaço de tempo. Inevitavelmente, estas situações acabam por causar algum desconforto nas equipas, daí ter de reconhecer o trabalho desenvolvido pela minha orientadora que frequentemente me questionava como me sentia em relação às diversas situações ocorridas o que considero ter sido facilitador para o desenvolvimento do meu autoconhecimento, através da expressão dos meus sentimentos.

Tal como apresentado no primeiro capítulo do presente relatório, realizei uma revisão do tipo *scoping* acerca de uma temática específica, no entanto, foi vasta a revisão bibliográfica que fiz no decurso deste processo acerca de patologias, procedimentos e especificidades com que me deparei em campo de estágio. Esta pesquisa baseou-se na necessidade de fundamentar as minhas intervenções, bem como no gosto íntimo em querer saber mais e colocar novos desafios na minha prática clínica.

Para este domínio, o Regulamento 140/2019, descreve que o enfermeiro especialista deve corresponder às seguintes unidades de competência: “*detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*” e “*gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional*”, competências que considero ter transmitido na forma como estabeleço comunicação com o outro, seja ele a pessoal alvo de cuidado ou um par, e através da forma como realizo a gestão dos meus sentimentos, procurando transmitir segurança e empatia ao outro, evitando o desenvolvimento de momentos de conflito.

A Ordem dos Enfermeiros, identifica ainda no âmbito deste domínio as unidades de competência: “*responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho*”, “*suporta a prática clínica em evidência científica*” e “*promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho*”. No que diz respeito a estes tópicos descritores, considero que o meu desempenho

em estágio permitiu a aquisição destas competências, no entanto, também a minha atividade profissional se torna facilitadora deste processo, na medida, em que tenho tido oportunidade de acompanhar alunos em campo de estágio na valência de orientadora, conseguindo atingir um saldo positivo para o formando, permitindo um ganho em competências práticas e teóricas, com recurso à transmissão de novos conhecimentos.

Com base nas atividades descritas e analisadas neste subcapítulo, bem como nos subcapítulos anteriores e primeiro capítulo, considero ter demonstrado a aquisição das competências referidas neste domínio.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

As “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*”, surgem descritas no Regulamento n.º 429/2018, publicado pela Ordem dos Enfermeiros a 16 de julho desse ano. Neste regulamento, são apresentadas as competências que o enfermeiro especialista deve demonstrar, de acordo com o alvo de cuidados, bem como em relação ao contexto onde o cuidado se insere.

No regulamento supramencionado, a Ordem dos Enfermeiros define a pessoa em situação crítica como sendo “*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento n.º429/2018, p. 19362). A mesma fonte, defende ainda que os cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família são “*cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...) permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*” (Regulamento n.º429/2018, p. 19362). O cuidado à pessoa em situação crítica e sua família poderá estar associado a uma situação de emergência ou a uma exceção e catástrofe que coloca a vida humana em risco.

As “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*” apresentadas no Regulamento n.º 429/2018 são: “*cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”, “*dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*” e “*maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo*

útil e adequadas”, sendo que as suas unidades de competência são apresentadas à posteriori (Regulamento n.º429/2018, p. 19359).

Em relação à competência *“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*, estabeleci objetivos, programei e desenvolvi atividades e identifiquei indicadores de resultado que me permitissem avaliar a aquisição desta competência. Este trabalho foi realizado em todos os estágios, sendo que identifiquei o estabelecimento de três objetivos: **“desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral”**, **“desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Não Invasiva (VNI) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente”** e **“desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família em contexto de emergência pré-hospitalar”**.

O Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, descreve os conceitos de *“urgência”* e *“emergência”* de acordo com o Despacho n.º18459/2006 como sendo *“a situação clínica de instalação súbita, na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais situações”* (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019, p. 2). Por seu lado, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência apresenta uma definição distinta para cada um dos conceitos, definindo a *“urgência”* como sendo *“um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo”* e a *“emergência”* é definida como *“um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”* (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência, 2012, p. 8).

Todas as pessoas cuja situação se enquadre nestas definições necessitam de receber cuidados em unidades que garantam uma diferenciação que permita o melhor cuidado do ponto de vista técnico, científico e ético. Esta diferenciação exige um grande trabalho por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar, devendo desenvolver e demonstrar competências técnicas, científicas, éticas e relacionais.

O serviço onde realizei o meu estágio no contexto de urgência, tal como descrito em capítulo anterior, tem atendimento permanente, de forma a dar resposta às diversas situações urgentes e emergentes que a ele recorrem. Tal como apresentado no meu projeto de estágio, as primeiras duas semanas em contexto deste estágio foram dedicadas à observação, integração na

equipa, normas e rotinas do serviço e na passagem por todos os postos de trabalho existentes. Após estas duas semanas e no seguimento do planeamento de atividades a desenvolver, concluiu-se ser mais benéfico para a minha aprendizagem no contexto do cuidado à pessoa em situação crítica realizar a maioria das horas de estágio no cuidado à pessoa que se encontra na “*sala de reanimação*”, também muitas vezes identificada como “*sala de emergência*”.

Ferreira *et al.* (2020), mencionando a Direção-Geral de Saúde (2001) apresentam como principal objetivo da “*sala de emergência*”: “*acolher doentes em alto risco de morte*”. De acordo com a mesma fonte, os cuidados prestados neste contexto deverão procurar “*a restauração rápida da viabilidade ventilatória e circulatória, com preservação dos órgãos vitais*”, como tal, a ação do enfermeiro carece de especialização e o seu objetivo principal é a “*prevenção de complicações e minimização da incapacidade*” (Ferreira, Fernandes, Jesus, & Araújo, 2020, p. 2).

Dada a vasta tipologia de pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência e posteriormente encaminhadas para a “*Sala de Reanimação*” surgiu a necessidade de organizar a abordagem ao doente traumatizado. Nesse contexto, surgiu a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO cujo assunto se assume como a “*Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*”. Segundo esta circular, a abordagem inicial à vítima de trauma deverá ser realizada, num tempo inferior a 20 minutos e deverá obedecer à sequência “*ABCDE*”, tal como preconizado pelo American College of Surgeons. Apesar de estar preconizada a aplicação desta sequência ao doente traumatizado, esta acaba por ser adota pelos enfermeiros no cuidado a outro tipo de vítimas, facilitando deste modo a atuação do profissional.

Segundo a cadeia “*ABCDE*”, o “*A*” corresponde à manutenção de via aérea com controlo da coluna cervical; o “*B*” diz respeito ao padrão respiratório e ventilatório da vítima; o “*C*” está relacionado com a circulação e controlo de hemorragia, caso esta se verifique; o “*D*” corresponde à avaliação neurológica da vítima que usualmente é realizada com recurso à Escala de Coma de Glasgow e reatividade pupilar; por último o “*E*” refere-se à exposição com controlo do ambiente, onde se procede à avaliação corporal do utente e são realizadas medidas de prevenção da hipotermia, por exemplo (INEM, 2012).

Após esta sequência, preconiza-se a realização de uma avaliação secundária, sendo que de acordo com Ponce e Mendes (2016) poderá haver necessidade de retomar à avaliação inicial, caso a condição do utente sofra alguma alteração, como é o caso, de alteração do estado de consciência (Ponce & Mendes, 2016). Foi com base nesta sequência que planeei os meus planos

de cuidados, de forma a dar resposta à pessoa em situação crítica, demonstrando um alerta para qualquer alteração que pudesse ocorrer.

No âmbito desta sequência e análise realizada, considero ter existido um episódio específico no decurso do estágio no Serviço de Urgência que recorro de forma muito presente e que me fez adquirir imensos conhecimentos e desenvolver competências.

No passado dia 25 de abril de 2021, eu e a minha orientadora de estágio encontrámo-nos destacadas para as Salas de Trauma e Reanimação e, cerca das 21h, fomos avisadas de que tinha dado entrada uma senhora com Via Verde AVC ativada. Rapidamente recolhemos o material necessário para nos acompanhar na abordagem à utente que já se encontrava na sala de imagiologia e dirigimo-nos também para lá, onde nos virámos a encontrar com os Tripulantes da Ambulância de Socorro e, posteriormente com a enfermeira e médica da Unidade Cerebro-Vascular (UCV), tal como consta na Circular Interna Informativa acerca da Via Verde AVC – Critérios de Atuação.

À nossa chegada, a informação recolhida, identificava a pessoa que se apresentava à nossa frente, como sendo a Sra. M. F. de 62 anos de idade acompanhada previamente pelo esposo, que contactou o CODU por parésia no MSD com início por volta das 20h, rapidamente seguida de disartria e alteração do estado de consciência. Segundo se conseguiu apurar, tratava-se de uma pessoa previamente independente e sem antecedentes pessoais de saúde identificados. Aquando da chegada dos meios de socorro ao domicílio deste casal, a Sra. M. F. apresentava parâmetros vitais estáveis e um Glasgow de 14.

Quando nos aproximámos da Sra. M. F., rapidamente procedemos a uma reavaliação da utente de acordo com a sequência “*ABCDE*”, validando que a via aérea não se encontrava permeável, uma vez que apresentava roncos respiratórios bastante audíveis, acompanhados de um Glasgow de 9. De forma célere, foi colocado um tubo de Guedel, seguido de um vómito alimentar em grande quantidade e perda de controlo de esfíncteres. Após este vómito, foi realizada entubação naso-gástrica em drenagem para evitar novo vómito e possibilidade de aspiração desse conteúdo, colocada monitorização cardio-respiratória e puncionado acesso venoso, com colheita de sangue para análises e avaliação imediata de INR.

Uma vez reunida a segurança da utente, foi realizado o exame de imagem (TAC-CE) que comprovou a existência de um extenso Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, com extensão de todo o hemisfério direito e um dos ventrículos à esquerda. Logo no fim do exame, a Sra. M. F. iniciou um quadro de dessaturação, bradicardia e hipertensão. Após uma

rápida discussão da equipa médica da UCV e equipa de Neurocirurgia, a utente foi transferida para uma das Salas de Reanimação para continuidade de cuidados.

Neste novo espaço físico, foi otimizada toda a roupa da utente e prestados os cuidados de higiene parciais, seguidos da realização dos exames complementares de diagnóstico em falta, nomeadamente, teste de pesquisa de SARS-CoV-02, Rx Tórax e eletrocardiograma. Durante estes breves instantes, foi possível identificar os primeiros sinais de descerebração, levando a uma nova reunião da equipa médica para decisões futuras. Neste momento, foi transmitida à equipa de enfermagem, que as lesões cerebrais que a utente apresentava eram irreversíveis e não tinham indicação cirúrgica pelo que, perante o quadro apresentado, a Sra. M. F. não apresentava compatibilidade com uma cura, pelo que, dada a inexistência de qualquer declaração no Registo Nacional de Não Dadores iria ser iniciado o suporte de órgão para transplante, após transferência para a Unidade de Urgência Médica (UUM).

Uma vez estabilizada a utente e realizadas todas as decisões, chegou o momento mais complexo e difícil para toda a equipa: informar a família. A Sra. M. F., vinha acompanhada pelo esposo e filho, de cerca de 25 anos de idade. A última vez que os tínhamos visto, havia sido no caminho de regresso da imagiologia e, após uma breve busca pelas salas de espera do Serviço de Urgência Polivalente, não os conseguimos encontrar, pelo que foram contactados via telefónica para se dirigirem à entrada das Salas de Observação. Ambos os acompanhantes foram recebidos pelo médico responsável pela Sra. M.F., pela minha orientadora de estágio e por mim, numa visão mais de observação.

Após um breve diálogo com os familiares estes foram encaminhados até à Sala de Reanimação onde se encontrava a Sra. M. F. sendo que, previamente, já tinham sido informados da presença de múltiplos equipamentos em redor da sua familiar. Houve um período inicial onde o esposo e filho da utente permaneceram acompanhados por nós, incentivando-os ao toque e diálogo para com a Sra. M. F. sendo que, à posteriori, foi-lhe dado um momento em família para iniciar o seu processo de luto.

Quando os familiares da Sra. M. F. sentiram vontade de abandonar o local, estes foram direcionados para um espaço mais privativo para que pudessem colocar qualquer dúvida existente. Toda a situação foi revista, passo a passo, acompanhando as necessidades daqueles familiares, procurando perceber qual a informação que eles tinham capacidade de receber e, até mesmo, se a quereriam receber. Inevitavelmente, apesar de não ser obrigatório, a equipa sentiu o dever de transmitir que a vida da Sra. M. F. havia chegado ao fim, mas que, no entanto, outras vidas poderiam ser salvas através de dela. Tal como ocorreu com o acolhimento desta família

ao serviço, também a sua saída foi realizada até à porta das Salas de Observação, após garantia de que havia segurança e condições para regressarem a casa.

Sem dúvida, que este foi um dos casos com que mais dificuldade tive em lidar, bem como, se revelou o caso que mais foi debatido entre mim e a minha orientadora. Soubemos, à posteriori, através de informação do Gabinete de Transplantação que a Sra. M. F. havia conseguido doar 6 órgãos o que, de certa forma, me tranquilizou por parte, mas que não me impede de transferir para o papel do filho da utente que perdeu a sua mãe, num espaço de 2-3 horas.

Perante a análise deste episódio, algo que me trouxe alguma tristeza foi não consegui tocar nestes familiares, sentindo que faltou demonstrar a minha presença e apoio perante o momento. Por último, ao refletir perante esta situação, não posso deixar de ressaltar que o cuidado mais importante prestado por esta equipa multidisciplinar, foi o apoio emocional à família da Sra. M. F., bem como as estratégias identificadas neste momento para a transmissão de más notícias.

Esta situação ocorrida, fez-me lembrar que as competências do Enfermeiro, em especial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vão muito além de demonstrar capacidade e astúcia para procedimentos técnicos, mas, acima de tudo, demonstrar capacidade no cuidado à pessoa e família/cuidadores numa valência holística. Isto é, a pessoa em situação crítica poderá ter uma ferida evidente com carência de cuidado, mas, é necessário também avaliar a sua componente psicológica, como está a lidar com a sua ferida, informando-a a ela e aos seus familiares/cuidadores do que está a ocorrer e o que pode advir dessa situação.

Segundo Twycross (2003), citado por Ribeiro (2013), transmitir uma má notícia, influencia tanto o recetor, como o transmissor, sendo essencial, saber lidar com os sentimentos de raiva, apatia, negação e agressividade demonstrados por parte do recetor. O ato de comunicar e saber fazê-lo da melhor forma possível apresenta-se como um dos principais focos em saúde, devendo envolver, por parte de ambas as partes intervenientes, a compaixão, sentimento esse, por vezes, difícil de demonstrar e limitar, sem avançar para um sentimento diferente (Ribeiro, 2013).

Um dos aspetos mais importante que posso retirar da situação acima descrita, baseia-se na necessidade do cuidado não só à pessoa, mas também à família, indo, desta forma, de encontro à competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica apresentada no Regulamento nº

429/2018, Artigo 3º: “*cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”.

Para além do cuidado direcionado à família e revendo a primeira abordagem junto da Sra. M. F. posso concluir que abordei outra competência citada no Regulamento nº 429/2018, Artigo 3º: “*dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*”, uma vez que tanto previa como posteriormente ao diagnóstico médico de morte cerebral foram prestados cuidados à pessoa que se apresentava em situação crítica, com necessidade de múltiplos procedimentos e ações que permitissem a sua estabilização e conforto.

Esta experiência permitiu-me perceber que deve ocorrer uma sensibilização e treino no núcleo das equipas de enfermagem para que esta comunicação de más notícias ocorra da forma mais tranquilizadora e respeitosa possível, uma vez que o enfermeiro é visto como a figura chave neste processo. De forma a facilitar este treino e sensibilização, considero que deva ser dado a conhecer às equipas de enfermagem os múltiplos protocolos de comunicação existentes, modelo de comunicação de Buckman, por exemplo, com o objetivo de tornar esta comunicação mais fluída e eficaz (Ribeiro, 2013).

Em suma, o enfermeiro deve apresentar um papel de ajuda, que permita à pessoa e sua família/cuidadores, minimizar o sofrimento num processo que tanto tem de doloroso quanto difícil, como é o caso da comunicação de más notícias.

Associado ao cuidado da pessoa e família em situação crítica considero pertinente estabelecer uma ponte de ligação com a o trabalho de Merle Mishel, autora da “*Teoria da Incerteza na Doença*”, relacionado com a presença de necessidade de informação na pessoa em situação crítica com critérios de observação de Serviço de Urgência. De acordo com esta teoria, a incerteza surge quando a pessoa não interpreta de forma adequada a alteração do seu estado de saúde, sendo que este fenómeno pode estar relacionado com a falta de informação, apesar de que um maior conhecimento acerca do evento vivido seja gerador de menor incerteza na proporção de relação direta (Tomey & Alligood, 2002).

A “*Teoria da Incerteza na Doença*” vê a pessoa como um sistema aberto em interação constante com o seu meio e com trocas de energia. Sempre que a pessoa interprete a incerteza como um aspeto positivo, o enfermeiro deverá transmitir-lhe os recursos necessários para facilitar este processo. Seguindo a linha desta teoria, os profissionais devem atuar de forma autoritária e credível, utilizando a incerteza para avaliar a interpretação que a pessoa tem da sua situação (Oliveira, 2018). Uma exposição prolongada à incerteza pode gerar perturbações emocionais ou pensamentos distorcidos da realidade, como tal, procurei relacionar o meu

fenómeno de investigação com a forma de cuidar a pessoa em situação crítica, com o objetivo principal de incluir a pessoa na identificação do seu plano de cuidados, procurando reduzir a incerteza em relação ao processo vivenciado.

Apesar de no decurso do estágio realizado no Serviço de Urgência não ter tido oportunidade de me deparar com nenhuma situação de emergência ou catástrofe, a minha orientadora facultou-me todas as normas existentes nesse âmbito e deu-me a conhecer o plano de emergência interna, demonstrando todos os espaços a ser utilizados e a localização do material que se encontra previamente reunido. Com esta discussão e transmissão de informação, adquiri conhecimentos fulcrais para a minha prática profissional que me levaram à partilha desta informação com outros pares, sendo-me possível demonstrar a aquisição da competência *“dinamiza a resposta em situações de*

emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”.

No âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos e tendo em conta a população alvo deste campo de estágio, identifiquei o objetivo: **“desenvolver competências e conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia hepato-bilio-pancreática”** com o intuito de desenvolver a competência *“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*.

A cirúrgica hepato-biliar tem sofrido inúmeros avanços ao longo dos anos, em relação direta com o avanço das tecnologias em saúde e com os conhecimentos anatómicos cada vez mais minuciosos. Atualmente, a cirurgia hepato-bilio-pancreática é uma especialidade envolta em grande complexidade, mas também com grande eficácia e taxa de sucesso para a pessoa intervencionada (Fonseca, et al., 2018).

As doenças hepáticas em fase avançada, como é o caso da cirrose alcoólica, são responsáveis por inúmeras alterações metabólicas, desnutrição e perda de massa muscular que irá diretamente causar alterações da função respiratória. Associada a esta problemática, surgiu o transplante hepático com uma história de mais de 50anos de evolução. A existência deste procedimento melhorou substancialmente a qualidade de vida dos doentes com patologia hepática, no entanto, para este sucesso é necessária uma intervenção especializada por parte da equipa multidisciplinar bem como a existência de uma rede hospitalar complexa (Ferreira, & Silveira, 2000).

Em 2018 foi realizado um estudo qualitativo e retrospectivo, cujo objetivo era identificar os focos e intervenções implementadas pelos enfermeiros na pessoa alvo de transplante

hepático. A pessoa a necessitar de um transplante é uma pessoa vulnerável e com uma grande suscetibilidade para o desenvolvimento de um processo infeccioso. De acordo com este estudo, os focos de atenção de enfermagem perante este diagnóstico são: “*suscetibilidade à Infecção, gestão do regime terapêutico, ferida cirúrgica, ferida, adesão ao regime terapêutica, hipertensão, dor, edema, conhecimento e diarreia*”. As intervenções direcionadas à pessoa transplantada baseiam-se, essencialmente, na ação de observar, uma vez que a identificação precoce de alguma alteração poderá minorar as consequências para o utente (Mota, Bastos, & Brito, 2018).

No local onde realizei o meu estágio na valência de cuidados intensivos, tal como mencionado anteriormente, a pessoa submetida a cirurgia hepática foi aquela com que mais tive oportunidade de me cruzar, como tal, as principais intervenções planeadas e executadas neste âmbito foram: administrar profilaxia (código : 10001827); avaliar a cicatrização da ferida (código : 10007218); avaliar a dor (10026119); avaliar o status cardíaco após cirurgia (código : 10007078); avaliar o status cardíaco utilizando um dispositivo de monitorização (código : 10002706); avaliar o status respiratório utilizando um dispositivo de monitorização (código : 10002799); cuidado à ferida (código : 10021184); cuidar do local de inserção de dispositivo (código :10004018); identificar o risco de hemorragia (código : 10009696); monitorizar a temperatura corporal (código : 10012165) e prevenir a infeção cruzada (código : 10015649). Estas intervenções foram planeadas e executadas de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE – versão 2).

O ato cirúrgico, sendo considerado uma agressão à pessoa humana, é consequentemente identificado como um procedimento gerador de incerteza e ansiedade, motivo pelo qual acho pertinente a relação entre o doente cirúrgico e a “*Teoria da Incerteza na Doença*” de Merle Mishel. De acordo com esta teoria, é imprescindível a transmissão de informações à pessoa, pessoa que deve reunir condições para interpretar e assimilar a informação que lhe é transmitida (Oliveira & Jesus, 2022).

A comunicação com a pessoa submetida a cirurgia hepato-bilio-pancreática que, na sua maioria numa fase inicial se encontra sob ventilação mecânica invasiva foi um grande desafio para mim, no entanto, a ultrapassagem desta barreira proporcionou também uma enorme satisfação, por conseguir transmitir informação e consequentemente tranquilidade à pessoa cuidada. Ao conseguir estabelecer esta comunicação, acredito ter garantido o direito ao consentimento livre e esclarecido perante a realização das minhas intervenções, facilitando o cuidado e aumentando os ganhos em saúde para a pessoa.

Visto a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos apresentar uma grande limitação para a satisfação das suas atividades de vida diária, considero ainda pertinente mencionar a *“Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem”* de Dorothea Orem. Para Orem, o autocuidado é definido como o conjunto de atividades que favorecem o aperfeiçoamento da pessoa, cujo objetivo é a preservação da vida e a manutenção do bem-estar. O autocuidado é universal, na medida em que deve abranger todos os aspetos da vida, envolvendo as atividades de vida diária, bem como as instrumentais (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

O foco principal da *“Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem”* é *“que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde”*, na medida em que determinadas limitações tornam a pessoa incapaz ou parcialmente incapaz de satisfazer as suas necessidades (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014, p. 160).

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia e maioritariamente sob ventilação mecânica invasiva surge outra questão pertinente no âmbito das competências do enfermeiro especialista: o controlo de infeção. Em 2012, a Direção Geral de Saúde publicou uma norma relacionada com as *“Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)”* com o principal objetivo de diminuir as infeções hospitalares com recurso a auditorias. Segundo a Norma n.º 029/2012 são 10 os itens constituintes das PBCI, sendo elas: *“colocação dos doentes”*, *“higienização das mãos”*, *“etiqueta respiratória”*, *“utilização de EPP”*, *“tratamento do equipamento clínico”*, *“controlo ambiental”*, *“manuseamento seguro da roupa”*, *“recolha segura de resíduos”*, *“práticas seguras na preparação e administração de injetáveis”* e *“exposição de risco no local de trabalho”* (Norma n.º 029/2012, 2012).

No decurso do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos, a grande maioria das pessoas cuidadas encontravam-se num período pós cirúrgico, sob ventilação mecânica invasiva, com cateter vesical e com cateter venoso central, pelo que senti necessidade de explorar a Norma n.º 020/2015 *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”*; a Norma n.º 021/2015 *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”*; a Norma n.º 019/2015 *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”*; e a Norma 022/2015 *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central”*.

De modo a desenvolver a competência *“maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica*

e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” no início deste estágio realizei a leitura e análise das normas supramencionadas e realizei, em conjunto com a minha orientadora, planos de cuidados adequados à pessoa, tendo por base essas mesmas normas e evidência científica existente.

As equipas de pré-hospitalar envolvem o enfermeiro desde há cerca de 40anos, permitindo uma resposta o mais adequada possível à pessoa envolvida num processo patológico ou traumático, promovendo a sua estabilização hemodinâmica. Os cuidados de saúde em contexto de pré-hospitalar trazem para o seio da prática de Enfermagem uma maior responsabilidade e a necessidade de desenvolver o maior número de competências, devendo o enfermeiro demonstrar: *“gestão dos cuidados de Enfermagem em contexto de urgência/emergência; gestão das equipas pré-hospitalares assumindo os enfermeiros o papel de team leaders; produção e disseminação de conhecimento científico que optimize as práticas autónomas e interdependentes do enfermeiro”* (Mota, Cunha, & Santos, 2020, p. 149).

A ausência de um modelo teórico para a prática de enfermagem em contexto pré-hospitalar, leva o enfermeiro a agir de acordo com a evidência científica existente, evidência essa recolhida através da investigação, que posteriormente gera protocolos de ação construídos em união com a equipa multidisciplinar (Mota, Cunha, & Santos, 2020).

No âmbito do estágio realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação foram múltiplas as experiências que vivenciei, tendo de adaptar a minha prestação perante cada situação ocorrida, sendo que algumas situações exigiram um cuidado direcionado à pessoa em situação crítica, outras dirigidas à sua família, no entanto, a grande maioria exigiu um cuidado à pessoa e sua família, o que se revelou como um grande desafio. O facto de entrar no domicílio de uma pessoa/família a vivenciar um processo de saúde complexo envolto numa grande vulnerabilidade e incerteza carece de uma grande adaptação por parte da equipa do pré-hospitalar, uma vez que as pessoas não são todas iguais e os cuidados devem ser os mais individualizados possíveis.

Com base nas experiências vividas no decurso deste estágio, considero ter adquirido a competência *“dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”*. Estas experiências proporcionaram-me a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, mas também competências pessoais, nomeadamente no âmbito da gestão de emoções e sentimentos e na forma de me relacionar/comunicar com o outro.

CONCLUSÃO

O presente relatório, foi redigido no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no 3º semestre do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem - Lisboa. Ao longo da redação do presente relatório, procurei descrever e analisar o percurso realizado ao longo deste curso e comprovar as competências adquiridas e fundamentar os títulos a que a que me proponho: mestre em Enfermagem e como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Este relatório foi elaborado tendo por base a metodologia reflexiva, com o principal objetivo de demonstrar a aquisição das competências preconizadas. No primeiro capítulo deste documento, procurei apresentar a aquisição das competências de investigação que suportassem a prática que se seguia, apresentando a aquisição de competências. De seguida, no segundo capítulo, procedi à rápida caracterização dos locais de estágio por onde passei, locais esses com um papel bastante importante no meu percurso, que me transmitiram imensas oportunidades de aprendizagem. No terceiro e último capítulo procurei descrever as atividades desenvolvidas com vista à aquisição de cada uma das competências preconizadas, realizando inter-relações que considerei necessárias para esta justificação. Ao longo deste último capítulo, apresentei ainda os objetivos definidos para cada estágio, demonstrando a importância de continuidade de trabalho em redor dos mesmos, de forma a enriquecer as minhas aprendizagens futuras.

Este percurso foi facilitado pelos locais de estágio, pelas orientadoras com que me cruzei, pelas equipas multidisciplinares, mas também pela minha experiência profissional e gosto pessoal pelo cuidado à pessoa em situação crítica. Há que ressaltar a disponibilidade e dedicação que cada uma das minhas orientadoras depositou neste meu percurso.

Findada esta aventura, considero ter atingido os objetivos propostos, tendo desenvolvido cuidados de Enfermagem especializados no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica. Que esta etapa seja o princípio de um desenvolvimento profissional repleto de aprendizagens e novas aventuras e projetos no âmbito do conhecimento em Enfermagem.

*“Para cultivar a sabedoria, é preciso força interior.
Sem crescimento interno, é difícil conquistar a autoconfiança e a coragem necessárias.
Sem elas, nossa vida se complica.
O impossível torna-se possível com a força de vontade”*

Dalai Lama

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. (2011). *A Essência do Processo de Enfermagem*. Porto: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum.
- Amante, L., Rossetto, A., & Schneider, D. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Sustentada pela Teoria de Wanda Horta.
- André, A., & Rodrigues, A. (janeiro de 2013). Emergência e Desenvolvimento do Conceito de Competência.
- Araújo, M., & Silva, M. (2011). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. pp. 626 - 632.
- Azevedo, M. (2021). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares - Sugestões para a Estruturação da Escrita Segundo Bolonha*. Universidade Católica.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Broyles, L., Tate, J., & Happ, M. (2012). Use of Augmentative and Assistive Communication Strategies by Family Members in the UCI.
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). *A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura*.
- Catalão, D. (2015). *Qual a importância dos Cuidados Paliativos nos Cuidados Intensivos*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- CHULC. (2021). *CHULC*. Obtido de Instituição: <http://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*.
- Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Decreto-Lei nº24/2012. (14 de fevereiro de 2012). p. 749.
- Decreto-Lei nº65/2018. (2018). Artigo 15º. *Mestrado*, p. 4162.
- Deodato, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde.

- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra: Almedina.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento.
- Direção Geral de Saúde. (29 de dezembro de 2012). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI).
- Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar. (2016). Eutanásia e Suicídio Assistido.
- Félix, Z., Costa, S., Alves, S., Andrade, C., Duarte, M., & Brito, F. (2013). *Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura*.
- Fernandes, A., & Coelho, S. (2014). *Distanásia em Unidade de Cuidados Intensivos e a Visão de Enfermagem: Revisão Integrativa*.
- Ferreira, C., Vieira, S., & Silveira, T. (2000). Transplante Hepático.
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem.
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. pp. 183 - 196.
- Fonseca, G. M., Jeismann, V. B., Kruger, J., Coelho, F., Montagnini, A., & Herman, P. (2018). Cirurgia Hepática no Brasil: um inquérito nacional.
- George, J., & colaboradores. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Gomes, D. (2019). Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família: intervenção especializada.
- Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). *Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências*.
- INEM. (2012). Abordagem à Vítima.
- Louro, A. (2014). Estratégias para o Cuidado Humanizado à Pessoa em Situação Crítica.
- Machado, N. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação*. Universidade Católica Portuguesa.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética.
- Mota, L., Bastos, F., & Brito, M. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado: terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista de Enfermagem Referência*, 19-28.
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. S. (maio de 2020). O ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR: CUIDAR PARA A CURA. pp. 147 - 152.
- Nurses, I. C. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Oliveira, T. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Submetidos à Cirurgia Para Retirada de Órgão à Luz da Teoria da Incerteza na Doença*. Brasília.
- Oliveira, T., & Jesus, C. (2022). Expressão da incerteza em pacientes cirúrgicos de retirada de órgão: estudo transversal. *Enfermeria Global*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enfermagem no Pré-Hospitalar - Enunciado de Posição.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018 de julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19359 - 19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Peteres, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. *Chapter 11: Scoping reviews*. Joanna Briggs Institute.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2016). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Pontes, A., Leitão, I., & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. pp. 312 - 318.
- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J., & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. pp. 174 - 179.
- Prazeres, V. (2020). Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 157-164.
- Ramos, S. (2013). Relatório de Estágio - Em busca da melhoria do cuidar.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ribeiro, R. (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. pp. 43-49.
- Rising, K., Powell, R., Cameron, K., Salzman, D., Papanagnou, D., Doty, A., . . . McCarthy, D. (2020). Development of the Uncertainty Communication Checklist: a Patient-Centered Approach to Patient Discharge From the Emergency Department. pp. 1026 - 1034.
- Santos, C. (2012). Um Caminho a SEguir.
- Saraiva, D., & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. *Nursing Suplemento*.
- Sonis, J., Kennedy, M., Aaronson, E., Baugh, J., Raja, A., Yun, B., & White, B. (2020). Humanism in the Age of COVID-19: Renewing Focus on Communication and Compassion.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem - 5ª edição*. Lusociência.
- Toney-Butler, T., & Thayer, J. (2019). *Nursing Process*. Obtido de In StatPearls: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). Regulamento do Mestrado em Enfermagem.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., . . . Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations . pp. 1257 - 1267.

Vieira, E. (2014). As Estratégias de Comunicação no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

APÊNDICES

APÊNDICE I

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

Quadro I – Estrutura de Pesquisa

<i>Quais as estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica no serviço de urgência?</i>	
Estrutura de Pesquisa	
<i>População (P):</i>	Pessoa adulta em situação crítica
<i>Conceito ou fenómeno em estudo (C)</i>	Estratégias de comunicação
<i>Contexto (C)</i>	Serviço de urgência

APÊNDICE II

Quadro II – Critérios de Inclusão e Exclusão utilizados na realização da revisão “scoping” apresentada no primeiro capítulo do relatório

Quadro II – Critérios de Inclusão e Exclusão

<i>Revisão Scoping</i>	
Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
» estudos publicados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2021;	» artigos que não respondam à questão;
» artigos da tipologia: revisões sistemáticas, estudos quantitativos ou qualitativos e outros trabalhos de investigação;	» artigos que envolvam a população pediátrica;
» artigos com texto e resumo disponível;	» artigos em duplicado;
» artigos com referências disponíveis;	» artigos que não apresentem o seu texto disponível na íntegra
» artigos publicados em Português, Inglês, Espanhol ou Francês	

Apêndice III

*Quadro III - Estratégia de Pesquisa utilizada na realização da revisão
“scoping” apresentada no primeiro capítulo do relatório*

Quadro III - Estratégia de Pesquisa utilizada na realização da revisão “scoping” apresentada no primeiro capítulo do relatório

	Base de Dados	Equação de Pesquisa	Resultados
1	EBSCOhost (agregador que inclui a CINAHL complete; Medline; Nursing and Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register, LISTA; MedicLatina e Cochrane Clinical Answers;),	communication tools; AND patient or critical AND emergenc*	19 artigos
2	Scielo	(estratégias comunicação) AND (pessoa) AND (emergência)	4 artigos
3	Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP)	(estratégias de comunicação) AND (pessoa) ANP (urgência)	42 artigos
4	PubMed	communication tools; AND patient or critical AND emergenc*	275 artigos

Apêndice IV

Quadro IV - Apresentação de Resultados

Quadro IV – Apresentação de Resultados

<u>Base de Dados</u>	<u>Ano de Publicação</u>	<u>Autores</u>	<u>Título</u>	<u>Tipo de Estudo</u>	<u>Resultados Extraídos</u>	
1	RCAAP	2013	Ramos, S.	Em busca da melhoria do cuidar	Tese de Mestrado	<p>» “a maneira de olhar, o toque, o tom de voz, a postura e o silêncio, são técnicas de comunicação que influenciam a relação”, p.29;</p> <p>» “uma postura de interesse e disponibilidade para clarificar e esclarecer dúvidas, dando algum tempo para assimilar a informação (...) uma linguagem acessível e clara (...) transmitimos sentimentos, emoções e a própria relação, através da intensidade dos gestos, a postura o tom de voz e da posição corporal”, p.33;</p> <p>» “falar com frases curtas, estabelecendo contacto visual, usando um tom de voz normal (...) o toque como forma de comunicação, é necessário para o nosso bem-estar, servindo para denotar a presença de alguém”, p.34;</p>
2	RCAAP	2014	Vieira, E.	As Estratégias de Comunicação no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica	Tese de Mestrado	<p>» “agir com carinho, palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a insegurança e ansiedade (...) atividades recreativas, a prática de leituras e o diálogo carinhoso (...) escutar ativamente implica o contato visual, o</p>

					<p><i>uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e a utilização de expressões verbais simples que encorajem a continuidade do diálogo (...) o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento" p. 19;</i></p> <p><i>» “33 estratégias de comunicação, entre as quais se destacaram o contato visual, a familiaridade, a transferência de tarefa, a saudação, o toque e os gestos de expressão (...) as estratégias de comunicação mais citadas (...) foram o toque afetivo, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas e a escuta ativa (...) o contato visual, o uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e a utilização de expressões verbais simples que encorajem a continuidade do diálogo" p. 33;</i></p> <p><i>» “a equipa de enfermagem deve agir com carinho, palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a ansiedade</i></p>
--	--	--	--	--	---

						<i>e a insegurança (...) principais estratégias de comunicação o uso terapêutico do humor, o conforto, a abertura, a confiança, o contato visual e a utilização de quadro negro (...) aponta o diálogo e o acolhimento como possibilidades interativas na humanização dos cuidados" p.34;</i>
3	RCAAP	2012	Santos, C.	Um Caminho a Seguir	Tese de Mestrado	<i>» "o enfermeiro de Urgência deve possuir "juventude", humor, capacidade de concentração, de diálogo, de audição, assim como um nível de conhecimentos técnico-científicos alargado. A sua disponibilidade e empatia contribuem para a aproximação" p.32;</i>
4	RCAAP	2019	Gomes, D.	Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família	Tese de Mestrado	<i>» "estratégias facilitadoras, o trabalho emocional e a formação dos profissionais (...) uma formação académica adequada aliada ao desenvolvimento de competências práticas baseadas na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica alicerçada na empatia, na sensibilidade e no tato profissional permitem ultrapassar com sucesso a maioria das dificuldades" p.20;</i>
5	RCAAP	2014	Louro, A.	Estratégias para o Cuidados Humanizado à Pessoa em Situação Crítica	Tese de Mestrado	<i>» "três pontos-chave: a verdadeira escuta (...) a empatia, (...) e a congruência (...) Para conseguir concretizar estes pontos-chave, o enfermeiro deve demonstrar presença física</i>

						<p><i>e humana, disponibilidade para, desta forma, aceder à totalidade da pessoa", p.24;</i></p> <p><i>» "o sorriso contribui para a promoção do cuidado emocional, sendo este uma manifestação do humor terapêutico (...) é necessário que o enfermeiro seja bom ouvinte, expresse um olhar atencioso e empático", p.25;</i></p>
6	PubMed	2012	Broyles, Tate, & Happ	Use of augmentative and alternative communication strategies by family	Estudo Quantitativo	<p><i>» "augmentative and alternative communication (AAC) refers to all forms of communication, other than oral speech, that are used to express messages", p.2</i></p> <p><i>» "AAC tools include equipment and aids such as writing implements, alphabet or picture communication boards, or electronic communication devices (...) nurses in this study maintained or assumed that YES-NO questions were the least stressful family-patient communication method during weaning from prolonged mechanical ventilation", p.9;</i></p>
7	PubMed	2020	Rising KL., et al	Development of the Uncertainty Communication Checklist: A Patient-Centered Approach to Patient Discharge From the Emergency Departmen	Artigo de Opinião	<p><i>» "general communication skills: make eye contact; ask patient if there are any other questions or concerns", p.1032;</i></p>

8	PubMed	2020	Sonis JD., et al	Humanism in the Age of COVID-19: Renewing Focus on Communication and Compassion	Artigo de Opinião	<p>» <i>"emphasizing compassion and humanism"</i>, p.499;</p> <p>» <i>"simple, scripted language for triage staff" (...) still employ empathic communication techniques to comfort patients at times of maximal stress"</i>, p.500;</p> <p>» <i>"perceived empathy of the brief period spent at the bedside, sitting (eg, on a stool) as opposed to standing is imperative (...) provision of information in patients' native languages is obligatory to ensure optimal comprehension"</i>, p.501;</p>
9	PubMed	2015	Vermeir P., et al	Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations	Revisão da Literatura	<p>» <i>"revealed that face-to-face communication is recommended, in practice, written communication remains the most usual means of communication"</i>, p.2;</p>
10	Scielo	2011	Araújo, M. & Silva, M.	Estratégias de Comunicação Utilizadas por Profissionais de Saúde na Atenção a Pacientes sob Cuidados Paliativos	Estudo Quantitativo	<p>» <i>sinais ou estratégias não verbais mencionados destacam-se o toque afetivo, o olhar, o sorriso, a proximidade física e a escuta ativa"</i>, p. 631;</p> <p>» <i>"perguntar o que o paciente sabe sobre a sua condições/doença; perguntar ao paciente como ele se sente, para estimulá-lo a falar sobre os seus sentimentos; verbalizar disponibilidade para ajudar, conversar e/ou esclarecer dúvidas; perguntar sobre as expectativas do paciente referentes ao tratamento; perguntar sobre os interesses e</i></p>

					<p><i>preferências do paciente para estabelecer conversas amenas; clareza; sinceridade prudente; verbalizar compreensão das emoções e sentimentos", p.629;</i></p> <p><i>» "toque afetivo; estabelecer/manter contato visual; sorriso; proximidade física/presença; escuta ativa; maneio positivo de cabeça; voltar/inclinar o corpo para o paciente; expressão facial positiva/de interesse/encorajadora; gestos de positivo/acenos com as mãos; respeitar o espaço pessoal do paciente/remover obstáculos físicos; compartilhar o silêncio; tom de voz amável/sua/baixo", p.630;</i></p>
--	--	--	--	--	--