



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Sofia de Jesus Silva Rita

LISBOA, Abril de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Sofia de Jesus Silva Rita

Sob orientação de Professora Doutora Helena José

LISBOA, Abril de 2012

“ Colocar-se em relação com o outro é o começo do cuidar,
e a maneira de se colocar em relação com o outro
é o reflexo da arte do cuidar ”

Cécile Lambert

RESUMO

Por oposição a uma visão mecanicista da enfermagem, que cuida de acordo com uma abordagem tradicional, sem atender à Pessoa como um todo, maior e diferente de uma das partes, existe, atualmente, uma outra visão, mais humanista, segundo a qual a Pessoa deve ser vista como um todo indivisível, inserida numa família e numa comunidade. Neste contexto, a interação que se estabelece entre o Enfermeiro, a Pessoa e a Família assumem um destaque particular.

O presente relatório ensubstancia-se na etapa final do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, e tem como objectivo descrever, analisar e refletir sobre as competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo deste curso, assim como revelar os seus principais contributos para uma enfermagem avançada.

A comunicação com a Pessoa e Família, sendo uma variável indispensável no cuidar em enfermagem, foi a linha orientadora do projeto de estágio e a pedra basilar da prática de cuidados, assumindo-se como um grande desafio neste percurso. A deteção de necessidades de intervenção nesta área, direccionou-nos para a realização de dois estudos sobre “Comunicação com a pessoa em estado crítico e família” e “Comunicação de Más Notícias”.

Palavras-chave: Enfermagem Avançada; Competências; Comunicação; Pessoa.

ABSTRACT

In contrast to a mechanistic view of nursing that cares according to a traditional approach without attend to the Person as a whole, bigger and different than one of his parts, there is currently another view, more humanistic, according to which a Person should be seen as an indivisible whole inserted in a family and a community. In this context, the interaction that occurs between the Nurse, the Person and Family takes a particular highlight.

This report fits in the final stage of the Masters Course of Professional Nature of Medical-Surgical Nursing, ministered by the Institute of Health Sciences, of Portuguese Catholic University, and aimed to describe, analyze and reflect on the skills acquired and / or developed throughout this course as well as reveal their major contributions to an advanced nursing care.

The communication with the Family and Person, which is a essential variable in nursing care, was the guiding line of the clinical practice project and the cornerstone of care practice, assuming a major challenge on this journey. The detection of intervention needs in this area, lead us to develop two studies about "Communicating with the person in critical condition and family" and "Communication of Bad News."

Keywords: Advanced Nursing, Skills, Communication, Person.

AGRADECIMENTOS

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada.

À professora Doutora Helena José,
pela transmissão dos seus saberes, pelo rigor, pela sua presença, disponibilidade e motivação.

Aos professores do Mestrado,
pelo contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus pais e irmã,
pelo amor, carinho e incentivo para fazer cada vez melhor.

Ao meu sobrinho João
por todos os momentos em que passamos juntos.

Ao Nuno,
por todo o seu amor, carinho, apoio e dedicação.

Ao Luís, ao Jorge, à Carla, à Rita, à Patrícia
Por todos os momentos de alegria, de tristeza, de amizade e de partilha

Ao Tiago
Pela sua amizade e *simbiose*

Aos meus amigos,
que compreenderam a minha ausência.

À minha avó,
que iluminou o meu caminho.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas;

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima;

CDC – Centers for Disease Control and Prevention;

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

DR – Diário da República;

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica;

EORNA – European Operating Room Nurses Association;

EPE – Entidade Pública Empresarial;

Ex. – Excelentíssimo;

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes;

HPP – Hospitais Privados de Portugal;

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;

IHI – Institute for Healthcare Improvement;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PAV – Pneumonia Associada a Ventilador;

PCR – Paragem Cárdio Respiratória;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia;

S.O. – Sala de Observação;

SPIKES – Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, and Strategy;

Sr. – Senhor;

SWOT – Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças);

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

UCI/UICP – Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente;

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos;

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

WHO – World Health Organization.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	15
1.1 – MÓDULO CREDITADO: Perioperatório.....	15
1.2 – MÓDULO: Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios	23
1.3 – MÓDULO: Serviço de Urgência.....	33
2 - REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	45
CONCLUSÕES.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
APÊNDICES.....	59
APÊNDICE I – Questionário: “Comunicação com a pessoa em estado crítico e família”	
APÊNDICE II – Análise dos dados do estudo sobre “Comunicação com a pessoa em estado crítico e família”	
APÊNDICE III – Plano de sessão de formação: “Comunicação com a pessoa em estado crítico e família”	
APÊNDICE IV – Sessão de Formação: “Comunicação na UCI: Como Comunicar Más Notícias”	
APÊNDICE V – Cartão: Protocolo de SPIKES	
APÊNDICE VI – Norma de Acolhimento à Família	
APÊNDICE VII – Cartaz de Acolhimento aos Familiares	
APÊNDICE VIII – Poster: “Via Aérea Difícil – O Papel do Enfermeiro”	
APÊNDICE IX – Poster: “Cuidar na Adversidade: Comunicação de Más Notícias”	
APÊNDICE X – Algoritmo de Suporte Avançado de Vida	
APÊNDICE XI – Questionário: “Comunicação de Más Notícias”	
APÊNDICE XII – Pedido de autorização para realização do estudo “Comunicação de Más Notícias”	
APÊNDICE XIII – Análise dos dados do estudo sobre “Comunicação de Más Notícias”	
APÊNDICE XIV – Plano de sessão de formação: “Comunicação de Más Notícias”	
APÊNDICE XV – Sessão de Formação: “Comunicação de Más Notícias”	
APÊNDICE XVI – Questionário de Avaliação da sessão de formação	
APÊNDICE XVII – Análise dos dados do questionário de Avaliação da sessão de formação	

APÊNDICE XVIII – Divulgação de Conferência “Enfermagem Forense – Preservação de Vestígios”

APÊNDICE XIX – Folheto de apresentação e divulgação do “LIVOPAN”

ANEXOS.....170

ANEXO I – Certificado de participação: Crash Course Evidence Project

ANEXO II – Certificado de participação nas Jornadas Internacionais de Évora: “A Pessoa em Situação Crítica”

ANEXO III – Certificado de apresentação de poster: “Via Aérea Difícil – O Papel do Enfermeiro”

ANEXO IV – Certificado de apresentação de poster: “Cuidar na Adversidade: Comunicação de Más Notícias”

ANEXO V – Autorização para realização do estudo “Comunicação de Más Notícias”

ANEXO VI – Certificado de Organização de Conferência: Conferência “Enfermagem Forense – Preservação de Vestígios”

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 – ANÁLISE DE SWOT.....	50
---------------------------------	----

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a evolução técnica e científica requer uma atualização constante e permanente por parte de todos os profissionais. Segundo Vieira (2009), prevê-se que, no futuro, muitas pessoas serão hospitalizadas por doenças agudas ainda mais graves do que a maioria das que temos atualmente. Este facto justifica, assim, o investimento que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, necessitam de realizar para conseguirem dar resposta às exigências e às expectativas impostas.

A natureza do exercício profissional e o investimento na formação ganham, deste modo, sentido, se perspetivados numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes e de competências.

Segundo o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, referente ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o enfermeiro é o profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais aos indivíduos, à família e à comunidade.

No entanto, é fundamental que os enfermeiros, para além de serem prestadores de cuidados com competências gerais, adquiram e demonstrem um conjunto de competências especializadas, tornando-se, assim, diferenciados e peritos, nas áreas em que prestam cuidados.

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, visa, desta forma, responder à necessidade de formação especializada dos enfermeiros. De acordo com o seu plano de estudos, pretende especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo dirigido especialmente para a pessoa em estado crítico, orientando a sua ação para os seguintes objetivos gerais:

- Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados, e multidisciplinares relacionados com a área de Especialização em EMC.

Todos eles concorrem de forma equitativa para a comprovação de competências especializadas que permitem assegurar que o enfermeiro especialista detém conhecimentos, capacidades e habilidades adequadas, sendo capaz de os mobilizar para a prática. (Universidade Católica Portuguesa, 2010).

Tendo em conta que a prática clínica é a atividade nuclear desenvolvida pelo enfermeiro especialista, o plano de estudos do Curso compreendeu uma componente prática de 540 horas, as quais se distribuíram por três módulos, designadamente:

- ✓ **Módulo Opcional III:** Perioperatório, no qual foi obtida creditação, de acordo com o previsto no artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março;
- ✓ **Módulo II:** Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Polivalente (UCI/UCIP), do Hospital de Cascais (HPP Hospital de Cascais). O estágio decorreu entre 27 de abril e 24 de junho de 2011, tendo correspondido a 180 horas.
- ✓ **Módulo I:** Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA EPE) – Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF). O estágio ocorreu no período de 26 de setembro de 2011 a 18 de novembro de 2012, tendo correspondido igualmente a 180 horas.

O presente relatório, com o objetivo de descrever as atividades realizadas, acompanhadas por momentos de análise crítica, reflexão e avaliação do caminho percorrido e das competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do estágio, insere-se, assim, na estrutura curricular do curso que integra uma componente teórica (45 ECTS), e um estágio na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (45 ECTS).

O trabalho desenvolvido sustentou-se numa prática baseada na evidência. Considerando-se a Comunicação¹ com a Pessoa² e com a Família³ como central no cuidado de enfermagem, esta norteou o projeto de estágio e assumiu-se como o grande desafio para este percurso.

Conceito outrora pouco valorizado, a comunicação tem vindo a assumir-se como uma componente fundamental na prática de enfermagem, não só pela sua importância para o

¹ Phaneuf (2005, p.23) define a Comunicação como o "processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha", colocando em "comum sentimentos e emoções entre as pessoas".

² Ao longo de todo o relatório, conceptualizamos que a nomenclatura "Doente" e "Pessoa" se refere aos indivíduos com quem cuidamos, sob uma perspectiva holística, ao longo do ciclo vital, inseridos numa família, grupo ou comunidade.

³ Entende-se por família, o conjunto de seres humanos que constitui uma unidade social ou um todo coletivo, fazendo parte do mesmo, os elementos unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo pessoas significativas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

estabelecimento de relações interpessoais, como pelo facto de permitir identificar as necessidades da pessoa, incluindo o impacto da doença, da hospitalização e do tratamento, com as quais é possível desenvolver uma prática de enfermagem individualizada, contribuindo desta forma para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a qualidade nos serviços define-se como um alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, riscos mínimos para a pessoa e alto grau de satisfação de todos os intervenientes durante o processo de cuidar. Segundo esta abordagem, a satisfação da pessoa e família constitui um importante indicador de qualidade, na medida em que reflete a conformidade dos resultados em relação às suas expectativas e à percepção da pessoa, relativamente aos cuidados de enfermagem.

Tal indicador é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (2001) como sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados e produtividade de enfermagem, quando afirma que, na procura constante de excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação das pessoas, considerando elementos importantes neste processo, o estabelecimento de relações empáticas, o envolvimento da família ou conviventes significativos, o estabelecimento de parcerias no planeamento dos cuidados e o empenho do enfermeiro para minimizar o impacto negativo, do processo de doença, na pessoa e família.

Enquadrados no Paradigma da Transformação que se caracteriza por uma mudança de mentalidades e “abertura para o mundo”, a pessoa é considerada como um ser único complexo e global, cujas dimensões formam a unidade. A saúde é encarada como uma experiência e o ambiente é todo o universo que se encontra em constante interação com a pessoa. Cada fenómeno é único e faz parte de um modelo dinâmico de relação mútua e simultânea com o meio envolvente do qual faz parte integrante e com o qual interage reciprocamente. (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major, 1996). Desta relação resultam por vezes processos transitórios que exigem adaptação, sendo denominados de transições. O enfermeiro enquanto agente ativo, dinamizador e promotor da mudança tem não só um papel fundamental na facilitação desse processo que a pessoa está a vivenciar, como assume a responsabilidade profissional, por via do aperfeiçoamento profissional e desenvolvimento de competências, para uma prestação de cuidados de qualidade.

Sendo este, um relatório que pretende descrever o trabalho desenvolvido, estruturalmente, segue uma sucessão cronológica das etapas que correspondem à vertente prática, de forma a proporcionar uma leitura sequencial dos momentos de aprendizagem e do consequente desenvolvimento de competências.

Começamos por fazer uma abordagem da experiência profissional creditada que corresponde ao Módulo Opcional (Perioperatório). Seguidamente, descrevemos os objetivos delineados em cada um dos módulos de estágio realizados, procedemos à fundamentação e mostramos a

pertinência das atividades desenvolvidas com vista a atingir os objetivos traçados. No segundo capítulo, é efetuada uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas e/ou desenvolvidas e uma análise de SWOT, onde são mencionadas as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças com que nos deparámos durante esta etapa do caminho percorrido. No terceiro e último capítulo deste relatório, apresentamos algumas conclusões, a que se seguem os apêndices e anexos que complementam e comprovam a informação contida neste documento.

1. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A experiência tem sido um dos aspetos enfatizados por Benner (2001). É através dela que o enfermeiro aprende a priorizar e a seleccionar aquilo que é realmente relevante numa dada situação, compreendendo e extraíndo o seu verdadeiro significado. Segundo esta perspetiva, apenas os enfermeiros que colaboram na prática dos cuidados conseguem ter a noção da complexidade e perícia exigida na prestação de cuidados. A experiência na enfermagem aproxima os enfermeiros dos padrões de qualidade definidos e a “proficiência”⁴ é concretizável através do processo do cuidar.

O presente capítulo tem o objetivo de, por um lado, descrever e analisar a experiência profissional a nível do Perioperatório. Por outro, pretende fazer referência aos objetivos delineados em cada um dos módulos de estágio realizados, proceder à sua fundamentação e mostrar a pertinência das atividades desenvolvidas para atingir os objetivos definidos e promover a aquisição e/ou desenvolvimento de diversas competências.

1.1 – MÓDULO CREDITADO: Perioperatório

De acordo com o previsto pelo artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, foi atribuída creditação ao Módulo correspondente ao Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perioperatório. Esta creditação foi concedida pelo facto de exercermos funções como enfermeira, no serviço de Bloco Operatório, desde 2003, o que permitiu adquirir e desenvolver competências de forma a prestar cuidados de enfermagem diferenciados à pessoa em situação crítica, ao longo do ciclo vital, através de uma adequação dos cuidados às necessidades identificadas.

A permanência de dois anos (entre 2003 e 2005) no Hospital da Misericórdia de Évora permitiu o enriquecimento da nossa experiência profissional a nível de Perioperatório. Entretanto e desde 2005, a prática profissional é exercida no serviço de Bloco Operatório, na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. A ULSBA integra o Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), o Hospital de São Paulo (Serpa) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo. Esta Unidade tem a missão de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população na respetiva área de influência, através de uma oferta integrada de diversos cuidados de saúde (Primários, Hospitalares, Continuados e Emergência Pré-Hospitalar), contando, para o efeito, com o apoio de equipas multidisciplinares qualificadas e centradas na Pessoa/Família⁵.

⁴ Benner (2001) considera que a “proficiência” é a autoridade intelectual e científica que associa o conhecimento teórico ao prático.

⁵ «Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE». s/d. Consultado a 10 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.hbeja.min-saude.pt/>>

No que diz respeito à caracterização do Serviço, o Bloco Operatório da ULSBA é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior, cuja concepção foi desenhada para garantir a satisfação das necessidades da população, assegurando especialidades cirúrgicas e diferentes tipos de cirurgia com vista a garantir a máxima segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados⁶.

Em termos de estrutura física, o referido Bloco Operatório é constituído por uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), com capacidade para seis camas, e por cinco salas operatórias: quatro são destinadas a cirurgias programadas e a quinta sala visa responder às cirurgias de urgência/emergência da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Em relação aos seus recursos humanos, o Serviço possui uma equipa de trinta e nove enfermeiros, seis anestesiólogos, dezasseis assistentes operacionais e uma administrativa.

Os cuidados de saúde são assegurados durante as vinte e quatro horas, sendo realizadas cirurgias eletivas, cirurgias de urgência e emergência, assim como os programas de SIGIC⁷.

Segundo os dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (2011)⁸, em 2010, este serviço, contabilizou um total de 5 414 intervenções cirúrgicas, referentes a diversas especialidades (Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Senologia e Urologia).

A chegada de uma Pessoa ao bloco operatório para ser submetida a uma intervenção cirúrgica, seja eletiva ou de emergência, está associada a momentos stressantes e complexos. Além de um desequilíbrio físico, uma doença grave ou um traumatismo severo que tem de ser resolvido com técnica invasiva, a indução e a manutenção anestésica induzem um conjunto variado de respostas humanas que servem de base para a especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem (Smeltzer e Bare, 2005).

De acordo com a EORNA⁹ (1997), todas as pessoas submetidas a intervenção cirúrgica ou a procedimentos anestésicos, numa unidade de perioperatório, têm o direito de serem cuidadas por pessoal qualificado e experiente.

Neste sentido, a AESOP¹⁰ definiu oito áreas de competência para o enfermeiro perioperatório: a Prestação de cuidados, a Comunicação, a Educação/Formação, o “Advogado” do doente, a Análise e a Investigação, a Gestão, o Desenvolvimento Profissional e a Liderança. Cada uma destas áreas implica conhecimentos (vertente cognitiva) e aptidões (vertente psico-motora),

⁶ *Ibid.*

⁷ O SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia) é um sistema regulador da atividade cirúrgica programada que visa melhorar o acesso à prestação de cuidados cirúrgicos e que se centra nos princípios da equidade, da transparência e da responsabilidade (Portal da Saúde, «Apresentação do SIGIC». 2006. Consultado a 20 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/Apresentacao+sigic.htm>>.

⁸ Portal da Administração Central do Sistema de Saúde, «Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia». 2011). Consultado a 15 de Fevereiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <http://www.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=37&language=pt-PT&Search=atividade+cirurgia+em+2010>.

⁹ European Operating Room Nurses Association.

¹⁰ Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas.

que fomos adquirindo e desenvolvendo ao longo de nove anos de experiência em Perioperatório.

A Enfermagem Perioperatória é definida como o conjunto de conhecimentos técnicos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, segundo um processo programado através do qual os enfermeiros reconhecem as necessidades da pessoa, planeiam e executam os cuidados com destreza e em segurança, e fazem uma avaliação dos resultados obtidos e do trabalho realizado (AESOP, 2006).

Considerando que a Enfermagem Perioperatória representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes adotadas pelo enfermeiro quando cuida uma pessoa num bloco operatório, importa dar visibilidade a esses instrumentos do cuidar. Referimo-nos ao saber (conhecimentos), ao saber fazer (capacidades), ao saber ser ou estar (atitudes e comportamentos) e ao saber aprender (atualização e adaptação às diferentes situações), que o enfermeiro perioperatório deve dominar e adequar à especificidade perioperatória.

No entanto, a dimensão do cuidar não se limita ao momento cirúrgico, uma vez que atravessa a fase pré, intra e pós-operatória (AESOP, 2006; Dias, 2004).

Atendendo à sequência de eventos que constitui a experiência cirúrgica, cada uma das suas fases tem início e termina num ponto particular, compreendendo um leque de atividades que são realizadas de acordo com o processo de enfermagem.

No que diz respeito à **fase pré-operatória**, esta inicia-se no momento em que se reconhece a necessidade de uma intervenção cirúrgica e termina quando a pessoa chega à sala de operações (Smeltzer e Bare, 2005). É nesta primeira fase que a pessoa entra em contacto direto com a equipa que lhe irá prestar cuidados durante o período perioperatório. As atividades de enfermagem compreendem o estabelecimento de uma avaliação inicial, realizada em consulta pré-anestésica¹¹, durante a qual é efetuado o histórico ou o levantamento dos dados de saúde mais relevantes da pessoa.

A consulta pré-anestésica é entendida como o primeiro elo do processo dos cuidados perioperatórios, considerando-se uma perspetiva de continuidade. Esta visita constitui um pressuposto básico no desempenho das funções do enfermeiro perioperatório pelas repercussões no doente e na família, pelos benefícios a nível do planeamento dos cuidados de enfermagem e pelo impacto que a sua realização tem na visibilidade da enfermagem perioperatória. Além disso, permite-nos criar uma relação empática e promover um clima de maior confiança, mediante o esclarecimento dos procedimentos a adotar posteriormente e a transmissão da informação pertinente ao doente e à família, procurando desmistificar o bloco operatório, a anestesia e a intervenção cirúrgica. Enquanto enfermeiros, a consulta pré-anestésica favorece do ponto de vista da autonomia, do reconhecimento e da satisfação

¹¹ A consulta pré-anestésica consiste no processo de avaliação clínica que precede os cuidados anestésicos necessários à realização da intervenção cirúrgica ou a um procedimento não cirúrgico.

profissional, promovendo a elaboração de diagnósticos, o planeamento e a prestação de cuidados individualizados, de modo a ir ao encontro das necessidades de cada pessoa.

Após a consulta, a informação recolhida sobre o doente, a avaliação inicial, os dados obtidos no processo clínico, os exames complementares de diagnóstico, são registados em documento específico, que fica anexo, para que os cuidados possam ser devidamente planeados e todos os recursos necessários sejam igualmente identificados e operacionalizados.

No dia da intervenção cirúrgica e, após uma verificação do plano operatório, a consulta do processo clínico, a confirmação de alguns dados relativos ao doente, como a sua identidade, o tipo de cirurgia, a técnica anestésica planeada, as necessidades especiais e os recursos materiais e humanos solicitados pelo anestesiológista ou pelo cirurgião, é preparado o equipamento necessário para o ato anestésico e cirúrgico. São ainda verificados os dispositivos para o posicionamento, é validada a operacionalidade da *suite* operatória e é efetuado o acolhimento do doente no bloco operatório.

À semelhança da consulta pré-anestésica, também o acolhimento¹² é um dos primeiros cuidados de enfermagem perioperatória, revestindo-se de extrema importância quando se objetiva a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O acolhimento surge como uma estratégia através da qual podemos aliviar emoções e transmitir segurança aos doentes e aos seus familiares, desmistificar e minimizar os sentimentos negativos associados ao bloco operatório, e estabelecer uma relação de confiança e de cumplicidade, permitindo a comunicação de forma a melhorar os cuidados prestados ao doente cirúrgico e à respetiva família.

Depois da realização do processo de acolhimento, o doente é transferido para a sala de operações, iniciando-se a **fase intra-operatória**, a qual termina assim que o mesmo é internado na UCPA.

Nesta fase, os enfermeiros assumem e responsabilizam-se pelas funções que lhes foram atribuídas, designadamente: anestesia, circulante, instrumentista e na UCPA. Na ULSBA, a grande maioria dos enfermeiros (78%) tem competências para desempenhar os quatro papéis referidos, fazendo-o de forma rotativa, segundo a política definida pelo Bloco Operatório; no entanto, 22% dos enfermeiros desempenham apenas funções de anestesia e na UCPA.

Relativamente aos enfermeiros que exercem as suas funções em serviço de Bloco Operatório, referimo-nos, em primeiro lugar, ao enfermeiro de anestesia. Trata-se do profissional que possui competências na área de anestesia. O domínio do conhecimento dos agentes anestésicos, das interações farmacológicas, das técnicas anestésicas e dos métodos de monitorização permitem um desempenho eficaz e eficiente de acordo com as necessidades do doente e da equipa (Cambotas, et al, 2006).

¹² Schneider, Manschein, Aussen, Martins e Albuquerque (2008) referem-se ao “acolhimento” como sendo a capacidade de receber e de aceitar o outro como sujeito de direitos e de desejos, e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual, como do ponto de vista coletivo.

Durante o processo de anestesia existe uma combinação de efeitos dos agentes farmacológicos, traduzidos por repercussões nos sistemas fisiológicos do doente, conduzindo a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos. Neste processo de grandes alterações hemodinâmicas, colaboramos com o anestesiológico, desenvolvendo atividades em cada uma das fases anestésicas¹³: Pré-Medicação, Indução, Manutenção e Reversão.

Os objetivos da nossa atuação consistem em administrar a pré-medicação, colaborar na indução anestésica e no posicionamento do doente; manter uma observação e uma vigilância intensiva dos parâmetros hemodinâmicos, da permeabilidade perfusional, do débito cardíaco, da temperatura corporal e das alterações metabólicas; atuar em conformidade nas situações de emergência e colaborar no “despertar” do doente. Para além destas intervenções dependentes, realizamos intervenções autónomas que têm a finalidade de prevenir e de minimizar os riscos potenciais de incidentes e de acidentes, e avaliar a eficácia das ações de enfermagem.

Em colaboração com a restante equipa, é efetuada a verificação e o registo da *Surgical Safety Checklist*¹⁴, que visa a melhoria da segurança da pessoa, através da prevenção do erro humano e do evento adverso (World Health Organization, 2008).

Em segundo lugar, referimo-nos ao enfermeiro circulante. As suas atribuições específicas têm a ver com a redução dos riscos no bloco operatório, promovendo a segurança do doente e dos restantes profissionais, assim como a qualidade da intervenção cirúrgica em matéria de ambiente (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2004). Neste sentido, compreende-se a atribuição da designação “advogado do doente”, uma vez que o enfermeiro circulante se responsabiliza por ele. Atuamos em prol dos direitos humanos (tal como é descrito no Código Deontológico) e identificamos práticas que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa. Prestamos cuidados de enfermagem ao doente de forma holística, disponibilizando apoio emocional e respondendo às necessidades detetadas, incluindo a de comunicação e a de conforto.

Assumimos a responsabilidade de planear, organizar, delegar e coordenar as atividades da restante equipa e de outros profissionais funcionalmente dependentes. Controlamos e limitamos a circulação de pessoas durante a intervenção cirúrgica, e providenciamos os materiais e os equipamentos adequados. Temos atribuições específicas, como sejam o controlo de infeção e a gestão de riscos inerentes à intervenção cirúrgica. Somos considerados

¹³ A fase de “pré-medicação” corresponde à administração de fármacos com a finalidade primária de sedar ou de reduzir a ansiedade. A fase de “indução” tem início com a administração de agentes anestésicos e continua até ao momento em que a pessoa esteja apta para o posicionamento ou preparação, manipulação cirúrgica ou incisão. O início da fase de “manutenção” coincide com a fase final da indução e termina praticamente no fim do procedimento cirúrgico. A fase de “reversão” principia no momento em que a pessoa começa a “recuperar” da anestesia e termina geralmente quando se encontra apta para deixar a sala operatória (Rothrock, 2008).

¹⁴ A OMS desenvolveu um programa denominado de “SAVE SURGERY SAVES LIVES” (Cirurgia Segura Salva Vidas), o qual recomenda a utilização de uma *Surgical Safety Checklist* (Checklist para Cirurgia Segura). Trata-se de uma lista de verificação de procedimentos no período perioperatório, que tem o objetivo de minorar riscos específicos.

os gestores da sala operatória, porque somos os elementos responsáveis pela sua gestão organizacional, respondendo às ocorrências registadas.

Em terceiro lugar, referimo-nos ao enfermeiro instrumentista. Como qualquer outra função exercida pelo enfermeiro perioperatório, a prestação de cuidados segue a metodologia do processo de enfermagem, exigindo as competências específicas de um enfermeiro que trabalha em bloco operatório. Apesar de ser considerada como uma função muito tecnicista, a perspetiva do cuidar está na base dos cuidados que presta.

Ao exercermos funções de instrumentistas, colaboramos mais diretamente com a equipa cirúrgica. É nossa função prever, gerir e controlar a instrumentação de forma a que a intervenção cirúrgica decorra nas melhores condições de segurança. As funções autónomas ou independentes fundamentam-se nos conhecimentos científicos da enfermagem perioperatória e incluem a elaboração prévia de um plano de cuidados, que tem em conta as necessidades do doente, a intervenção cirúrgica e a equipa. As funções exercidas envolvem ainda a preparação do material e do equipamento necessário, responsabilizando-nos também pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica e pela segurança do doente durante o decurso da intervenção. As funções dependentes são as que se relacionam com a assistência à equipa cirúrgica – vestuário, desinfeção, colocação de campo operatório e transferência dos materiais ao cirurgião.

Findo o circuito do Bloco Operatório, o doente é transferido para a UCPA. A **fase pós - operatória** tem início nesse momento e termina com uma avaliação do acompanhamento em meio hospitalar ou no domicílio.

A UCPA é uma unidade especializada e equipada com meios técnicos e humanos competentes, que tem a função de responder a uma monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período de tempo curto, mas crítico. Nesse período, o doente encontra-se suscetível aos riscos associados aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Estes aspetos, associados à dor pós-operatória, tornam o doente vulnerável ao aparecimento de complicações. É de referir que, na primeira hora de recobro, a probabilidade de ocorrência de acidentes ou de complicações é de 50% (Cambotas, et al., 2006).

O período pós-anestésico imediato coloca, assim, desafios multifacetados que requerem sólidos conhecimentos sobre o cuidar, de forma a que o enfermeiro na UCPA responda eficazmente às necessidades da pessoa submetida a intervenção cirúrgica (Manley e Bellman, 2003).

Em quarto e último lugar, descrevemos, assim, as funções do enfermeiro de UCPA. Os cuidados que prestamos são direcionados para a segurança e a recuperação do doente a nível fisiológico, assegurando o mínimo de complicações e o máximo de conforto possível, numa perspetiva de qualidade.

A prática do enfermeiro de UCPA desenvolve-se, sobretudo, a nível da prevenção. Deste modo, avaliamos criteriosamente o doente no pós-operatório, de forma a antecipar e a prevenir

eventuais complicações ou possibilitar uma atuação imediata em caso de aparecimento de complicações anestésicas ou cirúrgicas. Depois de identificarmos as necessidades, compete ao enfermeiro desta Unidade educar a pessoa/família para promover o desenvolvimento e/ou manutenção das capacidades, tendo em vista a reabilitação e a autonomia da pessoa.

A perspetiva do cuidar continua, por conseguinte, a ser a base e a razão de toda a atuação do enfermeiro e a individualização dos cuidados um requisito.

À semelhança do que acontece quando surge a necessidade de um internamento, também a necessidade de intervenção cirúrgica é vivida não só pelo doente, como também pela sua família, de forma muito intensa e particular, sendo que só a proposta de intervenção cirúrgica pode causar medo, desconfiança e angústia à maioria das pessoas. Deste modo, é fundamental que o enfermeiro dê particular atenção à preparação psicológica e ao suporte emocional, sendo exigido a este profissional competências relacionais de modo a permitir uma relação de qualidade entre o enfermeiro, o doente e a respetiva família.

Neste sentido, apesar de não estarem preconizadas as visitas na UCPA, é envolvida a família como elemento integrante da prática de enfermagem, sendo permitida a sua entrada nesta Unidade. Este momento visa proporcionar apoio emocional, ajudando a família a compreender e a enfrentar o problema de saúde em questão. Tal como refere Hesbeen (2000), a representação da doença e a interpretação que se faz dela vão influenciar significativamente a prática, que consiste, geralmente, em acompanhar outrem na sua vida (por vezes, até ao fim da mesma).

Após a decisão da alta da UCPA, que está dependente do cumprimento de critérios de recuperação anestésica, é comunicado ao Serviço de Internamento que o doente se encontra em condições de ser transferido. É também o momento de se informar esse Serviço acerca dos cuidados específicos, assim como a eventual necessidade de equipamentos de suporte.

A transmissão de informação relativa ao doente é também efetuada através do *Metavision Clinical Information System*¹⁵. A folha de registos evidencia os aspetos importantes do doente e justifica as ações e os cuidados prestados, durante o tempo de permanência no bloco operatório e na UCPA, sendo o reflexo da evolução da situação clínica do doente desde a entrada no bloco operatório e até à sua transferência para o internamento.

Através da descrição do “circuito” do doente acima realizada, foi possível fazermos referência a algumas áreas de competência do enfermeiro perioperatório. No entanto, existem outras áreas que complementam as descritas e que consideramos igualmente importantes.

Cascão (2004) refere-se à aprendizagem e à gestão do conhecimento como uma necessidade, defendendo que deve existir uma cultura que responsabilize os enfermeiros e as equipas a criarem e a partilharem conhecimentos.

¹⁵ A aplicação do Sistema de Informação Clínica auxilia os prestadores de cuidados, ao recolher e ao registar, de forma automática, todos os parâmetros disponibilizados pelos equipamentos de monitorização cardíaca, a administração de fármacos e a ventilação. Fornece um ficheiro electrónico bastante completo e complexo; proporciona, de forma instantânea, o acesso aos dados recolhidos e diminui significativamente as possibilidades de erro.

Neste âmbito, a promoção da educação e da formação contínua assumiu um papel de relevo inquestionável, como sistema propiciador de aquisição e de desenvolvimento de competências. A investigação fez parte da prática de enfermagem diária, não só para incorporar na prática os resultados da investigação que fossem válidos e relevantes, como também para comunicar os resultados, promovendo o empenho dos restantes profissionais, com vista ao aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.

A colaboração na formação de serviço teve o objetivo fundamental de responder às necessidades sentidas, após uma reflexão sobre a prática profissional, e teve como meta final a melhoria do desempenho profissional.

O Curso de Pós-Graduação em Anestesiologia e Controlo da Dor, assim como a participação em congressos, jornadas e *workshops* constituíram oportunidades de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos que contribuíram para incrementar a qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento profissional.

Durante o tempo de permanência no Serviço, houve oportunidade de participarmos ativamente na integração de novos elementos no Bloco Operatório, seguindo as normas do Manual de Integração do Serviço. Essa experiência, como processo dinâmico e interativo, facilitou e potenciou a aprendizagem mútua, permitindo mobilizar e ajustar conhecimentos, aliando a reflexão à prática clínica.

Atualmente, devido à adesão do Serviço de Anestesiologia ao Programa da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Safe Surgery Saves Lives*, fazemos parte de uma equipa multidisciplinar que pretende proporcionar formação aos profissionais de Bloco Operatório (enfermeiros, cirurgiões e anestesiológicos), sensibilizando-os para a importância da aplicação e do preenchimento da Lista de Verificação de Segurança da Cirurgia.

Outro dos aspetos pertinentes da experiência profissional foca-se na Gestão e na Liderança. Além de terem sido anteriormente enunciadas como áreas de competência do enfermeiro de perioperatório e, nesse sentido, termos ganhado experiência nesse domínio, a nossa passagem pelo Hospital da Misericórdia de Évora envolveu igualmente o desempenho de funções a nível da gestão de recursos humanos. Com efeito, eram elaboradas escalas mensais e semanais, respeitando e cumprindo as dotações seguras¹⁶.

Relativamente à gestão de recursos materiais, colaborámos no processo de escolha dos mesmos e na avaliação das necessidades de reposição. Na ULSBA é utilizado o sistema informático *Pyxis*, o qual permite uma reposição automática de alguns materiais vindos do armazém e da farmácia, assegurando, geralmente, a manutenção dos *stocks* dentro das quantidades previstas.

¹⁶ Definidas pelo Conselho Internacional do Enfermeiro (2006), as dotações seguras significam que se encontra disponível um número adequado de profissionais, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar a satisfação das necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas e famílias, sendo mantidas as condições de trabalho isentas de riscos.

Assumimos a liderança de enfermeiros e de equipas. Constituímo-nos elementos de referência, através de atitudes, conhecimentos técnicos, científicos e relacionais. Consideramos o saber ouvir e o saber comunicar como componentes essenciais de um líder. Valorizamos a motivação e a participação de cada profissional, favorecendo o trabalho de equipa, tornando possível o crescimento e o desenvolvimento de todos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados (Gramacho, Bernardes e Gramacho, 2012).

Nesta área de atuação e, de acordo com o descrito anteriormente, consideramos que, enquanto enfermeiros deste Serviço, temos vindo a adquirir um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que conduziram à aquisição de competências em busca do aperfeiçoamento pessoal e profissional, adotando estratégias que visassem a promoção de uma prestação de cuidados de qualidade (Mendonça, 2009).

Tendo por base o modelo de Benner, consideramos que o nosso percurso profissional apresenta, de alguma forma, um “paralelismo” com a sua proposta de estádios de desenvolvimento profissional, de “Iniciado” a “Perito”. Consideramos que somos “Peritos” na área de perioperatório, atendendo às funções exercidas na área da prestação de cuidados, na formação, na gestão e na liderança aliadas à experiência profissional, que permitiram um domínio da atividade e a gestão de situações complexas, com um nível de flexibilidade e de adaptabilidade elevado, tendo-nos tornado inclusive membros consultores para os restantes membros.

1.2 – MÓDULO: Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e a Unidade de Cuidados Intermédios são Serviços que se dedicam à prestação de cuidados especializados a doentes com funções vitais em risco e que, por isso, necessitam de terapêuticas apenas possíveis em ambientes de Medicina Intensiva. Estas duas Unidades foram desenvolvidas com o objetivo de proporcionar à Pessoa em situação crítica o suporte que lhe possibilite a sobrevivência em casos de falência orgânica.

O enfermeiro que exerce funções na UCI apoia-se na diversidade tecnológica para proceder a uma monitorização intensiva, o que permite a identificação precoce e o tratamento adequado das intercorrências clínicas graves. Os cuidados de enfermagem são prestados num ambiente que exige alta tecnicidade. Apesar de ser um desafio para a maior parte dos profissionais, o cuidar não se pode tornar num mero procedimento tecnicista. Sendo que, independentemente da UCI ser um Serviço com muita tecnologia, o enfermeiro não pode nunca pôr de parte o que deve ser o seu foco de atenção: a Pessoa (Saiote e Mendes, 2011).

O estágio correspondente ao módulo “Unidade de Cuidados Intensivos” decorreu no Hospital de Cascais. Trata-se de um Serviço relativamente recente, com apenas dois anos de funcionamento, e que está equipado com modernos meios de suporte de vida, quer para monitorização, quer para assegurar uma resposta terapêutica eficaz. Tem a missão de prestar cuidados de saúde com eficácia, eficiência e qualidade, assentes no respeito pela Pessoa, na competência dos profissionais e na inovação dos meios tecnológicos¹⁷.

O Serviço encontra-se dividido em dois setores: a Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intermédios. Caracteriza-se pela polivalência a nível de especialidades, possuindo capacidade assistencial para as áreas médicas e cirúrgicas.

A UCI e a Unidade de Cuidados Intermédios têm, respetivamente, uma lotação de seis e de oito camas.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por um total de quarenta enfermeiros, onde se inclui o enfermeiro chefe. Por sua vez, encontra-se subdividida em cinco equipas compostas por sete/oito elementos, sendo cada uma liderada por um Enfermeiro Chefe de Equipa.

Tendo em conta que o enfermeiro especialista deverá ser o profissional com competências específicas na assistência de enfermagem ao doente em situação crítica possuindo um conjunto de conhecimentos que o tornam “perito”, segundo os níveis de desenvolvimento enunciados por Benner (2001), delineámos os seguintes objetivos para este estágio:

Objetivo geral:

- Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao doente submetido a cirurgia major com ventilação invasiva.
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais na assistência ao doente e à sua família.

As estratégias implementadas e os recursos utilizados para os atingir, com vista ao desenvolvimento de competências, no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, serão descritos ao longo deste capítulo.

A reflexão de forma crítica, na prática profissional, possibilitou não só diagnosticar necessidades de intervenção, como também avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise das situações relativamente à pessoa em estado crítico.

¹⁷ «Chegou a Cascais a saúde da nova geração». (2010). Consultado a 12 de junho de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.hppcascais.pt/pt/Paginas/welcome.aspx>>

Após termos contactado com a Unidade de Cuidados Intermédios, conhecido as metodologias de trabalho, integrado conhecimentos e partilhado experiências, centrámos a nossa atenção na UCI, mais especificamente no doente submetido a cirurgia major com necessidade de ventilação invasiva. A pessoa submetida a este tipo de cirurgia é considerada um doente crítico¹⁸. Com efeito, a gravidade da situação clínica, aliada à dependência de cuidados, tornam necessária uma vigilância e uma monitorização contínuas por parte do enfermeiro, tornando a prática profissional, neste contexto, complexa, intensa e de grande rigor (Saiote e Mendes, 2011).

Na UCI, tivemos oportunidade de prestar cuidados a pessoas doentes, em diferentes situações tais como, a Pessoa em Pós-Operatório de Esplenectomia e Ressecção Distal do Pâncreas, a Pessoa em Pós-Operatório de Hemicolecomia e Pós-Operatório de Colectomia Sub-Total. Em todos estes casos, foi necessário recorrer ao suporte ventilatório, como forma de manter uma oxigenação e uma ventilação adequadas.

O processo de enfermagem, sendo considerado o caminho para a qualidade, requer um conjunto de conhecimentos e de habilidades, de modo a que a sua implementação seja eficaz e focalizada nas necessidades da pessoa. Apoiados nos diagnósticos de enfermagem, determinámos e implementámos planos de cuidados, avaliando os resultados obtidos e reajustando as intervenções, de acordo com a evolução clínica do doente e com as necessidades do momento. Este facto permitiu-nos uma prestação de cuidados individualizada, enquadrando a pessoa numa perspetiva holística.

A observação de sinais e de sintomas, bem como a interpretação dos dados recolhidos através da monitorização da atividade elétrica cardíaca, da saturação arterial em oxigénio, da pressão venosa central, da pressão arterial média e do débito urinário, permitiram, contextualizadas, uma identificação rápida de problemas e de alterações do quadro clínico, favorecendo uma pronta intervenção terapêutica.

Quanto às intervenções autónomas, desenvolvemos um conjunto de atividades, de entre as quais destacamos os cuidados de enfermagem relacionados com ventilação invasiva¹⁹, que incluíram a vigilância do estado de consciência, a promoção da comunicação, a limpeza das vias aéreas, a prevenção e o controlo da infeção. Referimos, ainda, alguns cuidados relacionados com o pós-operatório de intervenção cirúrgica, os quais foram direcionados, sobretudo, para a prevenção de complicações, e incluíram atividades como, por exemplo, a vigilância do estado hemodinâmico, a vigilância de drenos e de pensos operatórios. É de mencionar, contudo, que, preconizando uma prática baseada na evidência, a manutenção, a

¹⁸ O doente crítico é o doente cuja sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e de terapêutica, por motivos de disfunção ou de falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

¹⁹ Devido à natureza das alterações hemodinâmicas dos doentes da UCI, à possibilidade de as detetar e à velocidade com que se instalam, a monitorização não invasiva e invasiva tornou-se uma aliada para toda a equipa multidisciplinar, assumindo-se como um importante instrumento de vigilância contínua, permitindo tomar decisões terapêuticas com o mínimo de risco (Terzi e Araújo, 1992; Hall, Schmidt e Wood, 2005; Marino, 2007).

aquisição e a atualização de conhecimentos científicos tornaram-se prementes. Neste sentido, foi necessário complementar os conhecimentos previamente adquiridos com pesquisa bibliográfica, de forma a assegurar um desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.

Salientamos, ainda, o nosso cuidado ao promover o conforto. Segundo Kolcaba (1994), o conforto corresponde ao estado de satisfação das necessidades básicas, promovendo o alívio, a tranquilidade ou a transcendência de situações consideradas stressantes. Desenvolvidas nos quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, a manutenção da temperatura, a redução do ruído e da iluminação para a promoção do sono e do repouso, a motivação para o autocuidado, o alívio da dor, a administração terapêutica, a massagem e a otimização dos posicionamentos, assim como a promoção das visitas da família foram algumas das intervenções adotadas, com vista à satisfação das necessidades da pessoa e ao garante do seu conforto. Consideramos que estas intervenções, aplicadas de forma mais pormenorizada e fundamentadas em evidência científica, poderão ter contribuído para uma prestação de cuidados que se deseja de qualidade.

No que diz respeito à dimensão relacional, esta consolidou-se ao longo de todo o período de estágio. Na realidade, o Cuidar de enfermagem é uma atitude e uma disposição para com o outro e implica, conseqüentemente, um envolvimento recíproco entre enfermeiro, pessoa e família (Watson, 1988). De facto, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a responsabilidade da saúde não se baseia apenas no ato técnico, mas envolve aspetos mais complexos, que implicam uma abordagem sistémica, tendo em conta a necessidade de cuidados, de acordo com os projetos de saúde da pessoa e da sua família. Segundo Hesbeen (2000), a qualidade dos cuidados dependerá das atitudes e dos comportamentos de quem cuida e do desejo de cuidar dos outros para além das técnicas que executam.

Neste processo do Cuidar em enfermagem, a família desempenha um papel relevante. Constitui um elemento fundamental na assistência à pessoa, ao fornecer-lhe ajuda e ao transmitir informação pertinente para os profissionais, contribuindo para a implementação de um plano de cuidados individualizado, centrado nas necessidades da pessoa.

A comunicação com a pessoa e com a família tornou-se, assim, num instrumento indispensável no Cuidado de enfermagem, estando presente em todas as ações realizadas e constituindo o pilar de sustentação da prática (Riley, 2004).

No caso concreto da UCI, a comunicação com a Pessoa/Família pode estar dificultada por barreiras relacionadas com ideias preconcebidas, com as características do Serviço, com significados pessoais e emoções, com o estado clínico do doente e com habilidades comunicacionais por parte dos profissionais (Moritz et al., 2008). Neste contexto, foi necessário adquirir, desenvolver e acima de tudo, implementar, nas práticas de enfermagem, perícias de comunicação que permitissem ultrapassar os obstáculos com que nos íamos deparando, com

vista ao estabelecimento de uma relação de ajuda²⁰ e de empatia²¹ com a pessoa e a sua família.

Segundo o olhar de Rogers (2009), a relação que se estabelece não serve apenas de instrumento de “cura”, mas contribui para a autorrealização da pessoa, constituindo uma ligação onde é estabelecida uma relação de confiança e de respeito pela dignidade humana e de aceitação incondicional, essencial a qualquer relação. Este tipo de relação desenvolveu-se no decurso de contactos e visou ainda, a compreensão do que a pessoa e a sua família estavam a vivenciar, tentando fomentar o seu crescimento e o seu desenvolvimento, impulsionando e explorando as suas potencialidades, tendo em mente a sua autonomia e a utilização dos seus recursos internos.

Para promover o estabelecimento dessa relação, adotámos a comunicação verbal²² e a não-verbal²³. Tentámos que a mensagem fosse compreendida e aceite, exprimindo-nos de forma simples, clara, breve e apropriada, tendo em conta o tempo, as circunstâncias e as reações do doente. O nosso objetivo principal era que a mensagem fosse eficaz, tal como é defendido por Phaneuf (2005).

As técnicas de comunicação, descritas por Riley (2004), como a escuta ativa, o silêncio e empatia, foram adotadas, tendo em vista o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa e a família, por quem mostrámos interesse e estivemos disponíveis.

Como refere Hesbeen (2000), a pessoa que cuida deve dar atenção à linguagem do corpo, aos gestos, à mímica e à postura, pois são sinais que irão permitir compreender o outro e estabelecer com ele uma ligação. Todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não-verbal são portadoras de sentido e de significado, podendo comunicar intenções e emoções que as próprias palavras não conseguem traduzir.

O toque, sendo uma das mais importantes formas de comunicação não-verbal, foi utilizado com alguma regularidade. Segurar a mão ou tocar no ombro pretendiam ser gestos de confiança e de empatia, que tiveram o objetivo de tranquilizar a pessoa/família, demonstrando apoio, atenção e compreensão relativamente à situação vivenciada.

No âmbito da comunicação, o humor foi também um dos instrumentos utilizados e que possibilitou o alívio de tensões, desdramatizando situações particularmente difíceis, como se trata dos casos de internamento na UCI. Permitiu-nos mostrar consideração pela pessoa/família, mas também transmitir-lhes carinho e atenção, aliviando, de certo modo, o ambiente tecnológico ao redor do doente. Segundo José (2002), o humor permite a redução da

²⁰ A relação de ajuda ultrapassa a superficialidade, favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio de acordo com as necessidades da pessoa. (Phaneuf, 2005)

²¹ Entende-se aqui a empatia como o sentimento de compreensão do enfermeiro em relação aos sentimentos da pessoa e respetiva família. (Riley, 2004; Rogers, 2009).

²² Trata-se da forma de comunicação em que as trocas envolvem a intervenção da palavra (Phaneuf, 2005).

²³ Neste tipo de comunicação, a troca faz-se sem palavras, já que abrange um espetro de expressões corporais e de comportamentos que acompanham, suportam e transcendem as relações verbais.

ansiedade e do *stress*, resultando numa forma de escapar à frustração e de lidar com situações difíceis.

Apesar de ser considerada uma das tarefas mais difíceis a ser desempenhada pelos profissionais de saúde, a comunicação de más-notícias, definida como qualquer notícia que a pessoa não quer ouvir, faz parte da prática de enfermagem. Segundo Mochel, Perdigão, Cavalcanti e Gurgel (2010), a qualidade da comunicação está diretamente relacionada com o ajuste emocional da pessoa e da família à doença e ao envolvimento no tratamento e, como tal, deve ser valorizada. O reconhecimento desta realidade e da sua importância no processo de adaptação implicou um investimento no desenvolvimento das habilidades para comunicar más-notícias.

A primeira ressalva importante está relacionada com as necessidades de informação da pessoa relativamente à sua situação e, nesse sentido, o direito da pessoa “em saber” não deve ser, de forma alguma, confundido com o “dever de saber”. Bascuñám (2005) refere-se à comunicação de más-notícias, não como um ato de abertura total ou brutal da verdade, mas como o fornecimento de uma quantidade de informação, tendo sempre em conta o estado emocional da pessoa, os seus interesses e as suas necessidades. Por este motivo, Kubler-Ross (1996) alega que informar, ou transmitir a má-notícia, não é a questão principal que deve preocupar os profissionais de saúde, mas sim a resposta às perguntas: Como revelar? Quando o fazer? Quanto deve ser revelado?

A arte de comunicar más-notícias requer, obviamente, aprendizagens e treino. Não conseguimos contornar a literatura e dizer que seja uma tarefa fácil. No entanto, acreditamos que, através do empenho, da dedicação e da adoção de estratégias que facilitem a comunicação dessas notícias, poderemos contribuir para uma melhoria da assistência à pessoa e à família, ao facilitar a compreensão da informação; ao reduzir a incerteza da situação vivida, ajudando a encaminhar a pessoa; ao minimizar sentimentos de isolamento e ao proporcionar a sensação de controlo, reforçando, assim, a confiança no profissional de saúde.

Por conseguinte e sempre que foi necessário transmitir más-notícias, a nossa estratégia apoiou-se na utilização do “Protocolo de Spikes”, desenvolvido por Buckman (1992), o qual envolve a aplicação de seis etapas, que têm o objetivo de facilitar a comunicação, designadamente:

S – *SETTING UP the interview* (Preparação)

P – *Assessing the Patients PERCEPTION* (Perceção)

I – *Obtaining the Patients INVITATION* (Desejo de Informação)

K – *Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient* (Informação)

E – *Addressing the Patients EMOTIONS with Empathic Responses* (Emoções)

S – *STRATEGY and SUMMARY* (Estratégia) (Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale, e Kudelka, 2000)

Ainda no âmbito da interação com a pessoa e respetiva família, no respeito pelos valores humanos, previstos no Código Deontológico do Enfermeiro, destacamos a cultura²⁴. Na verdade, foram prestados cuidados de enfermagem a pessoas de diferentes culturas que se encontravam internadas na UCI/UCIP do Hospital de Cascais. Para o efeito, tivemos Leininger (1995) como norteadora, no que se refere ao respeito pelos valores culturais.

Tendo em conta a importância da comunicação com a Pessoa e com a Família para a melhoria da qualidade dos cuidados e uma vez que foi o tema eleito como matriz de orientação para o projeto de estágio, tivemos ainda oportunidade de desenvolver um estudo intitulado: *Comunicação com a Pessoa em estado crítico e Família*.

Tratou-se de um estudo descritivo, cujo objetivo geral consistia em conhecer a perceção dos enfermeiros da UCI/UCI Polivalente do Hospital de Cascais relativamente à comunicação com a pessoa em estado crítico e a sua família. Quanto aos seus objetivos específicos, pretendia-se obter algumas respostas sobre a dificuldade em interagir com a Pessoa/Família, analisar as situações de maior dificuldade de interação e diagnosticar as necessidades de formação com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Da população em estudo, que incluía todos os enfermeiros que exerciam funções no Serviço (N=40), obtivemos uma amostra de 30 (n=30).

Como instrumento de colheita de dados foi elaborado um questionário (Apêndice I). De modo a cumprir todos os princípios ético-legais, solicitámos autorização para a recolha dos dados ao enfermeiro Chefe da Unidade que, por sua vez, comunicou a nossa intenção ao Conselho de Administração e ao Conselho de Ética, de quem recebemos uma resposta verbal favorável. Além disso, pedimos autorização aos enfermeiros, que, voluntariamente, aceitaram pertencer à amostra e permitiram a utilização dos dados fornecidos.

O questionário foi avaliado quanto à pertinência e compreensibilidade, verificando-se que reunia os dados pretendidos e que não apresentava dificuldades a nível da interpretação das perguntas, nem no seu preenchimento.

Apurados e analisados os dados, verificou-se que a maior dificuldade do enfermeiro na interação com a Pessoa/Família estava relacionada com a comunicação de más-notícias (Apêndice II).

No sentido de responder a essas necessidades de formação e de sensibilizar os profissionais para a importância de desenvolverem competências comunicacionais na assistência à pessoa e à família, tendo sempre presente a intenção de prestar cuidados de qualidade, coube-nos a realização de uma sessão de formação. Intitulámo-la *Comunicação na UCI: Como Comunicar Más Notícias* (Apêndice III e IV) e nela participaram médicos, enfermeiros e alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Devido ao interesse demonstrado pelos presentes, decidimos realizar uma segunda formação de modo a abranger um maior número de profissionais.

²⁴ A cultura envolve as crenças, os valores e os estilos de vida partilhados, de um grupo específico ou designado, os quais vão sendo transmitidos de geração em geração. (Leininger, 1995)

Quisemos que o assunto tratado nas formações fosse abordado de modo sistemático e criativo para permitir uma melhor aprendizagem. Para o efeito, estabelecemos quatro etapas: a) exposição do conteúdo formativo; b) visualização de um excerto do filme *When the news is bad* (Quando as Notícias são Más); c) discussão, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências; d) entrega de um “cartão-de-visita” (Apêndice V), com o resumo do “Protocolo de SPIKES” (Baile et al., 2000), de modo a facilitar a comunicação de más-notícias a todos os formandos e restantes profissionais que não puderam estar presentes nas formações.

Importa referir que a conceção do estudo acima mencionado se revelou de extrema importância não só para compreender o processo de investigação, como também para adquirir competências no âmbito da comunicação. A formulação e a análise de questões relacionadas com áreas consideradas problemáticas, como a comunicação, mais especificamente, a comunicação de más-notícias, permitiu-nos refletir sobre a prática profissional, demonstrando, assim, uma consciência crítica dos problemas atuais e das suas implicações. O estudo deu-nos ainda a oportunidade de desenvolver competências na área da formação, através da realização das duas sessões de formação, transmitindo conhecimentos válidos e pertinentes para audiências especializadas.

Outro dos aspetos a que dedicámos especial atenção e que se enquadra, ainda, no objetivo relacionado com a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais na assistência à pessoa e à família, foi o acolhimento à família.

Preconizando um cuidado acolhedor, tornou-se indispensável disponibilizar tempo e mostrar dedicação à família fragilizada e com sentimentos de incerteza. O acolhimento visou envolver e incluir a família no processo de tratamento, valorizando medos e angústias, identificando necessidades e promovendo o respeito pelas diferenças socioculturais.

Neste âmbito, Riley (2004) refere que o contacto íntimo, que ocorre no momento em que se estabelece o encontro, pode ser significativo quer para o profissional, quer para a pessoa, podendo fazer a diferença nos cuidados prestados. E, segundo Hesbeen (2000), o acolhimento, o ouvir e a disponibilidade, associados aos conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas dos enfermeiros, revelam-se, nesses casos, componentes essenciais a um cuidar de qualidade.

Na UCI/UICP de Cascais, constatámos que, além de não ser feito o acolhimento aos familiares, não existiam normas ou protocolos que guiassem e orientassem este cuidado de enfermagem. Assim, elaborámos a “Norma de Acolhimento para os Familiares” (Apêndice VI), com a finalidade de uniformizar os procedimentos dos profissionais. Além disso, e relacionado com a atenção que deve ser disponibilizada, elaborámos um Cartaz informativo destinado aos familiares das pessoas internadas (Apêndice VII). O cartaz foi afixado na sala das visitas, pois pretendia informar e desmistificar alguns sentimentos relacionados com o internamento, contendo informação clara, concisa e objetiva sobre o Serviço, a equipa de profissionais, o equipamento, a forma como possivelmente vão encontrar o seu familiar, o horário e as visitas permitidas pela Instituição.

A preparação para a transferência de serviço e o regresso a casa foi uma das componentes igualmente desenvolvidas, apesar de a maior parte destas pessoas permanecer internada durante vários dias ou meses. Através da educação/formação, que tinha início no momento de admissão do doente, pretendia-se capacitar a pessoa a tomar decisões fundamentadas a nível da sua saúde e a assumir o autocuidado e a responsabilidade pela mesma. Colaborámos na formulação de objetivos e de planos de cuidados, bem como na tomada de decisões a respeito do tratamento, informando, apoiando e ajudando o doente e a família (ou o cuidador principal) a compreenderem os seus papéis e as suas responsabilidades.

No entanto, para além das atividades desenvolvidas atrás referidas, temos ainda de mencionar outras a fim de fornecer um relatório completo do estágio realizado neste campo. Assim, relativamente ainda à atuação do enfermeiro na prestação de cuidados de qualidade, há que mencionar a questão da segurança da pessoa, enquanto componente essencial “nessa equação”. Já Florence Nightingale (1969) defendia que uma gestão prudente e humana dos cuidados ao doente é a melhor salvaguarda contra a infeção.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) constitui uma das grandes problemáticas devido aos custos e à elevada morbilidade e mortalidade. Os principais riscos estão associados à presença de dispositivos invasivos, a procedimentos cirúrgicos e a infeções por micro-organismos multirresistentes (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010).

Apesar dos avanços evidentes a nível da terapêutica antibiótica e a nível dos dispositivos médicos, a pneumonia associada a ventilador (PAV)²⁵ continua a ser a causa de maior mortalidade nas UCI (20-23%), a que se segue a morte causada por infeção urinária (Pina, 2010). Os estudos revelam valores estimados entre um e quatro casos de PAV por 1 000 dias de ventilação, podendo, no entanto, atingir incidências superiores a dez casos por igual período de tempo em unidades de neonatologia e em doentes cirúrgicos (Tablan, Anderson, Besser, Bridges, e Hajjeh, 2004). Conhecer estes dados torna-se importante para os profissionais de saúde que trabalham com doentes cirúrgicos e ventilados, uma vez que os ajudará na sua prática clínica.

Considerado o risco de infeção face ao diagnóstico e complexidade das situações, à exigência dos cuidados pela necessidade de recurso a medidas invasivas e à terapêutica necessária, tornou-se imprescindível basear a nossa atuação profissional nas práticas recomendadas, em protocolos, nas normas instituídas no Serviço e nas *Bundles* propostas pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI).

De forma a validar e a adquirir conhecimentos, garantindo a continuidade do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, participámos no Projeto EVIDENCE (Anexo I), cujo objetivo principal era transmitir o conhecimento de práticas baseadas na evidência

²⁵ Trata-se da pneumonia que ocorre mais de 48-72 horas após a entubação endotraqueal.

(relativamente à prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde) aos profissionais de saúde que trabalham em unidades de cuidados intensivos²⁶.

A nossa participação neste projeto consistiu na realização do Curso de Controlo de Infeção, intitulado *Evidence Crash Course: Infection Prevention in Critically ill Patients*, através de uma plataforma de aprendizagem interativa de *e-learning*, onde foram abordados assuntos referentes à prevenção da infeção no contexto da prestação de cuidados na UCI. Este curso possibilitou-nos maximizar a nossa intervenção na prevenção e no controlo da infeção e ajudou-nos a compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência, contribuindo para a segurança dos cuidados.

É de referir também a nossa participação, em colaboração com dois colegas, nas I^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora²⁷, (Anexo II) onde apresentamos duas comunicações livres, subordinadas ao tema «A Pessoa em Situação Crítica». Com esta participação, quisemos comunicar não só resultados da prática clínica, como também resultados da investigação para audiências especializadas, e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

As comunicações foram apresentadas em forma de *Poster* e intitularam-se “Via Aérea Difícil – Que Cuidados de Enfermagem?” (Apêndice VIII e Anexo III) e “Cuidar na Adversidade: Comunicação de Más-Notícias” (Apêndice IX e anexo IV). O primeiro *poster* tinha os objetivos de sensibilizar os enfermeiros para a importância do reconhecimento precoce de uma via aérea difícil e clarificar as intervenções autónomas e interdependentes nas várias etapas do algoritmo de via aérea difícil à luz das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O segundo *poster* pretendia sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da transmissão de más-notícias à pessoa/família.

Ambos os trabalhos tiveram por base uma investigação e uma reflexão sobre a prática de enfermagem, demonstrando a pertinência da abordagem destes temas para o Serviço e a necessidade de intervenção nestas áreas.

A troca de experiências e de saberes, provenientes das várias comunicações efetuadas ao longo das Jornadas, possibilitou também adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a área da especialização, promovendo o nosso desenvolvimento profissional.

Tivemos ainda oportunidade de desenvolver iniciativas a nível da interpretação e da resolução de problemas na área da especialidade. Por exemplo, elaborámos um Algoritmo de Suporte Avançado de Vida, com base nas *Guidelines* da *European Resuscitation Council 2010* (Apêndice X), o qual foi afixado no carro de Emergência para consulta rápida. Esta iniciativa foi estimulada pelo surgimento de dúvidas relativamente às normas de atuação em situação de Paragem Cardiorespiratória (PCR) a propósito de um doente internado em situação de emergência.

²⁶ «Crash course evidence: prevenção de infeção baseada na evidência, em utentes de cuidados intensivos», s/d. Consultado a 1 de junho de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.evidenceproject.org/home.asp>>

²⁷ O evento decorreu nos dias 2 e 3 de junho de 2011.

É pertinente salientar que, na sua prática profissional, o enfermeiro não age isoladamente; pelo contrário, encontra-se inserido numa equipa de cuidados. Neste âmbito, foi importante desenvolvermos competências coletivas. Segundo Boterf (2003, p. 12), este tipo de competências “é uma resultante que emerge a partir da cooperação e da sinergia existente entre as competências individuais”, sendo possível demonstrar capacidades para trabalhar com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Em último lugar, gostaríamos de referir a nossa participação em atividades que não estavam inicialmente previstas e que superaram os objetivos de estágio previamente definidos. Assim, em colaboração com o enfermeiro chefe, participámos na gestão de recursos materiais e humanos, na elaboração dos pedidos de farmácia, na distribuição do horário de trabalho, e na supervisão da equipa. O exercício destas tarefas representou, sem dúvida, uma mais-valia para o nosso desempenho e para o enriquecimento da nossa experiência profissional, tendo contribuído para a ampliação dos nossos conhecimentos acerca dos instrumentos de gestão em enfermagem.

1.3 – MÓDULO: Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência é uma das portas de entrada das pessoas para a instituição hospitalar. A ele recorrem aqueles que vivenciam um episódio de doença aguda ou um agravamento de doença crónica.

Neste Serviço, a única certeza é a mudança que ocorre, geralmente de forma rápida e muitas vezes drástica. A intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças de perda e de fracasso são uma constante, tornando este Serviço particular e complexo.

Ao contrário do que acontece noutros serviços, a prática de enfermagem de urgência caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, pela prestação de cuidados a todas as populações e de todas as idades, e por um espectro variado de situações de doenças. Por conseguinte, é exigido ao enfermeiro um conjunto de competências de âmbito geral e especializado (Taylor e Taylor, 2001).

O estágio correspondente ao módulo I decorreu no HJJF, em Beja, que integra a ULSBA. A escolha deste campo de estágio recaiu sobre o facto de ser um serviço integrante da instituição hospital onde exercemos funções, o que facilitaria a gestão do tempo.

A este Serviço acorrem uma média de 150 pessoas por dia. É considerado pela Rede de Referenciação Hospitalar um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, por ser o primeiro nível de

acolhimento em situações de urgência²⁸ e de emergência²⁹. Trata-se de uma Unidade diferenciada que se encontra articulada com as Urgências Básicas da mesma área geográfica e com os hospitais de referência, com Urgência Polivalente, por necessitar de referenciar pessoas para as quais não tem capacidade de assistência (Direção Geral de Saúde, 2001).

Desde 2007, este Serviço assumiu, em colaboração com o Instituto Nacional de Emergência Médica, a assistência Pré-Hospitalar, através de uma equipa especializada, constituída por um médico e um enfermeiro, que se desloca ao local do incidente numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)³⁰.

Do ponto de vista da estrutura físico, o Serviço de Urgência é constituído por uma Sala de Espera, um Gabinete de Triagem, uma Sala de Emergência, uma Sala de Ortopedia, uma Sala de Pequena Cirurgia, Balcões de Atendimento, uma Sala de Inaloterapia e uma Sala de Observação, com capacidade para seis camas e seis macas.

Em relação, à equipa de enfermagem esta é composta por trinta e dois elementos. Nos turnos da manhã, da tarde e da noite, encontram-se de serviço sete enfermeiros, que são distribuídos pelos diversos setores. Um chefe de equipa assume as funções de liderança, de supervisão e de gestão.

Tal como sucedeu com o módulo referido anteriormente, definimos igualmente objetivos a atingir e previmos exercer atividades diversas, com vista ao desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista, que são, neste momento, alvo de apreciação e de reflexão crítica, assim como as estratégias implementadas e os recursos utilizados.

Objetivo geral:

- Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

Objetivos específicos:

- Gerir cuidados de enfermagem no âmbito do doente crítico, vítima de trauma, na sala de emergência;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências relacionais na assistência à pessoa/família;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

²⁸ Designam-se urgências “[t]odas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”. Fonte? (Direção Geral de Saúde, 2001, p. 7).

²⁹ Consideram-se emergências “[t]odas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Direção Geral de Saúde, 2001, p. 7).

³⁰ O VMER é o veículo de intervenção pré-hospitalar, que assegura o transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra a pessoa em situação crítica, dispondo, para o efeito, de equipamento de Suporte Avançado de Vida (INEM, «VMER». Consultado a 05 de abril de 2012. Disponível na World Wide Web: <http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27966>).

O primeiro objetivo específico direcionava-nos para a prestação direta de cuidados de enfermagem, implicando uma mobilização de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais para uma assistência eficaz à pessoa em situação crítica, vítima de trauma.

O trauma é considerado a primeira causa de morte e incapacidade em indivíduos entre os cinco e os quarenta e quatro anos de idade (Gomes, 2011). A sua incidência não se circunscreve apenas às zonas de maior densidade populacional, uma vez que as zonas rurais, tal como sucede no distrito de Beja, também são atingidas, embora em número inferior.

No caso do Serviço de Urgência da ULSBA, as tentativas de suicídio, a violência interpessoal, as quedas e os acidentes de trabalho ou de viação foram os fatores etiológicos mais significativos nas situações de trauma, durante o tempo de estágio.

Abordando, neste momento, os procedimentos de funcionamento do Serviço de Urgência onde estagiámos, podemos dizer que a triagem³¹ era, geralmente, o primeiro processo de avaliação a que eram submetidas as pessoas que lá se dirigiram, de forma a aferir a gravidade das mesmas. Essa avaliação permitia a identificação rápida das situações urgentes e emergentes que implicavam risco de vida, estabelecia prioridades em relação aos restantes doentes e orientava o encaminhamento dos mesmos (Bracken, 2001).

Tratando-se de situações complexas e críticas, de lesões graves ou de situações em que a pessoa se encontrava acompanhada pelo médico e pelo enfermeiro de VMER, esta era direcionada para a sala de Emergência. A sua avaliação era efetuada, assim, num local totalmente provido de materiais, com equipamentos de ventilação assistida e de monitorização hemodinâmica.

A forma como era aplicado o processo de enfermagem proporcionava a base para uma prestação de cuidados centrada nas necessidades da pessoa. A avaliação era efetuada de forma rápida e sistemática, uma vez que dela dependia o prognóstico.

Na abordagem ao doente crítico, vítima de trauma, era utilizada a mnemónica que preconizava uma avaliação “ABCDE”, a saber:

A (*Airway*) - Via Aérea (com controlo da coluna cervical em situações de trauma);

B (*Breathing*) - Respiração e Ventilação;

C (*Circulation*) - Circulação (com controlo de hemorragia, se presente);

D (*Disability*) - Disfunção Neurológica;

E (*Exposure*) - Exposição a fatores externos com controlo da hipotermia (INEM, 2010).

A avaliação era complementada com dados subjetivos fornecidos pela pessoa, pela família ou pelo profissional que a acompanhava e que refletiam a percepção que cada um tinha da situação. A par destas informações, houve, a necessidade de clarificar a interpretação de situações com base na cultura, nas emoções e nos sentimentos da pessoa. Tomamos, por

³¹ Na ULSBA, estava implementado o Sistema de Triagem de Manchester.

exemplo, uma situação em que a pessoa, em síndrome depressivo e em fase de rejeição perante o seu problema, não estava a facultar as informações decisivas para a identificação do seu estado. Neste caso concreto, foi necessária uma extensão da avaliação, o que implicou uma destreza mental e reflexiva, assim como o estabelecimento de uma comunicação assertiva³² na procura de informações.

Essa avaliação era também complementada com dados objetivos, provenientes da monitorização dos sinais vitais (a temperatura, a respiração, o pulso, a oximetria arterial periférica e a pressão arterial), da observação, do exame clínico e da obtenção de exames complementares de diagnóstico e de dados laboratoriais.

Resultante da recolha, da análise e da interpretação dos dados apurados, durante a avaliação, eram efetuados os diagnósticos de enfermagem e seguia-se a criação de um plano de ação individualizado. A fase de implementação coincidia com os procedimentos de enfermagem necessários à consecução dos objetivos, realizados de acordo com os conhecimentos sobre a abordagem ao doente crítico, vítima de trauma, e com as normas e os protocolos vigentes no Serviço.

A atuação especializada de enfermagem caracterizava-se pela identificação de focos de instabilidade e pelo estabelecimento de prioridades, fatores essenciais para a assistência ao doente. Após o julgamento clínico sobre as necessidades de cuidados imediatos, procurava-se antecipar complicações que poderiam colocar a vida da pessoa em risco.

Desta forma, em situações particulares de grande afluxo de doentes emergentes, em que era excedida a capacidade de resposta por parte da equipa médica, foram realizadas intervenções de forma autónoma. Monitorizavam-se os sinais vitais, administrava-se oxigénio e executavam-se técnicas como, por exemplo, a entubação nasogástrica, a introdução de cateteres vesicais (algaliação), a cateterização de acesso venoso periférico para reposição de fluidoterapia e a administração de fármacos. A particularidade das situações vivenciadas exigia um elevado conhecimento e perícia na execução dos procedimentos necessários.

Neste sentido, o REPE, no seu artigo n.º 9, ponto n.º 4, é perentório, ao afirmar que o enfermeiro “procede à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

Mantinha-se uma reavaliação contínua do doente e eram mobilizados os recursos necessários, incluindo a preparação do material de emergência, caso fosse necessário. A avaliação, tal como as restantes fases, tinha lugar ao longo de todo o processo, estando dependente da implementação das ações e da consecução dos objetivos.

Para esta aplicação do processo de enfermagem, a experiência profissional e o conhecimento baseado em evidência científica revelaram-se essenciais. Estes aspetos permitiram tomadas

³² A comunicação assertiva implica uma atitude positiva e envolve o assumir de um papel ativo, salvaguardando os direitos da pessoa, não a julgando (Riley, 2004).

de decisão que orientaram a autonomia, que, progressivamente, fomos adquirindo e consolidando, junto dos restantes profissionais, no exercício da nossa prática profissional.

A gravidade da situação clínica, que caracteriza geralmente estes doentes, levou a que, por vezes, houvesse a necessidade de implementar medidas de Suporte Básico de Vida e de Suporte Avançado de Vida. Nestas situações, enquanto gestores dos cuidados prestados à pessoa, procurámos assumir também a liderança e a supervisão dos cuidados de enfermagem, de forma a desenvolver competências como *team leader*, papel que se assumiu como fundamental para assegurar a eficiência e a eficácia da equipa. Neste âmbito, usámos do espírito crítico e da autonomia para proceder à implementação de medidas de *life saving*. É de referir que a investigação e a experiência clínica (a nível de Perioperatório) se revelaram muito importantes, já que permitiram a aplicação de conhecimentos aprofundados sobre Via Aérea, especificamente a Via Aérea Difícil.

Também, o transporte dos doentes em situação crítica é uma área determinante para a sobrevivência das pessoas e para a sua qualidade de vida futura. Assim, uma das atividades que desenvolvemos foi a transferência intra-hospitalar dos doentes da sala de emergência para realizarem exames complementares de diagnóstico, para o Bloco Operatório ou para a UCI. Este tipo de transferências implica um processo de articulação e de complementaridade a nível da equipa de saúde, tendo o objetivo comum de assegurar a continuidade dos cuidados (sustentada numa filosofia de segurança do doente, procurando-se que os níveis e a qualidade dos cuidados, durante o transporte, não sejam inferiores aos da unidade de origem [Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2007]).

Para assegurar, justamente, a não diminuição dos níveis de qualidade dos cuidados, foi necessária uma programação que envolveu um trabalho de equipa. Na fase da decisão, os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte foram devidamente equacionados. Durante a fase de planeamento, foram tomados em consideração os aspetos relacionados com a coordenação, a comunicação, o equipamento de transporte, o processo clínico, a equipa e a estabilização da pessoa em termos hemodinâmicos. Por fim, procedeu-se à efetivação do transporte, mas as responsabilidades só cessaram no momento em que o doente foi entregue ao serviço destinatário ou quando se verificou o seu regresso ao serviço de origem (em situações de transporte para efeitos de realização de exames complementares de diagnóstico).

Apesar da assistência à pessoa em situação crítica, na sala de emergência, ainda se encontrar fortemente associada a uma abordagem muito tecnicista, centrámos os cuidados no doente, sob o ponto de vista holístico, atendendo às suas dimensões, à sua individualidade e às suas necessidades específicas.

Assim, na assistência aos doentes foi adotada uma conduta ética e deontológica de respeito pelos seus direitos e interesses legalmente protegidos, conforme preconizado pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional.

Apesar das dificuldades relacionadas com a estrutura física hospitalar e com a sobrelotação do Serviço, procurámos que a prestação de cuidados fosse pautada de intervenções que promovessem e preservassem a privacidade, usando cortinas, vestindo os doentes e tapando partes do corpo que não necessitassem de ficar expostas. Procurámos, deste modo, pôr em prática o artigo 86.º, alínea b., do Código Deontológico, que define que o enfermeiro assume o dever de “[s]alvaguardar a privacidade e intimidade da pessoa”, embora tenhamos consciência que cuidar requer uma aproximação contínua a alguém que carece de cuidados e que o contacto físico, o toque e o olhar, sendo necessários e inevitáveis à prestação de cuidados, podem originar uma ligação íntima que pode suscitar invasão de privacidade.

Por conseguinte, sendo a intimidade e a privacidade conceitos únicos e subjetivos para cada pessoa, suscetíveis à influência de culturas e de religiões, baseámos a nossa atuação na transculturalidade (Leininger, 1985), atuando no respeito pelos valores, crenças, normas e práticas de forma individualizada.

Com efeito, de acordo com Hesbeen (2000), o cuidado de enfermagem não se trata de dar sentido a cada ato, mas sim de incluir o conjunto de intervenções numa perspetiva que faça sentido para a pessoa. Preservar a privacidade, valorizar a sua singularidade, respeitar as suas crenças e valores foram formas encontradas de garantirmos a promoção da saúde e a qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita ao Dever de Informação, preconizado pelo Código Deontológico, no artigo 84.ª, procurámos respeitar o direito à autodeterminação e ao consentimento informado, transmitindo informação³³ não só ao doente como à sua família sobre a evolução da situação clínica, garantindo que estavam a ser prestados todos os cuidados adequados e indicados. Essa partilha de informação foi vista, não apenas como um direito mas também um elemento detentor de inúmeros benefícios (Martins, 2010). Um desses benefícios prendia-se com a intenção de transmitir sentimentos de confiança e mostrar respeito pela situação da pessoa, facilitando a sua aceitação e adesão ao tratamento, o que trazia repercussões positivas para o funcionamento do Serviço e para o próprio doente, havendo claros ganhos para a saúde (Melo, 2005).

Tal como previsto no módulo anterior, tencionámos dar continuidade ao desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais na assistência à pessoa e à família como forma de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Procuramos que a comunicação excedesse o acto de informar, contextualizando-o num *continuum* de cuidados para uma prática clínica de qualidade.

Debruçamo-nos sobre a fragilidade de quem se dirige a um serviço de urgência. O recurso a este tipo de Serviço representa sempre um momento de fragilidade do doente e dos familiares, que vivenciam sentimentos de medo, insegurança e incerteza face ao diagnóstico e ao

³³ Englobando informação de enfermagem pertinente e suscetível de ser partilhada, e respeitando sempre a singularidade de cada situação, no que se refere à necessidade e à vontade de obter informação, à capacidade de compreensão e ao impacto, entre outros.

tratamento. Além de se confrontarem com um ambiente desconhecido e impessoal, deparam-se com longas horas de espera, o que desencadeia, muitas vezes, alterações emocionais. Porém, a experiência demonstrou que um doente ansioso, inquieto e inseguro é, naturalmente, um elemento stressante para os profissionais de saúde e perturbador para o próprio funcionamento e organização do Serviço. E, neste sentido, é naturalmente uma dificuldade acrescida para quem está a prestar os cuidados.

Tal como se encontra consagrado no artigo 1.º, do Decreto-Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, a pessoa que se dirige ao Serviço de Urgência tem direito ao acompanhamento. A lei veio, assim, alargar a todos os doentes os mesmos direitos já garantidos a crianças, a adolescentes e a pessoas portadoras de deficiências. O acompanhamento familiar tem grandes potencialidades enquanto instrumento de ligação e de participação nos cuidados. O estabelecimento de parcerias no planeamento das intervenções, a procura de empatia nas interações e o empenho em envolver pessoas significativas/a família foram ações que fizeram parte da nossa prática de enfermagem diária, na tentativa de minimizar o impacto negativo do internamento. Esta atuação permitiu a otimização e a individualização dos cuidados através de um maior conhecimento da pessoa, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Renca, 2010).

Cuidar do doente implica cuidar da família, que passa sobretudo por demonstrar disponibilidade, saber ouvir e procurar compreender as suas necessidades. Assim, procurámos apoiar e encorajar os familiares, no sentido de identificarem em si (enquanto família) os recursos necessários para gerir o momento de crise, respeitando e compreendendo o significado que aquela experiência tinha para cada pessoa. Nesta linha de pensamento, Melo (2005) realça que compreender a perspetiva do doente/família torna-se um pré-requisito indispensável para uma prática profissional de excelência.

Ainda, a propósito do cuidar, há que refletir sobre a questão da morte. Historicamente, as profissões da área da saúde estão associadas à promoção e à manutenção da vida. No entanto, a morte faz também parte do ciclo vital do ser humano e está presente no quotidiano dos profissionais de saúde. No entanto, como afirma Klüber-Ross (1996), culturalmente, o homem não está preparado para a morte. Esta é vista como uma adversária, a qual se tenta vencer a todo o custo. Deste confronto têm surgido notáveis avanços tecnológicos e terapêuticos, mas parece haver ainda algumas lacunas, impulsionando, por vezes, a pessoa, a família e o profissional a acreditar que só a cura e o restabelecimento são características de um cuidado de qualidade.

Estas dificuldades em aceitar a finitude do ser humano acabam por interferir com a prestação de cuidados, pois fazem emergir alguns sentimentos como o fracasso, a impotência, a frustração e a incapacidade, impedindo o profissional de desempenhar as suas funções de forma a atender às reais necessidades do doente/da família.

“O que fazer quando não há mais nada a fazer?” Esta é uma questão que ouvimos com alguma frequência. Alguns profissionais julgam que a sua tarefa termina quando nada mais se pode

fazer para tornar a doença reversível. No entanto, além dos aspetos biológicos que estão a condicionar a fatalidade humana, estamos perante uma pessoa que está a vivenciar uma experiência limite da sua existência. Perante estas situações, verificámos a necessidade de uma prestação de cuidados de visasse a promoção da máxima qualidade de vida possível, durante os últimos momentos de vida. Garantir o apoio, o conforto e a privacidade da pessoa e da família foram algumas das nossas ações. Atuámos também no sentido de promover a proximidade e o envolvimento, facilitando e permitindo a presença dos familiares ou das pessoas significativas, junto da pessoa.

Segundo Martins (2006), acompanhar um doente que se encontra na fase final da sua vida requer um outro paradigma do cuidar, tecnicamente menos diferenciado, no entanto, humanamente mais “sofisticado”.

Devido à identificação de algumas oportunidades de melhoria, no que se refere à transmissão de más notícias, desenvolvemos um estudo, a que intitulámos “Perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSBA, EPE, sobre a Comunicação de Más Notícias”. Este estudo pretendia dar continuidade ao realizado no estágio de UCI e surgiu da convicção de que, através da investigação e da análise da perceção dos enfermeiros sobre a problemática da comunicação de más notícias, seria possível contribuir para uma melhor consciencialização das dificuldades neste âmbito, de forma a melhorar o processo comunicacional.

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. O seu objetivo geral era conhecer a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E sobre a comunicação de más notícias. Quanto aos seus objetivos específicos, consistiam em obter resultados sobre a dificuldade em comunicar más notícias, analisar as situações em que existe maior dificuldade em comunicar este tipo de notícias, compreender as emoções vivenciadas e diagnosticar necessidades de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Da população do estudo, que incluía todos os enfermeiros que exerciam funções no Serviço (N=35), obtivemos uma amostra que correspondia aos enfermeiros que se encontravam a exercer funções entre os dias 31 de outubro e 6 de novembro de 2011 (n = 32).

O instrumento de colheita de dados escolhido foi um questionário que elaborámos (ver apêndice XI) para diagnosticar as necessidades por parte dos enfermeiros. De modo a cumprir todos os princípios ético-legais, solicitámos autorização ao enfermeiro Chefe da Unidade, ao Conselho de Administração e ao Conselho de Ética da ULSBA para recolher dados, tendo recebido uma resposta favorável (Apêndice XII e Anexo V). Foi ainda solicitada autorização aos enfermeiros, que, voluntariamente, assumiram pertencer à amostra e permitiram a utilização dos dados fornecidos.

O questionário foi avaliado quanto à pertinência e compreensibilidade, nos dias 24 e 25 de outubro de 2011, a dez enfermeiros do serviço do Bloco Operatório da ULSBA. Verificámos que o mesmo reunia os dados pretendidos e não apresentava dificuldades a nível da

interpretação das perguntas, nem no seu preenchimento, pelo que não foi necessário efetuar quaisquer alterações.

Recolhidos e analisados os dados, verificou-se que 29 dos 32 enfermeiros (isto é, 91%) já sentiram ou sentem dificuldades em comunicar más notícias, (Apêndice XIII).

No sentido de responder a essas necessidades de formação e de sensibilizar os profissionais para a importância de desenvolver competências comunicacionais na assistência à pessoa e à família, para uma melhoria da qualidade dos cuidados, delineámos, como estratégia, a realização de uma sessão de formação. Elaborámos um plano da sessão (Apêndice XIV) e divulgámo-lo no Serviço. De acordo com a disponibilidade dos profissionais, a sessão “Comunicação no Serviço de Urgência: Como Comunicar Más Notícias” (Apêndice XV) foi realizada no dia 23 de novembro.

De forma a abordar este assunto de modo sistemático e criativo, para permitir uma melhor aprendizagem, foram estabelecidas as mesmas etapas seguidas no estudo descrito no módulo referente à UCI. Por fim, foi aplicado um questionário de avaliação da formação (Apêndice XVI) e foram analisados os resultados (Apêndice XVII).

A concepção deste estudo, tal como o anteriormente descrito, revelou-se de extrema importância para a aquisição e o aperfeiçoamento de competências não só na área de investigação, como também na área da formação e comunicação.

Numa sociedade em que, durante vários anos, ser detentor de informação era sinónimo de “ter poder”, o desafio mais difícil da atualidade foi a interiorização de um novo paradigma, isto é, promover a partilha de informação é dar a todos o poder de ir mais longe e, neste âmbito, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante (Rego, 2009). Na verdade, a investigação, a supervisão e a formação constituem instrumentos preciosos para o desenvolvimento de saberes e de competências, contribuindo para a melhoria dos desempenhos pessoais e profissionais pela eficácia e pela eficiência dos resultados.

Chegamos, assim, à reflexão sobre o nosso terceiro objetivo específico, isto é, contribuir para o autodesenvolvimento e o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Para a sua consecução, debruçámo-nos sobre situações/problemas e sobre necessidades formativas identificadas.

Já mencionámos acima a sessão de formação sobre a comunicação de más notícias no Serviço de Urgência. Outra área a que dedicámos a nossa atenção foi a necessidade de refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros e a importância de intervir de forma adequada perante situações de violência.

Segundo a World Health Organization (2002), a violência tem vindo a afirmar-se como um dos graves problemas sociais e de saúde pública. Definida como o uso intencional do poder ou da força física, de forma real ou como ameaça, provocando dano, lesão ou morte, a violência constitui um problema complexo pelo facto de trazer repercussões para a saúde física e psicológica das vítimas, assim como implicações a nível socioeconómico.

Estima-se que, a cada ano, a violência atinja doze milhões de pessoas no mundo. De forma

geral, a violência está entre as principais causas de morte na faixa etária entre os quinze e os quarenta e quatro anos, morrendo anualmente mais de um milhão e meio de vítimas. Em 2010, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou, no distrito de Beja, cinco crimes contra pessoas e quarenta casos de violência doméstica (APAV, 2010). É importante que estes dados sejam tidos em consideração, no entanto é bom estarmos cientes que não correspondem à totalidade de ocorrências de casos desta natureza. Na verdade, os números expostos dizem respeito apenas às vítimas que solicitaram apoio a esta associação.

Durante a nossa experiência no Serviço de Urgência, prestámos assistência a vítimas de violência comunitária³⁴, de violência sexual³⁵ e a pessoas que tentaram o suicídio por motivos de violência doméstica³⁶. Apesar dos serviços de saúde representarem um local de assistência e de acolhimento, estes ainda são pouco procurados pelas vítimas por receio de serem reconhecidas, descobertas pelo agressor ou por falta de confiança no profissional de saúde, sendo o tratamento restringido, na maior parte das vezes, à lesão física.

Contudo, o artigo 80.º do Código Deontológico determina que o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde da comunidade, assumindo a responsabilidade de responder de forma adequada às necessidades de cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, artigo 80.º). Neste contexto, se tomarmos em consideração que a suspeita e a deteção de casos de violência, assim como o acompanhamento das vítimas, são necessidades atuais, então ocupamos uma posição privilegiada para responder a esse desafio, uma vez que somos nós que, geralmente, estabelecemos o primeiro contacto com a vítima e permanecemos mais tempo junto dela.

Desta forma, a intervenção de enfermagem, sendo um processo contínuo, que pretende, tal como defende Meleis (2010), ajudar a superar e a facilitar os processos de transição, inclui o tratamento das lesões, mas também o estabelecimento de uma relação de confiança que facilite a aproximação com a vítima. A observação dos danos, a avaliação da natureza e da gravidade das lesões, o registo e o preenchimento de forma adequada de todos os documentos, assim como a recolha e o armazenamento de evidências biológicas e físicas são contributos essenciais para ajudar a vítima a provar a culpa de determinado suspeito.

Segundo Lynch, a fundadora da Enfermagem Forense³⁷, esta nova abordagem contribui para o combate ao crime e à violência, sendo considerada como um exemplo das competências que os enfermeiros irão preencher num futuro breve (Hammer, Moynihan e Pagliaro, 2006).

³⁴ Designa o tipo de violência cometida sobre pessoas sem qualquer ligação de parentesco entre si (World Health Organization 2002)

³⁵ Trata-se da violência, física ou psicológica, usada para submeter a vítima a práticas sexuais sem o seu consentimento. (APAV, 2010)

³⁶ Corresponde ao uso de violência no seio do agregado familiar. Ocorre, na maior parte das vezes, entre membros de uma família e entre parceiros íntimos (APAV, 2010).

³⁷ Definida pela *International Association of Forensic Nursing* (IAFN) como a especialidade que utiliza a investigação para abordar questões de saúde, a Enfermagem Forense é assumida como um novo domínio da prática, relacionando os conhecimentos específicos da Enfermagem com a Medicina Legal e com a Justiça (International Association of Forensic Nursing, 2011).

Devido ao elevado contributo dos profissionais de saúde neste tipo de situações, foi organizada, a nível institucional, uma Conferência intitulada de *Enfermagem Forense – Preservação de Vestígios*. O seu objetivo consistia em sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de desenvolverem um vasto leque de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, que os capacitasse para, mediante a presença de indícios comportamentais e físicos, suspeitarem de um possível ato de violência como causa de lesões, atuando e encaminhando a vítima, de acordo com a situação e a legislação em vigor. Como preletor, contámos com a colaboração do Exmo. Sr. Presidente da Associação Portuguesa de Enfermagem Forense, um perito na área. Elaborámos um Cartaz Informativo (Apêndice XVIII), que foi distribuído por todos os Serviços e publicado no *site* da ULSBA, para efeitos de divulgação da referida conferência. Esta contou com cerca de (sessenta) participantes, de diversas classes profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, psicólogos e dois elementos do Conselho Jurídico), e a todos foi entregue um certificado de participação (Anexo VI). No final, houve um momento dedicado ao esclarecimento de dúvidas, à partilha de experiências e à reflexão na e sobre a *praxis*. Esta iniciativa proporcionou a aquisição de conhecimentos relativamente à preservação de vestígios e à determinação adequada de prioridades, permitindo uma abordagem e um planeamento de cuidados apropriados à situação clínica da pessoa, conforme o esperado de uma prática especializada. Relativamente à questão da violência, resta salientar a nossa motivação e a de alguns pares para a organização e a implementação de um gabinete de apoio à vítima, dentro da instituição hospitalar.

Ainda no âmbito da **investigação e da formação**, foi dado a conhecer o LIVOPAN®³⁸ com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Trata-se de uma terapêutica inalatória que é utilizada em serviço de urgência, mas da qual os profissionais ainda não tinham conhecimento.

Atendendo aos benefícios para a instituição em termos de custo-benefício e para os doentes em termos de qualidade dos cuidados, foi contactada a empresa fornecedora, a quem solicitámos uma sessão de informação para os profissionais, tendo obtido uma resposta positiva. Depois de analisarmos as referências bibliográficas, incluindo alguns estudos científicos já realizados, elaborámos um documento, que ficou disponível no Serviço, com as principais indicações, efeitos, posologia, modo de administração, mecanismo de ação, contraindicações, interações e efeitos indesejáveis (Apêndice XIX).

A **formação** em serviço, que decorreu durante as sessões formais apresentadas, mas também em todos os momentos em que trocámos impressões ou deixámos contributos, foi uma das formas de mobilizar e de partilhar conhecimentos.

³⁸ Trata-se de uma terapêutica inalatória não invasiva usada no controlo da dor aguda em intervenções de curta duração.

A elaboração de uma pasta, que incluía artigos científicos sobre o “Choque Séptico”, *Guidelines* e a “Abordagem do doente com sépsis/choque séptico”, foi mais uma das estratégias implementadas para cooperar com os profissionais no seu desenvolvimento profissional, para uma prática baseada na evidência.

A propósito do “Choque Séptico”, foi sugerida a criação de uma Via Verde Sépsis, devido ao elevado índice de mortalidade que acarreta quando não se age rapidamente. A nossa intenção foi dotar o Serviço de uma atualização necessária de suporte científico, que permitisse a implementação de um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem a morbi-mortalidade, traduzindo-se numa consequente promoção e melhoria da qualidade dos cuidados a estes doentes, tal como nos explica Saraiva (2011).

Finalmente, resta mencionar as oportunidades de melhoria e as necessidades de intervenção na área da Prevenção e do Controlo da Infeção identificadas no âmbito da **supervisão** e, após uma reflexão crítica sobre a adequação dos diferentes métodos e procedimentos.

O acesso dos doentes aos cuidados de saúde de qualidade é um direito essencial reconhecido e valorizado pelas instituições e pelos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2005). A procura destes serviços é motivada geralmente pela vontade de restabelecer a saúde e de se manter saudável, pelo que os doentes esperam dos profissionais todos os esforços que lhes permitam garantir a sua segurança.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem uma das grandes problemáticas da atualidade, devido aos custos e à elevada morbilidade e mortalidade.

Partindo de um princípio que defende que o enfermeiro deve ser um promotor de cuidados de saúde/enfermagem seguros e que deve estruturar a sua atuação nessa área, realizámos, em colaboração com os membros da Comissão de Controlo de Infeção, uma atualização das normas institucionais, tendo por base as Recomendações do CDC de 2011 (O’Grady, et al. 2011).

No final da sessão de formação a que já nos referimos sobre a comunicação de más notícias no Serviço de Urgência, disponibilizámos algum tempo para partilha e reflexão sobre as práticas de enfermagem. Nesse momento, foram focadas noções básicas sobre o *Patient Safety* e reforçámos as recomendações para a prevenção de infeção do trato urinário e da corrente sanguínea, relacionada com a utilização de cateteres venosos intravasculares.

Desse momento de partilha, resultaram algumas alterações que foram introduzidas como, por exemplo, a introdução do Álcool a 70ª para desinfeção das “portas de entrada” dos sistemas, em caso de utilização de cateteres venosos periféricos. Esta atividade permitiu maximizar a nossa intervenção a nível da prevenção e do controlo da infeção, contribuindo para a adoção de práticas baseadas na evidência, com vista à segurança do doente.

2 - REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, apresentamos uma análise reflexiva sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências, relacionando o contributo da definição dos conceitos “Pessoa”, “Cuidados de Enfermagem”, “Saúde” e “Ambiente” para a condução da nossa prática clínica de enfermagem. A análise de SWOT foi a ferramenta que utilizámos para evidenciar os aspetos que afetaram este processo de aprendizagem.

Concebem-se as competências como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes, que são mobilizados num determinado contexto, revelando-se nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias. São compreendidas de forma holística, pragmática e interativa (Alarcão, 2001; Collière, 2000). No campo de atuação da prática profissional, são exigidas ao enfermeiro competências científicas, técnicas e relacionais, capazes de assumir uma postura reflexiva, adaptadas às diversas situações, constituindo-o num agente ativo e promotor de mudança.

A construção de saberes e o desenvolvimento profissional advém, em grande parte, da experiência clínica de enfermagem, da observação e da reflexão sobre a prática, que exigem um permanente “vaivém”, nos processos de interpretação e de compreensão das situações, visando o autodesenvolvimento e a edificação sólida dos conhecimentos, baseados na evidência.

Segundo Mussak (2003), na verdade, o que diferencia os homens é a qualidade do pensamento que implica uma autoanálise constante. Tal como Alarcão (2001), conceptualizámos a reflexão como um motor de desenvolvimento profissional e humano. A prática reflexiva permitiu abordar a experiência, não somente como uma situação circunscrita ao vivido, mas também como uma experiência transformada em conceitos que servem de orientação para novas experiências, conferindo à aprendizagem um carácter contínuo e cíclico.

Todo o trabalho desenvolvido beneficiou do planeamento realizado no âmbito do projeto de estágio que, por espelhar aquilo que verdadeiramente pretendíamos atingir, centralizou as nossas atenções. Não obstante, enquanto instrumento dinâmico, flexível e evolutivo, permitiu também uma reformulação em resposta aos desvios, resultantes das necessidades identificadas na prática e das várias experiências proporcionadas pelos diferentes momentos e contextos de aprendizagem. Também o Portefólio (desenvolvido de acordo com os quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem), enquanto “laboratório de construção de significados, a partir das experiências” (Paulson, Paulson e Meyer, 1991, p. 2), contribuiu para enriquecer e orientar a direção da prática de enfermagem, incrementar capacidades de pesquisa, valorizar a prática profissional e desenvolver um tipo de aprendizagem criativa e

reflexiva.

A enfermagem, enquanto ciência, tem vindo a ser influenciada por diversos fatores, desenvolvendo-se ao ritmo das grandes correntes de pensamento e dando origem a diferentes modelos e teorias, fundamentais para a evolução do conhecimento. Segundo Barros (1997), a forma particular como a enfermagem relaciona os conceitos de “Pessoa”, “Cuidados de enfermagem”, “Saúde” e “Ambiente” circunscreve o domínio da responsabilidade dos enfermeiros e clarifica o seu campo de atuação.

A **Pessoa**, foi o foco de atenção central da nossa prática clínica de enfermagem. Foram identificadas necessidades, estabelecidos diagnósticos, planeadas e implementadas intervenções, avaliados os resultados e reajustados os planos de cuidados, de acordo com as necessidades do momento. Isto traduziu-se, no processo de enfermagem, num método eficiente de organizar e de estruturar os processos de pensamento, de modo a promover uma tomada de decisão clínica baseada na investigação, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade. Quisemos garantir a satisfação das necessidades da pessoa, enquanto ser holístico, multidimensional e que se encontra num processo de transição, o que lhe confere um conjunto de limitações impeditivas de realizar o autocuidado de forma autónoma. Neste processo, considerámos a Família como parte integrante da pessoa e, como tal, objeto da nossa prática.

Além disso, assumimos a Comunicação com a pessoa e com a família como instrumento indispensável no cuidar e no estabelecimento de uma relação empática, constituindo o pilar de sustentação da prestação de cuidados, conforme é recomendado por Riley (2004).

Cuidados de Enfermagem, foram todos os cuidados que prestamos com a pessoa durante o processo da doença, como da saúde, numa perspectiva holística de cuidar.

Como enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar assumimos o lugar privilegiado para atuar como um recurso, indo ao encontro das necessidades da pessoa, família e comunidade, proporcionando apoio/educação no sentido do desenvolvimento e/ou manutenção das capacidades funcionais, de forma a ajudar a atingir o seu projeto de saúde.

Reconhecendo a interação e a influência do ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve, os cuidados de enfermagem pretenderam promover a aprendizagem e a capacidade da pessoa gerir os recursos de que dispõe, com vista à autonomia, ou uma vida digna até à morte (Vieira, 2009).

Orientados por Meleis (2010), assumimo-nos como elementos fundamentais no processo de transição, através do desenvolvimento de competências na área da promoção e prevenção da doença.

Conceptualizamos o **Ambiente** como o conjunto de circunstâncias, condições e influências que afectavam a pessoa, e que incluíam elementos humanos, físicos, culturais, económicos e organizacionais (Wesley, 1997). Já Florence Nightingale, uma referência para a enfermagem,

centrava a sua ação no ambiente, de modo que a natureza agisse de forma mais eficaz na recuperação da pessoa.

Dentro deste campo de atuação, a segurança da pessoa, assumiu relevância particular, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados.

Na prestação de cuidados, maximizamos a nossa intervenção na prevenção e controle de infecção associada aos cuidados de saúde, demonstrando compreensão relativa às implicações da investigação, adoptando e contribuindo para a adopção de práticas baseadas na evidência. Privilegiamos também a comunicação e a eficácia do *handhover*³⁹, como um dos desafios e soluções a ter em consideração, de forma a diminuir erros ou eventos adversos, aumentando não só a qualidade, como a segurança dos cuidados.

Salientamos também a promoção do conforto, suportados por Kolcaba (1994), para o alívio, tranquilidade ou transcendência de situações geradoras de stress, para a pessoa.

Para Vieira (2009, p. 84), **Saúde**, é entendida como “ Projeto individual de cada ser humano, numa abertura incessante ao sentido da vida que o *dever pessoal* vai construindo”. De acordo com esta definição, tomamos por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e define, consoante as necessidades atuais, assumindo a saúde sob uma perspectiva dinâmica e continua.

A promoção da saúde, consistiu numa combinação de medidas de educação, que visaram prevenir a doença e facilitar a aquisição de saúde. A alteração de comportamentos ou a adopção de estilos de vida, compatíveis com a promoção/manutenção de saúde, foram algumas das intervenções que realizamos.

Procuramos, ao longo do ciclo vital, satisfazer as necessidades fundamentais da pessoa e maximizar a sua autonomia, ajudando-a a adaptar-se às suas limitações, incapacidades ou défices, através de processos de educação. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Expressamos a relevância que constituiu para nós a definição dos quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem que, nos envolvem numa espiral de raciocínios quando os pretendemos definir para a condução da prática de enfermagem. Fomos introduzindo alguns conceitos como a Comunicação, a Pessoa, a Família, o Ser holístico, o Autocuidado, a Autonomia, as Transições, o Conforto..., todos eles sustentados por fundamentação teórica. Valorizámo-los e desenvolvemo-los, de forma a reforçar o papel do enfermeiro na prevenção da doença e na promoção da saúde, através de uma prestação de cuidados de qualidade.

Atualmente, observamos uma necessidade de mudança na natureza dos cuidados de saúde, frente ao envelhecimento gradual da população, ao aumento da procura de cuidados, ao aparecimento de um número crescente de doenças crónicas e à exigida contenção de gastos em saúde.

³⁹ Definido pela Joint Commission on Accreditation of Health Care (2006) como o processo em que os profissionais de saúde passam a informação, com o objetivo de assegurar a continuidade e segurança dos cuidados.

São defendidas intervenções baseadas em modelos conceptuais, uma vez que o paradigma biomédico não é capaz de responder às diversas solicitações, esperando-se dos profissionais intervenções urgentes no respeito pela promoção de padrões de qualidade elevados, dirigidos às reais necessidades da pessoa.

Dando sequência a esta reflexão, podemos considerar também urgente e fundamental que o profissional, aproveitando o conceito alargado de saúde, coloque na sua esfera de atuação novos desafios e linhas de orientação, de forma a descobrir novos caminhos.

Como agente ativo e promotor de desenvolvimento humano e, por isso, crítico e reflexivo, detentor de competências técnicas, científicas e relacionais, deve procurar mais conhecimento dentro da sua área. O aumento dos conhecimentos gera a abertura de fronteiras, proporcionando oportunidades e campos de intervenção diferentes.

Reportamo-nos ao conceito de “Enfermagem Avançada”, ao qual Silva (2007) se refere como uma prática de enfermagem com mais enfermagem. A ideia de acrescentar enfermagem à enfermagem é entendida como uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática, assente em pilares que devem ser transversais, designadamente: o conhecimento disciplinar elevado, a mobilização da experiência vivenciada, a formação, a investigação, a reflexão crítico-reflexiva, a prática baseada na evidência, a liderança e a implementação de mudança. Esta filosofia permitirá expandir o conhecimento e aplicá-lo na prática de enfermagem, demonstrando, assim, através de indicadores fiáveis, resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Terminada esta etapa, estamos convictos de que, além do desenvolvimento da prática crítico-reflexiva, desenvolvemos outras áreas de competências fundamentais para o exercício profissional enquanto enfermeiros especialistas.

A experiência profissional, aliada à exposição de uma grande variedade de situações durante o estágio, proporcionou-nos a aquisição e o desenvolvimento de competências na área da **Prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica**. A forma de sentir e de perceber os acontecimentos foi condicionando a orientação do pensamento, uma vez que partimos de um raciocínio mais analítico e alcançámos uma forma mais intuitiva de abordar cada situação.

Porém, tendo sido necessário este conhecimento experiencial, a verdade é que ele não se bastou a si próprio, visto que o processo de decisão clínica em enfermagem deve integrar também conhecimentos científicos. Segundo Fortin (2003, p. 18), “nenhuma profissão terá o desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação”. A área da **Investigação** foi uma das áreas de competências também desenvolvida, quer através da pesquisa bibliográfica efetuada como suporte científico para uma prática baseada na evidência, quer através da realização de estudos sobre como comunicar más notícias, os quais foram realizados nos campos de estágio, com a finalidade de efetuar um diagnóstico diferencial relativamente a estas temáticas.

Definida no documento “A Vision for the Future”, como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a protecção das pessoas, contribuindo para incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas, também a **Supervisão Clínica** se assume como um processo de aprendizagem e expansão da prática incentivando o desenvolvimento de competências analíticas e reflexivas. (National Health Service Management Executive, 1993).

Com efeito, tivemos oportunidade de desenvolver competências na área da Supervisão, nomeadamente na adequação dos diferentes métodos e procedimentos utilizados pelos profissionais, tendo sido identificadas algumas oportunidades de melhoria e necessidades de intervenção relativamente à prevenção e ao controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Neste âmbito, houve necessidade de, em contexto de formação, serem focadas noções básicas sobre *Patient Safety* e reforçadas as recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário e da corrente sanguínea, relacionada com a utilização de cateteres venosos intravasculares. Desse momento de partilha, resultaram algumas alterações, como aquela a que já nos referimos relacionada com a introdução do Álcool a 70^a para desinfeção das “portas de entrada” dos sistemas, em caso de utilização de cateteres venosos periféricos. Ainda a propósito da questão da prevenção de infeções, a realização do *Crash Course: Evidence Project* trouxe-nos importantes conhecimentos baseados em evidência científica.

Atendendo aos resultados dos estudos realizados, à prática clínica observada e à evidência científica, sentimos necessidade de intervir, realizando sessões de formação sobre a comunicação de más notícias e organizando uma conferência sobre Enfermagem Forense. Estas ações permitiram-nos desenvolver competências na área da **Formação**. Saliámos também todos os momentos de aprendizagem e de partilha de experiências que surgiram em momentos informais ou formais, como a participação em congressos ou jornadas.

A **comunicação com a pessoa e com a família**, sendo a matriz da orientação para este percurso, foi uma das áreas mais desenvolvidas. Durante a prestação de cuidados, tivemos oportunidade de, através da utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal, estabelecer relações de ajuda e de empatia com a pessoa e com a família. Por outro lado, a reflexão crítica e reflexiva sobre a prática profissional encaminhou-nos para algumas intervenções individualizadas, sob uma abordagem holística do cuidar em enfermagem, que visaram uma prestação de cuidados de qualidade, direcionada para as reais necessidades da pessoa e da família. Neste sentido, podemos referir, como exemplos dessas intervenções, a realização de um cartaz informativo destinado aos familiares das pessoas internadas numa UCI e de uma norma de acolhimento à família; a promoção do desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais, nomeadamente na transmissão de más notícias; o envolvimento da família na prestação de cuidados e o respeito pelo direito ao acompanhamento.

De forma a fazer referência aos aspetos que influenciaram este percurso de aprendizagens, recorreremos à análise de SWOT, para identificar as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças que se explicitam e podem ser analisadas na tabela que se segue:

<p style="text-align: center;">Strengths (Forças)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de competências na área de Especialização em EMC; - Promoção da prática baseada na evidência; - Promoção de uma prática crítico-reflexiva; - Promoção de uma Enfermagem Avançada; - Tutoria durante o estágio. 	<p style="text-align: center;">Weaknesses (Fraquezas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Períodos de estágio curtos, para realização de estudos de investigação; - Limitação dos módulos opcionais.
<p style="text-align: center;">Opportunities (Oportunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementação de estratégias para melhoria da qualidade dos cuidados; - Implementação de estratégias sobre <i>Patient Safety</i>; - Oportunidade de modificar a praxis de acordo com a evidência científica. 	<p style="text-align: center;">Threats (Ameaças)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redução dos custos em saúde; - Investimento elevado relativamente à disponibilidade pessoal e profissional; - Não reconhecimento do título de especialista na carreira de enfermagem.

TABELA 1 - Análise de SWOT

CONCLUSÕES

Agora que estamos, praticamente, a terminar a redação deste relatório e chegando ao fim de mais uma etapa do nosso desenvolvimento pessoal e profissional, impõe-se uma avaliação final de todo o percurso de aprendizagens e de competências desenvolvidas.

No âmbito de Perioperatório (Módulo Creditado), a experiência que fomos adquirindo ao longo de vários anos conduziu à aquisição de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que permitiram um domínio da prática clínica, assim como a promoção de uma gestão eficaz de situações complexas, com um nível de flexibilidade e de adaptabilidade elevado. Por estes motivos, enquadramo-nos no perfil de “Perito”, na área de Perioperatório.

Quanto ao estágio realizado na UCI, este permitiu-nos viver a experiência de lidar com questões novas e complexas, tendo sido necessário aplicar e integrar conhecimentos em contextos alargados e multidisciplinares. Desenvolvemos competências na área da prestação de cuidados e acreditamos ter contribuído para a melhoria da sua qualidade, através da implementação de estratégias que visavam o envolvimento da família, como é o caso do acolhimento aos familiares e a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros relativamente à área da comunicação, mais especificamente a Comunicação de Más Notícias.

No que se refere ao estágio em Serviço de Urgência, mantivemos o objetivo de desenvolver competências na área da prestação de cuidados com enfoque na vertente relacional. Destacamos também as competências desenvolvidas na área da formação, através da realização de uma conferência sobre Enfermagem Forense e da sessão de formação sobre Comunicação de Más Notícias. Evidenciamos, ainda, a introdução do Álcool a 70^a para desinfeção das “portas de entrada” dos sistemas, em caso de utilização de cateteres venosos periféricos, contribuindo para uma prática baseada na evidência, garantindo, assim, a segurança dos cuidados. Para além disso, enfatizamos os conhecimentos transmitidos e a partilha de documentação científica sobre o choque séptico, deixando um contributo para a implementação da Via Verde Sépsis.

Fazendo uma apreciação global deste percurso, gostaríamos de destacar, de entre aquelas já descritas, duas áreas de competências desenvolvidas: a investigação e a comunicação.

No que se refere à primeira, a **investigação** contribuiu não só para a criação e a aquisição de novos conhecimentos, mas também para a tradução desses mesmos conhecimentos em estratégias, intervenções, tomadas de decisão e julgamento clínico, que procuraram dar resposta às diversas necessidades da pessoa e da família, bem como dos restantes profissionais.

Quanto à segunda, a **Comunicação**, enquanto pilar de sustentação da prática profissional, permitiu o estabelecimento de uma relação de ajuda e de empatia com a pessoa e a família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. Dentro desta área de competência, incluímos as técnicas de comunicação verbal e não-verbal, que utilizámos durante a prática profissional, assim como todas as intervenções que promoveram o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a pessoa e a família, como sejam a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos restantes profissionais.

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde não é recente, mas tem vindo a adquirir uma importância crescente. Os progressos técnicos e científicos alcançados, a importância dos recursos disponíveis, os custos que representam, o aumento das exigências da pessoa e da família, com o conseqüente aumento de responsabilidades dos profissionais, têm conduzido ao desenvolvimento de uma cultura institucional onde a qualidade é assumida como um compromisso. E, foi neste compromisso, que enquadrámos o nosso investimento na área da Comunicação com a pessoa e com a família para uma efetiva melhoria contínua da qualidade do exercício profissional em enfermagem.

Através da prática especializada conseguimos promover essa qualidade. A deteção de necessidades de intervenção, assim como a resposta pronta e antecipatória a essas necessidades, através da sensibilização e da promoção do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde sobre esta temática abrangente (a Comunicação e, mais especificamente, a Comunicação de Más Notícias) contribuimos para uma reflexão conjunta e acreditamos, para uma conseqüente mudança de atitudes e comportamentos.

Nesta linha de pensamento, consideramos que, pelo cumprimento dos objectivos, pela aquisição e pelo desenvolvimento de competências em diversas áreas fundamentais da enfermagem, nos enquadrámos no perfil de enfermeiro especialista na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, I. (2001). «Formação Reflexiva». *Revista de Enfermagem de Referência*. N.º I(6), pp. 53-59. Maio.
- ASSOCIAÇÃO dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- BAILE, W., Buckman R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. (agosto de 2000). «Spikes. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer». *The Oncologist*. N.º 5, pp. 302-311.
- BARROS, M. (maio de 1997). «Cuidar de ontem e de hoje». *Nursing*. N.º 111, pp. 8-13.
- BASCUÑÁN, R. (2005). «Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica». *Revista Médica Chile*. N.º 6 (133), pp. 693-698. Novembro.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BOTERF, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3.ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- BRACKEN, J. (2001). Triagem. In Associação dos Enfermeiros de Urgência. *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4.ª ed. Loures: Lusociência, pp. 117-24.
- BUCKMAN, R. (1992). *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- CAMBOTAS, C., Chambel, C., Tavares, F., Martins, H., Lajas, I., Veloso, M., Pinheiro, M., Henriques, M., Bilbao, M. & Cruz, O. (2006). As funções do enfermeiro perioperatório. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta, pp. 105-170.
- CASCÃO, A. (2004). *Entre a gestão de competências e a gestão de conhecimento: um estudo exploratório de inovação na gestão de pessoas*. Lisboa: RH Editora.
- COLLIÈRE, M.-F. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- CONSELHO Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.
- CONSELHO Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (abril de 2007). «Parecer CJ n.º 119/2007: procedimento sobre acompanhamento de doentes em situação emergente». *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 25, pp. 18-19.
- DIAS, J. (2004). *Formadores: que desempenho*. Loures: Lusociência.

EUROPEAN Operating Room Nurses Association (EORNA). (1997). *Currículo comum europeu para enfermagem perioperatória*. Edimburgo: s/e.

FORTIN, M., CÔTÉ, J. e VISSANDJÉE, B. (2003). A investigação científica. In FORTIN, M. (ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência, pp. 15 -24.

GOMES, E. (2011). «O doente politraumatizado grave: implicações da ruralidade na mortalidade, incapacidade e qualidade de vida». *Acta Médica Portuguesa*. N.º 24 (1), pp. 81- -90. Janeiro/Fevereiro.

GRAMACHO, F., BERNARDES, H. e GRAMACHO, J. (fevereiro de 2012). «Papel do enfermeiro chefe na equipa multidisciplinar». *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. Póvoa de Varzim. N.º 6, pp. 8-11.

HALL, J., SCHMIDT, G. e WOOD, L. (2005). *Principles of critical care*. 3.ª ed. New York: McGraw-Hill.

HAMMER, R., MOYNIHAN, B. e PAGLIARO, E. (2006). *Forensic nursing: a handbook for practice*. London: World Headquarters.

HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

INEM. (2010). *Manual de VMER*. 3.ª ed. Lisboa : INEM.

JOSÉ, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.

KÉROUAC, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson S.A

KOLCABA, K. (1994). «A theory of holistic confort for nursing». *Journal of Advanced Nursing*. N.º 19 (6), pp. 1178-1184.

KUBLER-ROSS, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. 7.ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora.

LEININGER, M. (1985). «Transcultural care, diversity and universality: a theory of nursing». *Nursing Health Care*. N.º 6 (4)

– . (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. New York: MacGraw-Hill.

MANLEY, K. e BELLMAN, L. (2003). *Enfermagem cirúrgica, prática avançada*. Loures: Lusociência.

MARINO, P. (2007). *The ICU Book*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MARTINS, J. (2010). «Informação em saúde: perspectiva ética». *Ordem dos Enfermeiros*. N.º 34, pp. 18-21. Junho.

MARTINS, L. (2006). «Final de vida». *Ordem dos Enfermeiros*. N.º 20, pp. 53-56. janeiro

MELEIS, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

MELO, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência.

- MENDONÇA, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. Penafiel: Editorial Novembro.
- MORITZ, R. et al. (2008). «Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva». *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. N.º 20 (4), pp. 422-428.
- MUSSAK, E. (2003). *Metacompetência: uma nova visão do trabalho e da realização pessoal*. S.Paulo: Editora Gente.
- NATIONAL Health Service Management Executive. (1993). *A vision for the future: the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and health care*. Londres: NHS Management Executive, Department of Health.
- NIGHTINGALE, F. (1969). *Notes on nursing: what is, and what is not*. New York: Dover Publications.
- ORDEM dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM dos Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)
- . (julho de 2005). «Segurança do doente: torná-la uma realidade! Declaração do Luxemburgo sobre a segurança do doente». *Ordem dos Enfermeiros*. N.º 17, pp. 47-49.
- PAULSON, F., PAULSON, P. e MEYER, C. (1991). «What Makes a Portfólio a Portfólio?». *Educational Leadership*, s/n.º, pp. 60-63. Fevereiro.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- PINA, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). «Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. N.º 10, pp. 27-39.
- REGO, A. (janeiro-abril de 2009). «Ética e formação em cuidados intensivos». *Servir*. Volume 57, n.ºs 1-2.
- RENCA, P. (2010). «Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria». *Enfermagem Referência*. N.º 2, pp. 91-100. Dezembro.
- RILEY, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- ROGERS, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- ROTHROCK, J. (2008). *Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13.ª edição. Loures: Lusodidacta.
- SAIOTE, E. e MENDES, F. (abril/junho de 2011). «A partilha de informação com familiares em unidades de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros». *Cogitare Enfermagem*. N.º 16(2), pp. 219-225.
- SARAIVA, D. (agosto de 2011). «Abordagem do doente com sépsis/choque séptico: criação e implementação da via verde sépsis». *Nursing*. N.º 272, pp. 8-13.

SCHNEIDER, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J. & Albuquerque G. (janeiro/março de 2008). «Patient and family reception in coronary care unit». *Texto & Contexto: enfermagem*. Vol. 17, n.º 1, pp. 81-89.

SILVA, A. (janeiro/fevereiro de 2007). «Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina». *Servir*. N.º 55, pp. 11-19.

SMELTZER, S. e BARE, B. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Volume I. 10.ª edição. São Paulo: Editora Guanabara Koogan.

TABLAN, O. Anderson, L., Besser, R., Bridges, C., & Hajjeh R. (março de 2004). «Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee». *MMWR Recommendations and Reports*. N.º 53, pp.1-36.

TAYLOR, P. e TAYLOR, J. (2001). Processo de enfermagem de urgência e diagnóstico de enfermagem. In Associação dos Enfermeiros de Urgência. *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4.ª ed. Loures: Lusociência, pp.9-16.

TERZI, R. e ARAÚJO, S. (1992). *Técnicas básicas em UTI*. São Paulo: Manole.

UNIVERSIDADE Católica Portuguesa. (2010). Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Regulamento Geral. Lisboa.

VIEIRA, M. (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

WATSON, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

WESLEY, R. (1997). *Teorias y modelos de enfermería*. 2.ª ed. México: McGraw-Hill.

WORLD Health Organization. (2002). *Violence prevention the evidence*. Geneva: Centre for Public Health.

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS:

ADMINISTRAÇÃO Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2012). Consultado a 3 de março de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.acss.min-saude.pt/>>

ASSOCIAÇÃO Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). «Contributo da APAV: Associação Portuguesa de apoio à Vítima para o plano nacional de Saúde 2011-2016». Consultado a 6 de novembro de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.apav.pt/portal/>>

«Chegou a Cascais a saúde da nova geração». (2010). Consultado a 12 de junho de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.hppcascais.pt/pt/Paginas/welcome.aspx>>

«Crash course evidence: prevenção de infeção baseada na evidência, em utentes de cuidados intensivos», s/d. Consultado a 1 de junho de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.evidenceproject.org/home.asp>>

INEM, «VMER». Consultado a 05 de abril de 2012. Disponível na World Wide Web: <http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27966>

INTERNATIONAL Association of Forensic Nursing. «Forensic nursing». Consultado a 6 de novembro de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.iafn.org/>>

JOINT Commission Internacional Center for Patient Safety. (2006). *Strategies to Improve Hand-Off Communication: Implementing a Process to Resolve Questions*. Consultado a 10 de outubro de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.jcipatient-safety.org>>

MOCHEL, E. Perdigão, E., Cavalcanti, M. & Gurgel, W. (2010). «Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA». Consultado a 10 de Maio de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/281>>

O'GRADY, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S., Lipsett, P., *et al.* (2011). «Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections». Consultado a 01 de abril de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>

PORTAL da Saúde, «Apresentação do SIGIC». 2006. Consultado a 20 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/Apresentacao+sigic.htm>>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. (2001). «Rede hospitalar de urgência/emergência». Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 10 de fevereiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.acss.min-saude.pt/>>

«Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE». s/d. Consultado a 10 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.hbeja.min-saude.pt/>>

WORLD Health Organization (WHO). (julho de 2008). «Checklists save lives». *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 86, n.º 7. Consultado a 27 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/08-010708/en/>>

LEGISLAÇÃO:

ASSEMBLEIA da República. (2009). Lei n.º 33/2009. *Diário da República*. Série I, n.º 134, de 14 de julho.

MINISTÉRIO da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República*. Série I, Parte A, n.º 60, de 24 de março.

MINISTÉRIO da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96. «Regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE)». *Diário da República*. Série I, n.º 205, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

ORDEM dos Enfermeiros. (1996). Lei n.º 111/2009. *Diário da República*. Série I, n.º 180, de 16 de setembro.

- . (2011). «Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica». *Diário da República*. Série II, n.º 35, de 18 de fevereiro.
- . (2011). «Regulamento n.º 124/2011. Regulamento de competências específicas do enfermeiros especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica». *Diário da República*. Série II, n.º 35, de 18 de fevereiro.

APENDICES

APENDICE I

Questionário: “Comunicação com a pessoa em estado crítico e família”



Caro Colega

No âmbito do projeto de Estágio, referente ao Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, pretendo estudar o tema da **Comunicação com a Pessoa em estado crítico e Família**, na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Cascais.

Com o objetivo de efetuar um diagnóstico da presente situação, agradeço a sua colaboração através da resposta à seguinte questão e da assinatura do respectivo consentimento para poderem ser utilizados os dados.

(Este documento deverá ser entregue até dia 13 de Maio).

QUESTÃO:

Sente dificuldades quando interage com o doente e/ou família?

Sim

Não

Se respondeu SIM, refira em que situações, particularmente.

Declaro que, permito a utilização dos dados fornecidos para o presente estudo sobre Comunicação com a Pessoa em estado crítico e/ou Família.

Atenciosamente

Enf. Sofia Rita

APENDICE II

**Análise dos dados do estudo sobre “Comunicação com a pessoa em
estado crítico e família”**



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS POLIVALENTE, DO HOSPITAL DE CASCAIS, SOBRE A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA

Sofia Rita (Curso de Mestrado de Natureza
Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

ORIENTAÇÃO:
Enfermeiro Ricardo Coxo
Professora Doutora Helena José

CASCAIS

2011

ESTUDO: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS POLIVALENTE, DO HOSPITAL DE CASCAIS, SOBRE A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA.

A comunicação com a Pessoa e com a Família assume-se como instrumento indispensável no cuidar. Permite criar oportunidades de aprendizagem e a continuidade dos cuidados, garante a sua qualidade e facilita as interações e o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Ao comunicar com a Pessoa/Família estamos a estabelecer momentos de relação, importantes e imprescindíveis, para a prestação de cuidados de qualidade.

No entanto, comunicar de forma eficaz é simultaneamente importante e difícil, constituindo um desafio para os profissionais, implicando a utilização e o desenvolvimento de competências básicas essenciais à comunicação entre profissional-doente-família⁽¹⁾.

A forma como comunicamos, está diretamente relacionada com o ajuste emocional da pessoa e família à doença e ao envolvimento no tratamento e, como tal, deve ser valorizada. O reconhecimento desta realidade e da sua importância no processo de adaptação, implica um investimento para uma educação focada no desenvolvimento de habilidades na área da comunicação.

Este estudo, surge da convicção, de que através da investigação e da análise da percepção dos enfermeiros sobre a problemática da comunicação, é possível contribuir para uma melhor consciencialização das dificuldades neste âmbito, de forma a melhorar o processo comunicacional .

Face ao exposto, e considerando a abrangência do tema, pretendemos como objetivos para este estudo:

Objetivo geral:

- Conhecer e analisar a percepção dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Polivalente do Hospital de Cascais, sobre a comunicação com o doente e família.

Objetivos específicos:

- Obter resultados sobre a dificuldade em interagir com o doente e/ou família;
- Analisar as situações em que existe maior dificuldade em interagir;
- Diagnosticar necessidades de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados.

METODOLOGIA

A fase metodológica, também denominada de desenho de investigação refere-se ao plano detalhado criado pelo investigador com vista a conduzir o estudo de forma a obter respostas válidas, assegurando a fiabilidade e qualidade dos resultados⁽²⁾. É o que permite que o investigador concretize efetivamente o seu projeto.

Assim, neste capítulo são apresentados os elementos que fazem parte do desenho de investigação.

- TIPO DE ESTUDO

- ✎ Estudo Descritivo.

- POPULAÇÃO E AMOSTRA

- ✎ POPULAÇÃO: Todos os enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Cascais (N = 40).
- ✎ AMOSTRA: Todos os enfermeiros que se encontram de serviço de 9 a 13 de Maio de 2011. (n = 30).

- DETERMINAÇÃO DO MEIO

- ✎ O estudo foi efetuado em meio natural, de forma a alterar o menos possível as condições em que é realizado.

- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

- ✎ Foi elaborado e aplicado um questionário como instrumento de colheita de dados.

O questionário foi avaliado quanto à pertinência e compreensibilidade, nos dias 2 e 3 de Maio 2011, tendo sido aplicado a 10 enfermeiros do serviço do Bloco Operatório da ULSBA, E.P.E, que não faziam parte da amostra. Os questionários foram preenchidos na sua totalidade, não havendo dificuldade na interpretação das perguntas nem no seu preenchimento, pelo que não foi necessário efetuar alterações no seu conteúdo.

- DIMENSÕES ÉTICAS

Durante a realização deste estudo foram cumpridos os seguintes princípios, como forma de respeitar a autonomia, dignidade humana e direitos humanos:

- ✧ **Direito à Auto-determinação**, atribuindo ao participante o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não no estudo;
- ✧ **Direito à Intimidade, respeitando a liberdade do participante para decidir** sobre a extensão da informação a transmitir durante o estudo;
- ✧ **Direito à Proteção contra o Desconforto e Prejuízo**, satisfazendo as exigências da Beneficência e não Maleficiência
- ✧ **Direito a um tratamento Justo e Equitativo**, não envolvendo abuso ou discriminação dos participantes
- ✧ **Consentimento Autorizado**, tendo o participante oportunidade de aceitar ou não a sua participação, assim como a utilização e divulgação da informação transmitida.

- COLHEITA DE DADOS

Antes de procedermos à colheita de dados foi necessário respeitar não só os princípios éticos, como os aspetos burocráticos inerentes a este processo. Foi transmitida informação e solicitada autorização para a realização deste estudo ao Conselho de Administração, ao Conselho de Ética, ao enfermeiro Chefe do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios e a cada participante.

A colheita de dados foi agendada para a semana de 9 a 13 de Maio de 2011. Dos 30 questionários entregues foram devolvidos apenas 21 preenchidos.

- TRATAMENTO DOS DADOS

Como forma de tratamento de dados recorreu-se à análise estatística. Os programas informáticos utilizados foram: Word e EXCEL.

Análise de dados

- ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

QUESTÃO 1 – Sente dificuldades quando interage com o doente e/ou família?

SENTE DIFICULDADE QUANDO INTERAGE COM O DOENTE E/OU FAMÍLIA?	N	% total
SIM	12	57%
NÃO	9	43%
TOTAL	21	100%

TABELA 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a dificuldade em interagir com o doente e/ou família.

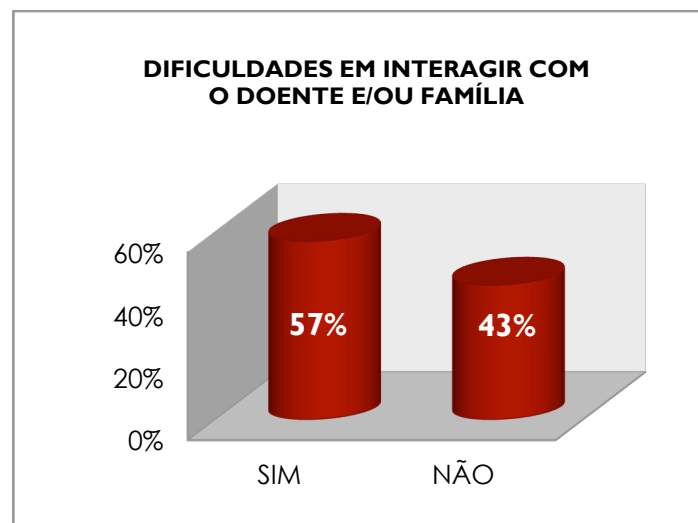


GRÁFICO 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a dificuldade em interagir com o doente e/ou família.

Pela análise da tabela e gráfico nº 1, verificamos que 12 dos 21 enfermeiros (57%) já sentiram ou sentem dificuldade em interagir com o doente/família, enquanto que os 9 restantes (43%) atribuíram uma resposta negativa à questão.

QUESTÃO 2 – Se respondeu SIM, refira em que situações, particularmente.

Após análise das respostas, procedeu-se à síntese, agrupando as que expressavam os mesmos significados e sentidos, procurando a convergência das descrições, chegando à construção de quatro categorias, sendo então, estas discutidas de acordo com a evidência científica.

As dificuldades em interagir com o doente/família estão relacionadas com:

... Obstáculos à comunicação relacionados com a situação clínica do doente.

- *“doentes entubados são de difícil comunicação”.*

... Situações terminais.

- *“situações terminais, principalmente quando o doente é jovem”.*

- *“penso que em algumas situações, como morte ou gravidade extrema da doença, existem sempre dificuldades, em doentes muito novos”.*

... Falta de comunicação entre profissionais.

- *“quando não se sabe qual o feedback entre equipa médica e família correndo o risco de transmitir informações ocultas propositadamente ou não”.*

- *“Gestão da informação, o que o doente já sabe ou não, acerca da situação”.*

- *“Por vezes existe falta de conhecimento da situação global do doente (comunicação enfermeiro/médico) sendo difícil, por isso, agir em conformidade”.*

Análise de dados

... Comunicação de más notícias.

- “famílias ansiosas pelo estado do doente, muitas vezes não assimilam as informações da forma que os enfermeiros pretendem”.
- “no estabelecimento de estratégias de comunicação eficaz; identificação de necessidades da família”.
- “saber que tipo de informação fornecer em função do que já sabe a família ou doente”.
- “Comunicação de más notícias, embora seja realizada primariamente pela equipa médica, é sempre um momento particularmente difícil”.
- “Limitação no tipo de informação a transmitir à família do doente”.
- “As vezes é difícil perceber a percepção que a família tem acerca da situação”.

OBSTÁCULOS À INTERAÇÃO COM O DOENTE/FAMÍLIA	N	% total
COMUNICAÇÃO MÁS NOTÍCIAS	6	50%
COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS	3	25%
SITUAÇÕES TERMINAIS	2	17%
SITUAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE	1	8%
TOTAL	12	50%

TABELA 2 – Distribuição dos obstáculos relacionados com a dificuldade na interação doente/família.

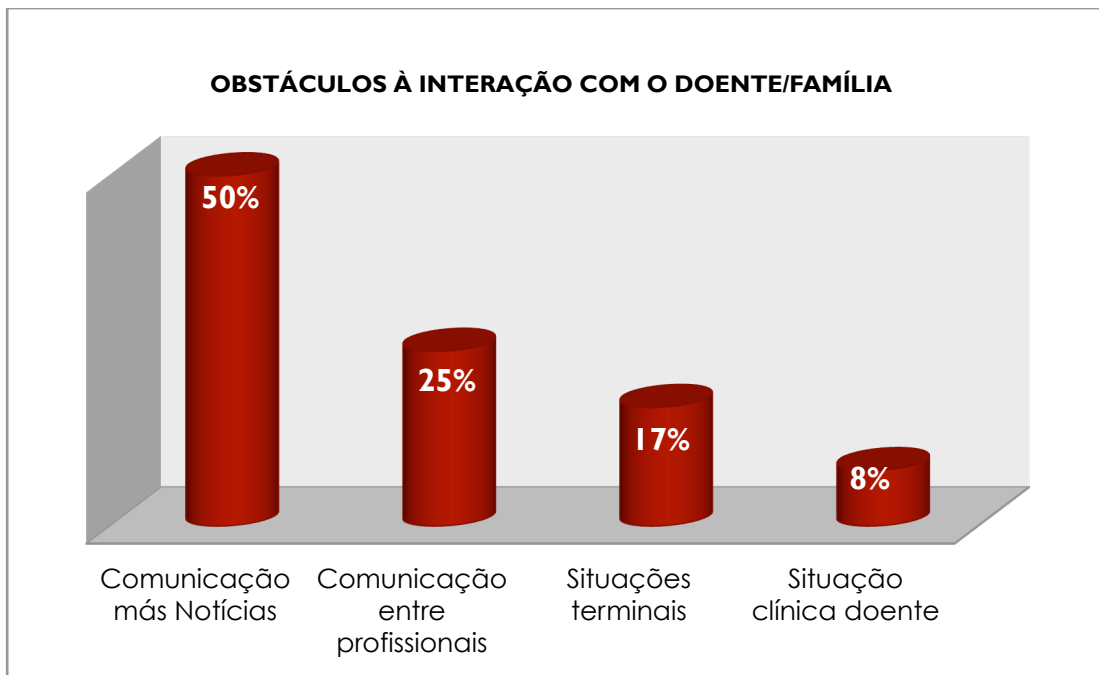


GRÁFICO 2 – Distribuição dos obstáculos relacionados com a dificuldade na interação doente/família.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados demonstraram que 57% dos enfermeiros da amostra sente dificuldades em interagir com o doente/família.

As situações que dificultam a interação estão relacionadas, sobretudo, com a comunicação. A idade do doente, a gravidade da sua situação clínica (17%), e o facto de se encontrarem numa fase final da vida (8%), são fatores relevantes para o processo relacional.

A falta de comunicação e transmissão de informação entre a equipa médica e de enfermagem (25%) são também fatores que influenciam a interação por dificultarem a transmissão de informação de acordo com as necessidades do doente e família.

Por último, a comunicação de más notícias (50%) parece ser a maior dificuldade manifestada pelos enfermeiros. A forma assertiva de transmitir más notícias, a quantidade de informação, a identificação das necessidades da família e a melhor forma de lidar com os seus sentimentos, fazem parte das preocupações dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer e analisar a percepção dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Polivalente do Hospital de Cascais, sobre a Comunicação com o doente e/ou família.

É sabido que o autoconhecimento é um processo importante a ser explorado como forma de melhor lidar com as situações que impliquem manifestação de emoções, pelo que é relevante a identificação das dificuldades vivenciadas na prática de enfermagem⁽³⁾.

Os profissionais sentem dificuldades em comunicar e interagir com os doentes em que a sua situação clínica apresente gravidade, ou se encontrem em fase terminal, especialmente os mais jovens. A falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar dificulta o processo relacional entre profissional-doente-família.

Muitos profissionais sentem ainda dificuldade em lidar com as situações que implicam a comunicação de más notícias. A falta de confiança em comunicar e a dificuldade em lidar com as emoções do doente e/ou família, faz com que os profissionais acabem por remeter, por vezes, esta tarefa para outra classe profissional, geralmante a médica⁽⁴⁾.

Todas estas dificuldades evidenciadas pelos profissionais são relevantes para a interação e o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e/família. Sendo a comunicação assumida como a pedra angular da prestação de cuidados, é fundamental o desenvolvimento de competência de forma a aumentar a satisfação pelos cuidados prestados e promover a qualidade dos mesmos.

Neste âmbito, este estudo, desempenhou um papel importante no estabelecimento de uma base científica, na medida em que permitiu orientar a prática de cuidados⁽²⁾. A elaboração de um diagnóstico da situação direcionou e facilitou o planeamento de intervenções de enfermagem baseadas nas necessidades dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. (2ª Ed.). Lisboa:
2. Fortin, M., Cotê, J. & Filial, F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
3. Aguiar, I., Veloso, T., Pinheiro, & A. Ximenes. L. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebes internados em unidade neonatal. *Acta Paul. Enferm*, 19, 131-137.
4. Mochel, E., Perdigão, E., Cavalcanti, M.& Gurgel, W. (2010). Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Pesq.*,17,47-56.

APENDICE III

Plano de sessão de formação: “Comunicação com a pessoa em estado crítico e família”



FORMAÇÃO DE SERVIÇO:

COMUNICAÇÃO NA UCI:

COMO COMUNICAR MÁIS – NOTÍCIAS



DIA : 8 DE JUNHO (Quarta-feira)

HORA : 14h30

LOCAL : Sala de Formação UCI/UCIP

Palestrante: Sofia Rita
(aluna do curso de Mestrado em Enfermagem)



PLANO DE SESSÃO:

**COMUNICAÇÃO NA UNIDADE
DE CUIDADOS INTENSIVOS:
COMO COMUNICAR MÁS
NOTÍCIAS**

TEMA – COMUNICAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

PRELETOR – ENFERMEIRA SOFIA RITA (ALUNA DO 4º CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, UCP.

DESTINATÁRIOS – PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

LOCAL – HOSPITAL DE CASCAIS

DATA – 8 DE JUNHO 2011

DURAÇÃO – 30 MINUTOS.

OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da Comunicação com a Pessoa/Família.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Possibilitar o aprofundamento de conhecimentos sobre Comunicação no Serviço de Urgência;
- Dar a conhecer o Protocolo de SPIKES, como estratégia para a Comunicação de Más Notícias



COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MATERIAL	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do preletor; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos; 	- Expositivo		2 min.
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação em Enfermagem; - Barreiras à Comunicação; - Comunicação de Más notícias; - Resultado do estudo de Investigação; - A influência da forma de Comunicar; - Protocolo de SPIKES; - Importância da Comunicação; - Apresentação de um filme “Quando as Notícias são Más”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor 	20 min.
CONCLUSÃO	- Revisão de conteúdos.	- Expositivo		3 min.
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução de caso clínico; - Preenchimento de questionário 	- Participativo		5 min.

APENDICE IV

**Sessão de Formação: Comunicação na UCI: Como Comunicar Más
Notícias**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM MÉDICO-CIRÚRGICA

2010/2012



COMUNICAÇÃO NA UCI: COMO
COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

MAIO 2011

PRELATORA: SOFIA RITA
ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA HELENA JOSÉ
TUTOR: ENFERMEIRO RICARDO COXO



COMUNICAR NA UCI: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

OBJECTIVOS

Objectivo Geral:

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da comunicação com o Pessoa/Família;

Objectivo Específico:

- ✓ Possibilitar o aprofundamento de conhecimentos sobre a comunicação na UCI;
- ✓ Dar a conhecer o Protocolo de SPIKES como estratégia para a Comunicação de Más-Notícias;



COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM:

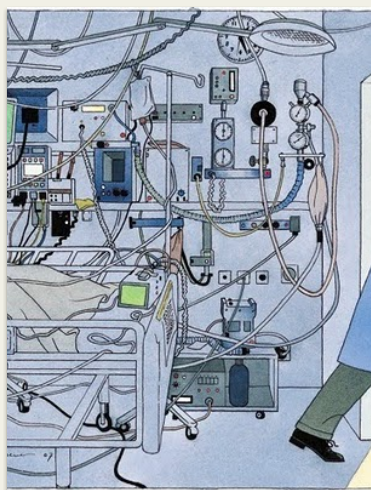
- ✓ Processo contínuo de interação, de afinidade e de conhecimento mútuo;
- ✓ Essencial para estabelecer uma relação terapêutica com a PESSOA/FAMÍLIA;
- ✓ “É a própria relação, sem a qual, é impossível a relação terapêutica enfermeiro-pessoa”¹



BARREIRAS A COMUNICAÇÃO



BARREIRAS À COMUNICAÇÃO



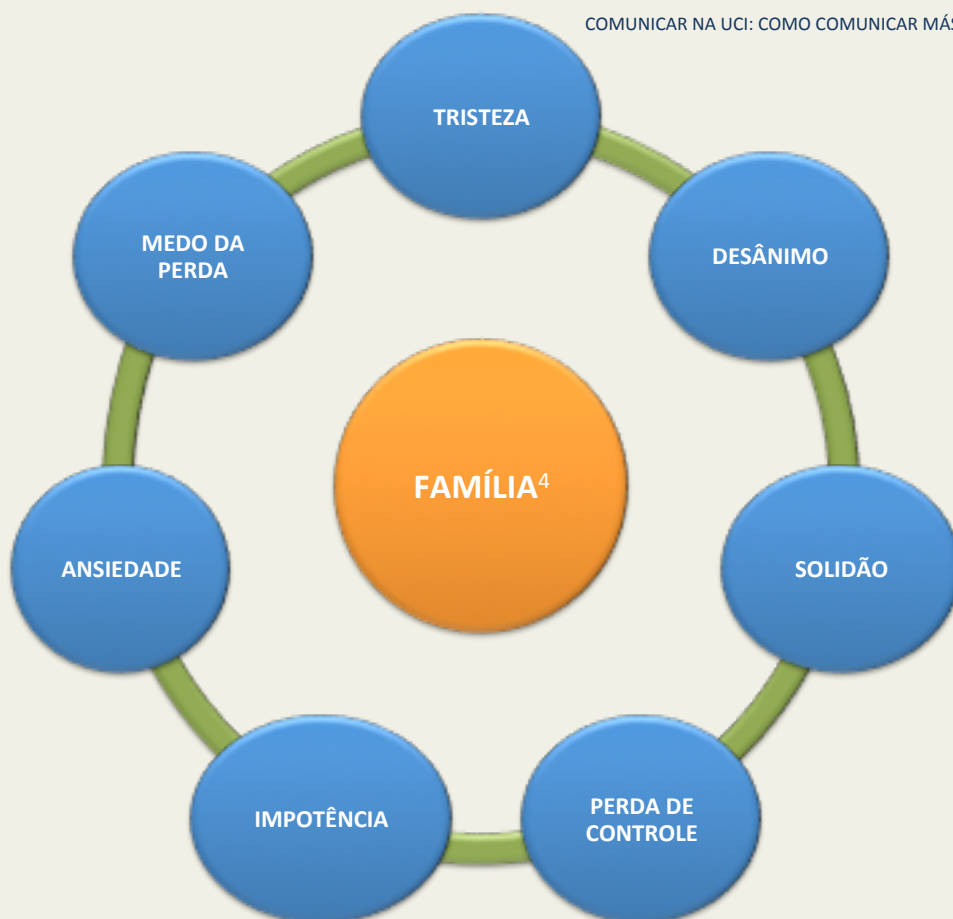
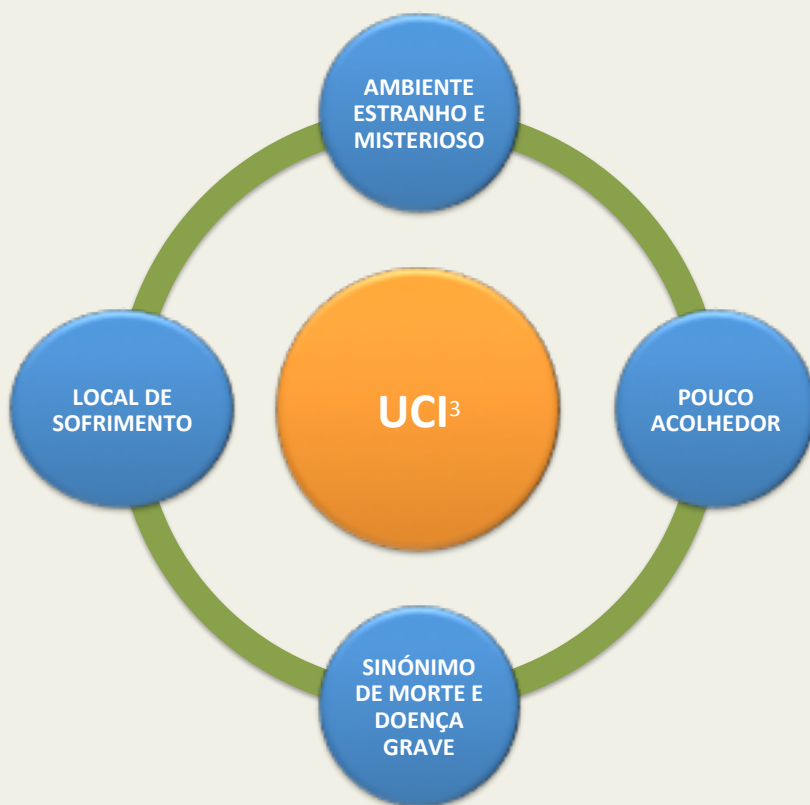
UCI



PESSOA/FAMÍLIA



PROFISSIONAIS





BARREIRAS À COMUNICAÇÃO⁴



COMUNICAÇÃO DE MÁS - NOTÍCIAS



MÁS - NOTÍCIAS

CONCEITO:

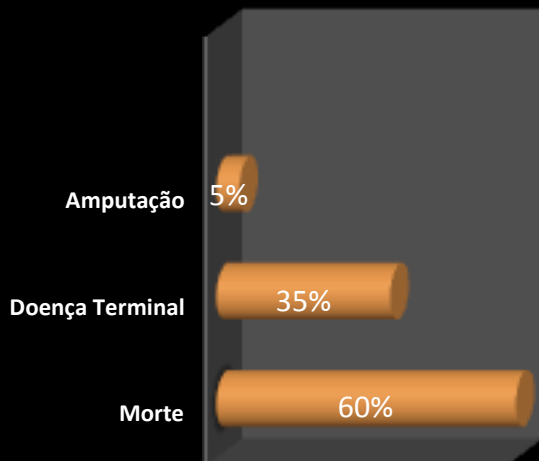
Má Notícia pode ser compreendida como qualquer notícia que a pessoa não quer ouvir.

EXEMPLO DE MÁS – NOTÍCIAS:

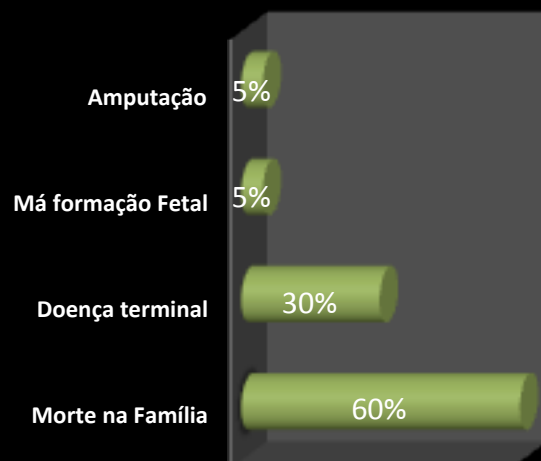
- Diagnóstico/Prognóstico
- Exames complementares
- Invalidez
- Malformação
- Morte
- Recolha de Orgãos

ESTUDO: " Percepção da má notícia na óptica dos profissionais de saúde"⁵

Qual a pior Má Notícia para anunciar?



Qual a pior Má Notícia para receber?



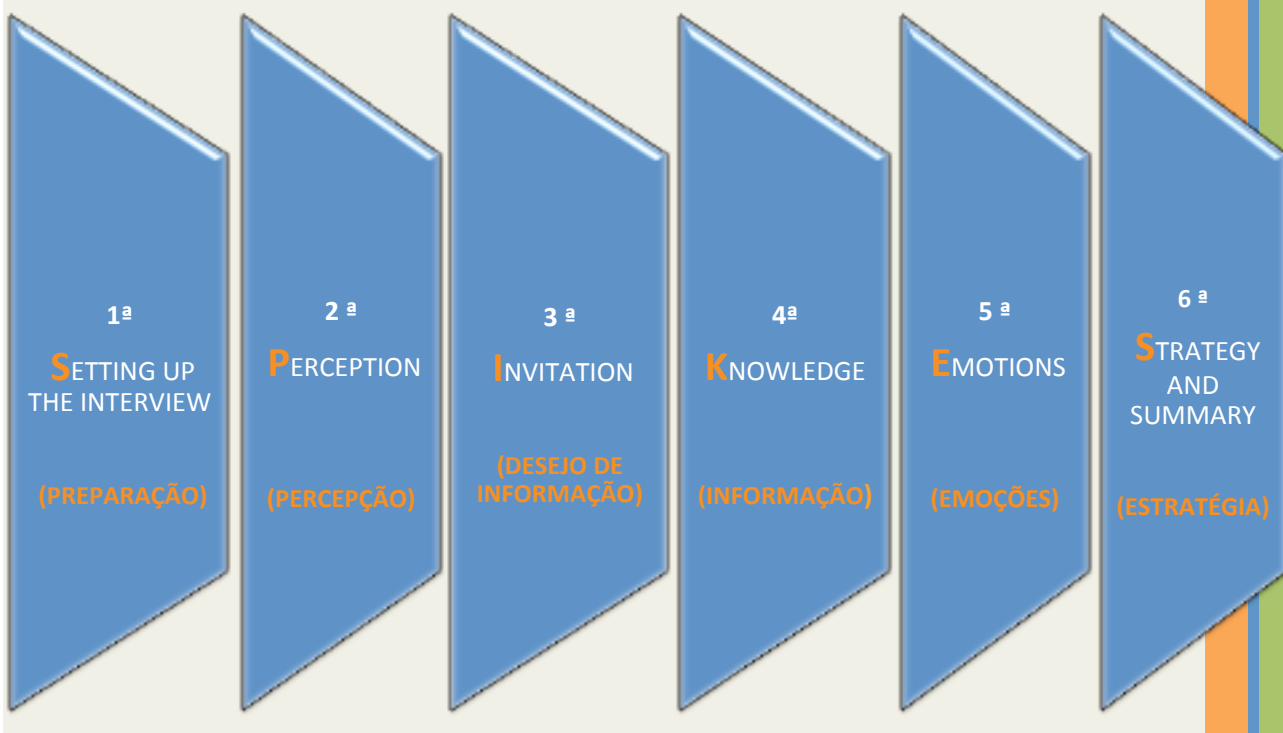
COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A FORMA DE
COMUNICAR :

- Nível de compreensão da informação;
- Ajuste emocional e psicológico;
- Nível de Esperança;
- Satisfação pelos cuidados;
- Qualidade dos cuidados.

PODE
INTERFERIR:

PROTOCOLO SPIKES⁶



PROTOCOLO SPIKES

1 - **S**etting up the interview (Preparação)

- Rever a informação clínica relevante;
- Preparar local adequado;
- Envolver familiares/ amigos;
- Manter contato .

2 - Assessing the patient's **P**erception (Percepção)

- " ANTES DE DIZER PERGUNTAR"
- Perceber a informação prévia;
- Adaptar a informação à compreensão.

PROTOCOLO SPIKES

3 – Obtaining the patients **I**nvitation (Desejo de informação)

- Perceber o tipo de informação que deseja;
- Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas.

4 - Giving **K**nowledge and information to the patient (Informação)

- Avisar de que as notícias não são boas;
- Utilizar linguagem simples e compreensível;
- Verificar se está a entender a informação transmitida;
- Se mau prognóstico, comunicar outras intervenções terapêuticas.

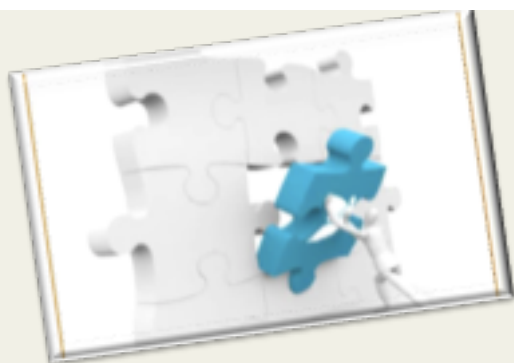
PROTOCOLO DE SPIKES

5 – Addressing the patients Emotions with empathic responses (Emoções)

- Observar e identificar as emoções;
- Dar tempo para as exprimir;
- Responder de forma empática.

6 – Strategy and summary (Estratégia)

- Resumir o que foi falado;
- Elaborar um plano em função das necessidades;
- Garantir medidas concretas para prevenir o sofrimento;
- Sugerir redes de apoio social e familiar;
- Encorajar a esclarecer dúvidas;
- Marcar próximo contacto.



COMUNICAR NA UCI: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

- ✓ Aumenta a confiança no profissional de saúde;
- ✓ Facilita a compreensão da informação;
- ✓ Reduz a incerteza da situação vivida;
- ✓ Oferece uma direção à pessoa;
- ✓ Minimiza sentimentos de isolamento, solidão e medo;
- ✓ Aumenta a sensação de controlo;

WHEN THE
NEWS IS
BAD

QUANDO AS NOTÍCIAS
SÃO MÁS

"É preciso ter muita paciência.

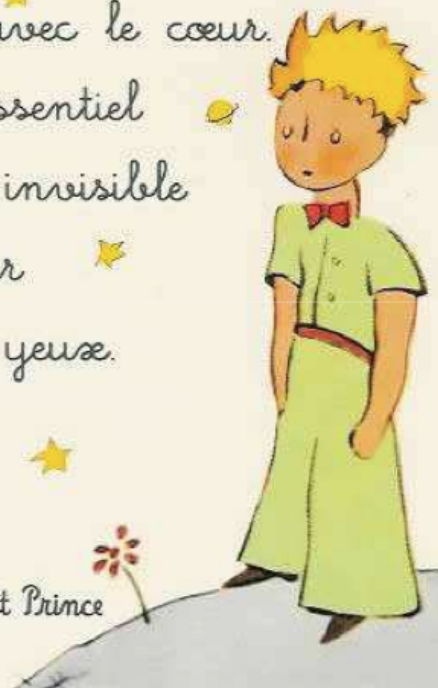
*Primeiro sentas-te um bocadinho
afastado de mim, assim,
em cima da relva.*

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

On ne voit bien
qu'avec le cœur.

L'essentiel
est invisible
pour
les yeux.

Le Petit Prince



***Mas todos os dias te podes sentar um bocadinho
mais perto..." (SAINT-EXUPÉRY, 1987, 70).***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Stuart G.W., Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica – princípios e práticas*. (6ª Ed.). Lisboa: Artmed.
- 2 – Heesben, W. (2001). *Qualidade em enfermagem.- pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- 3 – Severo, G., Perlini, N. (2005). *Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes*. Consultado em 1 de Maio de 2011, em Scientia Médica: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1539>
- 4 – Querido, A.; Salazar, H. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- 5 – Mochel, E., Perdigão, E., Cavalcanti, M.& Gurgel, W. (2010). Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. *Cadernos de Pesquisa*, 17, 47-56.
- 6 – Baile, W.; Buckman R.; Lenzi, R.; Gloger, G.; Beale, E. & Kudelka, A. (2000). Spikes – a six step protocolo for delivering bad news: application to the patient with câncer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- 7 – Saint-Exupéry, A. (2001). *O Príncipezinho*. (34ª ed.). Barcelona: Editorial Presença.



MUITO OBRIGADA!



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM MÉDICO-CIRÚRGICA

2010/2012



**COMUNICAÇÃO NA UCI: COMO
COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS**

MAIO 2011

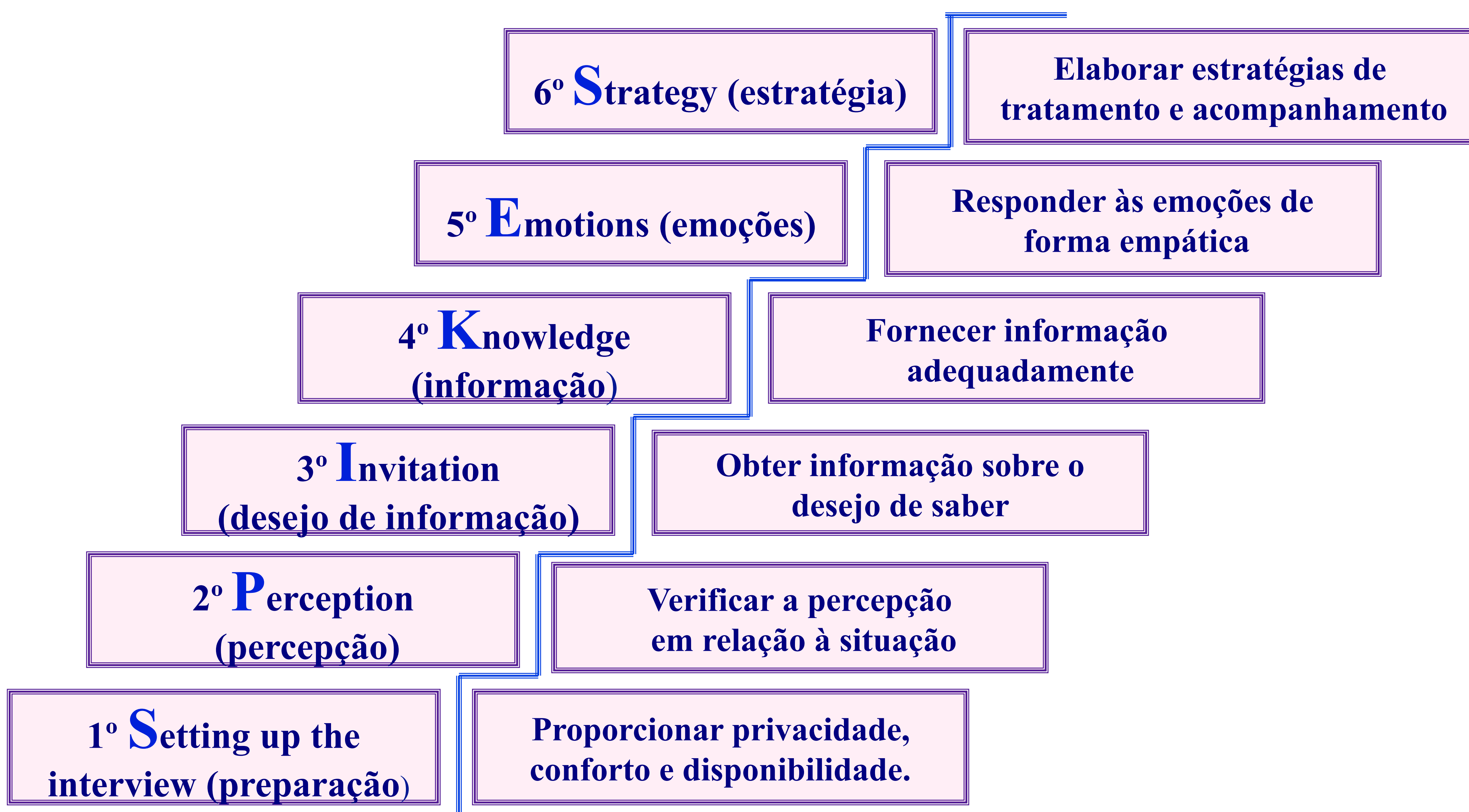
PRELETORA: SOFIA RITA
ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA HELENA JOSÉ
TUTOR: ENFERMEIRO RICARDO COXO



APENDICE V

Cartão: Protocolo de SPIKES

**SEMPRE QUE PRECISE COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS, NÃO ESQUEÇA:
PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE “MÁS NOTÍCIAS” - SPIKES**



APENDICE VI

Norma de Acolhimento à Família

**Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios
Polivalente**

2011

PROJETO DE NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA

- Enfermeira Sofia Rita (aluna do
Mestrado em Enfermagem, UCP)

Sob orientação:

- Enfermeiro Ricardo Coxo
- Prof. Doutora Helena José

1 – OBJETIVO

Uniformizar procedimentos relativos ao Acolhimento dos Familiares dos doentes internados, com vista à melhoria da qualidade e satisfação pelos cuidados prestados.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Visita dos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

3 – DESTINATÁRIOS

Enfermeiros a exercer funções na UCI/UCIP

4 – DEFINIÇÕES

Família - "...conjunto de Seres Humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas,"¹.

Acolhimento – receber e aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual, como do ponto de vista colectivo.²

O ambiente da UCI/UCIP é visto pela família como estranho, misterioso, pouco acolhedor, sinónimo de doença grave e local de sofrimento, gerador de sentimentos como stress, ansiedade, angústia e medos.³

Se preconizarmos um cuidado acolhedor, torna-se indispensável disponibilizar tempo e dedicação à família que vivencia sentimentos de fragilidade e de incerteza. Neste sentido, o cuidado de enfermagem, não deve ficar restrito ao doente internado.

Tendo em conta que a família assume um papel fundamental na assistência à Pessoa e é parte integrante da mesma ao fornecer-lhe apoio e contribuir com informação pertinente para os profissionais, o acolhimento surge como estratégia para desmistificar os sentimentos associados à UCI/UCIP, envolver/incluir a família no processo de tratamento e estabelecer uma relação de confiança entre profissionais e enfermeiros.

Neste sentido, é importante que os enfermeiros demonstrem não só conhecimentos técnicos e científicos na área de prestação de cuidados, como também habilidades e sensibilidades ao lidar com situações de sobrecarga emocional para a família. Desta forma, o acolhimento, é o processo através do qual é possível minimizar as emoções negativas associadas à hospitalização na UCI/UCIP, através da utilização de técnicas comunicacionais e relacionais como Escuta activa, Empatia e Silêncio, de forma a aumentar a satisfação por parte dos familiares e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

5 – SIGLAS/ABREVIATURAS

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

6 – PROCEDIMENTOS

- 1 - Receber os familiares em local adequado, com privacidade e conforto;
- 2 – Demonstrar interesse em conhecer a família do doente internado;
- 3 – Utilizar uma linguagem clara, acessível e objetiva;
- 4 – Adotar uma linguagem corporal positiva;
- 5 - Explicar o que é uma UCI/UCIP, suas finalidades e formas de funcionamento;
- 6 - Tranquilizar os familiares quanto à qualificação dos profissionais;
- 7 - Estabelecer uma relação de confiança, na qual a família se sinta segura para expressar as dúvidas, medos e angústias;
- 8 - Identificar necessidades de informação e tentar satisfazê-las;
- 8 - Evidenciar a importância da presença dos familiares;
- 9 - Orientar no sentido de poderem falar e tocar no doente;
- 10 - Elucidar os familiares para o seu direito que possuem em se manter esclarecidos;
- 11 - Aconselhar a eleger um familiar de referência que sirva de intermediário;
- 12 - Orientar a procurar informações mais detalhadas com o médico e enfermeiro responsável;
- 13 - Demonstrar e enfatizar que está a compreender as emoções vivenciadas pelos familiares;
- 14 - Sugerir e pedir colaboração do Serviço Social e Apoio Psicológico, caso considerem necessário;
- 15 - Tranquilizar os familiares enfatizando que está será feito tudo o que é possível pelo doente;
- 16 - Confirmar a compreensão da informação;
- 17 - Flexibilizar o horário, quando houver necessidade;

7- REFERÊNCIAS

1 – Ordem dos Enfermeiros [internet], 2010. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] 2.0, Lisboa, Portugal, disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

2 – Schneider, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J. & Albuquerque, G. (2008). Patient and Family reception in coronary care unit. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17, 81-89.

3 – Severo, G., Perlini, N.(2005). *Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes*. Consultado em 1 de Maio de 2011, em Scientia Médica: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1539>.

APENDICE VII

Cartaz de Acolhimento aos Familiares

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTE

CARO VISITANTE:

A Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intermédios são serviços que se dedicam à prestação de cuidados diferenciados a pessoas com funções vitais em risco, e que, por isso, necessitam de terapêuticas apenas possíveis em ambientes de Medicina Intensiva.

Têm a missão de tratar os doentes críticos da área de influência do Hospital de Cascais, mas também de outras zonas do país, desde que haja défice de capacidade do hospital de origem. ¹



EQUIPA

A equipa é composta por especialistas diferenciados, detentores de grande autonomia e capacidade técnica elevada.

Fazem parte:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Assistentes Operacionais;
- Funcionários da Limpeza.

É apoiada por especialistas em:

- Nutrição;
- Fisioterapia;
- Psicologia;
- Serviço Social.

EQUIPAMENTO

A Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios está equipada com os mais modernos meios de suporte de vida, quer para monitorização quer para assegurar a mais eficaz resposta terapêutica ¹

Poderá encontrar o seu familiar rodeado de um número elevado de equipamentos, no entanto, nem sempre é sinónimo de gravidade. O uso desta variedade de meios técnicos deve-se à monitorização e vigilância contínua que é necessária para cada situação.

Deste modo, aconselha-se que durante a visita se concentre apenas no seu familiar e se tente abstrair do material e alarmes que o rodeiam, pois os profissionais estarão sempre atentos a essa questão.



HORÁRIOS E VISITAS

Lembramos que o seu apoio e colaboração são essenciais para o seu familiar e para os profissionais. As informações fornecidas são um contributo fundamental para o desenvolvimento do nosso trabalho, ajudando-nos a conhecer melhor a pessoa internada.

Para solicitar ou fornecer informações deve dirigir-se a um dos profissionais da unidade que o acompanhará junto do enfermeiro responsável pelo doente ou junto do médico.

Se é o familiar de referência e não pode comparecer à visita, poderá solicitar alguma informação adicional contactando-nos através do telefone nº 214653019.

O horário das visitas é de 2ª feira a Domingo, das 16h00 às 20h00.

Solicitamos a sua compreensão, mas por questões de dinâmica do serviço, só é permitida a permanência de um visitante de cada vez.

APENDICE VIII

Poster: “Via Aérea Difícil – O Papel do Enfermeiro”



I Jornadas Internacionais em Enfermagem da Universidade de Évora A Pessoa em Situação Crítica



Via Aérea Difícil O papel do Enfermeiro

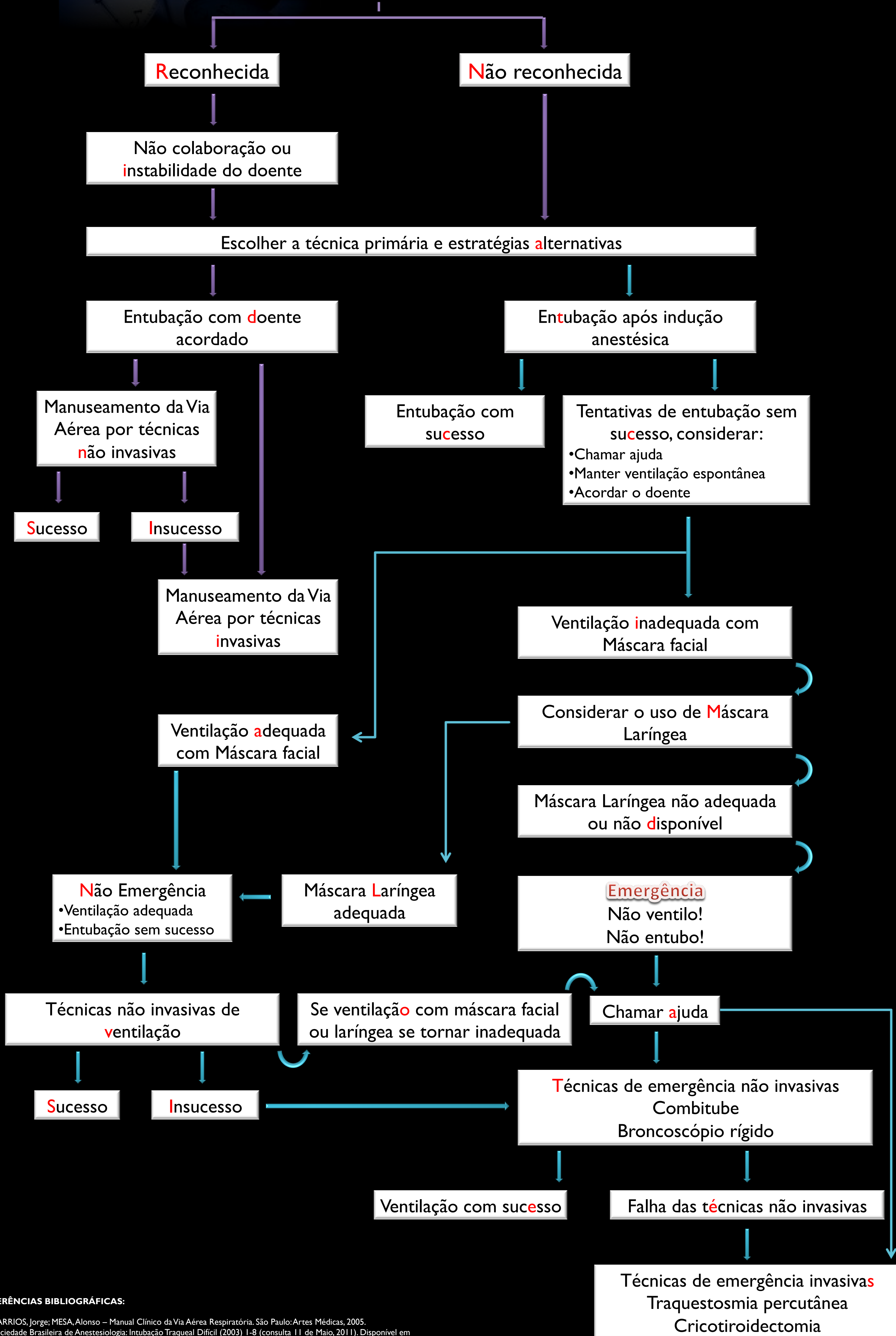
Segundo o Regulamento nº 124/2011 “a Pessoa em Situação Crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Ao enfermeiro é exigido uma observação contínua para despiste de sinais de gravidade. Assim, e seguindo a metodologia do ABCDE, é logo no “A” – Airway que o enfermeiro garante a permeabilidade da via aérea. O atraso na detecção da permeabilidade da via aérea pode resultar em danos cerebrais irreversíveis ou até mesmo em morte, pois “a incapacidade de manter o controlo das vias aéreas impede a adequada oxigenação tecidual”². Como resposta a esta exigência o enfermeiro deve desenvolver capacidades técnico-científicas e relacionais que permitam aprimorar os cuidados à pessoa em situação crítica, baseando a sua prática na evidência científica.

Via Aérea Difícil:

Para Barrios trata-se de uma situação clínica em que existe uma desproporção anatómica ou patológica preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial ou ambos¹.



Via Aérea Difícil



Cuidados de Enfermagem⁶

- ❖ Despistar continuamente problemas e necessidades realizando observação contínua, sistémica e sistematizada;
- ❖ Assegurar a permeabilidade da via aérea, através de:
 - Domínio do algoritmo de Via Aérea Difícil;
 - Reconhecimento de Via Aérea Difícil;
 - Alinhamento corporal, nariz – umbigo – pés;
 - Elevação do plano do leito a 30°, ou se necessário colocação de tubo naso ou orofaríngeo;
 - Desobstrução da Via aérea por aspiração de secreções e/ou remoção de próteses;
 - Selecção da máscara facial de oxigénio de tamanho adequado ao doente;
- ❖ Identificar a existência de factores de risco de, como sejam tumores, variações anatómicas, trauma, corpo estranho, limitação cervical;
- ❖ Prevenir a ocorrência de eventos adversos (trauma da via aérea, traqueostomia, lesão cerebral, PCR, óbito);
- ❖ Utilizar correctamente o dispositivo supraglótico adequado;
- ❖ Evidenciar habilidades técnicas na abertura da via aérea e na realização dos procedimentos de ventilação e intubação oro-traqueal (manobra Sellick e de BURP);
- ❖ Explicar o procedimento e manter a comunicação com o doente, mesmo sedado;
- ❖ Trabalhar em equipa.

A precocidade de detecção de eventuais complicações exige treino e experiência. Como resposta a esta exigência o Enfermeiro de cuidados gerais tem de “responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente e a responder eficazmente em situações de emergência e catástrofe”³. Ao enfermeiro especialista em Pessoa Crítica são reconhecidas competências “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Para tal, identifica prontamente focos de instabilidade, responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, executa cuidados técnicos de alta complexidade e demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida”⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - BARRIOS, Jorge; MESA, Alonso – Manual Clínico da Via Aérea Respiratória. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- 2 - Sociedade Brasileira de Anestesiologia: Intubação Traqueal Difícil (2003) I-8 (consulta 11 de Maio, 2011). Disponível em www.sociedadebrasildeanestesiologia.org.br
- 3 - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar-Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24 p.
- 4 - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 26 p.
- 5 - AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists. Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology, 2003; 98: 1269-77.
- 6 – Apontamentos retirados das aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, prelectadas no âmbito da Especialização no Instituto de Ciências da Saúde da UCP

Autores: Alunos do Curso de Mestrado de Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Carla Afonso; Luís Gonçalves; Sofia Rita.
Sob orientações – Professora Ilda Lourenço e Professora Doutora Helena José

APENDICE IX

Poster: “Cuidar na Adversidade: “Comunicação de Más Notícias”



CUIDAR NA ADVERSIDADE: COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

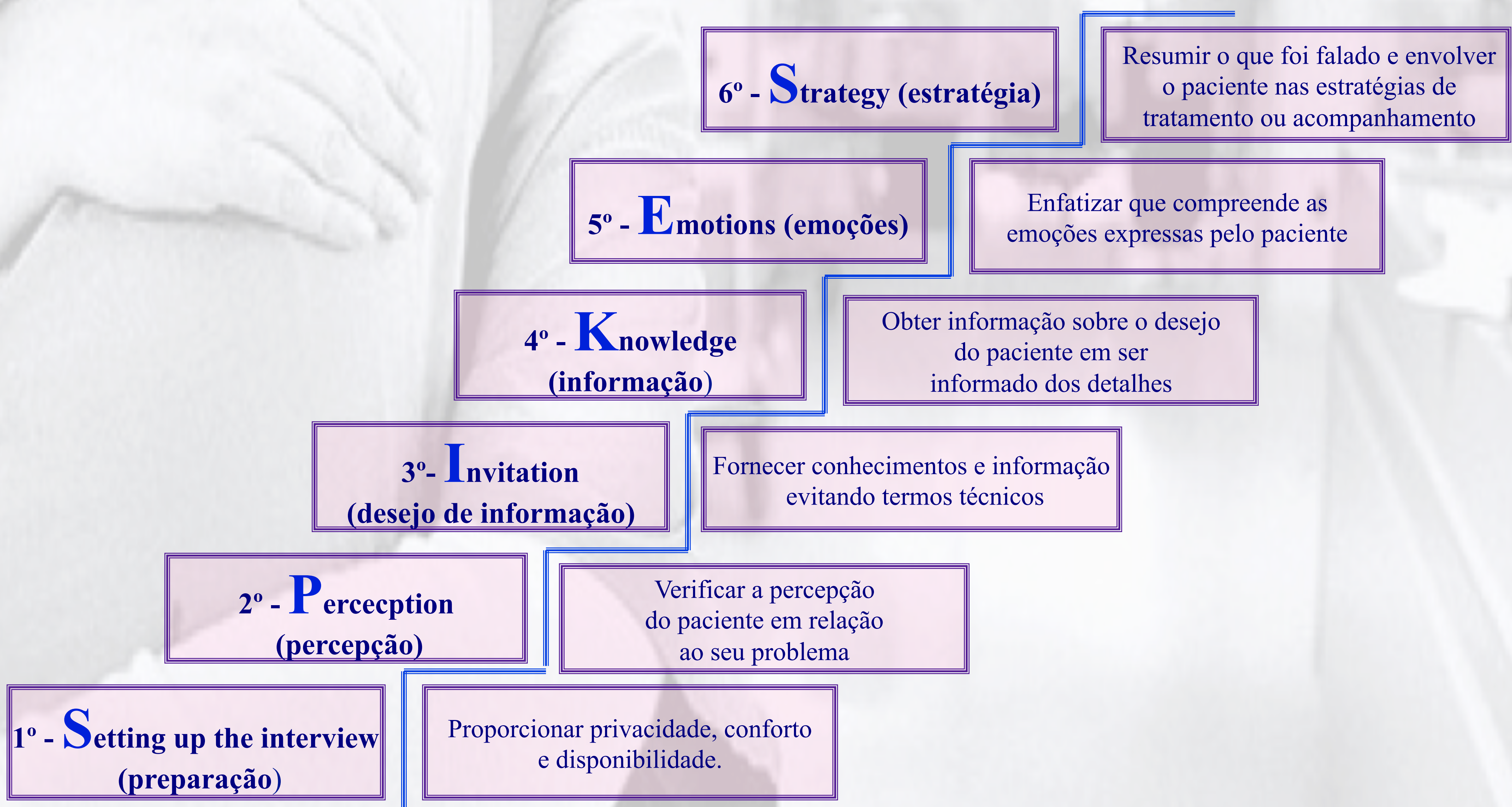
A comunicação de más notícias é um dos aspectos que mais gera constrangimentos nos profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas da Pessoa/Família, mas também pela dificuldade em gerir os seus próprios sentimentos e emoções.

A comunicação deste tipo de notícia, na maioria das vezes acarreta uma mudança negativa nas expectativas presentes e/ou futuras da pessoa que a recebe, pelo que é considerada uma tarefa importante, mas difícil para os profissionais.

A sua transmissão requer habilidade e treino para a qual nem todos os enfermeiros se sentem preparados. Assim, é importante a sua sensibilização para a adopção de estratégias que permitam o desenvolvimento de competências nesta área.

DEFINIÇÃO: Má notícia pode ser compreendida como aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente em relação ao futuro¹.

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE “MÁS NOTÍCIAS” - SPIKES²



CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A qualidade da comunicação, está diretamente relacionada com o ajuste emocional da Pessoa/Família à doença e ao seu envolvimento no tratamento e, como tal deve ser valorizada. O reconhecimento desta realidade e da sua importância no processo de adaptação implica uma educação focada no desenvolvimento de habilidades em comunicar más notícias.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam competências na área da comunicação de más notícias, de forma a adoptarem “uma conduta pautada pelos valores humanos e não apenas pelos valores técnicos e terapêuticos”³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Baile, W.; Buckman R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E. & Kudelka, A. (2000). Spikes – a six step protocolo for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- 2 - Buckman R. (2005) Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Community Oncology, 2, 135-142, Consultado em 10 de Maio de 2011: <http://www.communityoncology.net/journal/articles/0202138.pdf>
- 3 - Cavalcanti DR. (2005). Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por Que?. *Pan-American Family Medicine Clinics*, 1, 41-44.

Autor: Sofia Rita, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem. Área de Especialização em Médico-Cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientação: Professora Doutora Helena José

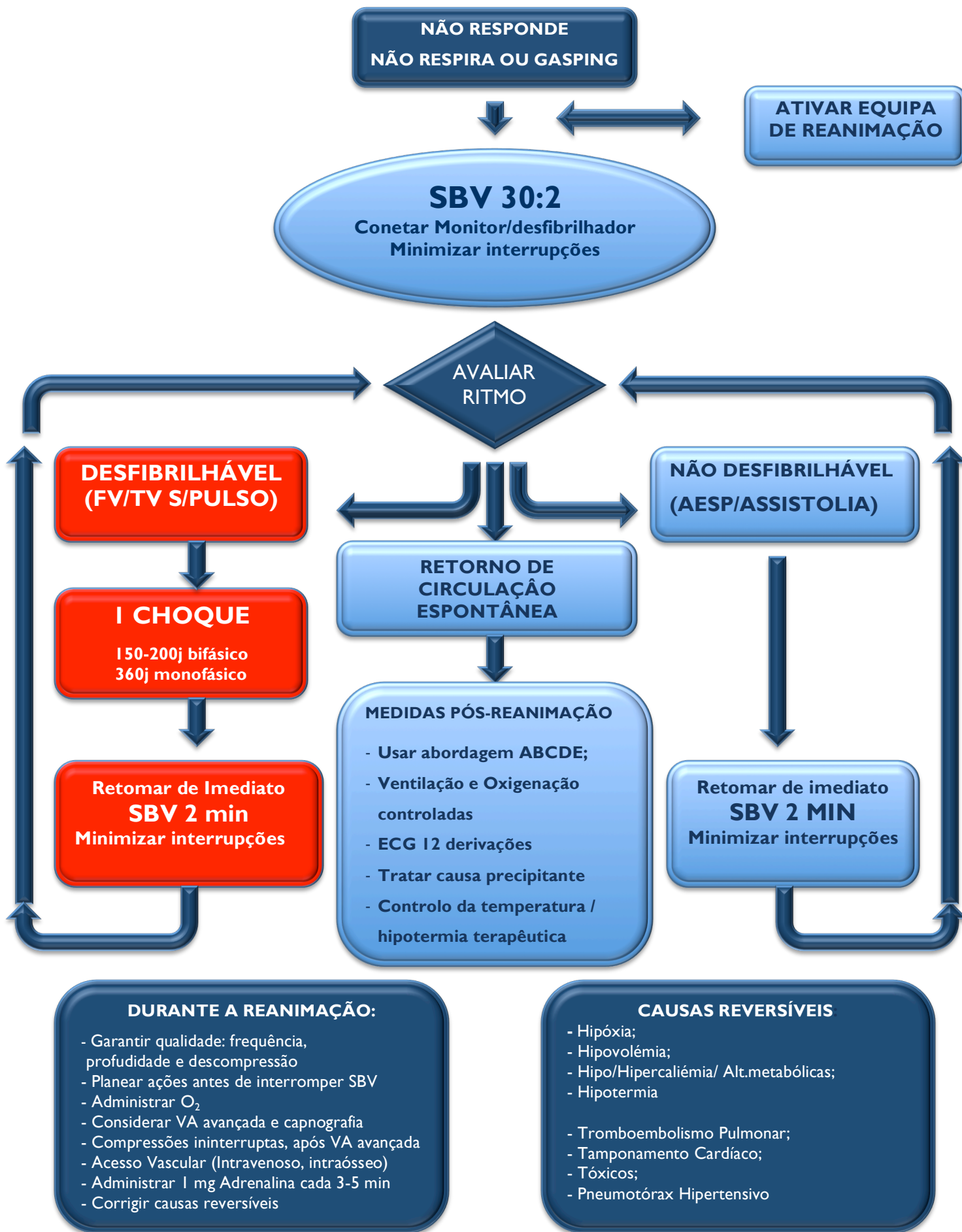


APENDICE X

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



ALGORITMO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



APENDICE XI

Questionário: “ Comunicação de Más Notícias”



Caro Colega

No âmbito do projeto de Estágio, referente ao Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, pretendo estudar o tema da **Comunicação com a Pessoa em Estado Crítico e Família**, mais especificamente: **Comunicação de Más Notícias**.

Considerando-se, de um modo genérico, má notícia como qualquer notícia que a pessoa não quer ouvir e que a evidência científica demonstra ser uma área de difícil abordagem para os profissionais de saúde, tem-se como objetivo efetuar um diagnóstico da presente situação no Serviço de Urgência da ULSBA,EPE. Agradece-se, deste modo, a sua colaboração na resposta às questões que se seguem e a assinatura do respectivo consentimento. Responder a este questionário não apresenta quaisquer riscos, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como o facto destes serem utilizados, apenas, no âmbito deste trabalho e sua divulgação.

DADOS DEMOGRÁFICOS

I – Género

<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Masculino

2 - Experiência Profissional

<input type="checkbox"/>	≤ 5 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 6-10 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 11-15 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 16-20 anos
<input type="checkbox"/>	≥ 21 anos



“COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS”

QUESTIONÁRIO:

1 – Como profissional de saúde, já sentiu ou costuma sentir dificuldade em comunicar uma Má Notícia à Pessoa e/ou Família ?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

2 -Se respondeu SIM, ordene, numerando de 1-5, as seguintes situações, de acordo com o grau de dificuldade.

(sendo o número **1** - **Mais difícil de comunicar** e o número **5** - **Menos difícil de comunicar**).

<input type="checkbox"/>	Morte de Familiar
<input type="checkbox"/>	Doença Terminal
<input type="checkbox"/>	Amputação
<input type="checkbox"/>	Recolha de Órgãos
<input type="checkbox"/>	Outro.....

3 – O que considera ser mais difícil quando comunica uma má notícia?

(ordene de acordo com o grau de dificuldade, sendo **1** - **Mais difícil** e o número **3** - **Menos difícil**).

<input type="checkbox"/>	Lidar com as emoções da Pessoa
<input type="checkbox"/>	Lidar com as emoções da Família
<input type="checkbox"/>	Lidar com as próprias emoções

4 – Em relação às emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde durante a comunicação de más notícias, quais considera que podem estar presentes?

(pode assinar mais do que uma opção)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sentimentos de Culpa por não conseguir evitar a situação |
| <input type="checkbox"/> | Sentimentos de Impotência |
| <input type="checkbox"/> | Receio de exprimir emoções |
| <input type="checkbox"/> | Receio de desencadear reações na Pessoa/Família |
| <input type="checkbox"/> | Receio de retirar a Esperança da Pessoa/Família |
| <input type="checkbox"/> | Receio de se envolver e sofrer também com a situação |

5 – Já teve formação específica sobre “Comunicação de Más Notícias?”

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Sim |
| <input type="checkbox"/> | Não |

6 – Na sua opinião quem deve comunicar a Má Notícia?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Médico responsável pela Pessoa |
| <input type="checkbox"/> | Enfermeiro responsável pela Pessoa |
| <input type="checkbox"/> | Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> | Profissional/Profissionais mais capacitados para o fazer |
| <input type="checkbox"/> | Outro. Quem?..... |

Declaro que aceito participar neste trabalho e que permito a utilização dos dados fornecidos, para a sua realização e posterior divulgação.

Muito grata pela sua colaboração,

Enf. Sofia Rita

APENDICE XII

**Pedido de autorização para realização do estudo “ Comunicação de Más
Notícias”**

A/C

Direcção de Enfermagem da Unidade
Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

**Assunto: Pedido de autorização para aplicação de Questionários
Pedido de autorização para utilização de dados em relatório académico.**

Sofia de Jesus Silva Rita, enfermeira com cédula profissional 5-E-45987, aluna do 4º Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pretende desenvolver um estudo sobre a **Comunicação com a Pessoa em Estado Crítico e Família**, mais especificamente: **Comunicação de Más Notícias**, durante o estágio referente ao Módulo I – Serviço de Urgência, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011, sob a orientação da Professora Doutora Helena José, Enfermeira Especialista Paula Canelas, e coordenação da Professora Manuela Madureira.

Considerando a evidência científica que se trata de uma área de difícil abordagem para os profissionais de saúde, tem-se como objectivo efectuar um diagnóstico da presente situação no Serviço de Urgência da ULSBA, para uma posterior intervenção a nível das necessidades de formação.

As considerações éticas como o consentimento informado, a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade serão rigorosamente asseguradas e os dados serão utilizados apenas no âmbito deste trabalho.

Nesta sequência venho, por este meio, solicitar autorização para a aplicação dos questionários aos enfermeiros do Serviço de Urgência, como instrumento de colheita de dados e a autorização para a apresentação dos resultados no Relatório Final de Estágio.

Pede deferimento, agradecendo desde já a disponibilidade dispensada.

Beja, 18 de Outubro de 2011

Sofia Rita

APENDICE XIII

Análise dos dados do estudo sobre “Comunicação de Más Notícias”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA ULSBA, E.P.E. SOBRE A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Sofia Rita (Curso de Mestrado de Natureza
Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

ORIENTAÇÃO:
Enfermeira Especialista Paula Canelas
Professora Doutora Helena José

BEJA

2011

ESTUDO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA ULSBA, EPE, SOBRE A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A comunicação de más notícias é uma prática frequente no quotidiano dos profissionais de saúde. Definida como qualquer notícia que a pessoa não quer ouvir, é encarada com alguma dificuldade, quer para a pessoa que a recebe, quer para a pessoa que a transmite, pela complexidade dos aspectos emotivos envolvidos⁽¹⁾.

Contudo, a qualidade da comunicação, está diretamente relacionada com o ajuste emocional da pessoa e família à doença e ao envolvimento no tratamento e, como tal, deve ser valorizada. O reconhecimento desta realidade e da sua importância no processo de adaptação, implica um investimento para uma educação focada no desenvolvimento de habilidades em comunicar más notícias.

Este estudo, surge da convicção, de que através da investigação e da análise da perceção dos enfermeiros sobre a problemática da comunicação de más notícias, é possível contribuir para uma melhor consciencialização das dificuldades neste âmbito, de forma a melhorar o processo comunicacional.

Face ao exposto, e considerando a abrangência do tema, pretendemos como objetivos para este estudo:

Objetivo geral:

- Conhecer e analisar a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E sobre a comunicação de más notícias.

Objetivos específicos:

- Obter resultados sobre a dificuldade em comunicar más notícias;
- Analisar as situações em que existe maior dificuldade em comunicar más notícias e quais as emoções vivenciadas;
- Diagnosticar necessidades de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados.

METODOLOGIA

A fase metodológica, também denominada de desenho de investigação refere-se ao plano detalhado criado pelo investigador com vista a conduzir o estudo de forma a obter respostas válidas, assegurando a fiabilidade e qualidade dos resultados⁽²⁾. É o que permite que o investigador concretize efetivamente o seu projeto.

Assim, neste capítulo são apresentados os elementos que fazem parte do desenho de investigação.

- TIPO DE ESTUDO

- ✎ Estudo Descritivo.

- POPULAÇÃO E AMOSTRA

- ✎ POPULAÇÃO: Todos os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde, EPE – Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, (N = 35).
- ✎ AMOSTRA: Todos os enfermeiros que se encontram de serviço na semana de 31 de Outubro a 6 de Novembro de 2011, (n = 32).

- DETERMINAÇÃO DO MEIO

- ✎ O estudo foi efetuado em meio natural, de forma alterar o menos possível as condições em que é realizado.

- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

- ✎ Foi elaborado e aplicado um questionário como instrumento de colheita de dados.

O questionário foi avaliado quanto à pertinência e compreensibilidade tendo sido aplicado nos dias 24 e 25 de Outubro de 2011 a 10 enfermeiros do serviço do Bloco Operatório da ULSBA, E.P.E, que não faziam parte da amostra. Os questionários foram preenchidos na sua totalidade, não havendo dificuldade na interpretação das perguntas nem no seu preenchimento, pelo que não foi necessário efetuar alterações no seu conteúdo.

- DIMENSÕES ÉTICAS

Durante a realização deste estudo foram cumpridos os seguintes princípios, como forma de respeitar a autonomia, dignidade humana e direitos humanos:

- ☞ **Direito à Auto-determinação**, atribuindo ao participante o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não no estudo;
- ☞ **Direito à Intimidade, respeitando a liberdade do participante para decidir sobre a extensão da informação a transmitir durante o estudo;**
- ☞ **Direito à Proteção contra o Desconforto e Prejuízo**, satisfazendo as exigências da Beneficência e não Maleficência
- ☞ **Direito a um tratamento Justo e Equitativo**, não envolvendo abuso ou discriminação dos participantes
- ☞ **Consentimento Autorizado**, tendo sido assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados. O participante teve oportunidade de aceitar ou não a sua participação, assim como a utilização e divulgação da informação transmitida.

- COLHEITA DE DADOS

Antes de procedermos à colheita de dados foi necessário respeitar não só os princípios éticos, como os aspetos burocráticos inerentes a este processo. Foi transmitida informação e solicitada autorização para a realização deste estudo junto do enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência, Conselho de Administração e o parecer da Comissão de Ética da ULSBA, E.P.E.

A colheita de dados foi agendada para a semana de 31 de Outubro a 6 de Novembro de 2011. Dos 34 questionários entregues foram devolvidos 32 preenchidos.

- TRATAMENTO DOS DADOS

Como forma de tratamento de dados recorreu-se à análise estatística. Os programas informáticos utilizados foram: Word, SPSS versão 17 e EXCEL.

- ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Análise de dados

DADOS DEMOGRÁFICOS

GÉNERO	N	% Total
MASCULINO	16	50%
FEMININO	16	50%
% Total	32	100%

TABELA 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o género.

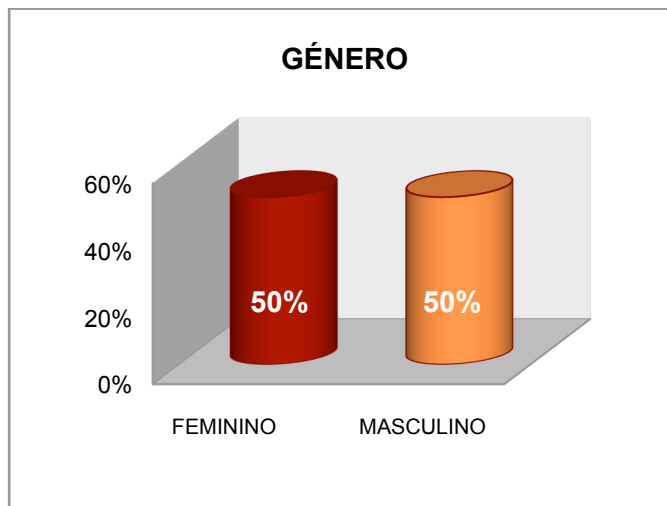


GRÁFICO 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o género.

A amostra é constituída por 32 enfermeiros (N = 32). Coincidentemente 50% da amostra pertence ao género feminino (n=16), enquanto que os restantes 50% pertencem ao género masculino (n=16).

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	N	% Total
≤ 5 anos	3	9%
6 - 10 anos	6	19%
11 - 15 anos	6	19%
16-20 anos	6	19%
≥ 21 anos	11	34%
TOTAL	32	100%

TABELA 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a experiência profissional



GRÁFICO 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a experiência profissional

Análise de dados

Pela análise da tabela e gráfico 2 verifica-se que o grupo mais representativo da amostra, com 34%, (n=11) situa-se no intervalo dos enfermeiros com experiência profissional superior a 21 anos. Com ≤ 5 anos encontramos uma amostra de 3 enfermeiros (n=3), sendo que os restantes intervalos têm amostras iguais de 19%, (n= 6).

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL – GÉNERO

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	GÉNERO				TOTAL	
	FEMININO	% Total	MASCULINO	% Total	N	% Total
≤ 5 anos	1	3%	2	6%	3	9%
6 - 10 anos	3	9%	3	9%	6	19%
11 - 15 anos	4	13%	2	6%	6	19%
16 - 20 anos	2	6%	4	13%	6	19%
≥ 21 anos	6	19%	5	16%	11	34%
TOTAL	16	50%	16	50%	32	100%

TABELA 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o género e a experiência profissional

Análise de dados

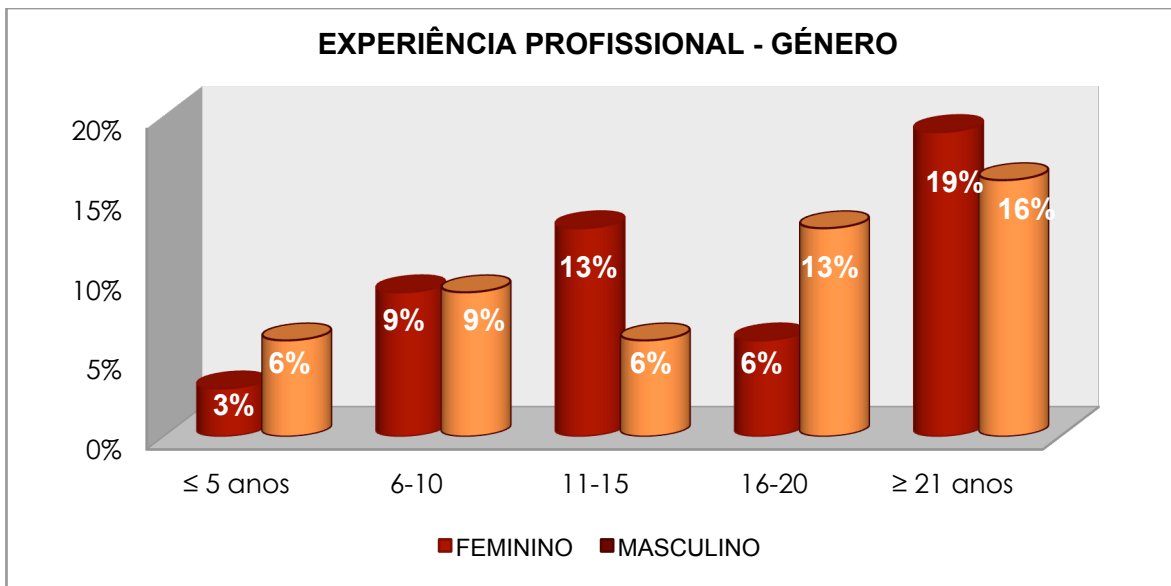


GRÁFICO 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o gênero e a experiência

Relativamente à experiência profissional e ao gênero, constatamos que a maior percentagem de enfermeiros, quer do sexo feminino (19%), quer do sexo masculino (16%) possui uma experiência profissional \geq a 21 anos.

QUESTÃO 1 – Como profissional de saúde já sentiu ou costuma sentir dificuldade em comunicar más notícia à Pessoa/Família?

DIFICULDADE EM COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS	N	% Total
SIM	29	91%
NÃO	3	9%
TOTAL	32	100%

TABELA 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo a dificuldade em comunicar más notícias



GRÁFICO 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a dificuldade em comunicar más notícias.

Análise de dados

Pela análise da tabela e gráfico nº 4, verificamos que 29 (91%) dos 32 enfermeiros já sentiram ou sentem dificuldade em comunicar más notícias, enquanto que os 3 (9%) restantes atribuíram uma resposta negativa à questão.

GÉNERO – DIFICULDADE EM COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

GÉNERO	DIFICULDADE EM COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS				TOTAL	
	SIM	% Total	NÃO	% Total	N	% Total
FEMININO	16	100%	0	0%	16	100%
MASCULINO	13	81%	3	19%	16	100%
TOTAL	29	91%	3	9%	32	100%

TABELA 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo o género e a dificuldade em comunicar más notícias

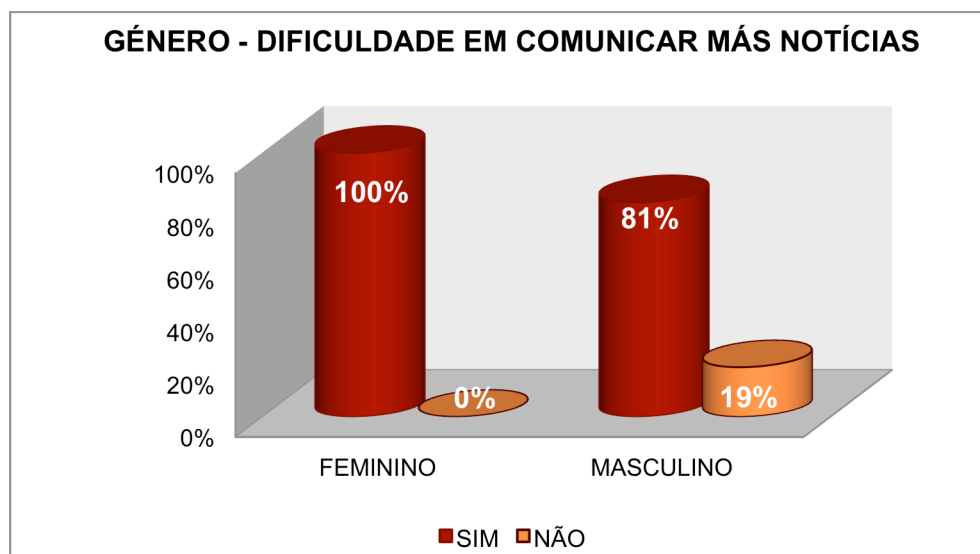


GRÁFICO 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo o género e a dificuldade em comunicar más notícias

Análise de dados

Relativamente à questão nº 1 verificamos que as 16 profissionais do sexo feminino (100%), referem já ter sentido ou sentem dificuldade quando comunicam más notícias. Enquanto que, apenas 81% dos enfermeiros do sexo masculino fazem referência a essa dificuldade.

QUESTÃO 2 – Se respondeu SIM (já sentiu ou sente dificuldade em comunicar más notícias), ordene as seguintes situações de acordo com o grau de dificuldade.

GRAU DE DIFICULDADE EM COMUNICAR	N	% Total
MORTE FAMILIAR	17	73%
DOENÇA TERMINAL	2	9%
AMPUTAÇÃO	0	0%
RECOLHA ÓRGÃOS	2	9%
OUTRO	2	9%
TOTAL	23	100%

TABELA 6 – Distribuição de alguns exemplos de comunicação de más notícias de acordo com o grau de dificuldade

Análise de dados

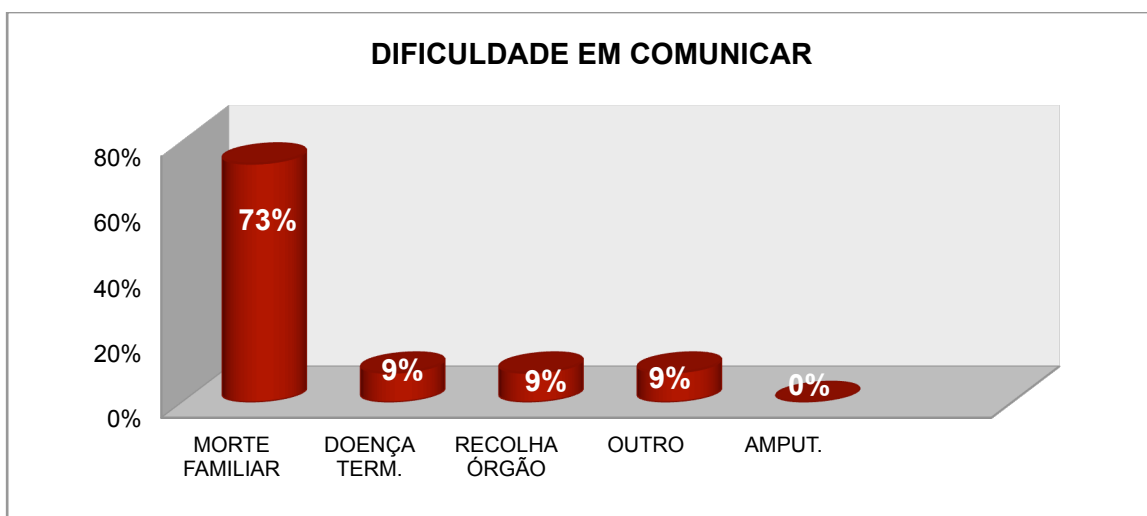


GRÁFICO 6 - Distribuição de alguns exemplos de comunicação de más notícias de acordo com o grau de dificuldade.

Relativamente à comunicação de más notícias de acordo com o grau de dificuldade, a Morte de um familiar é a resposta mais frequente com 73%, seguida da comunicação de Doença terminal, Recolha de órgãos e Outro, com 9%. Neste último item (Outro) é especificada pelos enfermeiros, a Morte de um filho. A comunicação de uma Amputação, apesar de ter sido referida como uma má notícia, não foi considerada por nenhum dos participantes como a notícia que exige o maior grau de dificuldade, relativamente às restantes, tendo por isso uma percentagem de 0%.

QUESTÃO 3 – O que considera mais difícil quando comunica uma Má Notícia?

LIDAR COM AS EMOÇÕES	N	% Total
PESSOA	16	59%
FAMÍLIA	8	30%
PRÓPRIAS EMOÇÕES	3	11%
TOTAL	27	100%

TABELA 7 – Distribuição de acordo com a dificuldade em lidar com as emoções

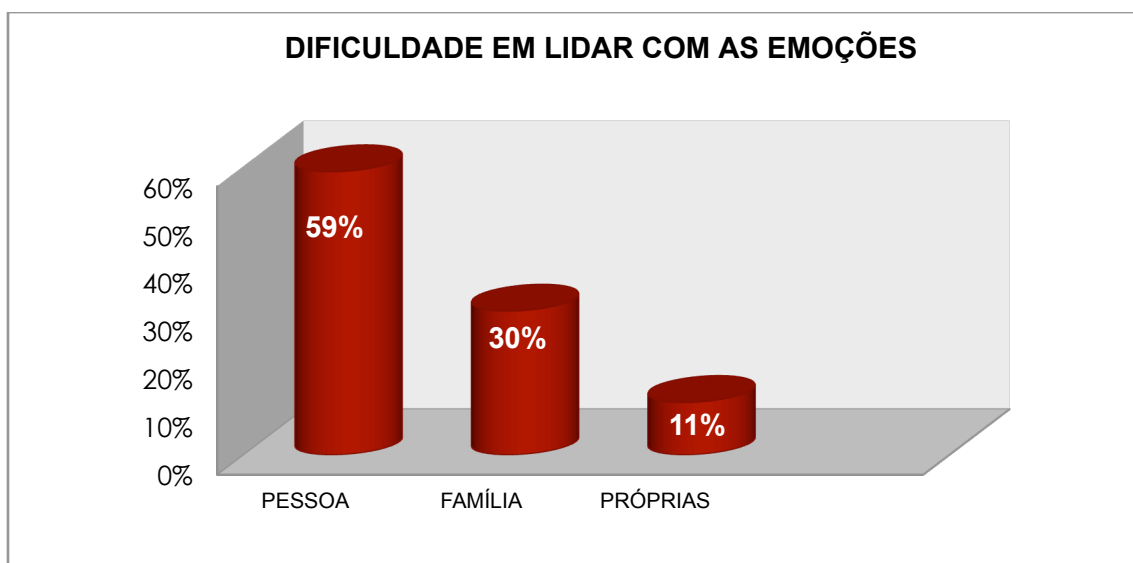


GRÁFICO 7 - Distribuição de acordo com a dificuldade em lidar com as emoções.

Os enfermeiros do serviço de urgência destacaram como sendo mais difícil quando comunicam uma má notícia, o facto de ter de lidar com as emoções da pessoa (59%), seguida das emoções da família (30%) e por fim, surge a dificuldade em lidar com as suas próprias emoções (11%).

GÉNERO – DIFICULDADE EM LIDAR COM AS EMOÇÕES

GÉNERO	PESSOA	% Total	FAMÍLIA	% Total	PRÓPRIAS EMOÇÕES	%Total
FEMININO	10	37%	3	11%	2	7%
MASCULINO	6	22%	5	19%	1	4%
TOTAL	16	59%	8	30%	3	11%

TABELA 8 – Distribuição de acordo com o género e a dificuldade em lidar com as emoções.

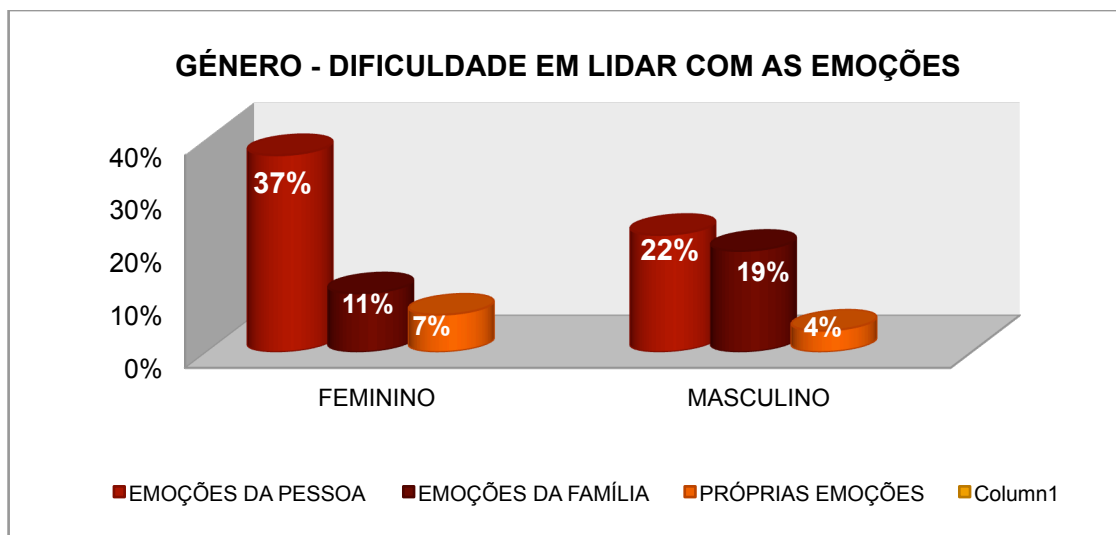


GRÁFICO 8 - Distribuição de acordo com o género e a dificuldade em lidar com as emoções.

Relativamente à análise do quadro e gráfico 8, constatamos que os enfermeiros do sexo feminino e masculino referem maior dificuldade em lidar com as emoções da Pessoa, seguida das emoções da família e por fim as próprias emoções. No entanto, em relação ao sexo feminino há uma prevalência (37%) na dificuldade em lidar com as emoções da Pessoa. Relativamente ao sexo masculino, confirma-se um grau de dificuldade com valores aproximados entre o facto de lidar com as emoções da pessoa (22%) e com as emoções da família (19%). A dificuldade em lidar com as próprias emoções surge com uma percentagem muito baixa (4%).

Análise de dados

QUESTÃO 4 – Em relação às emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde durante a comunicação de más notícias, quais considera que podem estar presentes?

EMOÇÕES VIVENCIADAS	N	% Total
SENTIMENTOS DE CULPA	4	6%
IMPOTÊNCIA	25	36%
RECEIO DE EXPRESSAR EMOÇÕES	6	9%
RECEIO DE DESENCADear REAÇÕES	15	22%
RECEIO DE RETIRAR A ESPERANÇA	13	19%
RECEIO DE SE ENVOLVER E SOFRER	6	9%
TOTAL	69	100%

Tabela 9 – Distribuição das emoções vivenciadas pelos enfermeiros durante a comunicação más notícias.

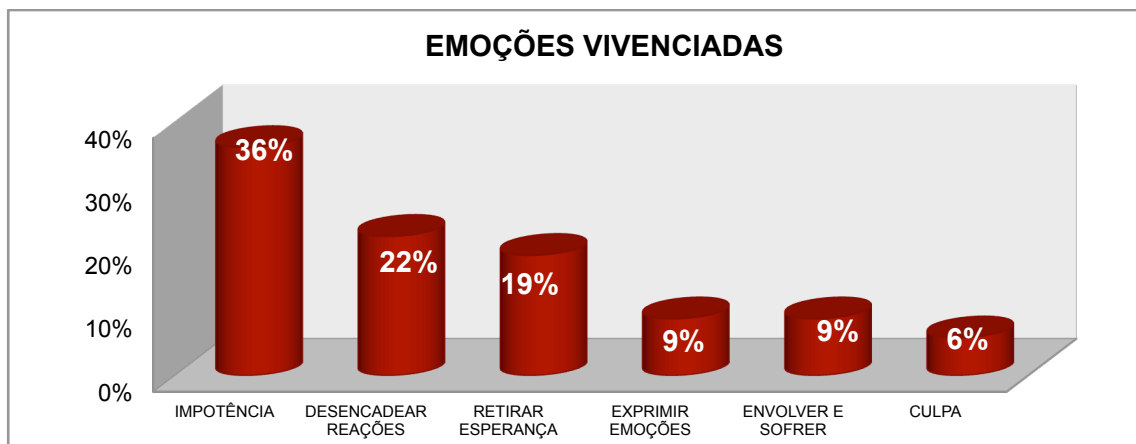


Gráfico 9 - Distribuição das emoções vivenciadas pelos enfermeiros durante a comunicação de más notícias

Através da análise da tabela e gráfico 9, verificamos que o Sentimento de impotência (36%) e o Receio de desencadear reações (22%) são as emoções mais vivenciadas pelos enfermeiros do serviço de urgência. Seguem-se o Receio de retirar a esperança (19%), Receio de expressar

Análise de dados

emoções (9%), de se Envolver com a situação e sofrer (9%) e por fim, os Sentimentos de culpa (6%).

EMOÇÕES VIVENCIADAS – GÊNERO

EMOÇÕES VIVENCIADAS	GÊNERO					
	FEMININO	% Total	MASCULINO	% Total	TOTAL	% Total
SENTIMENTOS DE CULPA	1	1%	3	4%	4	100%
SENTIMENTOS DE IMPOTÊNCIA	14	20%	11	16%	25	100%
RECEIO DE EXPRESSAR EMOÇÕES	2	3%	4	6%	6	100%
RECEIO DE DESENCADAR REAÇÕES	6	9%	9	13%	15	100%
RECEIO DE RETIRAR A ESPERANÇA	7	10%	6	9%	13	100%
RECEIO DE SE ENVOLVER E SOFRER	2	3%	4	6%	6	100%
TOTAL	32	46%	37	54%	69	100%

TABELA 10 – Distribuição das emoções vivenciadas de acordo com o gênero.

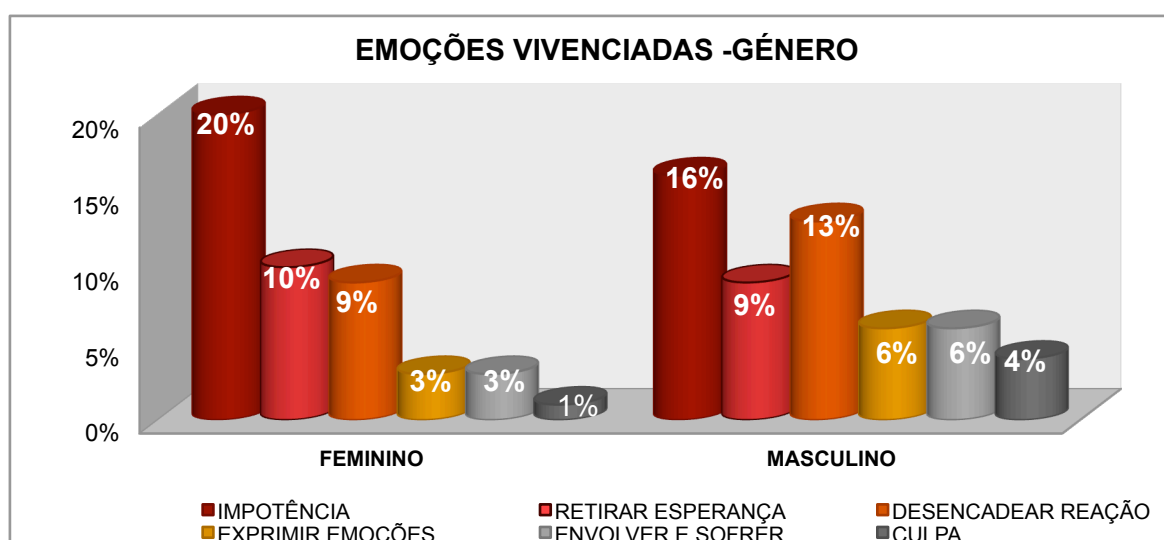


GRÁFICO 10 – Distribuição das emoções vivenciadas de acordo com o gênero.

Análise de dados

De acordo com a análise da tabela e gráfico 10 os resultados são muito semelhantes para ambos os sexos. No entanto, importa realçar que os enfermeiros do sexo masculino apresentam maiores percentagens de sentimentos de culpa, receio de exprimir emoções, receio de desencadear reações e receio de se envolver e sofrer com a situação, do que os enfermeiros do sexo feminino.

QUESTÃO 5 – Já teve formação específica sobre Comunicação de Más Notícias?

FORMAÇÃO SOBRE COMUNICAÇÃO MÁS NOTÍCIAS	N	% Total
SIM	15	47%
NÃO	17	53%
TOTAL	32	100%

TABELA 11 – Distribuição de acordo com a formação sobre comunicação de más notícias.

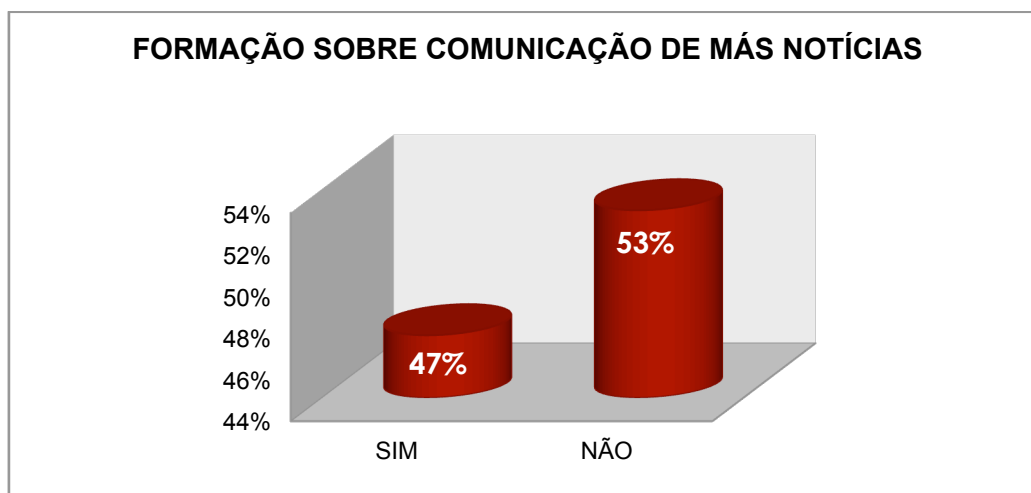


GRÁFICO 11 – Distribuição de acordo com a formação sobre comunicação de más notícias

De acordo com os dados, 47% da amostra já teve formação sobre comunicação de más notícias enquanto que 53% ainda não teve formação nesta área, o que pode estar na origem da grande percentagem (91%) de enfermeiros que referem já ter sentido ou sentirem dificuldade em comunicar más notícias.

QUESTÃO 6 – Na sua opinião quem deve comunicar a má notícia?

QUEM DEVE COMUNICAR	N	% Total
MÉDICO	7	22%
ENFERMEIRO	0	0%
PSICÓLOGO	1	3%
PROFISSIONAIS MAIS CAPACITADOS	20	63%
OUTRO	4	12%
TOTAL	32	100%

TABELA 12 – Distribuição de acordo com os profissionais que devem comunicar as más notícia

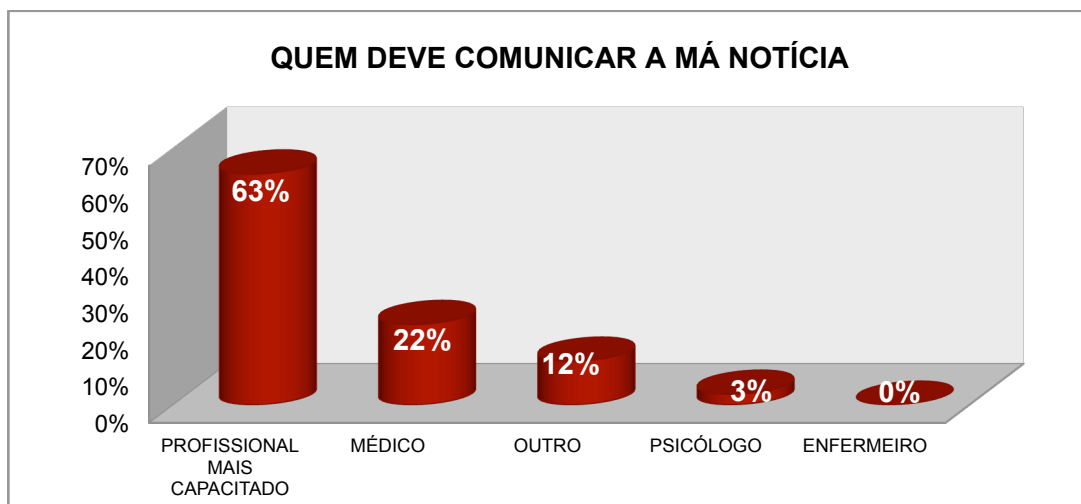


GRÁFICO 12 - Distribuição de acordo com os profissionais que devem comunicar as más notícias.

Relativamente à questão sobre quem deve comunicar más notícias, constata-se uma prevalência de 63% para o profissional/profissionais mais capacitados, seguindo-se o médico com 22%, outro (equipa de médico e enfermeiro) com 12% e o psicólogo com 3%.

Análise de dados

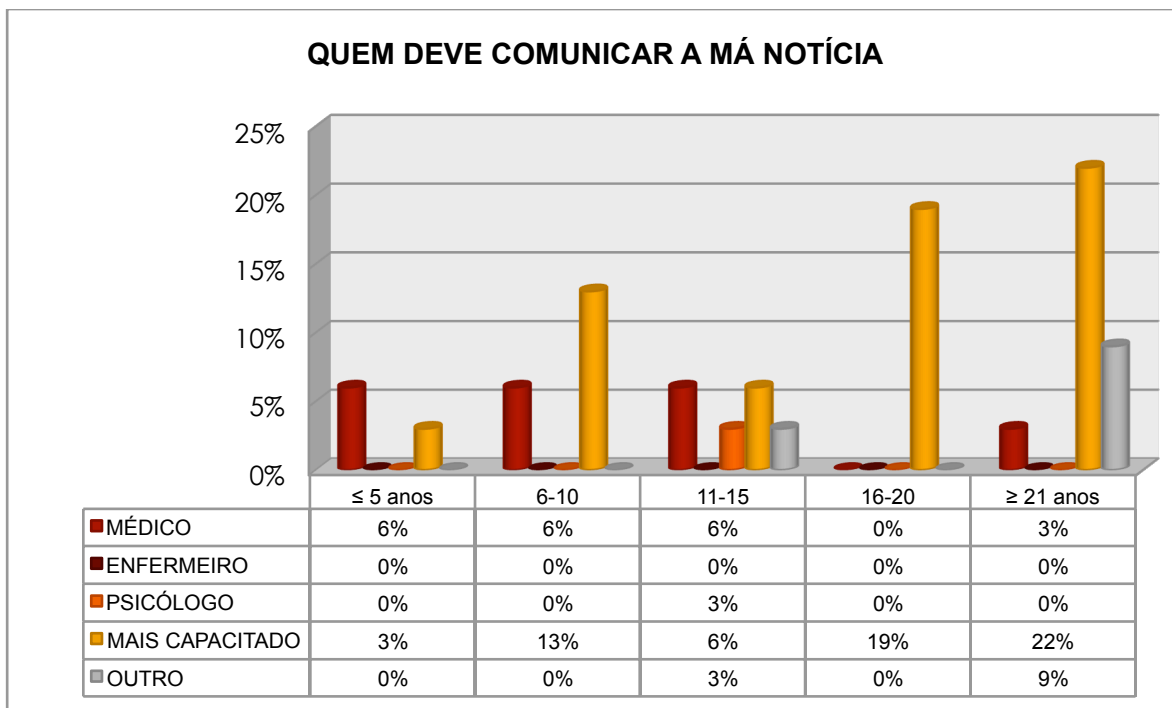
Relativamente ao enfermeiro (0%), não houve participantes a referenciá-lo como o elemento isolado capacitado para comunicar más notícias.

Merece destaque o facto do médico ainda obter uma percentagem elevada e o enfermeiro não estar incluído nas respostas.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL – QUEM DEVE COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	QUEM DEVE COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS										TOTAL	% Total
	MÉDICO	% Total	ENFº	% Total	PSICÓL.	% Total	PROFIS. MAIS CAPACITADO	% Total	OUTRO	% Total		
≤ 5 anos	2	6%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	3	9%
6 - 10 anos	2	6%	0	0%	0	0%	4	13%	0	0%	6	19%
11-15 anos	2	6%	0	0%	1	3%	2	6%	1	3%	6	19%
16-20 anos	0	0%	0	0%	0	0%	6	19%	0	0%	6	19%
≥ 21 anos	1	3%	0	0%	0	0%	7	22%	3	9%	11	34%
TOTAL	7	21%	0	0%	1	3%	20	63%	4	13%	32	100%

TABELA 13 – Distribuição de acordo com a experiência profissional e quem deve comunicar a má notícia



Análise de dados

GRÁFICO 13 - Distribuição de acordo com a experiência profissional e quem deve comunicar a má notícia

Através da análise dos dados verifica-se que 6% dos enfermeiros com menos de 6 anos de exercício da prática profissional defendem maioritariamente, que é ao médico que compete a comunicação de más notícias. Já os profissionais que se encontram nos restantes intervalos evidenciam, para a comunicação, o profissional mais capacitado para o fazer. Importa também realçar que os participantes com maior experiência (≥ 21 anos) além de considerarem o profissional mais capacitado, focam a equipa de médico e enfermeiro (inserido no item “Outro”) também como uma possibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer e analisar a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., sobre a comunicação de más notícias.

A análise dos dados demográficos possibilitou um conhecimento mais aprofundado sobre a população, de forma a fazer uma breve caracterização da mesma.

Os resultados demonstraram que grande parte dos profissionais (91%) já sentiram ou sentem dificuldade quando se encontram perante este tipo de situação. Esse facto pode dever-se à pouca experiência, à insegurança ou à falta de formação por parte de alguns enfermeiros nesta temática.

A falta de confiança em comunicar e a dificuldade em lidar com as emoções da pessoa, família ou com as próprias emoções, faz com que os profissionais acabem por remeter esta tarefa para outra classe profissional, geralmante a médica⁽³⁾. No entanto, a comunicação de más notícias faz parte da prática diária dos enfermeiros e, como tal, mais importante do que atribuir as responsabilidades a outros profissionais é desenvolver competências de forma a promover a qualidade dos cuidados.

Apesar de não estarem presentes as premissas necessárias (nenhuma célula ter frequência esperada inferior a 1 e pelo menos 80% das células terem frequência esperada superior a 5) para aplicação do Qui-Quadrado e avaliação da influência das variáveis dependentes nas variáveis independentes, este estudo de investigação, desempenhou um papel importante no estabelecimento de uma base científica, na medida em que permitiu orientar a prática de cuidados⁽²⁾. A elaboração de um diagnóstico da situação direcionou e facilitou o planeamento de intervenções de enfermagem baseadas nas necessidades dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Pereira, M. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos, Consultado em 10 de Maio de 2011: <http://www.scielo.br>.

2 – Fortin, M., Cotê, J. & Filial, F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

3 - Mochel, E., Perdigão, E., Cavalcanti, M.& Gurgel, W. (2010). Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Pesq.*,17,47-56.

APENDICE XIV

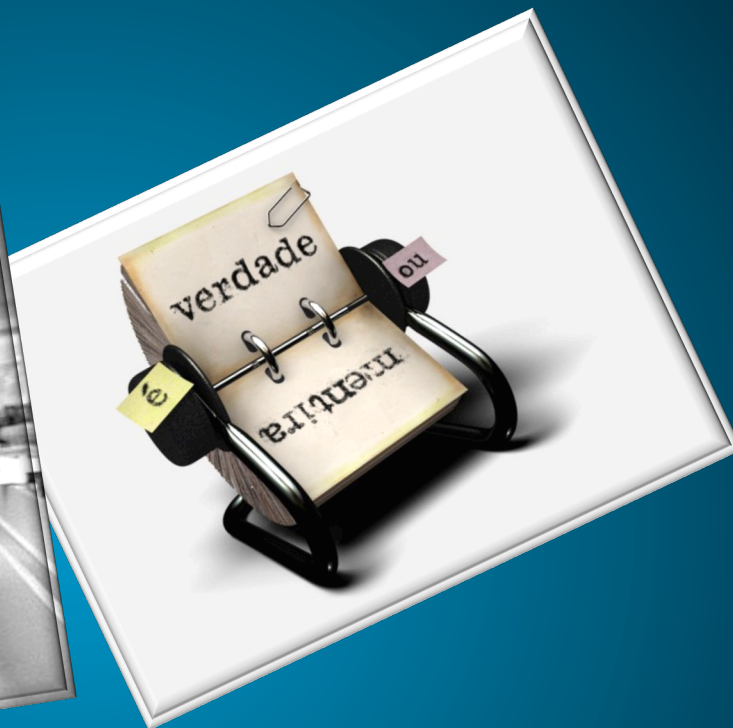
Plano de sessão de formação: “Comunicação de Más Notícias”



FORMAÇÃO DE SERVIÇO:



COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: COMO COMUNICAR MÁIS – NOTÍCIAS



DIA: 23 DE NOVEMBRO ÀS 14H30

LOCAL: SALA DE REUNIÕES DO S.U.

DESTINATÁRIOS: ENFERMEIROS DO S.U.

Palestrante: Enf. Sofia Rita
(Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP)

Orientações: Enf. Especialista Paula Canelas
Prof. Doutora Helena José



PLANO DE SESSÃO:

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO
DE URGÊNCIA:
COMO COMUNICAR MÁS
NOTÍCIAS**

TEMA – COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

PRELETOR – ENFERMEIRA SOFIA RITA (ALUNA DO 4º CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, UCP.

DESTINATÁRIOS – ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA,

LOCAL – HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES

DATA - 23 DE NOVEMBRO DE 2011

DURAÇÃO – 30 MINUTOS.

OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da Comunicação com a Pessoa/Família.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Possibilitar o aprofundamento de conhecimentos sobre Comunicação no Serviço de Urgência;
- Dar a conhecer o Protocolo de SPIKES, como estratégia para a Comunicação de Más Notícias



COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MATERIAL	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do preletor; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos; 	- Expositivo		2 min.
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação em Enfermagem; - Barreiras à Comunicação; - Comunicação de Más notícias; - Resultado do estudo de Investigação; - A influência da forma de Comunicar; - Protocolo de SPIKES; - Importância da Comunicação; - Apresentação de um filme “Quando as Notícias são Más”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor 	20 min.
CONCLUSÃO	- Revisão de conteúdos.	- Expositivo		3 min.
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução de caso clínico; - Preenchimento de questionário 	- Participativo		5 min.

APENDICE XV

Sessão de formação: “Comunicação de Más Notícias”



COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA : COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

PRELETORA: ENFERMEIRA SOFIA RITA
ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA HELENA JOSÉ
TUTOR: ENFERMEIRA PAULA CANELAS

23 NOV

COMUNICAR NO S.U.: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

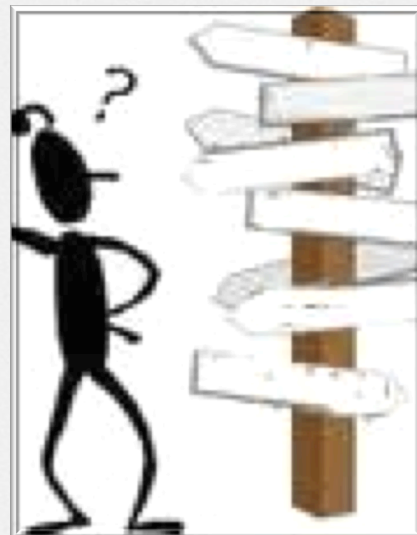
OBJECTIVOS

Objectivo Geral:

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da comunicação com o Pessoa/Família;

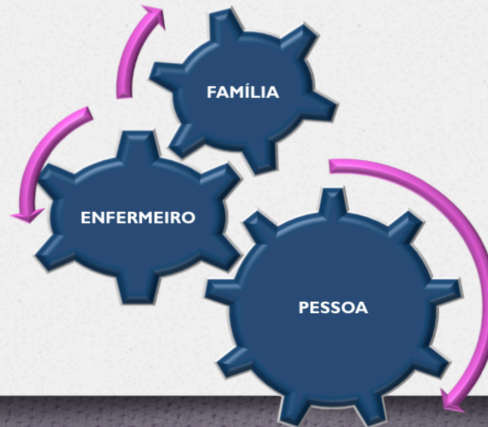
Objectivo Específico:

- ✓ Possibilitar o aprofundamento de conhecimentos sobre a comunicação no Serviço de Urgência;
- ✓ Dar a conhecer o Protocolo de SPIKES como estratégia para a Comunicação de Más Notícias.



COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM:

- ✓ Processo contínuo de interação, de afinidade e de conhecimento mútuo;
- ✓ Essencial para estabelecer uma relação terapêutica com a PESSOA/FAMÍLIA;
- ✓ “ É a própria relação, sem a qual, é impossível a relação terapêutica Enfermeiro-Pessoa”⁽¹⁾



COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM:

COMUNICAÇÃO

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

QUALIDADE DOS CUIDADOS

“ a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida. Da qualidade que desejam, ou seja do seu profundo desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executam. Da riqueza do seu olhar e da motivação para a qualidade.”²

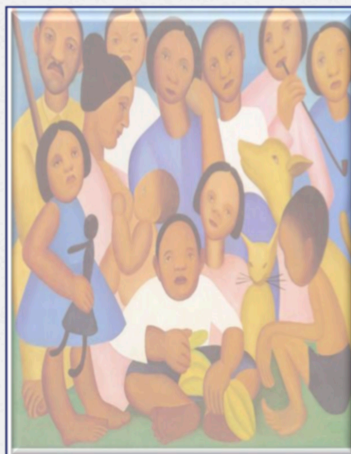
BARREIRAS A COMUNICAÇÃO



BARREIRAS À COMUNICAÇÃO



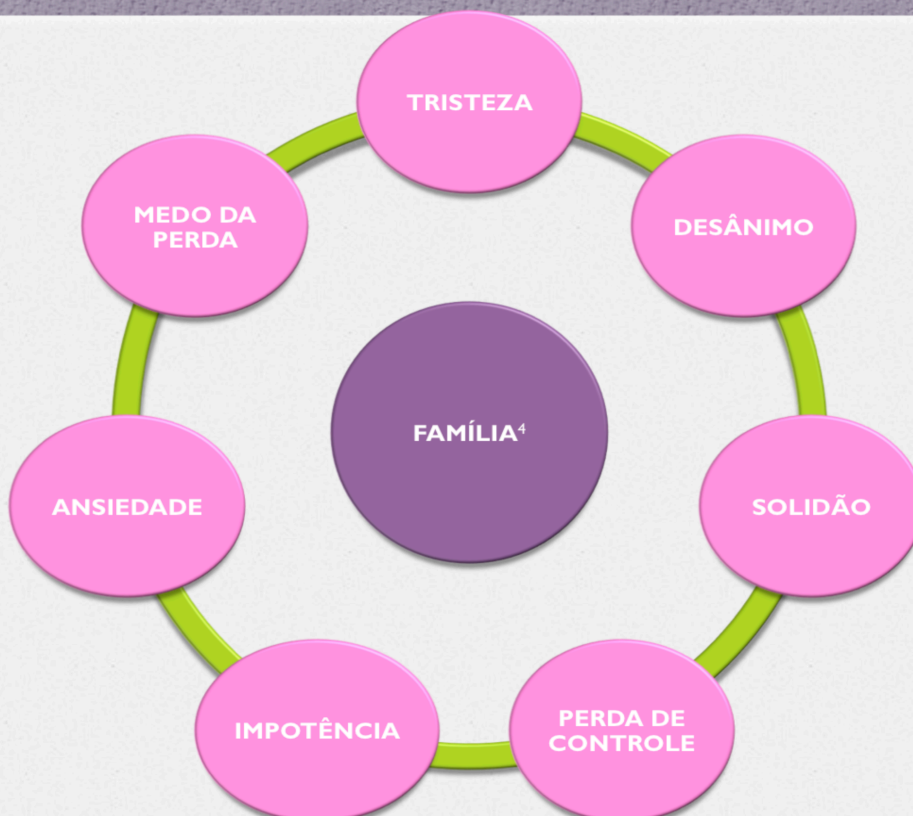
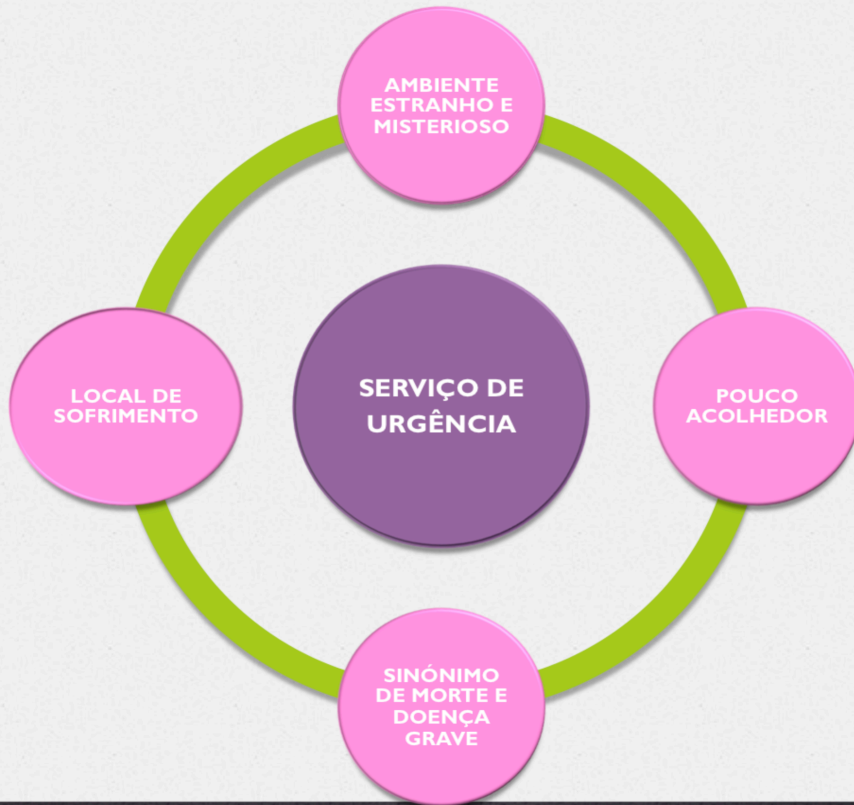
S.U.

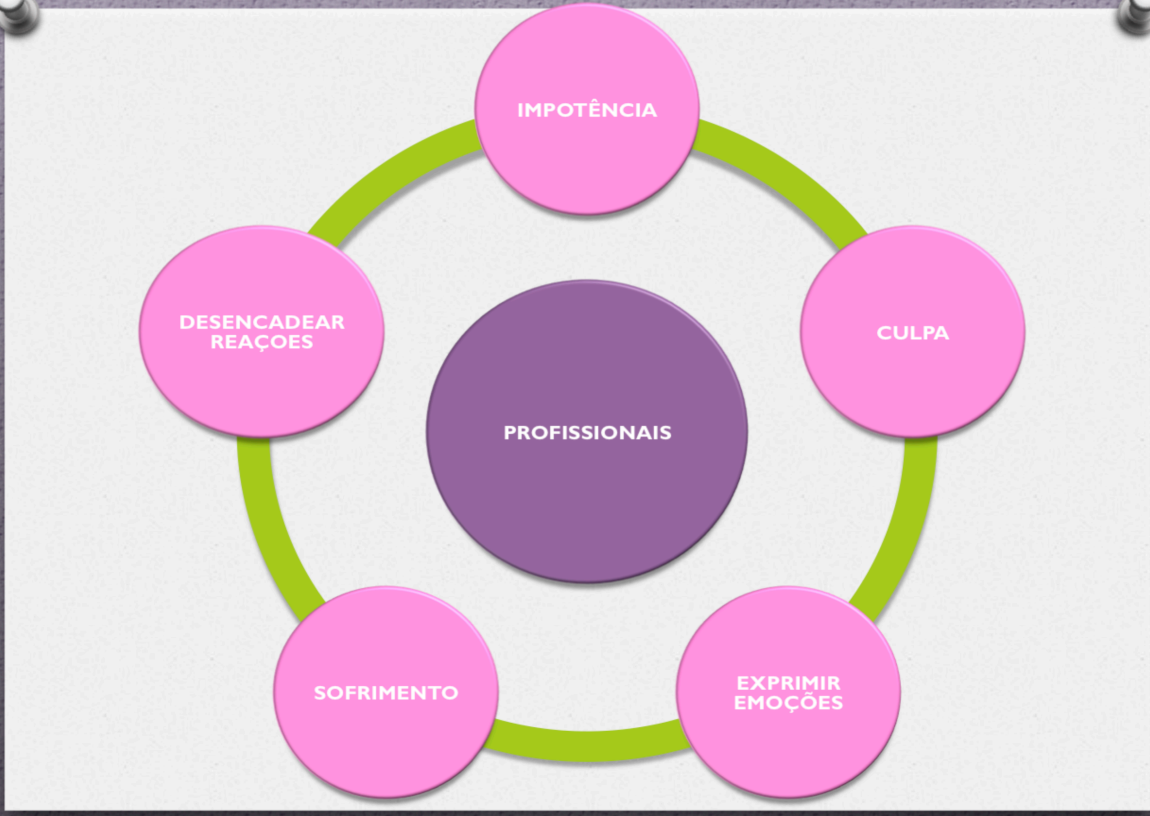
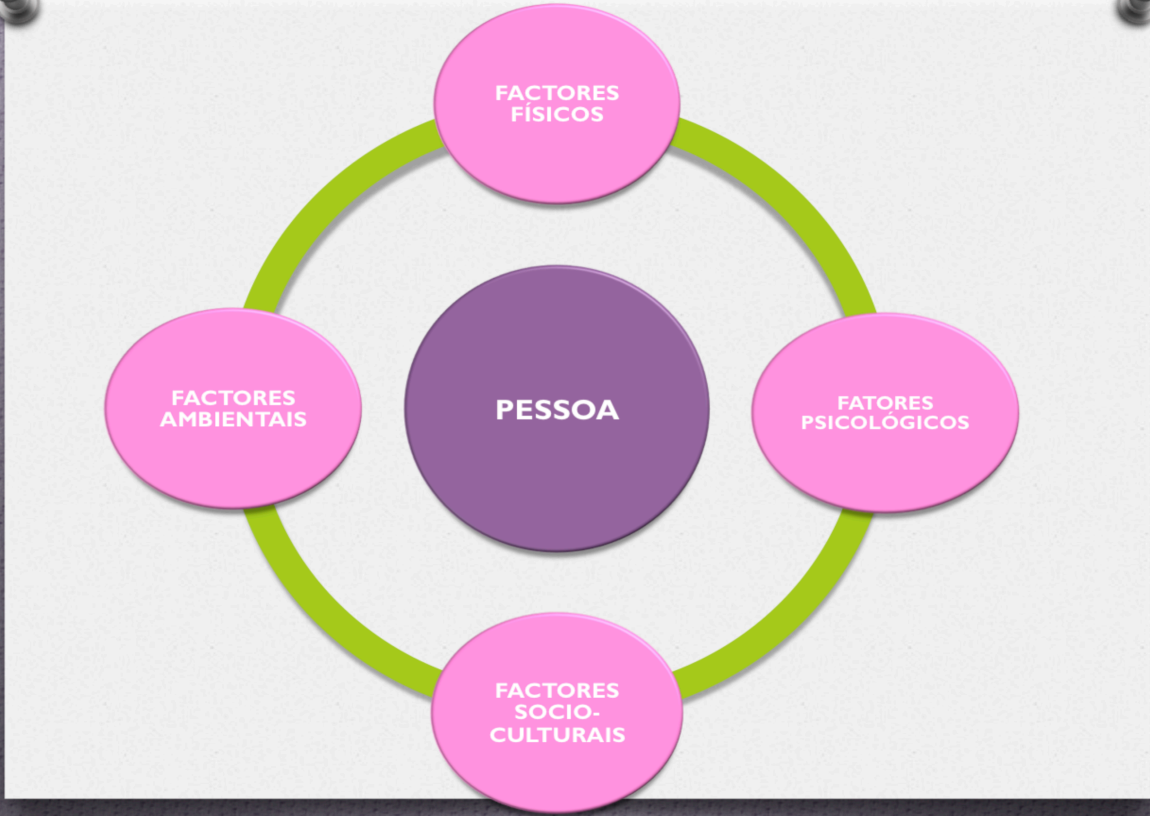


PESSOA/FAMÍLIA



PROFISSIONAIS

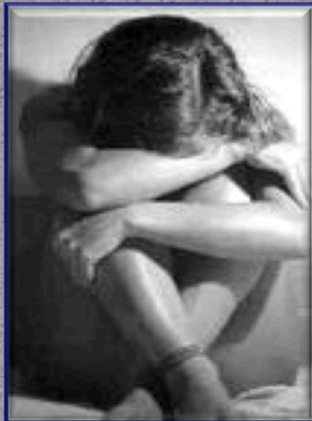




BARREIRAS À COMUNICAÇÃO⁴



COMUNICAÇÃO DE MÁS - NOTÍCIAS



MÁS - NOTÍCIAS

CONCEITO:

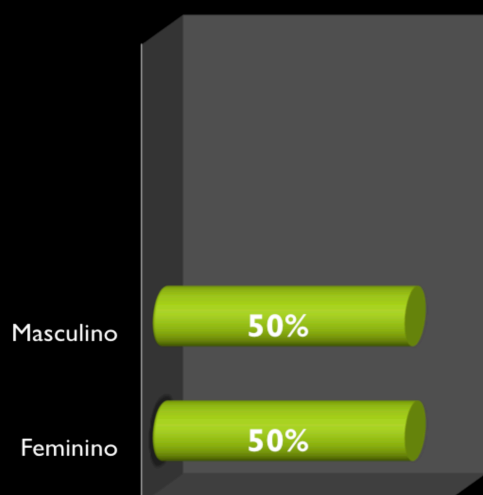
Qualquer notícia que a pessoa não quer ouvir.

EXEMPLO DE MÁS - NOTÍCIAS:

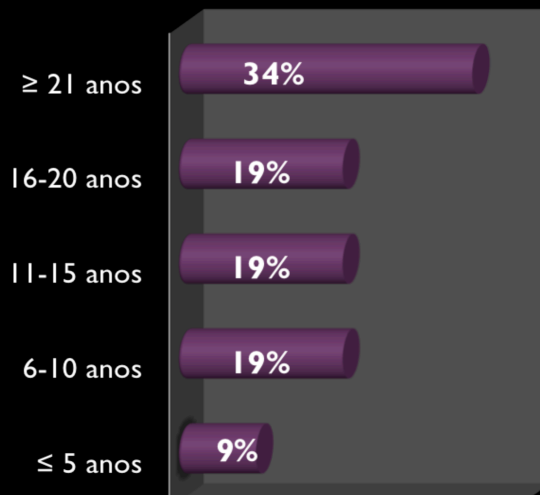
- Diagnóstico/Prognóstico
- Exames complementares
- Invalidez
- Malformação
- Morte
- Recolha de Órgãos

ESTUDO: “ Percepção da Comunicação de Más Notícias na óptica dos enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSBA, E.P.E.

Género

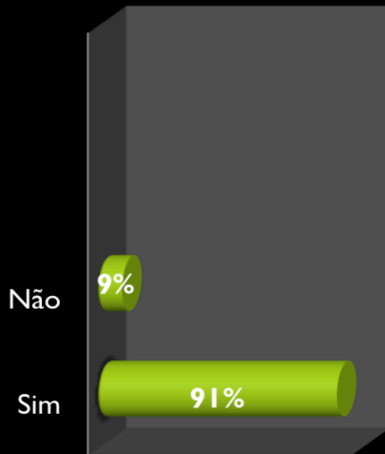


Experiência Profissional

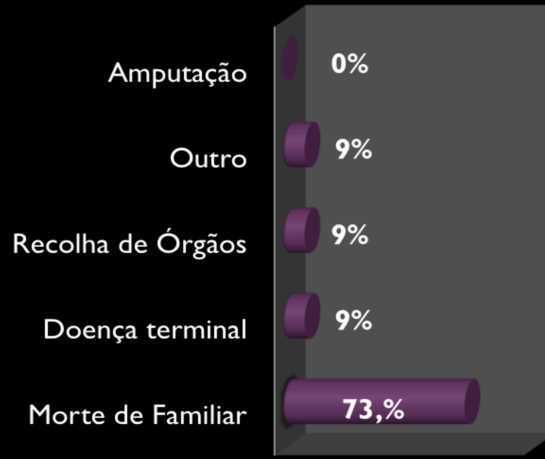


ESTUDO: " Percepção da Comunicação de Más Notícias na óptica dos enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSBA, E.P.E.

Dificuldade em comunicar más – notícias

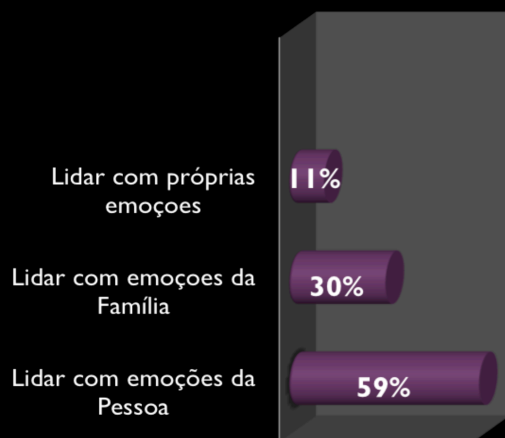


Grau de dificuldade em comunicar

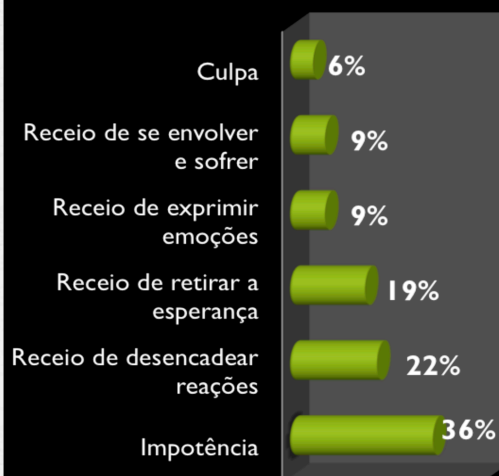


ESTUDO: " Percepção da Comunicação de Más Notícias na óptica dos enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSBA, E.P.E.

O que considera ser mais difícil?

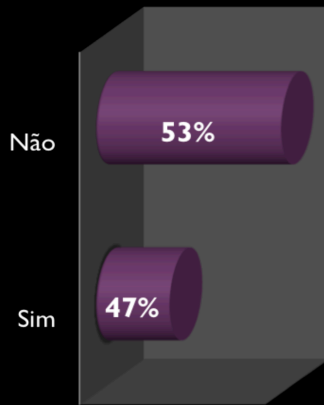


Emoções vivenciadas



ESTUDO: " Percepção da Comunicação de Más Notícias na óptica dos enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSBA, E.P.E.

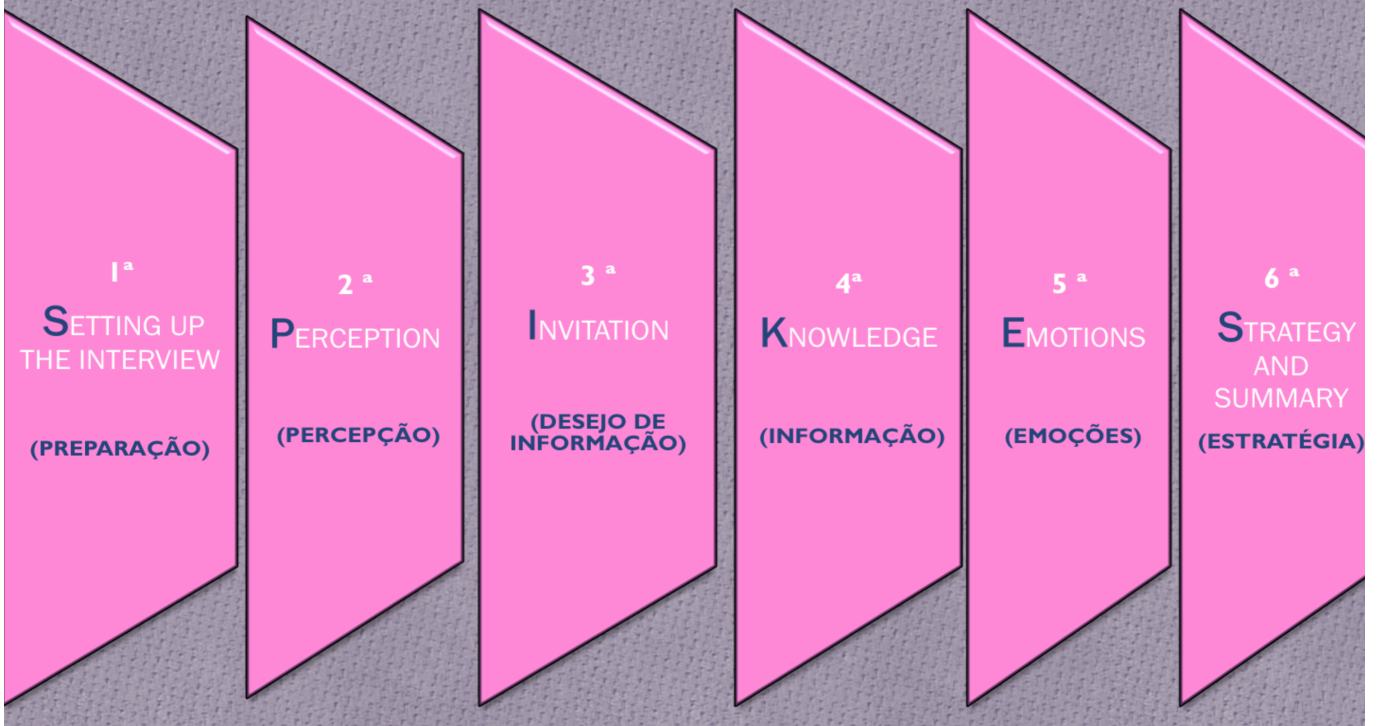
Formação específica sobre Comunicação Más Notícias



Quem deve comunicar Más Notícias



PROTOCOLO SPIKES⁵



PROTOCOLO SPIKES

1 - Setting up the interview (Preparação)

- Rever a informação clínica relevante;
- Preparar local adequado;
- Envolver familiares/amigos;
- Manter contato .

2 - Assessing the patient's Perception (Percepção)

- " ANTES DE DIZER PERGUNTAR"
- Perceber a informação prévia;
- Adaptar a informação à compreensão.

PROTOCOLO SPIKES

3 - Obtaining the patients Invitation (Desejo de informação)

- Perceber o tipo de informação que deseja;
- Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas.

4 - Giving Knowledge and information to the patient (Informação)

- Avisar de que as notícias não são boas;
- Utilizar linguagem simples e compreensível;
- Verificar se está a entender a informação transmitida;
- Se mau prognóstico, comunicar outras intervenções terapêuticas.

PROTOCOLO DE SPIKES

5 – Addressing the patients
Emotions with empathic
responses (Emoções)

- Observar e identificar as emoções;
- Dar tempo para as exprimir;
- Responder de forma empática.

6 – Strategy and summary
(Estratégia)

- Resumir o que foi falado;
- Elaborar um plano em função das necessidades;
- Garantir medidas concretas para prevenir o sofrimento;
- Sugerir redes de apoio social e familiar;
- Encorajar a esclarecer dúvidas;
- Marcar próximo contacto.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A FORMA DE
COMUNICAR :

- SATISFAÇÃO PELOS
CUIDADOS

- QUALIDADE DOS CUIDADOS

PODE
INTERFERIR:



IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

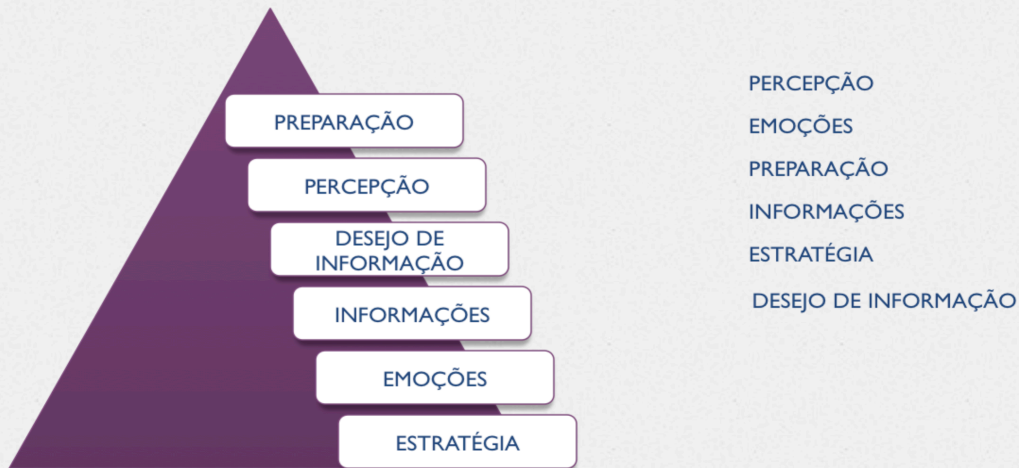
- ✓ Aumenta a confiança no profissional de saúde;
- ✓ Facilita a compreensão da informação;
- ✓ Reduz a incerteza da situação vivida;
- ✓ Facilita o ajuste emocional e psicológico;
- ✓ Oferece uma direção à Pessoa/Família;
- ✓ Minimiza sentimentos de isolamento, solidão e medo;
- ✓ Aumenta a sensação de controlo;

WHEN THE
NEWS IS
BAD

QUANDO AS NOTÍCIAS
SÃO MÁS

CASO CLÍNICO

- ✓ Sra. de 54 anos de idade, deu entrada no serviço de urgência cerca das 18h, por ingestão voluntária medicamentosa. A filha mais velha quando soube dirigiu-se ao hospital e pediu para falar com o enfermeiro Brissos...



“É preciso ter muita paciência.

***Primeiro sentas-te um bocadinho
afastado de mim, assim,
em cima da relva.***

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



***Mas todos os dias te podes sentar um bocadinho
mais perto...” (SAINT-EXUPÉRY, 1987, 70).***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Stuart G.W., Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica – princípios e práticas*. (6ª Ed.). Lisboa: Artmed.
- 2 – Heesben, W. (2001). *Qualidade em enfermagem.- pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- 3 – Severo, G., Perlini, N. (2005). *Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes*. Consultado em 1 de Maio de 2011, em Scientia Médica: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1539>
- 4 – Querido, A.; Salazar, H. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- 5 – Baile, W.; Buckman R.; Lenzi, R.; Gloger, G.; Beale, E. & Kudelka, A. (2000). Spikes – a six step protocolo for delivering bad news: application to the patient with câncer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- 6 – Mochel, E., Perdigão, E., Cavalcanti, M. & Gurgel, W. (2010). Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. *Cadernos de Pesquisa*, 17, 47-56.
- 7 – Saint-Exupéry, A. (2001). *O Príncipezinho*. (34ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.



MUITO OBRIGADA!



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM MÉDICO-CIRÚRGICA
2010/2012



COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA : COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

23 NOV

PRELETORA: ENFERMEIRA SOFIA RITA
ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA HELENA JOSÉ
TUTOR: ENFERMEIRA PAULA CANELAS

APENDICE XVI

Questionário de Avaliação da sessão de formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

DESIGNAÇÃO DA FORMAÇÃO

Comunicação no Serviço de Urgência: Como Comunicar Más Notícias

FORMADOR(A)

Sofia Rita

DATA

23 de Novembro de 2011

A sua opinião sobre a formação em que acaba de participar, reveste-se de grande importância para que possamos:

- ✓ Aferir em que medida foram satisfeitas as expectativas;
- ✓ Perceber se os objetivos delineados foram atingidos;
- ✓ Melhorar a eficácia/eficiência em futuras ações de formação;
- ✓ Diagnosticar necessidades de formação.

Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial.

Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna que melhor exprime a sua opinião.

I – AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
1.1 – Apreciação global da formação					
1.2 – Adequação da formação ao seu nível de conhecimentos					
1.3 – Cumprimento dos objetivos propostos					
1.4 – A formação correspondeu às expectativas					

2 – AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
2.1 – Pertinência dos conteúdos					
2.2 – Utilidade dos conteúdos					
2.3 – Tempo dedicado a cada conteúdo					
2.4 – Relevância para a aquisição de novos conhecimentos					

3 – AVALIAÇÃO DO FORMADOR	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
3.1 – Domínio dos conteúdos					
3.2 – Clareza da Comunicação					
3.3 – Motivação dos formandos					
3.4 – Relação com o grupo					
3.5 – Esclarecimento de dúvidas					
3.6 – Metodologia de apresentação					

4 – AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E RECURSOS DE APOIO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
4.1 – Divulgação da formação no serviço					
4.2 – Tempo de duração da formação					
4.3 – Horário da formação					
4.4 – Adequação dos suportes pedagógicos (retroprojektor, videoprojetor...)					

GOSTARIA AINDA QUE RESPONDESSE ÀS SEGUINTESS QUESTÕES:

5 – SUGESTÕES PARA FUTURAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

6 – OUTROS COMENTÁRIOS

Grata pela sua colaboração,

Enf. Sofia Rita

**ORIENTAÇÃO: Enf. Paula Canelas
Prof. Doutora Helena José**

APENDICE XVII

Análise dos dados do questionário de Avaliação da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

DESIGNAÇÃO DA FORMAÇÃO

Comunicação no Serviço de Urgência: Como Comunicar Más Notícias

FORMADOR(A)

Sofia Rita

DATA

23 de Novembro de 2011

I – AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
1.1 – Apreciação global da formação % Total				3 37,5%	5 62,5%
1.2 – Adequação da formação ao seu nível de conhecimentos % Total				5 62,5%	3 37,5%
1.3 – Cumprimento dos objetivos propostos % Total				2 25%	6 75%
1.4 – A formação correspondeu às expetativas % Total				3 37,5%	5 62,5%

2 – AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
2.1 – Pertinência dos conteúdos % Total				2 25%	6 75%
2.2 – Utilidade dos conteúdos % Total				3 37,5%	5 62,5%
2.3 – Tempo dedicado a cada conteúdo % Total				3 37,5%	5 62,5%
2.4 – Relevância para a aquisição de novos conhecimentos % Total				4 50%	4 50%

3 – AVALIAÇÃO DO FORMADOR	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
3.1 – Domínio dos conteúdos % Total				1 12,5%	7 87,5%
3.2 – Clareza da Comunicação % Total				1 12,5%	7 87,5%
3.3 – Motivação dos formandos % Total				2 25%	6 75%
3.4 – Relação com o grupo % Total				1 12,5%	7 87,5%
3.5 – Esclarecimento de dúvidas % Total				1 12,5%	7 87,5%
3.6 – Metodologia de apresentação % Total				4 50%	4 50%

4 – AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E RECURSOS DE APOIO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
4.1 – Divulgação da formação no serviço % Total			1 12,5%	4 50%	3 37,5%
4.2 – Tempo de duração da formação % Total				4 50%	4 50%
4.3 – Horário da formação % Total			3 37,5%	1 12,5%	4 50%
4.4 – Adequação dos suportes pedagógicos (retroprojektor, videoprojetor...) % Total				3 37,5%	5 62,5%

5 – SUGESTÕES PARA FUTURAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

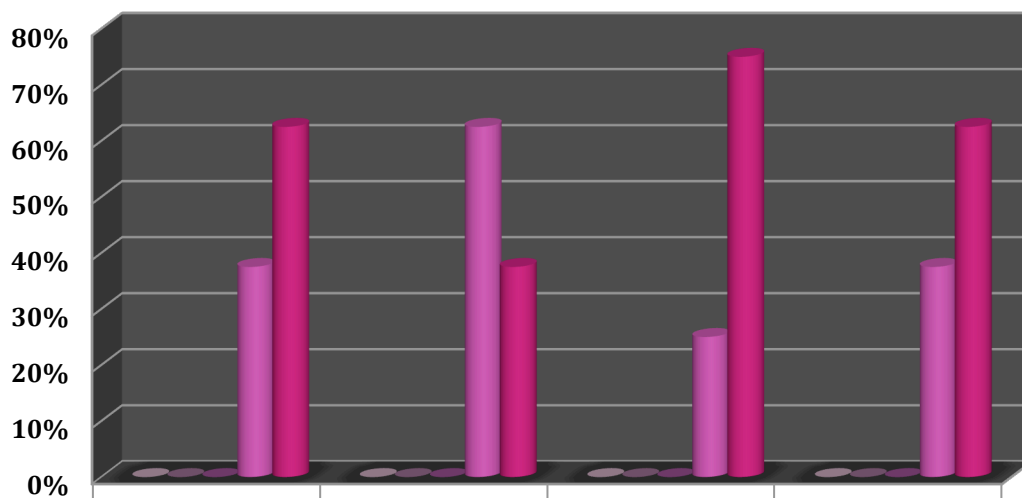
ABORGAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA; ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE GESSOS E TASSAS EM ORTOPEDIA; REANIMAÇÃO

6 – OUTROS COMENTÁRIOS

FORMAÇÃO PERTINENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

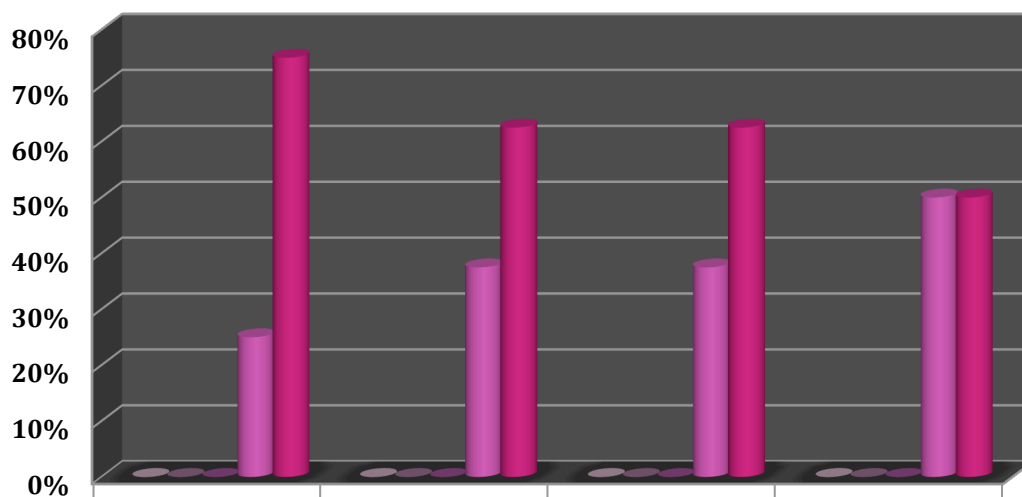
EXCELENTE APRESENTAÇÃO, BOM DOMÍNIO DOS CONTEÚDOS; ESPAÇO PARA REFLEXÃO E DISCUSSÃO

AVALIAÇÃO GLOBAL FORMAÇÃO



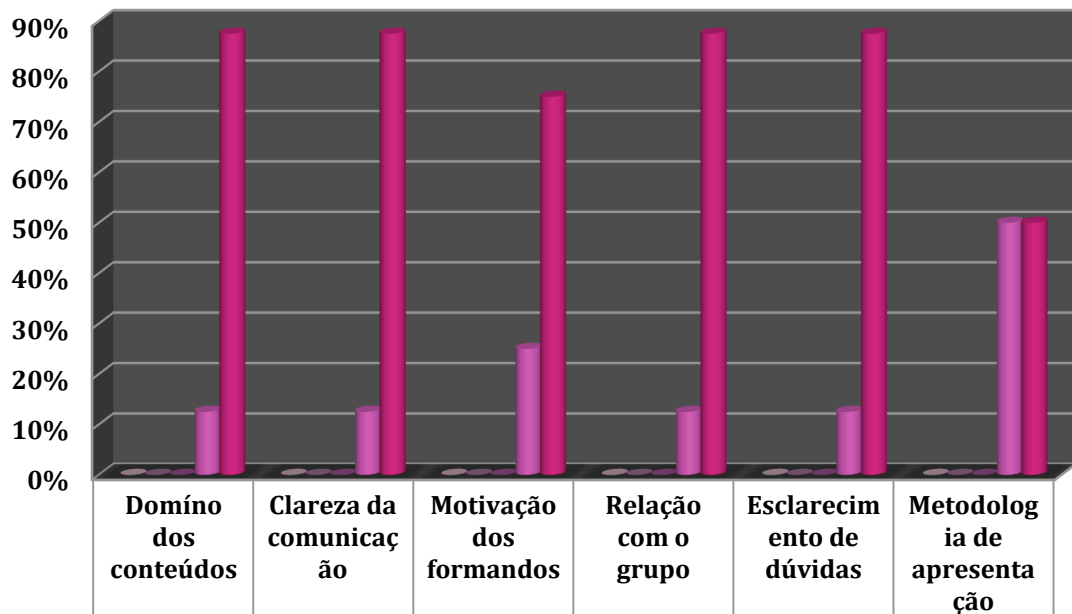
	Apreciação Global Formação	Adequação aos conhecimentos	Cumprimento objetivos propostos	Formação correspondeu expetativas
Nada Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Pouco Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Bastante Satisfatório	37,5%	62,5%	25%	37,5%
Extremamente Satisfatório	62,5%	37,5%	75%	62,5%

AVALIAÇÃO CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS



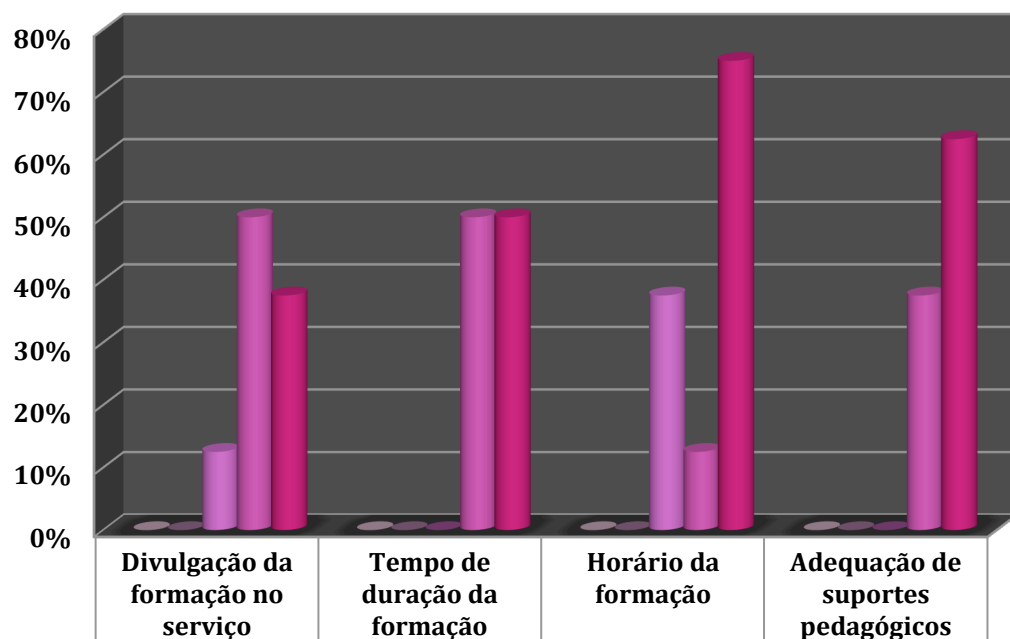
	Pertinência dos conteúdos	Utilidade dos conteúdos	Tempo dedicado a cada conteúdo	Relevância para aquisição conhecimentos
Nada Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Pouco Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Bastante Satisfatório	25%	37,5%	37,5%	50%
Extremamente Satisfatório	75%	62,5%	62,5%	50%

AVALIAÇÃO DO FORMADOR



Nada Satisfatório	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Pouco Satisfatório	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Satisfatório	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Bastante Satisfatório	12,5%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	50%
Extremamente Satisfatório	87,5%	87,5%	75%	87,5%	87,5%	50%

AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E RECURSOS DE APOIO



Nada Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Pouco Satisfatório	0%	0%	0%	0%
Satisfatório	12,5%	0%	37,5%	0%
Bastante Satisfatório	50%	50%	12,5%	37,5%
Extremamente Satisfatório	37,5%	50%	75%	62,5%

APENDICE XVIII

**Divulgação de Conferência “Enfermagem Forense – Preservação de
Vestígios”**



CONFERÊNCIA



ENFERMAGEM FORENSE

- PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS -



PALESTRANTE: ENF. ALBINO GOMES

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMAGEM FORENSE

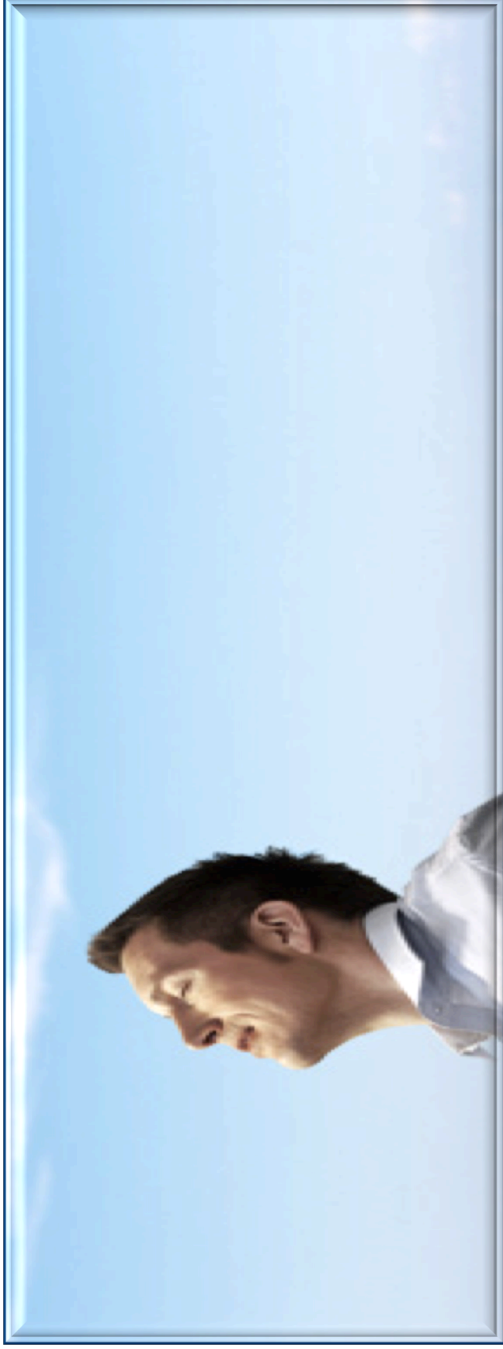
DIA: 17 DE NOVEMBRO ÀS 9H30
LOCAL: SALA DE CONFERÊNCIAS DA ULSBA (HJJF)
DESTINATÁRIOS: PROFISSIONAIS DA ULSBA

PROMOVIDO E ORGANIZADO POR: Professora Doutora Helena José, Enf. João Rodrigues (Chefe do Serviço de Urgência), Enf. Especialista Paula Canelas (Serviço de Urgência), Enf. Sofia Rita (aluna Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP).

APENDICE XIX

Folheto de apresentação e divulgação do “LIVOPAN”

LIVOPAN®





LIVOPAN®, terapêutica inalatória não-invasiva para o controlo da dor aguda em intervenções de curta duração⁽¹⁾.

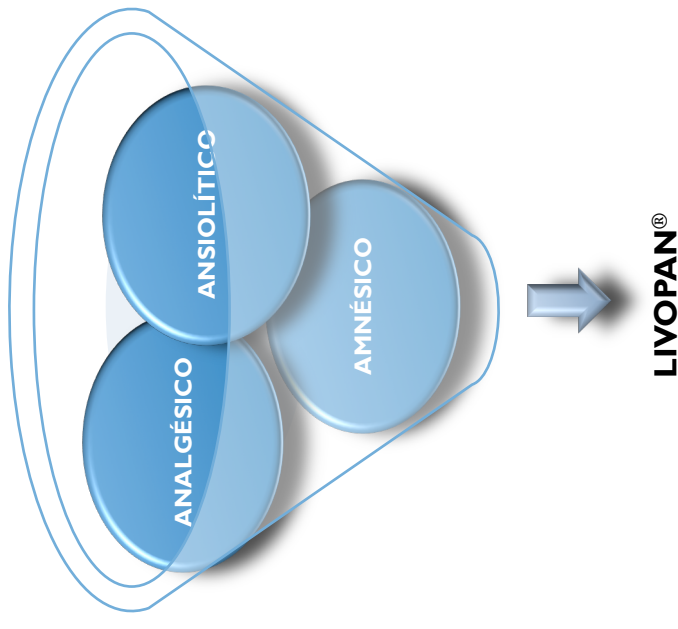
LIVOPAN

“Para uma **sedação** consciente”

DENOMINAÇÃO

Gás comprimido medicinal que consiste numa mistura de Protóxido de Azoto (N₂O) 50% e Oxigénio (O₂) 50%.

EFEITOS



INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS

LIVOPAN® está indicado para procedimentos de curta duração que impliquem um estímulo doloroso ligeiro a moderado, quando se pretende uma analgesia de indução e uma recuperação rápida.

As propriedades **ANALGÉSICAS** ajudam a reduzir a dor e o mal-estar durante os procedimentos ⁽¹⁾.

As propriedades **SEDATIVAS** e **ANSIOLÍTICAS** reduzem a apreensão e a ansiedade antes e depois do procedimento ⁽¹⁾.

As propriedades **AMNÉSICAS** favorecem uma melhor aceitação para procedimentos dolorosos posteriores ⁽²⁾.



POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO ⁽¹⁾

O LIVOPAN[®] deve ser administrado em doentes em ventilação espontânea, por via inalatória, através de máscara facial.

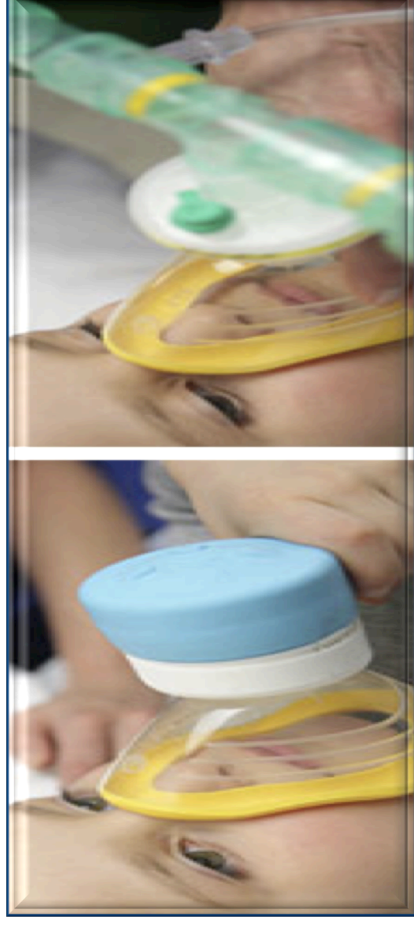
A administração desta terapêutica mantém o doente num estado de sedação consciente, permitindo seguir as indicações dos profissionais.

A administração é gerida pelos ciclos respiratórios dos doentes. Uma válvula no sistema permite o controlo da dose, assim como a diminuição da libertação de Protóxido de Azoto para o ambiente.

A utilização do LIVOPAN[®] deve ser efetuada durante todo o procedimento doloroso, ou enquanto se pretender o efeito analgésico.

O tempo de administração pode ir até 60 minutos, no entanto, não são aconselhados tratamentos prolongados.

Deve ser administrado sob a supervisão de pessoal médico treinado.



MECANISMO DE AÇÃO⁽¹⁾

AÇÃO “ON-OFF”

ON

Eficácia analgésica 3 minutos após a inalação

AÇÃO RÁPIDA

OFF

Sem efeito residual, regressa ao estado inicial em menos de 5 minutos

EFEITO REVERSÍVEL

O protótipo de Azoto é absorvido e eliminado por via pulmonar de forma muito rápida.

Se administrado em combinação com outros analgésicos, permite uma redução das doses, minimizando assim os efeitos secundários associados⁽³⁾.

A necessidade de monitorização pós-operatória é reduzida devido ao rápido perfil de ação e de eliminação⁽⁴⁾.



CONTRA-INDICAÇÕES

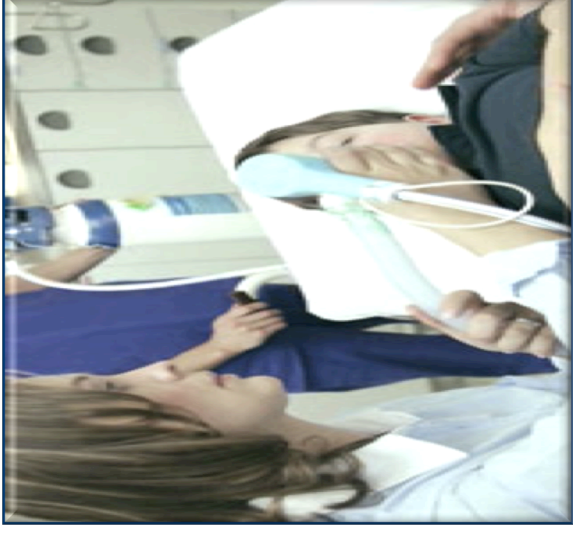
Devido à elevada difusibilidade do Protóxido de Azoto, está contra-indicado em situações de:

- Pneumotórax;
- Pneumopericárdio;
- Enfisema;
- Embolia Gasosa;
- Traumatismo Craneano;
- Insuficiência Cardíaca;
- Após injeção intra ocular recente com gás.



INTERAÇÕES

Interage de forma aditiva com anestésicos inalados e/ou fármacos com efeito a nível do sistema nervoso central (exemplo: Opiáceos, Benzodiazepinas, Psicotrópicos), pelo que, deve ter-se especial atenção ao risco de sedação profunda e depressão dos reflexos protetores da via aérea.



EFEITOS INDESEJÁVEIS

FREQUENTES

- Tonturas;
- Sensação lipotímia;
- Euforia;
- Náuseas e Vômitos.

POUCO FREQUENTES

- Astenia marcada;
- Pressão ouvido médio;
- Aerocolia.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Instituto Nacional da Farmácia e Medicamento. (2011). Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos e medicamentos. Índice Nacional Terapêutico, 1145.
- 2 – Camille, O., Raphael, V., Camille, T., Elvira C., & Daniel, A. (2010). Use of a combined oxygen/nitrous oxide/morphine chloride protocol for analgesia in burned children requiring painful local care. *Pediatric Surgery International*, 26, 263-267.
- 3 – Richebe, P. et al. (2005). Nitrous oxide revisited: evidence for potent antihyperalgesic properties. *Anesthesiology*, 103, 845-854.
- 4 – Burnweit, C. et al. (2004). Nitrous oxide analgesia for minor pediatric surgical procedures: an effective alternative to conscious sedation? *Pediatric Surgery*, 39, 495-499.

LIVOPAN®

ELABORADO POR: Sofia Rita (Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

SOB ORIENTAÇÃO: Enfermeira Especialista Paula Canelas
Prof. Doutora Helena José

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de participação: Crash Course Evidence Project

CERTIFICATE

THE EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE

HEREWITH ACKNOWLEDGES THAT

Rita Sofia

HAS COMPLETED THE

EVIDENCE CRASH COURSE

INFECTION PREVENTION IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Andy Rhodes

A. RHODES
PRESIDENT

G. Dimopoulos

G. DIMOPOULOS
CHAIR INFECTION SECTION

S. Blot

S. BLOT
HEAD INVESTIGATOR

6/03/2012

DATE

J. Rello

J. RELLO
DEPUTY INFECTION SECTION

ANEXO II

**Certificado de participação nas Jornadas Internacionais de Évora: “A
Pessoa em Situação Crítica”**

I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM CERTIFICADO

Certifica-se que **SOFIA DE JESUS SILVA RITA** participou nas **I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA a pessoa em situação crítica** promovidas pela **ESESJD, CICTS E HESE** que decorreram no dia 2 e 3 de Junho de 2011, no Auditório da Universidade de Évora, em Portugal.



O Presidente das I JIE2011
Prof. Doutor Manuel José Lopes

ANEXO III

Certificado de apresentação de poster: “Via Aérea Difícil – O Papel do Enfermeiro”

I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certifica-se que o Poster intitulado, “VIA AÉREA DIFÍCIL: O PAPEL DO ENFERMEIRO”, realizado por, Carla Maria Nunes Afonso, Luís Miguel da Cunha Gonçalves e Sofia de Jesus Silva Rita, foi apresentado nas **I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA a pessoa em situação crítica** promovidas pela **ESESJD, CICTS E HESE, HESE** que decorreram no dia 2 e 3 de Junho de 2011, no Auditório da Universidade de Évora, em Portugal.



O Presidente das IJIE2011
Prof. Doutor Manuel José Lopes

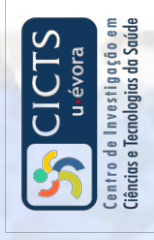
ANEXO IV

**Certificado de apresentação de poster: “ Cuidar na Adversidade:
Comunicação de Más Notícias”**



u évora

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE S. JOÃO DE DEUS



CICTS
U Évora

Centro de Investigação em
Ciências e Tecnologias da Saúde



Hospital da

Évora
Espírito Santo E.P.E.

I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certifica-se que o Poster intitulado, “**CUIDAR NA ADVERSIDADE: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS**”, realizado por, Sofia de Jesus Silva Rita, foi apresentado nas **I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA a pessoa em situação crítica** promovidas pela **ESESJD, CICTS E HESE, HESE** que decorreram no dia 2 e 3 de Junho de 2011, no Auditório da Universidade de Évora, em Portugal.

O Presidente das IJIE2011
Prof. Doutor Manuel José Lopes

ANEXO VI

**Certificado de Organização de Conferência “Enfermagem Forense –
Preservação de Vestígios”**



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

Para os devidos efeitos, declara-se que, Sofia de Jesus Silva Rita,
Organizou, uma Conferência sobre “ Enfermagem Forense” , dirigida a
Enfermeiros Médicos e juristas da ULSBA EPE, que decorreu na sala de
conferências do HJJF- Beja no dia 17 de Novembro de 2011

Beja, 04 de Abril de 2012

Centro de Formação Multiprofissional


Maria José Jerónimo
Enfermeira Especialista

CENTRO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL
ENTIDADE ACREDITADA PARA A FORMAÇÃO
POR DESPACHO MINISTERIAL
DE 13/12/2000

ANEXO V

Autorização para realização do estudo: “ Comunicação de Más Notícias”



ULSBA

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

Exmos. Senhores
Universidade Católica Portuguesa

Palma de Cima
1649-023 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

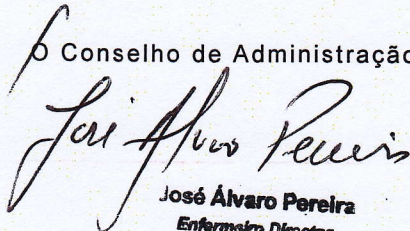
SAI-ULSBA/2011/10020

28.11.2011

ASSUNTO: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM RELATÓRIO
ACADÉMICO**

Em resposta ao solicitado, informo V. Exa. que está autorizada a aplicação de questionários aos enfermeiros do Serviço de Urgência, no âmbito do mestrado de Natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os melhores cumprimentos,

o Conselho de Administração

José Álvaro Pereira
Enfermeiro Director

/AA

28.11.2011

Mod 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275



MINISTÉRIO
DA SAÚDE