



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

BREAKING BAD NEWS

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

Por

Paulo Luís Conceição Porta

LISBOA, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

BREAKING BAD NEWS

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

Por

Paulo Luís Conceição Porta

Sob a orientação de Professora Doutora Maria Manuela Madureira

LISBOA, 2016

“Para mim a Enfermagem, na generalidade, consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e ação, com algum grau de paixão.”

Watson (2002, pág. 96)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que estiverem presentes durante este percurso e que contribuíram á sua maneira com conhecimento, ânimo, amizade, orientação e sorrisos levando-me a alcançar uma nova meta da minha vida.

RESUMO

O relatório de estágio compila o meu percurso em termos de aprendizagens inerentes ao meu desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O seu objetivo coaduna-se com o descrever de forma reflexiva, crítica e fundamentada, o desenvolvimento das atividades e competências ao longo dos estágios. Integrei uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apoiado em recursos bibliográficos de bases de dados científicas e pesquisas manuais em bibliotecas.

A comunicação enfermeiro-pessoa foi o foco de enfermagem condutor e transversal ao longo dos três estágios que realizei e que explorei pela seguinte ordem: Cuidados Paliativos, Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência.

Como suporte a este percurso seguiram-se as orientações teóricas de Margot Phaneuf e Jean Watson, numa simbiose de complementaridade entre diferentes paradigmas de enfermagem.

No decorrer do estágio e intrínseco à especificidade dos Cuidados Paliativos, direcionei o desenvolvimento de competências para a vertente psicossocial do cuidar. Desenvolvi a capacidade de relação de ajuda e comunicação, assim como, mais especificamente a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com descontrolo sintomático.

No estágio de Cuidados Intensivos contribuí para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da promoção de práticas seguras dos enfermeiros na abordagem aos acessos vasculares dos utentes com insuficiência renal, da partilha da minha experiência profissional sobre os cuidados no manuseamento de cateter venoso central para hemodiálise, assim como sobre os principais cuidados a ter nos acessos vasculares. Para além destes, o foco de desenvolvimento pessoal que atingi consistiu na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

No que ao estágio em Serviço de Urgência diz respeito, o desenvolvimento de competências especializadas para a prestação de cuidados em situações novas, imprevistas e com diferentes graus de urgência despoletaram novos desafios ao cuidar no imediato. Na melhoria contínua dos cuidados partilhei com a equipa de enfermagem a revisão integrativa da literatura realizada sobre a comunicação de más notícias, que reúne simultaneamente a evidência científica e os aspetos práticos que lhe estão subjacentes.

Este é um percurso que não termina aqui, mas continua em cada momento da minha prática profissional, contagiando os meus pares para o desabrochar da capacidade de cuidar com um novo olhar, o olhar da Enfermagem Avançada.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Comunicação, Más Notícias

ABSTRACT

The traineeship report compiles my path in terms of learning related to my development of the skills as a specialist nurse in medical surgery nursing.

Its main objective conforms to the reflective, critical and based way of describing the development of the activities and skills along the traineeships. I integrated a descriptive, analytical and reflective methodology based on bibliographical resources from the scientific database and manual research in libraries.

The communication nurse-person was the conductor and transverse nursing focus along the three traineeships that I have done. I explored them in the following order: Palliative Care, Intensive Care and Emergency Service.

In order to support this path came the theoretical guidance of Margot Phaneuf and Jean Watson in a symbiosis of complementariness between different paradigms of nursing.

During the traineeship and inherently to the particularity of Palliative Care, I directed the development of skills towards the psychosocial aspect of the act of taking care. I developed the ability of the relationship about helping and communication, and more specifically the services of specialized nursing service to the person with symptomatic lack of control.

In the traineeship of Intensive Care, I contributed to the improvement of the quality of the taken care services through the promotion of safe practices of the nurses in the approach to the vascular access of the users with kidney failure.

I also shared my professional experience about the best ways of handling the central venous catheter for haemodialysis and about the main care to get to the vascular access. Furthermore, the focus of personal development that I achieved consisted to the specialized care nursing service given to the person who has to be undergone to the invasive mechanic ventilation.

As far as the traineeship of Emergency Service is concerned, the development of the specialized skills to the services rendered in new, unpredictable situations and with different levels of urgency, new challenges to the immediate care appeared. In the continuous improvement of the rendered services I shared with the nursing team the integral revision of the literature written about the communication of bad news that simultaneously gathers the scientific evidence and the practical aspects that are implicit to them.

This isn't still a finished route. On the contrary, it continues each moment of my professional practice, leading my peers to blossom to the ability of caring with a new gaze, the gaze of the Advanced Nursing.

Key words: specialized nurse, skills, communication, bad news.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	17
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	21
1.1. Enquadramento da problemática.....	23
1.2. Metodologia.....	27
1.3. Resultados.....	29
1.4. Discussão e resultados.....	36
1.5. Conclusão.....	39
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA.....	41
2.1. MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
2.2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS.....	48
2.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	55
3. CONCLUSÃO	63
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICE.....	73
APÊNDICE I – Sessão de Formação “Os Cuidados nos Acessos Vasculares nos Insuficientes renais Crônicos”.....	75
APÊNDICE II – Sessão de Formação “Comunicação com a família no Serviço de Urgência”.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nos artigos identificados na pesquisa.....	28
Tabela 2 – Apresentação dos resultados dos artigos selecionados.....	29

0. INTRODUÇÃO

Para a prática de enfermagem é necessário que o enfermeiro desenvolva um pensamento crítico, que principia com a formação inicial e se estabelece como meta nos graus académicos mais elevados (Heath, 1998; Bevis e Watson, 2005). Foi neste sentido que aceitei o desafio de ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com esta formação pretendi desenvolver as competências na prestação de cuidados ao utente, através de julgamentos clínicos e tomada de decisão, subjacentes às dimensões da saúde, da doença ou do cuidar, tendo sempre presente as investigações e os conhecimentos mais atuais (Bevis e Watson, 2005), uma vez que, tal como refere Nightingale (2005), tão valiosos seriam os resultados em enfermagem se todos nós refletíssemos sobre o modo de agir.

A escolha pela Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica veio ao encontro do percurso profissional que tenho trilhado e que tem como alvo de cuidados a pessoa adulta, no sentido de desenvolver conhecimentos e competências para a melhoria dos cuidados que presto.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado o relatório de estágio que reúne o conhecimento e as competências desenvolvidas ao longo de todo este percurso de formação. Este relatório de estágio, tem como objetivo a introspeção e a reflexão das aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio, em mobilização com as aprendizagens desenvolvidas ao longo das aulas e de todo o conhecimento adquirido durante o percurso profissional.

O percurso prático desta formação, desenvolveu-se segundo três momentos de aprendizagem que se operacionalizaram em três Módulos de Estágio realizados pela seguinte ordem cronológica: Módulo III nos Cuidados Paliativos de um hospital privado de Lisboa, Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital na periferia de Lisboa e Módulo I Serviço de Urgência de um hospital periférico de Lisboa.

A escolha dos campos de estágio descritos teve em consideração a qualidade das instituições selecionadas, no sentido em que são consideradas como instituições de

referências na implementação e desenvolvimento de práticas de cuidados atuais e inovadores, que me proporcionaram um aporte significativo de conhecimentos, práticas e diferentes perspectivas da ciência de enfermagem. Esta escolha foi realizada, tendo em conta o fato de representar um momento único de aquisição de experiências novas exteriores aos locais por onde já tinha passado ao longo dos vários ensinamentos clínicos do curso de Licenciatura. Relativamente à minha escolha pelos Cuidados Paliativos enquanto estágio de opção, a mesma prendeu-se com o fato de esta ser uma área ainda imberbe no nosso país, ainda que muito presente na minha realidade profissional, tendo em conta a população de quem cuido.

Neste sentido, o relatório de estágio que apresento evidencia o meu percurso para alcançar o título de Enfermeiro Especialista que, segundo Nunes (2010), ao explorar diferentes teorias sobre o tema, é definido como aquele que detém credibilidade nas suas ações e é reconhecido e escutado por outros, quer sejam profissionais ou não. O eixo condutor do meu percurso está assente na temática da comunicação enfermeiro-pessoa, sendo que para tal recorri a paradigmas de enfermagem distintos, que Munhall (2001) afirma refletirem a forma como o enfermeiro conjuga os diferentes conhecimentos intrínsecos à sua profissão.

Para este relatório foi adaptado o paradigma da Transformação de Jean Watson, com a sua Filosofia e Ciência do Cuidar, e os conhecimentos sobre a comunicação de Margot Phaneuf, por considerar que ambos se complementam e que atribuem subsídios significativos para a minha prática de cuidados. Deste modo, importa definir os conceitos ou meta paradigmas que serão descritos ao longo deste trabalho, à luz do referencial teórico referido, que Kérouac *et al.* (2007) enuncia como saúde, pessoa, ambiente e cuidado.

Saúde é definida por Watson como a harmonia entre o corpo, a alma e o espírito. *Pessoa* é, de acordo com a mesma autora, aquele que cresce, constituindo um corpo, alma e espírito. *Ambiente*, na visão de Watson, é a realidade interna e externa. *Cuidado de Enfermagem* resulta, segundo a autora num processo transpessoal dirigido à harmonia do corpo, alma e espírito (Tomey e Alligood, 2004; Kérouac *et al.*, 2007).

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo à pesquisa científica em bases de dados, pesquisa manual na Biblioteca da Unidade de Ensino de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa e recurso ao motor de pesquisa *Google Scholar*.

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em dois campos fundamentais: A Revisão Integrativa da Literatura e a Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas nos Contextos de Prática. Deste modo, a Revisão Integrativa da Literatura tem como objetivo a identificação das intervenções de Enfermagem promotoras da minimização do impacto da transmissão de más notícias aos utentes e familiares, e é constituída pelo resumo, enquadramento da problemática, resultados, discussão dos resultados e conclusão. Por sua vez, a Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas nos Contextos da Prática, consiste na descrição das atividades realizadas e as competências desenvolvidas em cada um dos estágios pela ordem cronológica.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Resumo

Comunicar más notícias a utentes e seus familiares é uma das mais difíceis e importantes intervenções com que se deparam as equipas de saúde. Devido a sua importância, muitos profissionais ainda carecem de formação e preparação para lidar com essas situações.

O objetivo traçado para esta revisão foi identificar as intervenções de enfermagem promotoras da minimização do impacto da transmissão de más notícias aos utentes e familiares.

De modo a alcançar o objetivo descrito foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCO e RCAAP a 24 de setembro de 2015, utilizando os descritores (DeCS): *nurs**, *interventions*, *transmission*, *bad news*, *harm reduction*, *communications*. Os critérios de exclusão definidos para esta revisão foram as publicações anteriores ao ano 2000 e os artigos cujas intervenções não eram de enfermagem. Como critérios de inclusão defini artigos de acesso integral e artigos redigidos em Português, Inglês e Castelhana. Da pesquisa resultaram 42 artigos, dos quais foram selecionados 10 artigos após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

O processo de transmissão de más notícias é um momento difícil e constrangedor tanto para os profissionais envolvidos, assim como para o utente e família, assumindo o enfermeiro um importante papel na minimização do impacto que a transmissão trará para o utente/família através da preparação, transmissão e do apoio conferido ao longo de todo o processo.

Palavras-chaves: Comunicação, más notícias, intervenções de enfermagem

Abstract

The act of communicating bad news to the users and to their relatives is one of the most difficult and important interventions that the health teams have to face. Due to its importance, lots of professional people still need some more formation and preparation to deal with these situations.

The aim planned to this revision was to identify the nursing interventions in order to minimize the impact of the transmission of bad news to the users and to their relatives.

In order to achieve the described objective, it was made a research on the platforms EBSCO and RCAAP on 24th September 2015, using the description (DeCS) *nurs*, interventions, transmission, bad news, harm reduction, communication*.

The exclusion criteria defined to this revision were the previous publications in 2000 and the articles whose interventions were not about nursing. As exclusion criteria I defined integral access articles and articles written in Portuguese, English and Castilian. From the resulted 42 articles from which 10 of them were selected after the application of inclusion and exclusion criteria.

The process of transmission of bad news is a difficult and embarrassing moment, not only for the professionals involved, but also for the user and their family, so the nurse assumes an important role in the minimization of the impact that the transmission will bring to the user/family through the preparation, transmission and the support given during the whole process.

Key words: communication, bad news, nursing interventions.

1.1. Enquadramento da problemática

A comunicação consiste essencialmente na capacidade de expressar ideias, informações, sentimentos e, ao mesmo tempo, permitir que o outro interlocutor o faça também. Deste modo, enquanto um se expressa, o outro adota uma atitude de escuta e de compreensão face ao que está a ser transmitido, ao mesmo tempo que apreende o que se passa no seu interior, identificando as emoções, os pensamentos ou as reações que a mensagem lhe suscita (Phaneuf, 2005).

Apesar dos avanços tecnológicos, a comunicação continua a ser a ferramenta primária e indispensável com a qual o enfermeiro e o utente se relacionam e trocam informações. Elementos como a empatia, compreensão, interesse, desejo de ajuda e bom humor são indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto emocional, no qual o utente terá um conhecimento da sua doença e diagnóstico, e o enfermeiro agirá segundo os seus conhecimentos, experiência e capacidades humanas (Almanza-Muños e Holland, 1999).

Neste sentido, o intercâmbio de informações engloba não apenas aquilo que o utente necessita e quer saber, como também transmitir a informação de forma adequada e assegurar de que a mesma foi compreendida. Assim, é necessário ter em atenção dois aspetos importantes: verificar que a informação foi compreendida corretamente e se necessário corrigi-la e ter em conta a reação emocional envolvida na passagem da informação e saber responder adequadamente. Esta última implica considerar os sentimentos e expectativas que o utente tem em relação ao enfermeiro, bem como com os sentimentos e expectativas que o enfermeiro tem do utente (Almanza-Muños e Holland, 1999).

Para Phaneuf (2005) a comunicação é a principal ferramenta terapêutica que os enfermeiros dispõem para cuidar do utente uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente em que o utente se encontra inserido e a conceção do mundo, que pode levar a uma maior motivação dos seus esforços para lutar contra a doença e aceitar com ânimo o tratamento.

Má notícia pode ser compreendida como aquela que altera drástica e negativamente a perspetiva do paciente em relação ao seu futuro (Muller, 2002). Essa definição implica que a resposta do utente dependa, entre outras coisas, da sua perspetiva de futuro, sendo esta única, individual e influenciada pelo contexto psicossocial do mesmo. Por outro lado, a definição de Ptacek e Eberhardt (1996) afirma que toda a

comunicação relacionada com o processo de saúde, que traz uma ameaça ao estado mental ou físico do utente e um risco deste ver alterado o seu estilo de vida já estabelecido, pode ser considerada uma má notícia.

Comunicar más notícias segundo Almanza-Muños e Holland (1999) é, provavelmente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm que enfrentar, pois implica um forte impacto psicológico do utente e da sua rede de apoio. Quem recebe uma má notícia dificilmente esquece onde, como e quando ela foi comunicada. Os mesmos autores são da opinião que a dificuldade e a frequência com que ocorre este evento contrastam, contudo, com a pouca preparação dos enfermeiros em termos de habilidades gerais de comunicação, principalmente na forma de comunicar informação de resultados negativos no curso da evolução de uma doença (1999).

Antes da transmissão de notícias, de modo a diminuir os obstáculos que possam surgir durante a passagem de informação, devemos procurar saber o nível de educação dos interlocutores, assim como o desenvolvimento intelectual, o estatuto social e a diferença de idade, os limites dos sentidos na pessoa cuidada, as diferenças culturais, os usos e costumes da mesma, o papel da família, a orientação temporal e a língua falada, os valores, a religião e a espiritualidade e os preconceitos e os estereótipos sociais (Phaneuf, 2005).

De modo a orientar a transmissão de más notícias, Buckman (1998) desenvolveu um guião orientador onde define os passos a serem desenvolvidos pelo transmissor da má notícia, respeitando o utente e salvaguardando o transmissor. Este guia é composto por seis passos que consistem em desenvolver um contexto calmo e propício, que engloba não só o ambiente envolvente como também as pessoas que estarão presentes nesse momento; perceber o que o utente ou familiar já sabe; compreender o que o utente ou familiar quer saber; partilhar a informação; responder às reações do utente ou familiar e no final planear o acompanhamento. Estas seis etapas de intervenção pretendem ser uma ferramenta para o profissional de saúde, no entanto é essencial não esquecer que cada utente é único e detentor de necessidades multifatoriais (fisiológicas, segurança, relacionamento, estima e realização pessoal), pelo que qualquer protocolo ou guião deve ser adaptável às necessidades e aspirações daqueles a quem se dirige.

Num processo de comunicação existem várias atitudes e comportamentos que podem prejudicar ou favorecer a mesma, nomeadamente a postura e as atitudes corporais, os gestos, a distância ou a proximidade, o contato visual, a expressão facial, a voz, a

respiração, o silêncio, as dificuldades que o enfermeiro pode sentir face ao silêncio, a aparência geral e a utilização adequada do toque (Phaneuf, 2005).

Perante a necessidade de transmitir informação a um utente, é essencial ter determinados aspetos em atenção que podem servir de recurso ao profissional de saúde para que o processo comunicacional seja o mais eficiente possível. Adaptado da perspetiva de Gómez (2006) são eles:

- Estar absolutamente seguro – Na fase da transmissão do diagnóstico, torna-se imperativo a certeza do mesmo. O prognóstico de não existência de cura implica também a exploração de todos os recursos terapêuticos existentes na atualidade suscetíveis de serem utilizados (quimioterapia, cirurgia, radioterapia, hormonoterapia, entre outros);
- Procurar um local tranquilo – Se a comunicação se desenvolve em contexto hospitalar e se o utente é autónomo deve definir-se um local reservado e onde seja possível o respeito pela privacidade e comodidade do mesmo. Se, em contexto hospitalar, o utente está acamado e o quarto onde está internado não é individual, devem correr-se as cortinas e diminuir o tom de voz. Se a informação é transmitida no domicílio, deve fechar-se a porta de casa;
- O utente tem direito a conhecer a sua situação – a verdade deve estar sempre presente na relação entre duas pessoas;
- É um ato humano, ético e legal – Informar uma pessoa que tem uma doença terminal é, acima de tudo, um ato inquestionavelmente humano. É o momento de maior grandeza do profissional de saúde e também um dos mais difíceis. Eticamente é importante porque permite ao utente exercer o seu papel e realizar as suas escolhas;
- Não existe uma fórmula porque é uma arte – Não existe uma forma certa ou errada para o fazer. As únicas ferramentas de que o profissional de saúde dispõe são a experiência, a bagagem cultural e a sua estrutura humana;
- Averigue o que o utente sabe – É necessário ter uma ideia relativamente ao que o utente sabe da sua doença, da gravidade da mesma e em que medida o seu futuro pode ser afetado;
- Averigue o que o utente quer saber – Dar oportunidade ao utente para que pergunte. Só desta forma poderemos deduzir o que quer saber e a que ritmo. Tão

contraproducente é dizer tudo ao utente que não quer saber nada, como não dizer nada ao utente que quer saber tudo;

- Averiguar o que o utente está em condições de saber – Será sempre extremamente importante saber como se encontra o utente antes de proceder a uma conversa de contornos tão delicados;
- Espere que o utente pergunte (dar a possibilidade de perguntar) – A ausência de pressa e a aparente disponibilidade física do profissional de saúde não são suficientes. O utente deteta através das formas de comunicação não verbal, se existe disponibilidade emotiva ou não da parte do técnico;
- Oferecer algo em troca – Dizer a verdade pressupõe o compromisso prévio de ajudar a integrá-la, de partilhar as preocupações, de acompanhar na solidão, de acompanhar a caminhada pelos difíceis trilhos do caminho que se avizinha;
- Não discutir com a negação – A ausência de informação não é sinónimo de negação, ainda que possa contribuir significativamente para o seu aparecimento e para a sua manutenção;
- Aceitar ambivalências – Não é raro que um utente a quem foi explicada a sua situação e a quem inclusivamente se falou de morte, nos conte os seus planos de férias para o ano seguinte. É uma forma de defesa que passará, provavelmente, no dia seguinte;
- Simplicidade e ausência de palavras negativas – Evitar excessivos tecnicismos que possam interferir na compreensão do utente;
- Não estabelecer limites nem prazos – O conhecimento da verdade não implica entrar em detalhes minuciosos sobre a evolução da doença e que possam causar danos ao utente, nomeadamente o prognóstico de sobrevivência em casos similares ou estatísticas conhecidas;
- Não deve ser um ato único, mas antes desenvolvido gradualmente – Evitar dar demasiadas informações no primeiro encontro;
- Por vezes, é suficiente não desenganar o utente – São os próprios utentes quem nos indicam o seu diagnóstico;
- Primar pela delicadeza – É óbvio e nem deveria ser necessário referi-lo relativamente ao utente. Porém, muitas vezes negligenciamos esta vertente face aos familiares. Não podemos esquecer que para eles também é um duro golpe e uma notícia desta natureza, dada bruscamente e com ausência de humanidade, pode desencadear um trauma grave e duradouro;

- Não diga nada que não seja verdade – A autenticidade é uma qualidade em qualquer relação humana e é indispensável para o binómio profissional de saúde/utente. A verdade é o antídoto do medo, é um potente agente terapêutico que nos torna livres e autónomos. O terrível e conhecido é muito melhor que o terrível e desconhecido;
- Não retirar a esperança – Todos os profissionais desta área sabem muito bem que o utente necessita frequentemente de manter a esperança, qualquer que seja.

Durante a transmissão da notícia devemos estar atentos às manifestações não verbais do utente e seus familiares de modo a identificarmos a necessidade de reformular, de voltar ao início ou de parar a transmissão de informação. Essas manifestações podem ser os traços físicos, a postura e o modo de andar, a expressão do olhar e da face, a boca e o franzir do nariz, os traços da face, os gestos, os comportamentos para-verbais nomeadamente a voz, os choros e os ictos, a resposta do sistema nervoso autónomo, a distância ou proximidade imposta pelo utente ao longo da transmissão da notícia e o toque efetuado pelo utente (Phaneuf, 2005).

1.2. Metodologia

Tendo por base a conceção da temática em estudo, formulei a seguinte questão: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da minimização do impacto da transmissão de más notícias aos utentes e familiares?

Face à pergunta de investigação colocada, o objetivo que lhe está subjacente é identificar as intervenções de enfermagem promotoras da minimização do impacto da transmissão de más notícias aos utentes e familiares.

Para isso, foram definidos os seguintes descritores (DeCS) *nurs**, *interventions*, *transmission*, *bad news*, *harm reduction*, *communications*. A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCO e RCAAP a 24 de setembro de 2015, no friso cronológico de Janeiro de 2000 a Setembro de 2015. A estratégia de pesquisa definida na EBSCO foi: no resumo – *communication and bad news and nurs**. No RCAAP a estratégia de pesquisa definida foi: no texto integral – *nurs* and interventions and transmission bad news*.

Os critérios de exclusão definidos foram publicações anteriores a 2000 e artigos cujas intervenções não fossem de enfermagem. Como critérios de inclusão temos artigos de acesso integral e artigos redigidos em Português, Inglês e Castelhana.

Da pesquisa foram identificados 42 artigos que passaram para a fase da avaliação (ver Tabela 1).

	42 Artigos da pesquisa
12 Artigos excluídos por estarem em duplicado	
	30 Artigos
13 Artigos excluídos após leitura do título:	
<input type="checkbox"/> 2 Redigidos em Alemão <input type="checkbox"/> 3 Redigidos em Francês <input type="checkbox"/> 1 Redigido em Polaco <input type="checkbox"/> 2 Utilizarem medidas farmacológicas <input type="checkbox"/> 5 Utilizarem técnicas de medicina oriental	
	17 Artigos
3 Artigos excluídos após leitura do <i>Abstract</i>	
<input type="checkbox"/> 1 Estudo para a formalização de uma escala <input type="checkbox"/> 1 Estudo para a identificação de necessidade de aulas sobre transmissão de más notícias na Licenciatura em Enfermagem <input type="checkbox"/> 1 Utilização de medidas farmacológicas	
	14 Artigos
4 Artigos excluídos após leitura total do artigo	
<input type="checkbox"/> 3 Estudos para a formalização de uma escala <input type="checkbox"/> 1 Estudo sobre o impacto sem identificar intervenções	
	10 Artigos

Tabela 1 – Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nos artigos identificados na pesquisa

1.3. Resultados

Artigo	<p>Título: Comunicação de más notícias.</p> <p>Ano: 2013.</p> <p>Autores: Pereira, Ana Teresa Galante; Fortes, Isa Filipa Louro e Mendes, João Manuel Galhanas.</p> <p>Palavras – Chave: Comunicação; más notícias; Enfermagem; Paciente adulto.</p> <p>Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura.</p> <p>Tamanho da amostra: 10 artigos.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dar a notícia de uma forma gradual, clara, aberta e suavemente;<input type="checkbox"/> Dar a notícia adaptada à vontade questionando diretamente o que querem saber, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pelo paciente e família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões;<input type="checkbox"/> O profissional deve ouvir, não infantilizar, sem eufemismos, sem banalizar o momento, sem retirar a esperança, deve ter em conta as necessidades particulares da família em função dos seus antecedentes culturais e religiosos;<input type="checkbox"/> Caso a pessoa autorize a presença de um familiar serve de suporte e apoio;<input type="checkbox"/> O local deve proporcionar privacidade, conforto e disponibilidade;<input type="checkbox"/> O ambiente de ser tranquilo, privado e sem a possibilidade de interrupções;<input type="checkbox"/> Deve-se dar a notícia sentado, sem uma barreira;<input type="checkbox"/> A pessoa que comunica a má notícia deverá manter o contacto visual e usar o toque apropriadamente, mostrando empatia, respeito ao paciente, ouvindo as suas preocupações de uma forma clara e atenta, deverá verificar a perceção em relação à situação através de questões abertas e disponibilizar-se para esclarecimentos adicionais;<input type="checkbox"/> A linguagem deve ser clara, simples, sem grandes detalhes técnicos que podem dificultar a compreensão;<input type="checkbox"/> Após a transmissão de más notícias deverá ser dado tempo para que

	o paciente e seus familiares interiorizem a informação e coloquem novas dúvidas, o enfermeiro deve avaliar a reação do paciente e seus familiares dando suporte e validando, se for o caso, o normal aparecimento dessas mesmas reações.
Artigo	<p>Título: Más notícias no cenário clínico – experiência dos profissionais de saúde e competência percebida no sudoeste da Nigéria.</p> <p>Ano: 2013.</p> <p>Autores: Adebayo, Philip Babatunde; Abayomi, Olukayode; Johnson, Peter; Oloyede, Taofeeq e Oyelekan, Abimbola.</p> <p>Palavras – Chave: Más notícias, confidencialidade, experiências, profissionais de saúde e Nigéria.</p> <p>Tipo de estudo: Estudo transversal descritivo.</p> <p>Tamanho da amostra: 113 Profissionais de saúde.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organização de um local privado para dar a má notícia; <input type="checkbox"/> Existir a presença de um familiar; <input type="checkbox"/> Marcação de consulta de seguimento; <input type="checkbox"/> Presença de um enfermeiro na transmissão de más notícias quando sejam dadas pelo médico.
Artigo	<p>Título: Dizer a verdade e transplante de células estaminais: experiências dos enfermeiros iranianos.</p> <p>Ano: 2014.</p> <p>Autores: Valizadeh, Leila; Zamanzadeh, Vahid; Sayadi, Leila; Taleghani, Fariba; Howard, Fuchsia; Jeddian, Alireza.</p> <p>Palavras – Chave: Más notícias, divulgação, transplante de células hematopoiéticas, Irão, dizer a verdade.</p> <p>Tipo de estudo: Qualitativa – descritivo.</p> <p>Tamanho da amostra: 18 enfermeiros.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evitar falar sobre a doença que poderá levar a resultados negativos que inclui não nomear a doença, falar a verdade de maneira indireta e dizer tudo de uma forma gradual; <input type="checkbox"/> Não revelar a verdade de modo a proteger os pacientes de informações perturbadoras, guardando segredo, negando a verdade e minimizando a importância do problema;

	<input type="checkbox"/> Estas estratégias são utilizadas de modo a minimizar os danos psicológicos, para evitar a desmoralização e melhorar a probabilidade de uma rápida e completa recuperação.
Artigo	<p>Título: "Más notícias": Padronização das intervenções e competências na comunicação ao paciente hemático-oncológico e práticas avançadas de enfermagem.</p> <p>Ano: 2009.</p> <p>Autores: Eid, Ahmed; Petty, Michael; Hutchins, Laura; Thompson, Reed.</p> <p>Tipo de estudo: Qualitativa – descritivo.</p> <p>Tamanho da amostra: 6 enfermeiros.</p>
Resultados	<input type="checkbox"/> Descobrir o que o paciente já sabe; <input type="checkbox"/> Descobrir o que o paciente quer saber; <input type="checkbox"/> Dar tiros de aviso de que as notícias não são as esperadas ou positivas; <input type="checkbox"/> Dar espaço, questionar e validar os sentimentos vividos pelos pacientes.
Artigo	<p>Título: Treino das habilidades de comunicação na transmissão de más notícias para enfermeiras japonesas em Oncologia: Efeitos do treinamento na confiança dos enfermeiros e eficácia percebida.</p> <p>Ano: 2010.</p> <p>Autores: Fukui, Sakiko; Ogawa, Keiko; Fukui, Noashi.</p> <p>Palavras – Chave: Efeito, treino de habilidades de comunicação, más notícias, enfermeiras japonesas, oncologia.</p> <p>Tipo de estudo: Qualitativo.</p> <p>Tamanho da amostra: 31 Enfermeiras.</p>
Resultados	<input type="checkbox"/> Criar ambiente confortável; <input type="checkbox"/> Avaliar a capacidade dos pacientes para receber a notícia; <input type="checkbox"/> Incentivar a presença da família; <input type="checkbox"/> Avaliar o conhecimento atual da família, incluindo-a na discussão; <input type="checkbox"/> Detetar sinais não-verbais; <input type="checkbox"/> Avaliar quanto o paciente quer saber; <input type="checkbox"/> Discutir e planear a transmissão de más notícias com antecedência; <input type="checkbox"/> Detetar presença de tristeza do paciente;

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmar a compreensão do paciente sobre Tumor; <input type="checkbox"/> Transmissão gradual de informação; <input type="checkbox"/> Evitar utilização de terminologia técnica; <input type="checkbox"/> Reforçar e esclarecer informações; <input type="checkbox"/> Ter uma resposta empática aos sentimentos do paciente; <input type="checkbox"/> Gerir a sua própria resposta ao sofrimento do paciente.
Artigo	<p>Título: Transmissão de más notícias aos pais: o papel dos enfermeiros pediátricos.</p> <p>Ano: 2006.</p> <p>Autores: Price, Jayne; McNeilly, Patricia; Surgenor, Mark.</p> <p>Palavras – Chave: Más notícias, crianças e famílias, enfermeiros pediátricos, comunicação.</p> <p>Tipo de estudo: Revisão integrativa da literatura.</p> <p>Tamanho da amostra: 59 Publicações.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antes de dar a notícia prepare a pessoa e a família com tiros de aviso; <input type="checkbox"/> Prepare o local considerando a privacidade; <input type="checkbox"/> Fazer a ligação com médico certifique-se de raios-X, resultados e informações úteis e tenha disponíveis folhetos; <input type="checkbox"/> Organize as pessoas necessárias para estarem presentes; <input type="checkbox"/> Ter um membro da equipa para cuidar da criança se existir necessidade depois de transmitir a notícia; <input type="checkbox"/> Certifique-se de seguimento caso seja necessário; <input type="checkbox"/> Documentar claramente nas notas de enfermagem o ocorrido; <input type="checkbox"/> Apoiar a família mostrando empatia / estar atento; <input type="checkbox"/> Garantir aos pais que têm tempo para expressar suas emoções; <input type="checkbox"/> Dê escolhas, eles querem ser deixados em paz?; <input type="checkbox"/> Responder às perguntas que possam ter, usando uma linguagem simples; <input type="checkbox"/> Fornecer ajuda prática e escrita; <input type="checkbox"/> Realizar avaliação sobre o conhecimento da situação; <input type="checkbox"/> Comunique-se com os outros membros da equipe multidisciplinar de

	<p>modo a promover as necessidades dos pais / criança;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoio de como os pais transmitiram a informação ao filho.
Artigo	<p>Título: Comunicar más notícias para pacientes: uma abordagem reflexiva. Ano: 2008. Autores: Mcguigan, Deirdre. Palavras – Chave: Comunicação, relações enfermeiro-paciente, a prática reflexiva. Tipo de estudo: Revisão integrativa da literatura.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preparação do profissional; <input type="checkbox"/> Identificar o que o paciente sabe; <input type="checkbox"/> Identificar o que o paciente quer saber; <input type="checkbox"/> Dê um sinal de aviso verbal ou não-verbal; <input type="checkbox"/> Comunique a má notícia com sensibilidade; <input type="checkbox"/> Reconhecer angústia e apoiar o paciente em estar aberto sobre seus sentimentos; <input type="checkbox"/> Identificar e priorizar as preocupações; <input type="checkbox"/> Verifique atuais necessidades de informação do paciente; <input type="checkbox"/> Identifique as redes de apoio do paciente.
Artigo	<p>Título: Como dar más notícias e evitar as dificuldades comuns. Ano: 2010. Autores: Edwards, Marilyn. Tipo de estudo: Análise de caso.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmar os fatos médicos do caso: por exemplo, a condição pós-operatória; <input type="checkbox"/> Assegure-se que tem todas as informações necessárias por exemplo, os resultados do teste: disponível; <input type="checkbox"/> Tente criar um ambiente no qual o paciente está confortável: por exemplo, uma sala silenciosa, sem interrupções, garantir a privacidade e abertura; <input type="checkbox"/> Considerar o estado de espírito do paciente; <input type="checkbox"/> Fale claramente, usando a terminologia não médica; <input type="checkbox"/> Descubra pontos de vista do paciente sobre saúde, crenças e culturas;

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar a compreensão do paciente da sua condição médica, prognóstico e opções de tratamento; <input type="checkbox"/> Seja direto na transmissão de informação; <input type="checkbox"/> Permitir as pausas-silêncios; <input type="checkbox"/> Ouvir o paciente e atente para sinais não-verbais; <input type="checkbox"/> Dar tempo ao paciente para absorver a informação; <input type="checkbox"/> Deixe o paciente tirar um pouco da vantagem e envolvê-lo nas decisões de gestão; <input type="checkbox"/> Permitir que o paciente coloque as perguntas; <input type="checkbox"/> Responda às emoções; <input type="checkbox"/> Não toque o paciente ou parente a menos que seja adequado; <input type="checkbox"/> Tranquilizar o indivíduo que está tudo certo a chorar - tenha uma caixa de lenços; <input type="checkbox"/> Use habilidades de comunicação não-verbal; <input type="checkbox"/> Oferecer apoio contínuo (como referência a um grupo) e conselhos práticos; <input type="checkbox"/> Certifique-se de que você tem tempo suficiente; <input type="checkbox"/> Evitar as chamadas telefônicas, potenciais interrupções, bloco de notas, use sinais de 'não perturbe' e peça aos colegas para não interromper; <input type="checkbox"/> Verifique se o paciente deseja a presença de outra pessoa; <input type="checkbox"/> Pare se o paciente indica que não deseja continuar.
Artigo	<p>Título: Habilidades de Comunicação: Más notícias no contexto clínico.</p> <p>Ano: 2001.</p> <p>Autores: Radzlewicz, Rosanne; Baile, Walter.</p> <p>Tipo de estudo: Revisão integrativa da literatura.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não exibir suas próprias emoções, mas descrevê-las (por exemplo, "Eu também me sinto triste que as coisas não têm corrido bem. "); <input type="checkbox"/> Procurar e remeter-se aos fatos; <input type="checkbox"/> Manter a calma; <input type="checkbox"/> Tente sempre agir (no julgamento clínico) e não reagir (para o conflito); <input type="checkbox"/> Esteja disposto a ouvir sem julgamento;

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esteja aberto para as necessidades da família e outros interessados; <input type="checkbox"/> A melhor ajuda pode vir de ser um aliado e não necessariamente um zelador; <input type="checkbox"/> Lembre-se que a escuta pode ser uma eficaz maneira de se comunicar carinho; <input type="checkbox"/> Não diga a pessoa que vai ficar tudo bem, você não sabe o que vai acontecer no futuro; <input type="checkbox"/> Não empurre para detalhes, os pacientes precisam do seu próprio ritmo de discutir informações difíceis; <input type="checkbox"/> Não apoie o paciente ou familiar quando criticam os seus colegas; <input type="checkbox"/> Não diga à pessoa que você sabe como ela se está a sentir, raramente é útil e muitas vezes isso fecha a conversa. É melhor dizer-lhes que você está disposto a ouvir; <input type="checkbox"/> Não julgar a conduta do paciente ou família; <input type="checkbox"/> Não culpe (mesmo subtilmente) o paciente ou família face ao que aconteceu; <input type="checkbox"/> É melhor ouvir as perguntas que eles colocam do que orientar a própria transmissão de informação de uma forma estanque; <input type="checkbox"/> Evite tentar conforto dizendo que é um sobrevivente, não foi culpa sua, pois pode privá-los das suas próprias perguntas e pode inibi-los de falar dos seus sentimentos; <input type="checkbox"/> Evite dar conselhos sobre o que fazer, mas sim, compartilhar o que pode ter sido útil para si ou outras pessoas de modo a aprender com eventos e ganhando força.
Artigo	<p>Título: A comunicação é a essência dos cuidados de enfermagem: más notícias.</p> <p>Ano: 2000.</p> <p>Autores: Long, Ann; Chauhan, Geeta.</p> <p>Tipo de estudo: Qualitativo – descritivo.</p> <p>Tamanho da amostra: 19 Enfermeiros.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dar informação através da exploração, questionando mais do que informando; <input type="checkbox"/> Use o toque;

	<input type="checkbox"/> Demonstre empatia e humanismo; <input type="checkbox"/> Diga sempre a verdade e tenha presente a autonomia do paciente; <input type="checkbox"/> Diga a verdade; <input type="checkbox"/> Transmita a notícia com cuidado e sensibilidade, levando a transmissão ao ritmo do paciente; <input type="checkbox"/> Peça para ir realizando uma lista de perguntas que lhe surgem ao longo dos dias até o próximo encontro; <input type="checkbox"/> Evite 'nós não temos tempo'; <input type="checkbox"/> Fornecer informações sobre os recursos locais; <input type="checkbox"/> Transmita esperança.
--	---

Tabela 2 – Apresentação dos resultados dos artigos selecionados

1.4. Discussão dos resultados

Após a leitura e análise de todos os artigos que constituem os resultados da investigação efetuada, os mesmos serão agrupados pelas intervenções de enfermagem segundo os 6 passos do protocolo de Buckman. Apesar das intervenções de enfermagem estarem diretamente relacionadas com um passo específico do protocolo referido, existem intervenções que são transversais a todos eles. Deste modo, foi acrescentado um grupo inicial composto por estas intervenções que deverão estar presentes ao longo dos vários passos do protocolo de Buckman na transmissão de más notícias.

As intervenções de enfermagem que minimizam o impacto da transmissão de más notícias e que são transversais a todo este processo de comunicação dividem-se em dois grupos. Por um lado, o enfermeiro deve ter/desenvolver habilidades comunicacionais como o ouvir, não infantilizar, não utilizar eufemismos, não banalizar o momento, não retirar a esperança, a linguagem deve ser clara, simples, sem grandes detalhes técnicos que podem dificultar a compreensão e saber gerir a sua própria resposta ao sofrimento do utente. Por outro lado, o enfermeiro deve ter em atenção as necessidades particulares da família em função dos seus antecedentes culturais e religiosos, detetar sinais não-verbais, permitir as pausas de discurso e os silêncios, ter sempre presente de que é melhor ouvir as perguntas que eles colocam do que orientar a própria transmissão de informação de uma forma estanque, evitar confortar dizendo que é um sobrevivente, que não foi culpa sua, na

medida em que pode privá-los das suas próprias perguntas e pode inibi-los de falar dos seus sentimentos. Do mesmo modo, apesar de não constituir uma intervenção de enfermagem, vários estudos ressaltam a importância da presença do enfermeiro aquando da transmissão de más notícias, ainda que a mesma seja feita pelo médico ou outro profissional. Assim, antes de iniciar a transmissão da má notícia, deve assegurar-se que existe tempo suficiente para o fazer, evitando interrupções, tais como chamadas telefónicas, e, assim que o utente mostre sinais de que não deseja continuar, o processo deve ser interrompido (Pereira *et al*, 2013; Adebayo *et al*, 2013; Fukui, Ogawa e Fukui, 2010; Price, Mcneilly, Surgenor, 2006; Edwards, 2010; Radziewicz e Baile, 2001; Long e Chauhan; 2000).

Incidir o foco da comunicação sobre a doença e as suas implicações pode levar a resultados negativos (Valizadeh *et al*, 2014). Estes autores afirmam que o processo de comunicação não implica nomear a doença, mas antes fazê-lo de forma indireta e gradual de modo a proteger os pacientes de informações perturbadoras, guardando segredo, negando a verdade e minimizando a importância do problema. As conclusões a que estes autores chegaram divergem das conclusões dos restantes artigos analisados na medida em que, neste estudo, as intervenções de enfermagem foram desenvolvidas de modo a minimizar a desmoralização e alteração psicológica e melhorar a probabilidade de uma rápida e completa recuperação, uma vez que este estudo foi desenvolvido numa unidade de transplante de células estaminais, ou seja, neste estudo a intenção dos enfermeiros não era o conforto, ou o suporte, ou minimização de sofrimento face a um mau prognóstico, mas sim a minimização do impacto da notícia que pode ser negativo ou prejudicial para a própria recuperação do utente.

O primeiro passo do protocolo de Buckman trata-se de conseguir um ambiente calmo. Deste modo, as intervenções de enfermagem que lhe estão subjacentes têm de ter presente que o utente ou o familiar irá beneficiar sempre da presença de uma pessoa significativa, de modo a que represente o suporte e o apoio dos quais inevitavelmente poderá precisar; assim, sempre que a presença desta pessoa de referência não for autorizada ou aceite pelo próprio, o enfermeiro deve incentivar esta presença; do mesmo modo que, o local deve proporcionar privacidade, conforto e disponibilidade, o ambiente deve ser tranquilo, privado e sem a possibilidade de interrupções e deve ser feita a ligação com o médico, certificando-se de possíveis resultados e informações úteis e deve ter disponíveis folhetos informativos acerca da situação (Pereira *et al*, 2013; Adebayo *et al*,

2013; Fukui, Ogawa e Fukui, 2010; Price, Mcneilly, Surgenor, 2006; Edwards, 2010; Radzlewicz e Baile, 2001).

O segundo passo do protocolo de Buckman consiste em descobrir o que o utente ou o familiar já sabem sobre a situação e, neste caso, as intervenções de enfermagem devem passar por identificar os pontos de vista do utente sobre saúde, crenças e culturas de modo a orientar de forma correta o restante protocolo, além disso devem ser dados “tiros de aviso” de que as notícias podem não ser as esperadas (Eid et al, 2009; Price, Mcneilly, Surgenor, 2006; Edwards, 2010).

O terceiro passo do protocolo de Buckman consiste em descobrir o que o utente ou familiar quer saber, pelo que as intervenções de enfermagem devem passar pela avaliação da capacidade do utente ou familiar para receber a notícia, assim como avaliar o quanto o utente quer saber, ou seja, não chega saber se o utente ou familiar quer receber a notícia, mas sim até que ponto é que quer receber a notícia pormenorizadamente ou prefere somente conhecer a informação mais relevante e geral (Fukui, Ogawa e Fukui, 2010).

O quarto passo do protocolo de Buckman está relacionada com a partilha da informação. Assim, as intervenções de enfermagem que lhe estão subjacentes devem dar prioridade à transmissão da notícia de uma forma gradual, clara e aberta, de modo a ter presente a personalidade, compreensão e a capacidade de participar ativamente nas decisões (Pereira *et al*, 2013; Fukui, Ogawa e Fukui, 2010; Mcguigan, 2008; Edwards, 2010; Radzlewicz e Baile, 2001; Long e Chauhan, 2000). Para isso, os mesmos autores reafirmam que a notícia deve ser comunicada ao utente e/ou familiar quando sentados, sem barreiras físicas, o enfermeiro ao fazê-lo deve manter o contacto visual e usar o toque apropriadamente, mostrando empatia, respeito pelo utente ou familiar, ouvindo as suas preocupações de uma forma correta e atenta, verificando a perceção em relação à situação através de questões abertas e disponibilizando-se para esclarecimentos adicionais, dando oportunidade a que o utente fique sozinho se assim o entender e evitando as frases de esperança no futuro. Os autores não consideram prejudicial transmitir informação acerca das percentagens e evolução natural da doença ou mesmo dos vários tratamentos que lhe podem estar subjacentes.

O quinto passo do protocolo de Buckman consiste em responder às reações do utente ou familiar. Assim, após a transmissão de más notícias, as intervenções de enfermagem consistem em dar tempo para que o utente e os seus familiares interiorizem a informação e coloquem novas dúvidas (Pereira *et al*, 2013; Eid et al, 2009; Fukui, Ogawa e Fukui, 2010; Price, Mcneilly, Surgenor, 2006; Mcguigan, 2008; Edwards, 2010;

Radzlewicz e Baile, 2001). Segundo estes autores, o enfermeiro deve avaliar a reação do utente e dos seus familiares e, perante o quadro apresentado, prestar o apoio e o suporte necessário, tendo presente que a escuta pode ser uma forma eficaz de partilhar carinho, mostrando que chorar, por exemplo, é uma reação normal e esperada face à situação pela qual estão a passar e, de preferência, ter uma caixa de lenços de papel para oferecer.

O sexto e último passo do protocolo de Buckman já integra a fase final deste processo de comunicação de más notícias e consiste em planear o acompanhamento do utente e da sua família. Para isso, as intervenções de enfermagem devem dar prioridade à consulta de seguimento, identificar redes de apoio para o utente e para a sua família, oferecer apoio contínuo, como a referência a grupos práticos de aconselhamento, evitando o mais possível a oferta de conselhos sobre o que fazer e como fazer, sendo preferível compartilhar aquilo que pode ser útil para si ou outras pessoas de modo a aprender com eventos e ganhando força (Adebayo *et al*, 2013; Price, Mcneilly, Surgenor, 2006; Mcguigan, 2008; Edwards, 2010; Radzlewicz e Baile, 2001; Long e Chauhan, 2000). Assim, estes autores consideram importante que o enfermeiro peça ao utente para realizar uma lista com as perguntas que vão surgindo entre as consultas de acompanhamento ou, no caso dos utentes serem menores, garantir que os pais têm tempo e espaço para expressar as suas emoções, dando apoio aos mesmos no momento da transmissão da informação ao filho e documentar claramente nas notas de Enfermagem o sucedido.

1.5.Conclusão

O processo de transmissão de más notícias é problemático e constrangedor para o utente/família e também para os profissionais envolvidos, assumindo o enfermeiro um papel importante na adaptação do utente/família à situação e alcance do reequilíbrio através da preparação, transmissão e apoio conferido ao longo do processo.

Existem diversas estratégias de comunicação para transmitir más notícias tais como: identificar as necessidades e os desejos do utente/família, escolher o local, envolver a equipa, transmitir a informação de forma gradual, utilizar um discurso claro e honesto em presença de uma pessoa significativa/familiar, utilizar o toque, conferir espaço e tempo para a expressão de sentimentos e emoções, garantir o apoio contínuo e utilizar o modelo de Buckman.

Contudo, a escolha destas estratégias depende das características e particularidades do utente/família, do próprio enfermeiro e do contexto onde esta relação

se desenvolve. Cada processo de transmissão de más notícias exige assim uma estratégia adequada ao seu conteúdo, estando a eficácia da mesma dependente da destreza na utilização da estratégia adequada a cada situação, assumindo-se assim a formação e o treino de competências como necessidades imperativas dos enfermeiros. Por este motivo, e uma vez que a sua eficiente e eficaz utilização confere maior segurança, confiança, bem-estar e conforto ao utente/família, sugere-se um maior investimento na sensibilização, formação e treino de competências dos enfermeiros sobre as estratégias de comunicação de más notícias.

Os estudos analisados na revisão efetuada respondem à questão formulada contudo, face ao seu reduzido número e à sua heterogeneidade, é possível afirmar que há necessidade de uma maior clarificação sobre o tema.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

Neste capítulo pretendo demonstrar e comprovar a aquisição e/ou desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Para tal, descrevo, analiso e reflito de forma crítica sobre as atividades e competências desenvolvidas em cada módulo de estágio com a seguinte ordem cronológica: módulo III na unidade de Cuidados Paliativos de um hospital privado de Lisboa, módulo II na unidade de Cuidados Intensivos de um hospital público-privado de um hospital da periferia de Lisboa e por último o módulo I no Serviço de Urgência de um hospital público-privado periférico de Lisboa.

Ao longo de todos os estágios foi utilizado o paradigma da Transformação de Jean Watson, com a sua Filosofia e Ciência do Cuidar. Watson (2002) defende uma visão do Homem como uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida, sendo mais do que a soma das suas partes, afirmando que a saúde e o curar são influenciados num sentido amplo pelas relações humanas, transações entre as pessoas e o ambiente onde estão inseridas e tem uma posição clara de que o conhecimento de enfermagem é distinto mas complementar ao conhecimento médico.

Para Watson (2002, pág. 86) a saúde *“refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado”*. Assim, para se avaliar o estado de saúde da pessoa tem de se ter em conta a pessoa como um todo, ou seja, temos de ter em conta o domínio físico, social, estético e moral (Watson, 2002).

No paradigma da transformação o objetivo de enfermagem é ajudar as pessoas a terem um grau elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, que por sua vez leva a processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado (Watson, 2002). Para atingir este objetivo, a mesma autora reitera que devemos procurar, através do processo de cuidar e das transações do cuidar, o significado da existência, da desarmonia, através do sofrimento e do tumulto da pessoa, de forma a promover o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença.

O cuidar transpessoal está relacionado com uma relação intersubjetiva que inclui dois indivíduos num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois; o transpessoal reconhece que o poder do amor, fé, compaixão, cuidar, comunidade e intenção, consciência e acesso a uma fonte de energia mais profunda é muito importante no processo de curar, pois irá potenciá-lo; assim, este cuidar holográfico, que é o cuidar transpessoal, e as relações de cuidar são momentos científicos, profissionais, éticos, estéticos, criativos, personalizados e revestidos de intencionalidade, que ocorrem entre duas pessoas e pode libertar o poder interior e a força que ajuda a pessoa a alcançar um sentido de harmonia interior (Watson, 2002a).

Jean Watson baseia a sua teoria em dez fatores de cuidar: a formação de um sistema de valores humanístico-altruísta, instilação da fé-esperança, cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros, desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança, promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões, promoção do ensino-aprendizagem interpessoais, provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio, auxílio na satisfação das necessidades humanas e por fim permissão de forças fenomenológicas-existenciais (Tomey e Olligood, 2004).

2.1. MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

A Unidade de Cuidados Paliativos onde desenvolvi o meu estágio opcional no módulo III, está inserida num hospital privado e segunda a consulta realizada ao *site* da instituição, a mesma tem como missão principal a excelência, inovação e talento e tem como valores a procura incansável de resultados, rigor intelectual, aprendizagem constante, responsabilidade pessoal, respeito e humildade, atitude positiva, integridade e espírito de equipa. Esta unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento especializada no acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes em situação clínica complexa associado a sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada (oncológica ou não), incurável e progressiva.

A referida unidade é constituída por dez quartos individuais, que possibilitam a permanência de um familiar durante a noite para acompanhamento do utente internado, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala lúdica onde os utentes podem realizar atividades de fisioterapia, mas que também dá lugar a conferências familiares ou a

atividades/festas organizadas para os utentes e famílias de modo a dar resposta aos seus objetivos pessoais. A unidade dispõe também de um refeitório, uma sala de estar ampla e com muita luz natural, onde os utentes podem descansar, observar a paisagem, ver televisão, ler, estar com os familiares, entre outras atividades

Segundo Benner (2001), todos os enfermeiros que mudam de serviço e que não estão familiarizados com os utentes e as suas especificidades, encontram-se sempre no nível de iniciado, dada a falta de conhecimentos que possuem acerca das necessidades de cuidados a eles inerentes. Assim, depois de ultrapassados os primeiros dias de adaptação a esta nova realidade após a fase inicial do estágio, defini os meus objetivos pessoais. O primeiro objetivo incidu na área da relação em geral e da comunicação com o utente e sua família em particular, enquanto o segundo objetivo incidu na área do controlo sintomático.

Como concretização a prestação de cuidados foram realizadas estas atitudes: pesquisas bibliográficas, reflexões escritas sobre acontecimentos específicos ocorridos durante o estágio, assim como, foram realizadas reflexões orais com a orientadora sobre as ocorrências mais significativas.

Assim, o primeiro objetivo a ser desenvolvido foi:

Prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito do processo relacional com o utente em doença avançada em contexto de cuidados paliativos e sua família.

A relação é algo fulcral em enfermagem, pois sem ela todas as nossas ações seriam meras tarefas, tal como afirmam Querido, Salazar e Neto (2010). Em cuidados paliativos, esta relação é um fator fundamental, não só com o utente mas também com a sua família/amigos, porque juntos se encontram em sofrimento e em ambos têm dúvidas e medos que podem ser ultrapassados através de uma comunicação eficaz entre a equipa terapêutica e a família/amigos, porque *“a doença de um membro da família é também doença familiar, em que todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, pelo que, para a equipa terapêutica, o doente e a família constituem a unidade a tratar”* (Guarda, Galvão e Gonçalves; 2010, pág. 753). Do mesmo modo, Twycross reitera esta ideia ao afirmar que *“os objetivos da boa comunicação em paliativos é reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao doente e à sua família uma direção”* (2003, pág. 37). Embora não tenha comunicado autonomamente com os utentes ou familiares, porque o

conhecimento teórico sem a prática, poderia levar-me a causar danos irreversíveis, a existência da necessidade de comunicação para com eles e os temas importantes a serem abordados eram identificados por mim e discutidos com a orientadora, assim como, posteriormente, as várias reações verbais e não-verbais eram identificadas de modo a definir a necessidade de novas ações porque *“da mesma forma que palavras ou frases inócuas podem comunicar imenso sobre a enfermagem, outro tanto sucede com gestos, posturas, aparência física e ações”* (Buresh e Gordon, 2006 pág.62).

Como exemplo do que ficou exposto anteriormente, recorro a conferência familiar realizada no quarto de um dos utentes da unidade, que tinha sido internado há cerca de três semanas com patologia do foro oncológico, na qual esteve presente, para além do próprio, a esposa. Ambos apresentavam expectativas de que o utente iria ter alta, no entanto, devido ao agravamento do seu estado geral, a equipa que o acompanhava informou-os de que a alta hospitalar seria algo a adiar se assim o utente e a esposa o aceitassem. Para Deodato (2008, 2012 e 2014), o utente tem o direito de consentir ou recusar os cuidados de saúde, sendo que, os cuidados de enfermagem são sempre dirigidos à pessoa com o respeito pela sua autonomia e dignidade, desenvolvendo assim uma relação com o intuito de promover os projetos de saúde individuais.

Esta conferência teve como principal indicação discutir o plano terapêutico e preparar a alta do utente. Os principais objetivos foram: interpretar novos dados clínicos, explicar opções terapêuticas, explorar expectativas e esperanças face ao tratamento e evolução da doença, prestar apoio e validar/percecionar reações emocionais, permitir a expressão de sentimentos, preocupações e medos.

No decorrer da conferência familiar foi identificado o fator que estaria na origem do desejo de regressar a casa. O utente pretendia celebrar o seu aniversário da forma habitual e queria fazê-lo com um almoço de família. Assim, no dia seguinte proporcionou-se a festa de aniversário na Sala de Atividades Lúdicas, promovendo-se uma reunião familiar. Foi um momento especial para todos e que trouxe um sentimento de grande tranquilidade e satisfação. Como nos indica Conceição (2015), quanto mais individualizados forem os cuidados prestados aos utentes e quanto mais despertos estivermos para as pequenas necessidades de cada um, mais eficazmente promovemos a qualidade de vida dos que estão ao nosso cuidado. Esta necessidade que o utente tinha só foi identificada durante a primeira conferência familiar, pois até então, embora internado há algum tempo, o utente não tinha ainda estabelecido uma relação de ajuda com a equipa de modo a facilitar a identificação das suas necessidades. No entanto, durante a

conferência familiar em que se reforçou a relação de ajuda através da comunicação, foram identificadas as principais necessidades do utente e da esposa, de modo a que a aceitação do prolongamento do internamento se tornasse mais fácil e consensual. Este cuidado que é a essência dos enfermeiros não anula as intervenções técnicas, mas complementa-as e aumenta a sua eficácia (Caldeira, 2011).

Sublinha-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dado poder *“manter, de forma contínua e autónoma, o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”* e ter podido *“demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* (UCP; 2015, pág. 3 e 4).

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a duas reuniões interdisciplinares, onde estavam presentes a equipa Médica, de Enfermagem, a Psicóloga, o Farmacêutico, os Fisioterapeutas e a Nutricionista, e que tiveram como objetivo principal analisar os vários planos traçados para os utentes, de modo a poder avaliar-se o trabalho concretizado, também, identificar novas necessidades do utente ou novas metodologias a utilizar por toda a equipa.

Na segunda reunião foi-me dada a oportunidade de apresentar à equipa interdisciplinar, dois utentes com internamento recente na unidade no sentido de discutir a adequação do plano de intervenção, face aos diagnósticos levantados. Senti alguma dificuldade inicial, por ser um elemento externo à equipa, mas foi ultrapassado conseguindo responder às questões colocadas sobre os utentes, tendo assim participado ativamente na discussão. Sublinho este momento como fundamental para o debate sobre os planos de cuidados entre toda a equipa, tendo como objetivo a identificação de estratégias de resolução das necessidades identificadas, participar no processo de tomada de decisões sobre intervenções e plano de atuação, bem como proporcionar um espaço para o reconhecimento de sentimentos e dificuldades pessoais relativamente a esses mesmos casos, através do trabalho desenvolvido em equipa. Prieto (2014) afirma que existe uma necessidade de todos os elementos da equipa multidisciplinar passarem a mesma informação, por um lado para o utente não perder a confiança na equipa, por outro de modo a que todos trabalhem com o mesmo objetivo.

Salienta-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dado poder *“gerir e interpretar, de forma adequada,*

informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada” (UCP; 2015, pág. 3 e 4).

O segundo objetivo consistiu:

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com descontrolo sintomático em contexto de cuidados paliativos.

Este objetivo teve origem no facto de a grande maioria dos internamentos dos utentes na unidade, ocorrerem pelo descontrolo sintomático, apesar de alguns utentes já se encontrarem a ser acompanhados pelos médicos da unidade em consulta.

Embora o controlo de sintomas através de técnicas não farmacológicas e a terapêutica administrada seja idêntica e transversal, os cuidados paliativos têm especificidades no que diz respeito ao controlo sintomático. Nomeadamente os efeitos secundários dos medicamentos, o efeito adjuvante, a necessidade de, antes do levantamento do diagnóstico de enfermagem, ser despistada a possibilidade de o sintoma verbalizado poder estar a sobrepor-se ao verdadeiro sintoma desconfortante (Sousa, 2014).

Na unidade onde desenvolvi o meu estágio, é utilizada uma escala de avaliação de sintomas, a Escala de Edmonton, que avalia nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia). Trata-se de um instrumento fundamental na monitorização de sintomas em cuidados paliativos, em utentes com doença oncológica, sendo também possível ser aplicada a utentes não oncológicos, com a possibilidade de poder acrescentar mais sintomas, se assim se achar pertinente. É uma escala de autoavaliação, em que a intensidade de cada um dos sintomas é avaliada através de uma escala visual analógica, ou através de uma escala numérica de zero a dez, sendo que zero significa ausência de sintoma e dez significa a gravidade possível do sintoma ou da forma como este é percecionado.

A escala é entregue ao utente no dia do acolhimento, de três em três dias e no momento da alta dando a possibilidade de evidenciar no contexto do descontrolo sintomático, qual o sintoma predominante e a evolução dos sintomas ao longo do acompanhamento ao utente, permitindo à equipa avaliar a eficácia e os resultados da terapêutica e tratamento instituídos, assim como a necessidade de revisão dos mesmos, ajudando também na identificação da informação mais direcionada para as necessidades

do utente. A utilização da escala não deverá ser realizada isoladamente, pois em alguns casos o descrito pelo utente pode estar a sobrevalorizar ou a desvalorizar o sintoma em si, mas como complemento à avaliação geral diária do utente, tal como afirma Ahya *et al* (2000, pág. 79), “*a necessidade de ajuda pode ser claramente expressa pelo doente ou detetada pelo enfermeiro*”.

Frisa-se aqui o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dado poder “*produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara*”, e ter podido “*desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*” (UCP; 2015, pág. 4).

Uma técnica que tem “renascido” com o desenvolvimento dos cuidados paliativos, é a hipodermoclise sendo utilizada em todos os utentes internados neste serviço. Esta técnica tem como vantagens a diminuição da dor dos utentes, assim como a possibilidade de administração de terapêutica sem a necessidade de existir um acesso venoso, sendo que consiste na infusão de fluidos no tecido subcutâneo. A absorção é mediada por forças hidrostáticas e osmose que permitem que a solução atinja o espaço intravascular. Como nos indica Moreira (2010, pág. 121), “*a via subcutânea veio trazer mais conforto e qualidade de vida ao doente/família alvo de um conjunto de intervenções no universo dos cuidados paliativos*”, principalmente porque estamos a referir-nos a uma população que, na sua maioria, tem contra-indicação para a utilização da via oral como via de administração terapêutica e a via endovenosa causa muito desconforto e malefícios, como por exemplo o risco elevado de infeção.

A utilização da técnica anteriormente mencionada possibilita-nos a melhoria da qualidade de vida dos utentes. Embora a noção de qualidade de vida seja algo subjetivo, o alívio da dor ou do sofrimento, com a administração da terapêutica essencial para o controlo da sintomatologia e a autonomia que este controlo pode dar ao utente, fará com que a sua perceção de qualidade de vida aumente. Neste sentido, Ribeiro (2002) afirma que a qualidade de vida está relacionada principalmente com os sintomas, características do tratamento e os efeitos secundários.

Destaca-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dado ter podido “*demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*” e poder “*tomar decisões*

fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” (UCP; 2015, pág. 4).

2.2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

A área diferenciada da Medicina Intensiva centraliza a sua missão na prevenção, diagnóstico e tratamento/cuidados a utentes “*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*” (Ordem dos Enfermeiros; 2010, pág. 1).

A Unidade de Cuidados Intensivos onde desenvolvi o estágio referente ao módulo II, que decorreu no período de 1 de Setembro a 24 de Outubro de 2015, encontra-se inserida num hospital público-privado, cuja missão é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma intervenção de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados.

A unidade de Cuidados Intensivos destina-se ao internamento de utentes, na sua maioria em situação crítica, das especialidades médica e cirúrgica. Admite utentes da área de toda a instituição hospitalar ou, por acordo prévio, referenciados por outros hospitais. Estes utentes necessitam de vigilância e monitorização hemodinâmica contínua, suporte ventilatório ou técnicas de substituição da função renal.

A unidade é constituída por oito *box*'s, ou unidades individuais, que se distribuem à volta de uma zona central onde está implementada uma área de trabalho que, desta forma, mantém um vista privilegiada sobre todas estas unidades individuais. Para além disso, possui uma sala para realização das passagens de turno e outra sala de trabalho para a equipa de enfermagem, ambas totalmente envidraçadas de modo a que se possa observar continuamente os utentes que se encontram internados nas unidades individuais.

Durante o estágio, e após ter ultrapassado a fase inicial de integração, defini dois objetivos pessoais, o primeiro na área da prestação de cuidados ao utente submetido a ventilação mecânica invasiva e o segundo na área da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes com acessos vasculares que necessitam de tratamento substitutivo renal.

Ao primeiro impacto, esta unidade pareceu-me um lugar frio, hostil, onde a tecnologia sobrepunha as ações humanas corroborando com o que Silva e Lage (2010)

nos dizem. Progressivamente, através do conhecimento da dinâmica e funcionamento da unidade clínica, esta ideia foi desmistificada.

Visto tratar-se de uma área de cuidados com tantas especificidades, tendo em conta o grau de complexidade que os utentes internados apresentam, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica de maneira a conseguir fundamentar teoricamente os cuidados que iria prestar. Deste modo, segui o sentido das palavras de Collière (1999) quando refere que as competências que caracterizam uma profissão, decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados e a sua aquisição requer o domínio prévio dos fundamentos teóricos dessa mesma competência.

Assim, o meu primeiro objetivo foi:

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva hospitalizada na Unidade de Cuidados Intensivos e sua família.

Nesta prestação de cuidados globais e individualizados, as primeiras dificuldades com que me deparei foram a mobilização do utente ventilado, pelo risco de desconexão da prótese ventilatória, e a interpretação dos parâmetros ventilatórios, pela sua complexidade.

Apesar da pesquisa bibliográfica prévia e dos conhecimentos adquiridos na formação pós graduada, o contacto com a prática é sempre diferente e surgem sempre dificuldades quando não existe qualquer experiência na área. Progressivamente, fui sentindo maior autonomia e capacidade de iniciativa na resolução dos problemas relacionados com o utente ventilado e nos diversos cuidados relativos ao mesmo. Assim, fui desenvolvendo as minhas capacidades até ser capaz de identificar os parâmetros do ventilador de forma autónoma, conseguindo estabelecer a correspondência entre as alterações dos parâmetros e a resposta do utente, assim como estabelecer a ligação entre os valores analíticos de uma gasimetria e conseqüente alteração dos parâmetros do ventilador, pelo médico.

Apesar dos inúmeros benefícios, a utilização de ventilação mecânica pode acarretar complicações, tendo, por isso, procurado sempre a prevenção das complicações, assim como o despiste precoce das mesmas. Deste modo, os principais cuidados que desenvolvi neste contexto foram a vigilância atenta ao estado de consciência do utente, às alterações da coloração da pele e mucosas, ao estado hemodinâmico, aos resultados do

balanço hídrico, aos valores de gasimetria e à presença/ausência de distensão abdominal. Executei sempre o ajuste correto da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal, a fixação adequada do tubo, a aspiração de secreções do mesmo e a resposta do utente a estas intervenções. Para além disto, adotei medidas de prevenção da pneumonia associada à ventilação, com base na evidência científica que resultou da minha pesquisa, nomeadamente, a elevação da cabeceira do leito a 30°, a avaliação diária da necessidade de sedação, a aspiração da secreção subglótica, a higiene oral e a monitorização da pressão do *cuff* (Passos e Castilho, 2000).

Sublinha-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dado ter podido “*avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada*” e dado poder “*tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização*” (UCP; 2015, pág. 4).

No que diz respeito à técnica de aspiração de secreções, sendo esta uma medida preventiva, tem também associadas complicações resultantes da sonda de aspiração, da pressão do vácuo exercida, dos efeitos secundários que podem ocorrer e com a avaliação da necessidade de realizar aspiração. Durante o procedimento de aspiração de secreções através do tubo orotraqueal, operacionalizei os meus cuidados segundo os resultados da evidência científica, nomeadamente no que é considerado válido e relevante em relação ao equipamento de proteção individual a utilizar, tamanho adequado da sonda consoante o tubo endotraqueal presente, cumprimento das regras da técnica assética durante todo o procedimento e respeito pelos limites de permanência de uma mesma sonda e regras para a sua substituição. Simultaneamente, mantive avaliação constante e atenta dos parâmetros hemodinâmicos do utente, nomeadamente a saturação periférica de oxigénio, a coloração da pele e mucosas e vigilância do estado de consciência, atendendo ao facto de que a aspiração endotraqueal poderá expor os utentes a sérios riscos como a hipoxemia, atelectasia, arritmia e infeção.

No que diz respeito à infeção, o utente com tubo orotraqueal além de perder as suas barreiras de defesa das vias aéreas superiores, está sujeito a contaminação exógena provocada pelas mãos dos profissionais de saúde e do equipamento respiratório. Assim, medidas preventivas como a correta higienização das mãos, utilização das barreiras de proteção individual e a manutenção dos circuitos respiratórios, são imperativas, como nos indicam Swearingen e Keen (2001).

Assim consegui alcançar as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nomeadamente “*demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*” (UCP; 2015, pág. 4).

A comunicação com o utente ventilado, é também uma ferramenta importante na prestação de cuidados, uma vez que o estado de vulnerabilidade provocado por um problema de saúde aumenta a necessidade do utente de se sentir importante aos olhos dos outros, que só uma escuta atenta e ativa a pode satisfazer. A comunicação é um dos instrumentos básicos e indispensáveis, capaz de favorecer e ajudar no processo de humanização do cuidar, diminuindo a ansiedade da equipa de enfermagem, dos utentes e familiares, proporcionando confiança e segurança aos mesmos.

Na comunicação com o utente submetido a ventilação mecânica, onde as dificuldades comunicacionais são ainda mais evidentes, procurei que a presença do tubo endotraqueal, a conexão à prótese ventilatória ou a medicação analgésica e sedativa instituída, não se tornassem barreiras impeditivas à comunicação. Para este efeito, fui desenvolvendo e aperfeiçoando aptidões que me permitissem consciencializar e estar desperto para os comportamentos não-verbais dos utentes, uma vez que seria essa a sua forma de comunicar, gerindo assim “ (*...*) *a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4).

Relativamente ao que ficou exposto, recordo-me de uma situação na qual, um utente consciente e orientado com um tubo endotraqueal, se mostrava sempre atento ao ambiente que o rodeava e a todos os cuidados que lhe eram prestados. Diversas vezes, atendendo às suas expressões faciais, apercebi-me das suas dúvidas em relação ao que se ia passando e ao que ia ouvindo, esclarecendo-o com prontidão e perguntando-lhe como se sentia, se tinha conseguido descansar ou se tinha dor ou desconforto, sentindo da sua parte gratidão, momentos breves de alegria, satisfação, calma e esperança. Todos estes sentimentos se refletiam através do seu olhar, das suas expressões e dos seus gestos, o que contribuiu para um sentimento de apaziguamento, da minha parte, por sentir que estava realmente a ajudá-lo e a fazer a diferença na vida daquela pessoa.

Mobilizando conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o utente ventilado para o contexto da prática, desenvolvidos e adquiridos na formação pós graduada, através do orientador de estágio e utilizando a pesquisa bibliográfica, fui capaz de estabelecer uma comunicação eficaz com o utente ventilado, gerindo e interpretando, de forma adequada, a informação adquirida/desenvolvida. Neste âmbito, para os utentes

impossibilitados de escrever, recorri à utilização de frases curtas, aconselhando a acentuação das sílabas e procurando aplicar a linguagem gestual como a mímica facial, gestos e a leitura dos lábios. No caso descrito anteriormente, o utente era tetraplégico, pelo que a utilização da escrita estava impossibilitada. Da mesma forma, realizei ensino à família na comunicação com o seu familiar impossibilitado de expressar-se verbalmente, incentivando que conversassem com ele, nomeadamente, sobre aspetos relacionais positivos considerados importantes e incentivando-os a acarinhar o utente através do toque (Passos e Castilho; 2000).

O facto de se estabelecer uma relação terapêutica com o utente, permite uma maior compreensão e aceitação face aos procedimentos que são necessários implementar, facilitando a identificação das suas necessidades, oferecendo-lhe simultaneamente apoio, conforto e despertando os seus sentimentos de confiança e auto estima.

Sublinha-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dado poder *“tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”* (UCP; 2015, pág. 4).

Durante o estágio prestei apoio na realização dos primeiros testes de morte cerebral numa utente, de modo a tornar viável a doação dos órgãos para transplante. Os testes de morte cerebral são realizados após seis horas depois da primeira avaliação da escala de Glasgow de três, têm de ser aplicados duas vezes, mediados por um espaço temporal de pelo menos duas horas e são realizados por dois médicos diferentes nos dois momentos. Um destes profissionais deve ser externo à unidade onde o utente avaliado está internado e nenhum dos médicos pode pertencer à equipa responsável pelo transplante. Assim, a especialidade dos médicos que aplicam estes testes de morte cerebral devem ser neurologia ou neurocirurgia, ou devem possuir experiência em cuidados intensivos.

Antes da realização dos testes de morte cerebral deve assegurar-se que o utente não se encontra com temperatura central inferior a 34° C, nem com hipotensão de médias inferiores a 60 mmHg, nem sob o efeito de fármacos depressores do sistema nervoso central e, principalmente, tem de se conhecer a causa e a irreversibilidade da situação clínica. Os testes de morte cerebral, tal como nos indicam Phipps, Sands e Marek (1999), têm como objetivo despistar causas reversíveis do estado de inconsciência como sobredosagem medicamentosa ou hipotermia, avaliar a ausência de resposta a estimulação

externa, de reflexos tronculares e a ausência de estímulos respiratório em presença de hipercapnia, ou seja, a ausência irreversível de atividade do tronco cerebral.

Frisa-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dado poder “*demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*” (UCP; 2015, pág. 4).

Os utentes internados nas unidades de cuidados intensivos são frequentemente submetidos a diversas técnicas invasivas associadas, na maioria dos casos, à ventilação mecânica. Uma dessas técnicas é a utilização do balão intra-aórtico, utilizado num utente que se encontrava em choque cardiogénico. Neste caso o dispositivo é utilizado com o intuito de diminuir a pós-carga, de modo a aumentar a perfusão arterial coronária. O balão é inserido na artéria femoral até ser colocado entre a artéria subclávia esquerda e a artéria renal, sendo que o balão insuflava a cada diástole e desinsuflava a cada sístole. Durante a realização desta técnica existe o risco de ocorrerem algumas complicações, nomeadamente a disseção da aorta, a formação de trombos, o compromisso circulatório do membro inferior envolvido; deste modo, é necessária uma avaliação diária da coloração e temperatura de ambos os membros inferiores, para despiste da obstrução de uma das artérias, subclávia ou renal, caso ocorra a migração do balão, tal como afirmam Swearingen e Keen (2001).

Nos utentes que necessitam de uma vigilância mais detalhada sobre as medidas de pressões hemodinâmicas, principalmente na determinação do débito cardíaco ou da resistência vascular sistémica, é utilizado o cateter Swan-Ganz, mais utilizado em utentes que apresentem complicações cardíacas. Todos estes dados são calculados através do enchimento de um balão, que se encontra inserido na artéria pulmonar. Os cuidados a ter com o utente que se encontra a ser submetido a esta técnica, é verificar que o balão se encontra desinsuflado de modo a não provocar um enfarte pulmonar. Por isso, a vigilância do local de inserção do cateter pulmonar é essencial de modo a prevenir complicações e a utilização da técnica assética na manipulação e realização do penso (Silva e Lage, 2010).

O segundo objetivo de estágio que me propus alcançar foi:

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados aos utentes, promovendo práticas seguras dos enfermeiros na abordagem aos acessos vasculares dos utentes com insuficiência renal.

Uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde é a redução das infecções nosocomiais, nomeadamente as que levam ao aumento dos dias de internamento e que, por sua vez, levam a um aumento do custo de internamento pela utilização de antibioterapia e outras técnicas necessárias (Carvalho *et al*, 2011). Os mesmos autores referem que 25% dos internamentos em pessoas com insuficiência renal crónica é derivado a complicações nos acessos vasculares e que estes representam 50% dos custos hospitalares neste grupo de utentes.

Ao longo dos meus primeiros dias de estágio, fui identificando determinadas melhorias que poderiam ocorrer, por um lado na identificação do tipo de acesso e de complicações, por outro lado nos cuidados prestados aos acessos funcionantes que os utentes já apresentavam aquando do internamento. Do mesmo modo a avaliação do acesso vascular seria uma ferramenta importante no sentido da manutenção da sua funcionalidade e na prevenção de complicações, que poderiam estar na origem da falência do mesmo. Assim, após várias leituras da temática em questão e após a discussão sobre o tema com o enfermeiro orientador, enfermeira-chefe e orientadora académica, concluímos que deveria ser realizada uma sessão de formação que iria incidir sobre os cuidados dos enfermeiros aos acessos vasculares dos utentes com insuficiência renal de uma forma descritiva com a valorização dos conhecimentos dos enfermeiros presentes.

Na sessão de formação foi falado sobre a avaliação do acesso que resulta da sua auscultação, de modo a ouvir o sopro ao longo de todo o acesso, da sua palpação, de modo a sentir o frémito ao longo do acesso e da sua observação, de modo a visualizar sinais inflamatórios que possam surgir.

Foi também abordado a prevenção de complicações do acesso vascular, este não deve ser utilizado como acesso periférico para administração de terapêutica ou para colheita de sangue. Do mesmo modo, nunca se deve aplicar a braçadeira de avaliação da tensão arterial no membro do acesso, assim como deve evitar-se a utilização de roupas apertadas. Quando o utente apresenta uma hipotensão severa, o acesso vascular deve ser avaliado no sentido de testar a sua funcionalidade e viabilidade de recuperação.

A sessão de formação decorreu com a presença de metade dos elementos da equipa de enfermagem que estavam a realizar turno, sendo realçada a importância dos cuidados na prevenção das complicações que poderão levar à falência do acesso. Embora na unidade de cuidados intensivos os tratamentos de substituição da função renal sejam realizados através do cateter venoso central provisório, colocado a nível da femoral ou

subclávia, os utentes com insuficiência renal crónica, com acessos vasculares funcionantes, internados na unidade representam uma percentagem significativa.

Destaca-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dado ter podido *“comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”*, *“zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização”*, *“Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização”*, *“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”* e *“promover a formação em serviço na sua área de especialização”* (UCP; 2015, pág. 4 e 5).

2.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

A enfermagem de urgência caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos de utentes e de situações de saúde-doença (Patrick, 2011), sendo que pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação constante com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, exigem do enfermeiro a atualização permanente dos seus conhecimentos teórico-práticos (Sheehy's, 2011).

A prática de enfermagem de urgência é sistemática e inclui o processo e o diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões, pensamento científico e analítico e investigação (Patrick, 2011). No que se refere ao âmbito da prática, esta envolve avaliação inicial, diagnósticos, tratamento e avaliação final, sendo que a resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao utente e/ou família, referenciação adequada e conhecimentos das implicações legais relacionadas com o contexto (Patrick, 2011). É ao Serviço de Urgência Geral que, preferencialmente, se recorre quando se vivencia um processo de doença aguda ou quando ocorre a agudização de uma doença crónica. Deverá ser função do serviço de urgência, prestar cuidados de saúde em tempo útil e de qualidade a todos os que lá se dirigem em situação de urgência ou de emergência, devendo o serviço de urgência garantir a individualidade, a segurança e a dignidade da pessoa (Freitas, 2012).

O serviço de urgência médico-cirúrgico, onde decorreu o meu estágio do módulo I, desenvolvido de 26 de Outubro a 19 de Dezembro de 2015, pertence a um hospital público-privado, cuja missão é a promoção e a prestação de serviços de saúde à população da sua área de atuação ou a qualquer outro cidadão em situação de emergência

médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e do ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente da qualidade.

O serviço de urgência destina-se ao atendimento de utentes vindos do exterior do hospital, sejam eles acompanhados pelos Bombeiros, Instituto Nacional de Emergência Médica, através de meios próprios ou ainda referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes ou pela Linha de Saúde 24.

O serviço de urgência é constituído por uma sala de espera para utentes pouco urgentes, uma sala de espera para utentes urgentes, mas autónomos, duas salas de triagem, uma sala de reanimação, três salas de observação, uma sala de tratamento, quatro gabinetes médicos, uma sala utilizada para a transmissão de notícias ou para consultas de psiquiatria, duas salas de pequena cirurgia e uma sala de ortopedia.

A equipa de enfermagem encontra-se distribuída pelas diversas salas, sendo que, o enfermeiro é o profissional responsável pela sala onde está. Existe sempre um enfermeiro responsável pela urgência e outro responsável pela sala de observação número três, assim como, existe o enfermeiro responsável pela triagem e entre um a dois enfermeiros de apoio.

Os utentes que recorrem ao serviço de urgência são triados através do Protocolo de Manchester segundo a sua prioridade de atendimento. Assim serão atribuídas as cores consoante o grau de urgência do quadro clínico: vermelho para situações emergentes, laranja para situações muito urgentes, amarelo para situações urgentes, verdes para situações pouco urgentes e azuis para situações não urgentes e direcionados segundo a sintomatologia para as várias valências existentes, nomeadamente medicina interna, cirurgia e ortopedia, existindo várias especialidades médicas que se encontram de apoio à urgência. A triagem de Manchester organiza o acesso aos cuidados, segundo a identificação da prioridade clínica (Freitas, 2012). Isto quer dizer que é utilizada para determinar a gravidade de uma doença ou de uma lesão às pessoas que dão entrada no serviço de urgência, com a finalidade de colocar o utente no local certo e no momento certo para receber o nível adequado de cuidados de que necessita (Sheehy's, 2001).

Durante o estágio e após ter ultrapassado a fase inicial de integração, defini dois objetivos pessoais. O primeiro na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência e emergência no Serviço de Urgência e sua família e o segundo na área da melhoria da qualidade dos

cuidados prestados, promovendo práticas seguras dos enfermeiros na transmissão de más notícias.

Concretizando, o primeiro objetivo foi:

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e emergência e sua família.

Segundo Collière (1999, pág. 316), a prestação de cuidados ” (...) *é exercer um poder que é de facto delegado pelos utilizadores dos cuidados, no sentido em que recorrem a pessoas susceptíveis de lhes oferecer um serviço que possa complementar ou suplementar a sua própria acção*”. De modo alcançar este objetivo pessoal, e para que fosse integrando não só o espaço, mas também métodos e programas informáticos utilizados no serviço de urgência, iniciei o estágio na sala de observação três. Esta sala tem uma capacidade para dezoito utentes que se encontram a aguardar vaga para internamento. Possui também um quarto de isolamento.

O enfermeiro responsável pela sala de observação três, é também o responsável pela sala dos diretos, quando é encaminhado um utente para a mesma. A orientadora do meu estágio desempenhava essa função de responsável, pelo que, várias vezes teve que prestar cuidados aos utentes que entravam para a sala dos diretos, nomeadamente utentes com diagnósticos de enfarte agudo do miocárdio, com edema agudo do pulmão, com ventilação mecânica não invasiva, em choque hipovolémico, entre outras situações de urgência. Nestas situações, observei-a a estabelecer prioridades na prestação de cuidados pois, conforme defende Sheehy's (2011) estabelecer prioridades, mercê de avaliação qualificada e intervenções adequadas, contribui significativamente para a redução da mortalidade e da morbidade.

A abordagem e o cuidar do utente urgente e emergente, constituem um desafio significativo e complexo, implicando, para quem cuida, a mobilização de um conjunto de conhecimentos que se encontram todos interligados de forma a poder atuar para o bem do utente, em tempo útil e com eficácia, pelo que, é fundamental que os profissionais saibam exatamente o que fazer perante cada uma das situações com que se deparam, pois várias pessoas recorrem diariamente ao serviço de urgência em situações, por vezes, de grande instabilidade e sofrimento, que pode ser físico, mental ou psicológico, tornando-as, a elas e conseqüentemente aos seus familiares, frágeis e impotentes perante a situação que estão a vivenciar, esperando que a equipa de saúde olhe para elas e estabeleça uma relação de

cuidado. Este cuidado, citando Vieira (2009, p.115), “(...) *baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro, é partilhar a sua dor, aliviar o seu sofrimento (...) não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos (...) exige tempo (...) não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho*”. A implementação dos cuidados num serviço de urgência exige, por isso, perícia, implicando da parte de quem atua, conhecimentos, experiências, atitudes e a correta utilização dos padrões de cuidados, na procura permanente da excelência dos cuidados, obtendo-se assim a satisfação de quem recorre ao serviço.

No decorrer do estágio e tendo apreendido o modo de funcionamento do serviço de urgência, realizámos vários turnos na sala de observação um, onde se encontram os utentes identificados com pulseiras vermelhas, laranjas e amarelas em maca. Nesta sala, a rotatividade de utentes é elevada e a necessidade de prestar esclarecimentos e informações à família é muito exigente. Recordo-me da situação de uma senhora, cuja mãe se encontrava na sala de observação um, na primeira divisória, no entanto, por uma questão de gestão da sala foi necessário mudar a utente para outro local. Quando a familiar entra para saber informações da mãe e não a encontra, entra em desespero, iniciando um quadro de verborreia, que só se conseguiu resolver quando eu a acompanhei até à sua mãe e a própria constatou que se encontrava bem dentro do que era espectável.

Num serviço de urgência onde tudo acontece rapidamente, com grande rotatividade de utentes, pode parecer difícil o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. No entanto, o recurso a atitudes e habilidades relacionais podem contribuir para um cuidar holístico e intenso. Acima de tudo, a utilização de uma linguagem simples é essencial na comunicação com o utente e sua família. Os principais alvos na relação de ajuda às famílias, são o suporte psicológico e a educação. Ao utilizar a comunicação como instrumento de suporte nas suas intervenções, o enfermeiro aproxima-se da pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança (Freitas, 2007). Não nos podemos esquecer de que a partilha das emoções e sentimentos é relevante, pois a satisfação das necessidades físicas é tão importante como a satisfação das necessidades psicológicas, espirituais e sociais.

Em todas as nossas intervenções de enfermagem, como a descrita anteriormente, temos de ter presente as técnicas de comunicação como a escuta ativa, o toque terapêutico e a comunicação nas suas diferentes vertentes, como forma de poder “estar com”. E toda esta possibilidade de “estar com” é tanto mais importante quando o outro, pela doença,

pelo sofrimento, pelo desamparo e pela mudança de vida e de circunstâncias que um internamento lhe pode provocar, vive uma situação de angústia, de fragilidade, de solidão. A relação com o utente passa por um tocar com solicitude. Segundo Biscaia (1994), tocar de quem se cuida e trata, constitui um dos mais importantes meios de comunicação, de estar presente.

Acentua-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dado poder *“avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada”* e ter podido *“demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”* (UCP, 2015; pág. 4).

De modo a alcançar o meu primeiro objetivo e proposto pela enfermeira orientadora, realizei um dia de estágio de observação com a psicóloga. No serviço de urgência onde decorreu o meu estágio, existem duas psicólogas que, por turnos, vão facultando informação aos familiares, encaminhando-os e atuando como elos de ligação entre a equipa que se encontra a cuidar dos utentes e os familiares que se encontram na sala de espera e que necessitam de receber notícias. Desta observação que realizei, pude concluir o quão importante é comunicarmos com os familiares a angústia que muitos deles vivem, devido ao tempo de espera que os utentes têm, muitos deles porque são reencaminhados para outras salas, onde os familiares não podem permanecer, o que despoleta ainda mais stress aos familiares.

O cuidado em enfermagem, desenvolve-se na relação com a pessoa cuidada e com os familiares/pessoas significativas, sendo a comunicação uma peça fundamental para que se estabeleça uma relação interpessoal. Esta é o meio, através do qual os seres humanos se relacionam, é o aspeto mais importante de uma relação, é o processo de transmitir a informação e compreensão de uma pessoa para outra (Fachada, 2006).

Relativamente ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz e, tendo em conta o que foi anteriormente referido, pudemos assumir uma dinâmica de comunicação/relação efetiva. Ao desenvolver estas atividades, tentei concretizar na prática, a perspetiva de Lazure (1994), que refere, que as técnicas que permitem o desenvolvimento de uma comunicação eficaz são, entre outras, o toque e a escuta ativa. Uma vez que as pessoas que se encontram nas áreas de atendimento estão geralmente acompanhadas pelos familiares, a presença da família também foi sempre valorizada e incluída na prestação de cuidados.

Durante todo o estágio, procurei demonstrar disponibilidade para escutar a pessoa e família, não só através da postura, como dos gestos e da expressão corporal, tendo em conta a unicidade e singularidade da pessoa e da família (Watson, 1985; Watson, 2002). Respeitei os seus valores, as suas crenças e cultura e dei oportunidade para o esclarecimento de dúvidas, respondendo, sempre que possível, às suas necessidades/problemas. Esta prontidão em «estar para a pessoa», permitiu-me estabelecer uma maior proximidade e aperceber-me de uma maior abertura por parte da família.

A transmissão de informação também se mostrou essencial nesta relação, uma vez que a família *“tem necessidade de informação para compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente”* (Phaneuf, 2005, pág.462).

Destaca-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nomeadamente ao *“abordar questões complexas de modo sistémico e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”* e ter *“refletido na e sobre a sua prática, de forma crítica”* (UCP, 2015; pág. 4).

Os cuidados prestados no serviço de urgência geral têm uma importância extrema porque *“(…) é na receção do doente que mais se pode ter impacto positivo no resultado”* (Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012). Por este motivo e segundo o mesmo autor, a atuação neste serviço faz uso de metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução, exigindo paralelamente à interação multidisciplinar, uma comunicação interdisciplinar, fundamental para uma maior e melhor organização da equipa e conseqüentemente maior probabilidade de sucesso dos cuidados. As eventuais falhas de comunicação, podem comprometer o desempenho não só do profissional, mas de toda a equipa, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados porque nenhum profissional atua sozinho mas sim em complementaridade de funções, uma vez que todos os profissionais envolvidos se olharão como membros da equipa e nunca como indivíduos isolados.

A comunicação emerge assim, a par do conhecimento prático, científico, ético, técnico e relacional, sendo transversal e necessária a todas as dimensões do cuidado – técnica, funcional e relacional (Pereira, 2008).

A comunicação foi uma área que me manteve desperto desde o primeiro dia pois, embora exista um espaço físico destinado a este tipo de cuidado, poucas eram as vezes que era utilizado para esse fim, o que pode comprometer esta atividade, uma vez que este

processo se realiza em qualquer local, calmo e privado ou não. Assim, neste sentido, surge o meu segundo objetivo:

Contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados promovendo atitudes seguras dos enfermeiros na transmissão de más notícias.

A definição de más notícias para Buckman e Sancho (cit. in Pereira 2008) é “ (...) *toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro*”, assim sendo, e embora constituem a maioria da informação conferida no serviço de urgência, devido ao caráter súbito e inesperado das situações, poucos são os profissionais capacitados para o fazer (Caldeira e Ribeiro, 2008; Nunez et al., 2006).

De acordo com Pereira (2008), este processo pode perturbar, tanto o recetor como o profissional, criando neste último sentimentos de desconforto, inutilidade e medo, gerando nele mecanismos de fuga, os quais influenciam negativamente o conhecimento e domínio sobre a temática, conduzindo a uma transmissão menos cuidada e simpática. O mesmo autor afirma que, enquanto os medos e sentimentos dos profissionais representarem um problema e constituírem um assunto assustador, horrível e tabu, eles não enfrentarão, nem ajudarão o utente/família de forma calma e útil, mas sim fugirão do assunto e situação delegando essa função, evitando o contacto ou informando-os rápida e superficialmente da situação.

A habilidade e sensibilidade na revelação da verdade desfavorável, diminui consideravelmente o impacto negativo da informação (Bonamigo e Destefani, 2010). Por este motivo e com o intuito de colaborar na melhoria da qualidade dos cuidados prestados destes momentos, sensibilizar os profissionais para a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais e contribuir para esse mesmo desenvolvimento, realizei uma sessão de formação, com o tema: “Comunicação com a família no Serviço de Urgência”, com o intuito de transmitir “*informação* para que os enfermeiros aprendam novos *conhecimentos, habilidades e destrezas*, de forma a serem mais eficientes naquilo que fazem” (Costa, 2003, pág. 270). Hesbeen (2006, pág. 139) defende igualmente a importância da formação, pois esta permite ao profissional “alargar os seus horizontes e melhorar a sua capacidade de ir ao encontro do benefício dos cuidados”, assim como “desenvolver ou atualizar [...] competências técnicas”.

O utente/família que recorre ao serviço de urgência encontra-se a vivenciar um processo de transição, de mudança do seu estado de saúde-doença, entendido por Meleis (2010) como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de redefinição. As transições, para além de alterações no bem-estar físico, são geralmente acompanhadas por uma ampla gama de emoções, estendendo-se os complexos e desafiadores cuidados de enfermagem muito para além dos processos de saúde-doença, uma vez que o enfermeiro enfrenta as reações do utente/família aos problemas reais e/ou potenciais que constituem o foco dos seus diagnósticos (José, 2010; Sheehy, 2011). Os cuidados de enfermagem pressupõem assim e em concordância com Pereira (2008), que o enfermeiro seja perito na arte de comunicar e a utilize como um instrumento no desenvolvimento de todas as suas atividades.

Considero, deste modo, ter contribuído para a partilha e aquisição de conhecimentos e de saberes, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, embora na formação realizada só estivessem presentes cinco enfermeiros, devido à época de grande afluência de utentes ao serviço de urgência, o que inviabilizou a possibilidade da participação de mais membros da equipa. No entanto promovi a edificação do conhecimento científico em enfermagem, a fim de, dar resposta às necessidades da família, aumentando a sua capacidade de adaptação (Meleis, 1997).

Salienta-se aqui o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nomeadamente ao *“comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académicos, a enfermeiros”*, *“demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização* e dado poder *“incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”* (UCP, 2015; pág. 3 e 4).

3. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório, contribuiu para descrever e analisar de forma reflexiva e retrospectiva todo o percurso realizado e a importância que este trouxe para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Para cada estágio, desenvolvi atividades que me permitiram alcançar os objetivos delineados em projeto de estágio, bem como outros não projetados mas que a possibilidade no decurso dos estágios surgia.

Para a realização dos estágios optei por instituições diferentes, o que me permitiu partilhar saberes, práticas, experiências com outros enfermeiros e profissionais. Ao optar por hospitais público-privados recentes e com equipas de enfermagem com um elevado número de recém-licenciados, levou-me a ter a oportunidade de partilhar informação de modo contínuo, de forma a colaborar na melhoria dos cuidados, através de uma experiência de partilha enriquecedora e supervisão de cuidados.

Ao ser orientado por uma enfermeira com o grau de Mestre em Cuidados Paliativos, foi também por si só uma oportunidade de aprofundar mais os meus conhecimentos na área, não só na comunicação com o utente, como também em toda a prestação de cuidados específicos ao utente paliativo.

Os conhecimentos adquiridos neste curso de Mestrado de Especialização durante o período teórico e prático, em conjunto com toda a pesquisa bibliográfica, leitura, análise e reflexão, associados à minha experiência profissional, foram fundamentais para melhorar o meu processo de tomada de decisão.

As minhas principais dificuldades consistiram em passar para o papel todo o meu percurso, no entanto compreendo que só desta forma é que poderei contribuir para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. Outra das grandes dificuldades residiu no facto de muitas vezes, ter dificuldade em conciliar a minha vida pessoal e familiar, a minha vida laboral, com a realização dos estágios, projetos e até mesmo este relatório, sentindo sempre que os períodos estabelecidos para a execução dos mesmos eram reduzidos.

O fato de não poder realizar trocas de turno na empresa onde exerço funções, foi para mim uma limitação para a conciliação de todo o meu percurso.

Como sugestão considero que o estágio opcional deveria, mediante uma justificação com base nas competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e pelos objetivos pessoais do estudante, ter uma maior abrangência nas áreas específicas de enfermagem.

A meu ver considero que atingi os objetivos definidos pela Universidade Católica Portuguesa, bem como os definidos por mim ao longo dos estágios. Tudo isto permitiu-me aperfeiçoar, de forma positiva, o meu percurso enquanto pessoa e enfermeiro.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adebayo, Philip; *et al* (2013) – Más notícias no cenário clínico – experiência dos profissionais de saúde e competência percebida no sudoeste da Nigéria. *Annals of African Medicine*. Vol. 12 nº 4, 205 – 211.
- Ahay, Patra; *et al* (2000) – Colégio de Cuidados De Enfermagem – *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Tradução Dulce Gaspar Cabete. 1º Ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-17-7.
- Almanza-Muños, MJJ; Holland, CJ. (1999) - La comunicación de las malas noticias en la relación medico-paciente. Volume III. *Guía clínica práctica basada en evidencia*.
- Benner, Patrícia (2001) – *De Iniciado a Perito*. Tradução Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Bevis, Em Olivia; Watson, Jean (2005) – *Rumo a um Curriculum de Cuidar: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-98-3.
- Biscaia, J. (1994). Alguns problemas de bioética em saúde. *Cadernos de Bioética*; 8:15-26.
- Bonamigo, El; Destefani, As. (2010). A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*; 18(3):725-742.
- Buckman, R. (1998) - Communication in palliative care: a practical guide. In: Doyle D. et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

- Buresh, Bernice e Gordon, Suzanne (2006) – *Do silêncio à voz: o que as enfermeiras sabem e precisam de comunicar ao público*. Tradução Leonor Abecasis. 2ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-007-2.
- Caldeira, N; Ribeiro, P. (2008). *A transmissão de más notícias baseada no protocolo de Buckman*. *Revista de Saúde Amato-Lusitano*; (25):44-47.
- Caldeira, Sílvia (2011) – *Espiritualidade no cuidar*. Lisboa: Coisas de ler edições. ISBN 978-989-8218-63-6.
- Carvalho, Telmo; et al (2011) – *Acessos Vasculares*. In Fresenius Medical Care, editor - *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. 1ª ed. Lisboa: Almedina.
- Collière, Marie Françoise (1999) – *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª ed. Paris: Lidel – edições técnicas, lda.. ISBN 272 96-0009-4.
- Collière, Marie-Françoise (1999). – *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel. ISBN: 972-757-109-3.
- Conceição, Ana Paula da (2015) – *A competência para o cuidado espiritual em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-53-6.
- Costa, R. (2003) - *Persona: manual prático de gestão de pessoas*, Lisboa: Bertrand editora.
- Deodato, Sérgio (2008) – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-3401-0.
- Deodato, Sérgio (2012)– *Direito da Saúde*. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-4750-8.
- Deodato, Sérgio (2014) – *Decisão Ética em Enfermagem*. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-5226-7.

- Edwards, Marilyn (2010) – Como dar más notícias e evitar as dificuldades comuns. *Nursing & Residential Care*. Vol. 12 nº10; 495-497.
- Eid, Ahmed; *et al* (2009) – Más notícias: padronização das intervenções e competências na comunicação ao paciente hemático-oncológico e práticas avançadas de Enfermagem. *Journal of Cancer Education*. 154 – 159. ISSN: 0885-8195.
- Fachada, Maria (2006) – *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo. ISBN 972-688-120-X.
- Freitas, G. (2007) – *Uma contribuição acerca da fenomenologia e dos cuidados de enfermagem*. nº 21; p. 5-7. [Consulto 23 Abril 2014]. Disponível na Internet: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-5.pdf>.
- Freitas, Paulo (2012) – *Protocolo de Triagem de Manchester – a gestão de risco como missão do serviço de urgência*. In Ponce, Pedro, editor – *Manual de Urgências e Emergências*. 2ª ed. Lisboa: LIDEL. ISBN 978-972-757-861-0.
- Fukui, Sakiko; Ogawa, Keiko; Fukui, Noashi (2010) – *Treino das habilidades de comunicação na transmissão de más notícias para Enfermeiras Japonesas em Oncologia: efeitos do treinamento na confiança dos Enfermeiros e eficácia percebida*. 116 – 119.
- Gómez, Marcos (2006) – *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán. ISBN: 84-95913-96-8.
- Guarda, Hironidina; Galvão, Cristina; Gonçalves, Mara de Jesus (2010) – Apoio à Família. In Barbosa A., Neto I., editores - *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.
- Heath, Helen (1998) – Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648. 27, 1054-1059.

Hesbeen, W. (2006) - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hospital Beatriz Ângelo. <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/institucional/visao-missao-e-valores/>. 17-01-2016 13:00.

Hospital da Luz. <http://www.hospitaldaluz.pt/pt/institucional/visao-missao-e-valores/>. 17-01-2016 12:50.

Hospital Vila Franca de Xira. <https://www.hospitalvilafrancadexira.pt/Section/O+Hospital/Vis%C3%A3o%2c+Miss%C3%A3o+e+Valores/477>. 17-01-2016 13:20.

José, H. . (2010) Comunicar as Más Notícias. *Nursing*, Revista de Formação Contínua em Enfermagem; 22(263):10.

Kérouac, Suzanne; [et. al.] (2007) – *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson. ISBN 97-8844-580-365-3.

Lazure, Hélène (1994) – *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-9539-5-2.

Long, Ann; Chauhan, Geeta (2000) – *A comunicação é a essência dos cuidados de Enfermagem: más notícias*. British Journal of Nursing. Vol. 9 nº14; 931-938.

Mcguigan, Deirdre (2008) – *Comunicar más notícias para pacientes: uma abordagem reflexiva*. Vol. 23 nº 31; 51-57.

Meleis, A. (1997) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* – 3rd ed. – Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher.

Meleis, AI. (2010) Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. *New York: Springer Publishing Company, LLC*.

- Moreira, Luísa Maria Leitão (2010) – *Hipodermóclise uma forma de dignificar a “vida” na prestação de cuidados de saúde no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem orientada pela Prof. Doutora Maria Deolinda Antunes da Luz e coorientada pela Prof. Doutora Isabel F. F. Q. Monteiro Grilo e apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, na especialidade de cuidados.
- Muller, P. Breaking (2002) - *Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. Postgraduate Medicine*.
- Munhall, Patrícia (2001) – *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 3ªed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-1135-7.
- Neto, Isabel Galriça (2010) – *Princípios e Filosofias dos cuidados paliativos*. In Barbosa A., Neto I., editores - *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.
- Nightingale, Florence (2005) – *Notas sobre Enfermagem*. Tradução Carla Ferraz e Germano Couto. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.
- Nunes, Lucília (2010) – *Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem*. Percursos. ISSN 1646-5067. 17:Jul-Set, 3-9.
- Nunez, S; Marco, T; Putze, GB; Ojeda, J. (2006) Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*.; 127(15):580-583.
- Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. [Em linha]. [Consult. 19 Set. 2012]. Disponível em
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2011) – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Passos, Elane; Castilho, Vania Gislene (2000) – Papel da Enfermagem na Assistência ao paciente em Ventilação Mecânica. *Jornal de Pneumologia*. ISSN 0034-7094. nº26.

Patrick, V. (2011) – *Enfermagem de urgência: uma visão histórica*. In *Enfermagem de urgência da teoria à prática*. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.

Pereira, Ana; *et al* (2013) – Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Journal of Nursing* 227 – 235. ISSN:1981-8963.

Pereira, Mag. (2008) *Comunicação de más notícias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, Margot (2005) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Tradução Nídia Salgueiro e Rui Pedro Salgueiro. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

Phipps, Wilma; Sands, Judith e Marek, Jane (2003) – *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática clínica – Volume III*. Tradução Helena Azevedo, Lídia Leal, Nelson Diogo e Ana Espada. 6º ed. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7.

Price, Jayne; Mcneilly, Patricia; Surgenor, Mark (2006) – *Transmissão de más notícias aos pais: o papel dos Enfermeiros pediátricos*. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 12 nº 3; 115-120.

Prieto, Guillermo (2014) – *Comunicação eficaz: teoria e prática da comunicação humana*. Tradução Inês Guerreiro. Lisboa: Escolar Editora. ISBN 978-972-592-402-0.

Ptacek, JT, Eberhardt, TL. (1996) - Breaking bad news - *A review of the literature*. JAMA.

Querido, Ana; Salazar, Helena; Neto, Isabel Galriça (2010) – Comunicação. In Barbosa A., Neto I., editores - *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.

Radzlewicz, Rosanne; Baile, Walter (2001) – *Habilidades de comunicação: más notícias no contexto clínico*. Leadership & Professional Development. Vol. 28 nº6; 951-953.

Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. Lisboa: Climepsi.

Schaffler, Arne; Menche, Nicole (2000) – *Medicina Intensiva e Cuidados de Enfermagem – Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. Tradução Helga Wapp. 1ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-78-9.

Sheehy, S. (2011) - *Enfermagem de Urgência – Da teoria à Prática*. 6ªed. Loures: Lusociência.

Silva, Ana Raquel; Lage, Maria José (2010) – *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 1ªEd. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-11-9.

Sousa, Patrícia Pontífice (2014) – *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0440-9.

Swearingen, Pamela e Keen, Janet (2001) – *Manuel de Enfermagem de cuidados Intensivos – Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes*. Tradução Leonor Abecasis, Teresa Leal, Cândido Durão e Rui Inês. 4ª Ed. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-52-5.

Tomey, Ann; Alligood, Martha (2004) – *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Tradução Ana Rita Albuquerque. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Twycross, Robert (2003) - *Cuidados Paliativos*. Tradução José Nunes de Almeida. 2ª Ed.
Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-093-6.

UCP-ICS (2015) – Guia de Estágio.

Valizadeh, Leila; *et al* (2014) – dizer a verdade e transplante de células estaminais:
experiências dos enfermeiros iranianos. *Nursing Ethics*. Vol. 21 nº5; 518-529.

Vieira, Margarida (2009) – *Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência*. 2ª Edição.
Lisboa: Universidade Católica Editora, (Campos do saber;16). ISBN 978-972-54-
0195-8.

Watson, Jean (1985) – *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado:
Colorado Associated University Press. ISBN 0-87081-154-1.

Watson, Jean (2002) – *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma Teoria de
Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

Watson, Jean (2002a) – *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*.
Tradução João Enes. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1.

APÊNDICE

APÊNDICE I – Sessão de Formação

“Os Cuidados nos Acessos Vasculares nos Insuficientes renais Crônicos”

Os Cuidados nos Acessos Vasculares nos Insuficientes Renais Crónicos

Prótese

É a ligação da artéria com a veia através da utilização de uma PTFE.

Tem um tempo de maturação de 4 semanas.

As punções nas próteses devem ser realizadas mantendo uma técnica asséptica e a sua punção deve ser feita com um ângulo de 45º até que se introduz a agulha no acesso devendo-se reduzir o ângulo para a progressão, é importante manter uma rotatividade nos locais de punção.

Para a remoção das agulhas deve-se realizar a hemóstase que nunca deverá ser inferior a 10 minutos.

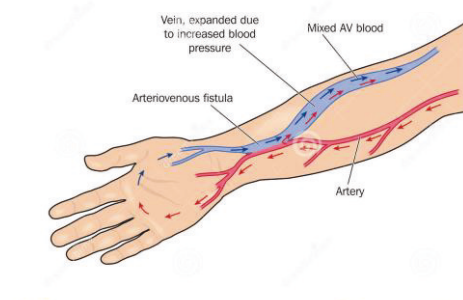


Fístula arteriovenosa

É a anastomose subcutânea de uma artéria a uma veia de grande calibre, uma vez arterializada a veia pode ser puncionada.

Tem um período de maturação de pelo menos 6 semanas.

As punções devem ser realizadas com um ângulo de 20° a 35° e quando se introduz a agulha no acesso deve-se reduzir o ângulo, para a remoção das agulhas deve-se realizar e hemóstase que nunca deverá ser inferior a 10 minutos.



Aneurisma e pseudo-aneurismas

O aneurisma caracteriza-se por uma dilatação segmentar de um vaso sanguíneo envolvendo toda a parede vascular.

Os pseudo-aneurismas são dilatações vasculares constituídas por um hematoma cavitado, cuja parede é constituída por tecido fibroso dos tecidos circundantes.

Estes aneurismas ou pseudo-aneurismas ocorrem na sua grande maioria pelo aparecimento de estenoses de grande percentagem do vaso ou pela utilização dos acessos com a técnica de punção em área.

No entanto em ambos os casos o acesso pode continuar a ser puncionado, devendo-se evitar sempre que possível a punção do aneurisma ou pseudo-aneurisma.



Avaliação dos acessos vasculares

Para uma avaliação correta do acesso vascular devemos de seguir 3 passos:

- Ouvir, através de um estetoscópio o sopro do acesso que deve ser pouco audível e contínuo;
- Sentir o frémito na anastomose arterial e ao longo de todo o acesso, permitindo uma fácil compressão;
- Observar algum sinal de infeção que possa impossibilitar o uso do acesso vascular.

Cuidados a ter nos acessos vasculares

- Evitar medir tensão arterial;
- Evitar colher sangue;
- Evitar roupa apertada, pulseiras identificativas ou restrições num braço com fístula;
- Após um episódio hipotensivo verificar sempre a permeabilidade da fístula ou enxerto;
- Não efetuar posicionamentos laterais completos para o lado do membro do acesso podendo levar a uma oclusão parcial da artéria.

APÊNDICE II - Sessão de Formação

“Comunicação com a família no Serviço de Urgência”

Comunicação com a Família no Serviço de Urgência



Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Comunicação

Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados (CIPE versão2).

Comunicação

É considerada como o alicerce da enfermagem, a arte do cuidado holístico à pessoa e o centro de grande parte dos cuidados de saúde (Verity, 1996 e Anthonypillai, 1993). Briga (2010) acrescenta que a comunicação enfermeiro/pessoa direciona as intervenções de enfermagem para uma perspectiva científica, técnica, relacional e ética, contribuindo para a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Família

Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (CIPE versão2).

Família

A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados (Vieira, 2007).

Habilidades comunicacionais

- A escuta ativa;
- Compreensão empática;
- Feedback;
- Comunicação não verbal;
- Contacto físico/toque.

Metodologia da R.I.L.

Objetivo: Identificar as intervenções de Enfermagem promotoras da minimização do impacto da transmissão de notícias aos familiares.

A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCO e RCAAP a 24 de setembro de 2015.

Os critérios de exclusão: publicações anteriores a 2000 e artigos cujas intervenções não sejam de Enfermagem.

Os critérios de inclusão: artigos de acesso integral e artigos redigidos em Português, Inglês e Castelhana.

Da pesquisa resultarão 42 artigos que após avaliação passaram 10 artigos.

Resultados e Discussão

- Ouvir mais do que ser ouvido;
- Não infantilizar;
- Não utilizar eufemismos;
- Não banalizar o momento;
- Não retirar a esperança.

(ADEBAYO *et al*, 2013; PRICE, MCNEILLY, SURGENOR, 2006; MCGUIGAN, 2008; EDWARDS, 2010; RADZLEWICZ e BAILE, 2001; LONG e CHAUHAN, 2000)

Resultados e Discussão

- A linguagem deve ser clara, simples, sem grandes detalhes técnicos que podem dificultar a compreensão;
- Saber gerir a sua própria resposta ao sofrimento do familiar;
- Ter atenção aos antecedentes culturais e religiosos;
- Detetar sinais não-verbais;
- Permitir as pausas-silêncio.

(PEREIRA *et al*, 2013; ADEBAYO *et al*, 2013; FUKUI, OGAWA e FUKUI, 2010; PRICE, MCNEILLY, SURGENOR, 2006; EDWARDS, 2010; RADZLEWICZ e BAILE, 2001; LONG e CHAUHAN; 2000)

Resultados e Discussão

- Esteja absolutamente seguro da informação que irá transmitir;
- Procure um local tranquilo onde não sejam interrompidos;
- O familiar tem o direito a conhecer a situação, no entanto á que saber qual;
- Averigue se o familiar está em condições de receber a notícia;
- Espere que o familiar pergunte.

(PEREIRA *et al*, 2013; EID *et al*, 2009; FUKUI, OGAWA e FUKUI, 2010; PRICE, MCNEILLY, SURGENOR, 2006; MCGUIGAN, 2008; EDWARDS, 2010; RADZLEWICZ e BAILE, 2001)

Resultados e Discussão

- Não discuta com a negação;
- Aceite ambivalências;
- Seja delicado e utilize o toque mas não abusivo;
- Não diga nada que não seja verdade;
- Dê tempo para o familiar se despedir do utente.

(PEREIRA *et al*, 2013; FUKUI, OGAWA e FUKUI, 2010; MCGUIGAN, 2008; EDWARDS, 2010; RADZLEWICZ e BAILE, 2001; LONG e CHAUHAN, 2000)

Conclusão

O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. A tecnologia nesta área é o tempo e o espaço, e as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta (Querido, 2010).

Obrigado



Aluno: Enfermeiro Paulo Porta
Professora: Doutora Maria Manuela Madureira