



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

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

COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

BAD NEWS COMMUNICATION: A SPECIALIZED NURSING CARE

Por
Catarina Alves

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

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

**COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS: UM CUIDADO DE
ENFERMAGEM ESPECIALIZADO**

**BAD NEWS COMMUNICATION: A SPECIALIZED
NURSING CARE**

Por
Catarina Alves

Sob orientação de Prof^a Doutora Lurdes Martins

Lisboa, 2023

*“A pedra preciosa não pode ser polida sem fricção, nem o homem aperfeiçoado sem
provação”*

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que durante este percurso contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Sem o seu apoio, esta etapa não seria possível.

À Professora Doutora Lurdes Martins, pela experiência, orientação, apoio e disponibilidade.

Às minhas orientadoras dos contextos clínicos, pelo acolhimento, sabedoria e por toda a dedicação no desenvolvimento das competências.

À minha família, que são o meu pilar, obrigada pela vossa força, amor e tudo o que fazem por mim.

Ao meu companheiro, obrigada por toda a paciência e amor, por acreditares em mim e não permitires que desistisse a cada obstáculo deste percurso.

Às minhas amigas, obrigada pela compreensão da minha maior ausência.

E aos colegas de trabalho pelo apoio e motivação constante.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Pessoa em Situação Crítica. Este pretende demonstrar o percurso realizado ao descrever e analisar situações experienciadas e atividades desenvolvidas no contexto de prática clínica, no qual adquiri e desenvolvi competências de enfermeira especialista, no âmbito das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assim como ilustrar as Competências de Mestre.

O estágio foi realizado num Serviço de Medicina Intensiva, sendo que foi desenvolvido em várias Unidades de Cuidados Intensivos inerentes ao serviço.

Ao mesmo tempo, de forma a dar resposta às Competências de Mestre, foi desenvolvida uma *Scoping Review*, com o tema “Dificuldades que os enfermeiros sentem na comunicação de más notícias”. Através da sua realização e partilha no contexto de estágio e no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, contribuiu para uma melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem relativamente à comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, fomentando a importância da investigação na Enfermagem.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Dificuldades dos Enfermeiros; Comunicação; Más notícias

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing with Specialisation in Medical-Surgical Nursing in Critical Care. It aims to demonstrate the path taken by describing and analysing the situations experienced and the activities developed in the context of clinical practice, in which I acquired and developed competencies as a specialist nurse, within the scope of the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, as well as illustrate the Master's Competencies.

The internship was carried out in an Intensive Care Medicine Service, and was developed in several Intensive Care Units inherent to the service.

At the same time, in order to meet the Master's competencies, a Scoping Review was developed, with the theme "Difficulties nurses experience in the communication of bad news". Through its completion and sharing in the internship context and at the 5th International Seminar of the Master's Degree in Nursing, it contributed to improving the provision of nursing care regarding the communication of bad news to critically ill patients and their families, thus promoting the importance of research in nursing.

Key-words: Nursing Care; Critical Care; Difficulties of Nurses; Communication; Bad News

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS - Direção Geral da Saúde

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EPI - Equipamento de Proteção Individual

GCL – PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

OE - Ordem dos Enfermeiros

PQCEEMC – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARSCoV2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI II – Unidade de Cuidados Intensivos nível II

UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 18 |
| 1. AS DIFICULDADES QUE OS ENFERMEIROS SENTEM NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: <i>SCOPING REVIEW</i> – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 21 |
| 1.1. COMUNICAÇÃO..... | 21 |
| 1.2. INFORMAÇÃO EM SAÚDE..... | 23 |
| 1.3. MÁS NOTÍCIAS..... | 24 |
| 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA – REFLEXÃO CRÍTICA | 27 |
| 2.1. AFAF MELEIS: TEORIA DAS TRANSIÇÕES..... | 27 |
| 2.2. PRÁTICA CLÍNICA: SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA | 30 |
| 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE | 50 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 52 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE I - OBJETIVOS E CRONOGRAMA DE ESTÁGIO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS | |
| APÊNDICE II - RESUMO DOS ENCONTROS, FORMAÇÕES E SEMINÁRIOS | |
| APÊNDICE III - INCIDENTE CRÍTICO | |
| APÊNDICE IV - PLANO DE SESSÃO | |
| ANEXOS | |
| ANEXO I - V SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM | |
| ANEXO II - 2º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA | |

ANEXO III - ENCONTRO DE BENCHMARKING DO COLÉGIO DA
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Teorias das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio Alcance (Fonte: Meleis, 2010)

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, integrado no 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O mesmo tem como objetivo abordar o enquadramento teórico da temática da *Scoping Review* desenvolvida no âmbito do Mestrado e descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, o percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências no contexto de Serviço de Medicina Intensiva (SMI) segundo as competências comuns e específicas consagradas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) relativas ao título de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (OE, 2018c, 2019a).

A evolução da enfermagem como ciência e o desenvolvimento da área de investigação, permitiu que os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades. A enfermagem enquanto profissão tem evoluído de forma a responder às progressivas necessidades de cuidados que cada vez são mais complexos exigindo cada vez mais conhecimentos (OE, 2022).

Segundo a OE (2017c), o enfermeiro especialista:

É o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (p.1)

Sendo assim, o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem mobilizar na sua prática de forma a ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2018c).

Com a exigência dos dias que correm, é importante o enfermeiro garantir a qualidade dos cuidados, com uma *praxis* baseada na evidência científica. Baseado nestes pressupostos, foi uma necessidade minha, complementar com a minha formação inicial académica e ingressar neste curso, dirigido à pessoa em situação crítica (PSC).

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2011b, p.8656). Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018c).

A “Comunicação de más notícias: um cuidado de enfermagem especializado” titula e conduz o presente Relatório de Estágio, uma vez que identifica a preferência e experiência profissional.

Deste modo, para melhor compreensão, foi delineado a seguinte estrutura que se divide em três capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico relativamente à *Scoping Review* desenvolvida em parceria com a enfermeira ID, mestranda do mesmo curso, onde investigámos o tema “As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias”, tendo como finalidade mapear a evidência científica sobre esta temática. É apresentado o enquadramento teórico relativamente às temáticas comunicação, informação em saúde e más notícias.

No segundo capítulo é apresentado um enquadramento do local de estágio e a reflexão sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes no cuidado à PSC, que decorreu ao longo de 360h num SMI. Neste capítulo são descritas as experiências, estratégias e as atividades desenvolvidas na prática clínica baseadas na evidência.

No terceiro capítulo são abordadas as competências de Mestre, fazendo referência ao seu enquadramento e reflexão da aquisição e desenvolvimento das mesmas durante este percurso.

Por último, é apresentada a conclusão, onde reflete sobre o atingir dos objetivos e a análise transversal do relatório.

Em apêndice encontram-se os objetivos e cronograma de estágio, o resumo dos encontros, formações e seminário, um incidente crítico realizado durante a prática clínica e o plano de sessão da formação sobre a *scoping review*.

Em anexo encontra-se os certificados do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, do 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgico e do Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O atual documento foi redigido de acordo com o Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” disponibilizado pela UCP. As referências bibliográficas utilizadas estão redigidas segundo a norma *American Psychological Association 7th Edition* (APA 7th).

1. AS DIFICULDADES QUE OS ENFERMEIROS SENTEM NA COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS: *SCOPING REVIEW*

Para a obtenção do grau de Mestre, segundo o documento disponibilizado pela UCP, no âmbito dos objetivos e competências a desenvolver no curso, tem de se possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, incluindo o domínio da investigação, comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e investigação e participar e promover a investigação. Neste sentido, foi desenvolvida a *scoping review*, em parceria com a enfermeira ID que frequenta o mesmo curso, com a temática “Quais as dificuldades que os enfermeiros sentem na comunicação de más notícias?”.

Este tema foi abordado nos dois contextos de estágio realizados neste curso, pelo que é uma temática central neste trabalho, sendo assim será apresentado um enquadramento teórico. Será abordada de forma mais pormenorizada os conceitos centrais deste trabalho como a comunicação, informação em saúde e más notícias.

1.1 COMUNICAÇÃO

A comunicação faz parte do ser humano. É uma atividade humana básica, “é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afetos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos.” (Nunes, 2020, p.108-109).

A comunicação constitui um longo percurso, processo de aprendizagem e aquisição de competências para o enfermeiro. O enfermeiro está presente em todo o ciclo de vida, desde o nascimento à morte, e é neste percurso que os enfermeiros vão elaborando formas de estabelecer a comunicação. A comunicação é um veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica e é um meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo crítica para o sucesso das intervenções de enfermagem. Envolve um processo recíproco entre o emissor e recetor, podendo ser uma comunicação verbal (palavras, inflexões de voz e ritmo do discurso) e não-verbal (expressão do olhar e facial e linguagem corporal). Na interação entre duas pessoas, ambos desempenham o papel de emissor e recetor, alterando-os, ou seja, o enfermeiro na relação com a pessoa a quem presta cuidados, atuará como emissor e recetor. São várias

as variáveis que afetam como a mensagem é transmitida e recebida, como por exemplo, fatores ambientais, aparência física e vestuário, fatores intrapessoais de entre outros. Estes fatores podem ser facilitadores da comunicação ou atuam como barreira à comunicação. O enfermeiro à medida que aperfeiçoa as suas competências de comunicação e confiança, evolui de novato para perito (Riley, 2004).

O ato de comunicar, exige de qualquer profissional de saúde uma aprendizagem e treino constante, determinado e abrangente que dê resposta às necessidades efetivas daqueles a quem os nossos cuidados são dirigidos (Rebelo, 2009).

Ribeiro (2013) refere que tornar a comunicação uma área de investimento pessoal e de formação para os enfermeiros deverá ser uma prioridade.

Sendo que uma comunicação assertiva tem de fazer parte das intervenções da enfermagem e ser uma competência a ser desenvolvida e investigada, cabe ao enfermeiro especialista compreender a importância desta temática e desenvolver conhecimento relativamente à mesma.

A comunicação assertiva exige aprendizagem contínua, requerendo tempo e prática. Consiste na capacidade de exprimir pensamentos, ideias e sentimentos sem ansiedade e transparecendo confiança (Riley, 2004).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, prestar informações adequadas à pessoa a quem prestamos cuidados e à família além de ser um direito, ajuda os mesmos a gerirem os próprios cuidados e permitem que sejam incluídos no plano de cuidados, garantindo assim a sua segurança (WHO, 2021). Tendo por base isto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 definiu como uns dos pilares, “Comunicação”, em que o objetivo estratégico 3.3 refere que os profissionais de saúde têm de adequar a comunicação da informação clínica à pessoa a quem prestamos cuidados, família e cuidador.

Referente ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (1998), o enfermeiro é:

O profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. (p.2960)

O enfermeiro, como profissional de saúde, além de à luz das diretrizes emanadas por estas organizações, tem a OE, que publica documentos que são norteadores da

profissão e com diretrizes relativamente ao âmbito de comunicação de informação em saúde.

1.2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Qualquer enfermeiro deve ter a premissa norteadora que a pessoa a quem presta cuidados tem o direito de saber qual o seu estado de saúde, respeitando as suas opções, crenças e a sua capacidade de compreensão e de apropriação. Cabe à pessoa decidir o que quer saber, como e quando quer saber e a quem podemos partilhar a informação caso não queira saber.

No Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), artigo n.º 105, verifica-se que o profissional de enfermagem tem o dever de informar a pessoa a quem presta cuidados e familiares no que respeita aos cuidados de enfermagem prestados, responder e explicitar com responsabilidade todas as dúvidas relacionadas com cuidados de enfermagem e fazer referência aos recursos de saúde disponíveis e o acesso aos mesmos.

No âmbito legal, a informação é um direito, e está consagrado pelo Diário da República Lei n.º 15/2014, no artigo 7º, que pode-se constatar que a pessoa a quem presta cuidados tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma acessível, objetiva, completa e inteligível. Na Constituição da República Portuguesa, no artigo 37, n.º1, pode verificar-se que todos têm direito a ser informados sem impedimentos nem discriminações.

Na Lei de Bases da Saúde (2019), base 2, alínea e, a pessoa tem o direito a ser “informada de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” (p.56).

Durante os últimos anos a comunicação em saúde passou a ser objeto de investigação e parte fulcral das competências dos enfermeiros sendo considerada uma função fundamental no cuidar da PSC e da sua família. Referente às competências de enfermeiro especialista da PSC, o enfermeiro especialista tem como competência específica cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Isto implica gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2018c).

Sendo assim, é notório que o enfermeiro está presente no processo comunicação de informações de saúde. Nos termos da Lei sobre Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde (2005), informação de saúde é todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

Segundo Nunes (2016), a realização do ato de informar e consentir não é isolado, acompanha toda a relação estabelecida pelo enfermeiro-pessoa a quem presta cuidados. A informação é estruturante das decisões que as pessoas tomam, sendo assim, precisa de ser clara, objetiva e verdadeira, respeitando sempre o princípio da autonomia da pessoa.

Segundo o mesmo autor, a procura da informação é tida como um fator relevante no que diz respeito à forma como as pessoas lidam com o impacto de uma doença, favorecendo uma participação nas tomadas de decisão, contribuindo para a aquisição de (algum) controle sobre a situação (Nunes, 2020).

Com a evolução da tecnologia e dos sistemas de saúde, os enfermeiros são confrontados com informações de saúde da área de competência de enfermagem relativamente à pessoa que cuidam e sua família, pelo que são necessários os mesmos comunicarem e gerirem a estas informações.

Esta temática tem sido cada vez mais debatida no âmbito da saúde, uma vez que o paradigma da relação enfermeiro-pessoa a quem presta cuidados, tem vindo a evoluir e é reconhecido que é preciso desenvolver competências na relação entre ambos e no âmbito da comunicação de informação em saúde, mais especificamente no âmbito de comunicação de más notícias que são as que mais têm impacto no enfermeiro, pessoa e familiares.

1.3 MÁS NOTÍCIAS

As más notícias em saúde têm sido descritas como qualquer informação que produza uma alteração negativa nas expectativas de uma pessoa sobre seu presente e futuro (Buckman, 1984).

Nunes (2020), no âmbito desta temática refere que a má notícia é considerada o diagnóstico de uma doença sem cura, incapacitante, degenerativa, a morte de um familiar ou de uma pessoa significativa, mas que vários exemplos podem ser considerados uma má notícia, sendo que só a pessoa que recebe a má notícia pode ajuizar sobre isso. A má notícia é comunicada em várias áreas de prestação de cuidados, pois o paradigma da relação entre o profissional de saúde e a pessoa a quem prestamos cuidados tem vindo a

mudar e é reconhecido que é necessário desenvolver competências na relação e na informação. A comunicação de más notícias pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde, relacionado com o que dizer, como, quando, onde e com quem, daí ser de extrema importância desenvolver competências de deliberação ética e de informação e comunicação.

Segundo Basterra et al (2007) a má notícia pode englobar um diagnóstico severo, por exemplo doença crónica, uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia pode ser associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa. Como se pode constatar, comunicar uma má notícia tem um impacto emocional quer na pessoa que recebe, quer na pessoa que transmite.

Comunicar uma má notícia é um processo complexo e que exige do enfermeiro uma profunda empatia, sensibilidade e conhecimentos que os ajudem a corresponder da melhor forma às necessidades da pessoa a quem prestamos cuidados e a sua família.

Relativamente às dificuldades na comunicação de más notícias, são definidas como lutas vivenciadas durante a troca de informações, sentimentos e preocupações, podendo causar *burnout* nos profissionais de saúde (Emold et al., 2011).

Os enfermeiros são um dos profissionais de saúde que passam mais tempo com a pessoa em situação de doença, deste modo é importante identificar as suas dificuldades na comunicação de más notícias.

Segundo a investigação de Cunha (2018), foram enumerados um conjunto de sentimentos experienciados pelos enfermeiros durante a comunicação de uma má notícia, sendo eles a tristeza, a angústia, o alívio, a ansiedade, o medo, a insegurança, a frustração, a satisfação e a paz.

Pereira (2008), refere que transmitir más notícias é um dos momentos mais perturbadores no desempenho do profissional no que diz respeito às relações interpessoais, o que pode levar ao afastamento do enfermeiro destas situações.

De qualquer forma, o enfermeiro assume um papel privilegiado dado que é com ele, muitas vezes, que a pessoa a quem prestamos cuidados manifesta as suas dúvidas e as suas inquietações. Assim sendo, facilmente se determina que a vertente comunicacional é para o enfermeiro uma excelente oportunidade para a prestação de cuidados de qualidade (Magalhães, 2009).

Segundo Buckman (1992), refere que nenhum profissional de saúde gosta de transmitir más notícias. O próprio profissional de saúde tem medo de causar dor à pessoa

a quem está a transmitir a má notícia, o medo culparem o mensageiro (profissional de saúde) pela notícia, medo de a transmitir de forma incorreta, medo de incitar uma reação negativa na pessoa, medo de dizer “eu não sei”, medo de exprimir emoções e entre outros.

Na esfera da transmissão de más notícias o enfermeiro tem de ter em consideração o Modelo de Kubler-Ross, as 5 fases do luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação (Charles, 2020). Desta forma poderá planear, gerir e dirigir a sua comunicação conforme a fase em que a pessoa que vai receber a má notícia está.

Sendo assim, considerando que o processo de comunicação de uma má notícia pelo enfermeiro continua a ser um tema atual e pertinente, foi realizada uma *Scoping Review*, pois tem como objetivo fornecer um panorama amplo de evidências científicas já que são utilizadas para mapear conceitos-chave, definições, fatores relacionados, fazer o delineamento do perfil de evidências de uma área temática e identificar lacunas de conhecimento.

A realização desta *Scoping* possibilitou desenvolver competências nos locais de estágio pois permitiu uma maior consciencialização da temática e partilhar conhecimento com os enfermeiros de forma a aplicar na prática. De seguida serão abordadas as competências comuns e específicas consagradas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) relativas ao título de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgico (OE, 2018c, 2019a).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA – REFLEXÃO CRÍTICA

“A teoria é importante tanto para a enfermagem enquanto disciplina (um ramo do ensino), como enquanto profissão (um campo prático especializado)”.

(Tomey & Alligood, 2002, p.1)

A teoria de enfermagem é um tema dominante aprofundado nos últimos anos que confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenômenos. Esta orienta o pensamento crítico, a tomada de decisão na prática profissional e a autonomia profissional. (Tomey & Alligood, 2002).

Baseado nestes pressupostos, durante a prática clínica foram mobilizadas várias teorias e modelos de enfermagem que nortearam as ações de enfermagem. Para este relatório e durante a prática clínica foi aplicado de forma mais aprofundada a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010).

2.1. AFAF MELEIS: TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Afaf Meleis, realizou vários estudos e publicou vários artigos, acabando por definir Transição como um conceito para a enfermagem. Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self (Meleis, 2010). Transição é iniciada por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes (Meleis, 2010). A experiência começa quando um evento ou mudança é antecipada. Os enfermeiros fazem parte destas transições relativamente à saúde, bem-estar e a habilidade das pessoas cuidarem de si. Além disso, os enfermeiros ainda lidam com o ambiente envolvente da pessoa que cuidam, como a família. Os resultados dos estudos foram compilados num artigo internacional e contribuíram para a construção de um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance (Figura 1).

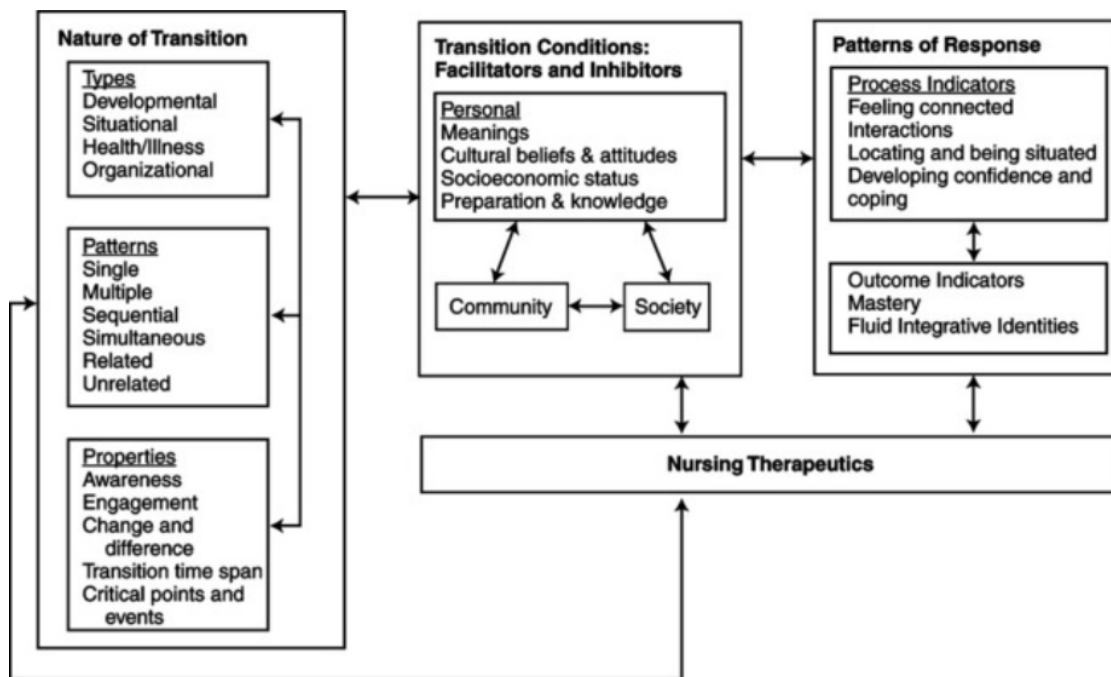


Figura 1: Teorias das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio Alcance (Fonte: Meleis, 2010)

Alterações no processo de saúde-doença da pessoa, cria um processo de transição, que por sua vez tende a ficar mais vulnerável a riscos que pode afetar a sua saúde. Os enfermeiros são os principais cuidadores da pessoa e família que está no processo de transição e que o pode facilitar. Neste sentido, é necessário compreender a complexidade que envolve esta transição (Meleis, 2010)

A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e intervenções terapêuticas de enfermagem. Esta teoria de médio alcance aborda fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática. Para a descrição da teoria foi utilizado neste relatório o artigo científico “*Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*” que consta no livro *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice (2010)*.

As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo.

No que diz respeito à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital); situacional (relacionadas com acontecimentos que implicam alterações de papéis); saúde/doença (quando ocorre mudança no processo de saúde para doença); organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intra-organizacional).

Relativamente aos diferentes padrões, podem ser: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas.

A natureza das transições possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, compromisso, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos. A consciencialização está relacionada com o reconhecimento de uma experiência de transição, conhecimento e percepção. O compromisso é definido como o grau de envolvimento da pessoa no processo de transição. Neste sentido, o nível de consciencialização influencia o nível de compromisso. O indivíduo só pode envolver-se depois consciencializar-se das mudanças emocionais, sociais, físicas ou ambientais. A mudança e diferença consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes, como por exemplo, sentir-se diferente, perceber-se como diferente ou ver o mundo e os outros de maneira diferente. As transições são também caracterizadas pelo espaço temporal, ou seja, pelo fluxo e movimento ao longo do tempo. Essa propriedade estende-se desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e stress até um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade. Os eventos ou pontos críticos estão associados com a maior consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição.

Para compreender as experiências vivenciadas das pessoas durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, que podem facilitar ou dificultar o processo para que alcance uma transição saudável. Quanto aos condicionantes pessoais tem-se: os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais; o status socioeconômico mais baixo está mais vulnerável a sintomas psicológicos e fatos que dificultam a transição; a preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, ao invés a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor. Ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável. As condições da comunidade e da sociedade, podem também

dificultar ou facilitar a transição (a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos).

Os indicadores de processo são importantes pois permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos. Os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; localização/estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios; e desenvolver confiança e *coping*, (nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação).

Os indicadores de resultado referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica).

As intervenções terapêuticas de enfermagem são a ação interventiva continuada dos enfermeiros no decorrer do processo de transição, que interligam todos os fatores mencionados. Os enfermeiros devem promover o cuidado transicional, valorizar o indivíduo e ter capacidade/habilidade para desenvolver novas competências para cumprir a transição com sucesso. Cabe aos enfermeiros conhecer o crescimento e o desenvolvimento da pessoa e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, tendo consciência das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade.

Tendo por base a Teoria de Afaf Meleis, o próximo capítulo irá apresentar e analisar o percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências realizado ao longo do estágio em contexto do SMI. Esta Teoria serviu de alicerce durante o meu percurso formativo.

2.2. PRÁTICA CLÍNICA: SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A UCI é uma estrutura hospitalar complexa com sistemas de monitorização contínua, que admite pessoas potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivo tenham possibilidade de recuperar (Pinho, 2020). Segundo o mesmo autor, é um contexto rico em natureza de

aprendizagem, perante toda a complexidade de doentes e diversidade de situações que daí surgem, o que faz com que seja um local vantajoso para se desenvolver inúmeras competências.

Este estágio foi realizado com uma carga horária de 327,5h num contexto de um SMI, no qual é composto por uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) com capacidade de 10 camas (duas camas em quartos de isolamento com antecâmaras); uma Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE, com capacidade de seis camas (duas camas em quartos de isolamento); uma Unidade de Cuidados Intensivos nível II (UCI II), construída recentemente, com capacidade de 15 camas (duas camas em quartos para isolamentos com antecâmara e controlo da pressão atmosférica) e uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) que é constituída por um elemento da equipa de enfermagem e um médico intensivista do SMI. Ainda faz parte deste serviço, uma consulta do doente crítico, a qual pertence uma equipa multidisciplinar: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionista. Como serviços de ligação têm o serviço do bloco operatório, o grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), o SU e o grupo de feridas complexas.

A equipa deste serviço é constituída por uma enfermeira chefe, três enfermeiros responsáveis e o resto da equipa de enfermeiros divididos em 5 equipas, sendo que cada equipa tem um chefe de equipa atribuído. É também constituída por auxiliares de ação médica, administrativos, médicos intensivistas, nutricionistas e fisioterapeutas. A equipa de enfermagem fica distribuída consoante a distribuição da enfermeira chefe em todas as unidades, tendo em conta a formação e qualificação de cada elemento.

Em relação aos rácios, é no máximo, um enfermeiro para duas pessoas a que presta cuidados, independentemente da unidade a que esteja atribuído. Se for analisado o documento escrito pela OE “Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (2019)”, constata-se que os rácios não estão de acordo com a norma pela falta de recursos humanos disponíveis. Devido a isto, durante o estágio, por indicação da enfermeira chefe, algumas camas foram inutilizadas devido ao rácio inadequado. Considerando que “a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização” (OE, 2019b, p.1), apesar de não se cumprir os rácios adequados, esta medida garantiu uma maior segurança dos cuidados de enfermagem. Das 31 camas, apenas estavam

disponíveis 22 camas. Constatei que na UCI II, maioritariamente estavam pessoas internadas com necessidade de cuidados de nível III, o que dificulta a distribuição da equipa de enfermagem e o papel de gestão. Esta análise foi um contributo para a minha formação, no aspeto em que é visível a importância dos rácios e do papel da gestão como pratica de enfermagem no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados e a segurança das pessoas a quem prestamos cuidados.

De seguida irei descrever e analisar o meu percurso de aquisição de desenvolvimento de competências no contexto do SMI. Neste sentido, no início do estágio apresentei o meu projeto formativo na Universidade com os objetivos (geral e específicos) e o cronograma associado. Estabeleci como objetivo geral de estágio “Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em estado crítico e sua família”. Para a concretização deste objetivo foi formulado três objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do SMI;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em estado crítico e sua família em contexto de Serviço de Medicina Intensiva;
- Desenvolver competências relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família.

No Apêndice I são apresentados os objetivos específicos com os indicadores de processo, resultado, recursos necessários e cronograma para cada objetivo.

De forma a ficar mais compreensível a leitura, irei abordar a minha aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências de acordo com as competências mencionadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2018c,2019a) interligando como os objetivos específicos estabelecidos no projeto de estágio.

O estágio decorreu em turnos de 12h, e para que fosse possível conciliar com os horários do meu local de trabalho, fui orientada por duas enfermeiras especialistas que realizaram turnos em todas as unidades pertencentes ao SMI.

Uma das orientadoras tem o cargo de enfermeira chefe de uma equipa, com um curso de pós-graduação em supervisão clínica em enfermagem, ocupando então um cargo

de gestão e supervisão. A mesma tem como responsabilidade a distribuição dos enfermeiros, responsável pela transmissão e receção da informação do turno atualizada, responsável pela gestão do material e estupefacientes e assegurar a gestão segura dos cuidados. O Enfermeiro supervisor clínico, é “responsável pelo processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica” (OE, 2018a, p. 16657). Supervisão Clínica (OE, 2018a) é um processo:

Dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados (p.16657).

Tendo a minha enfermeira orientadora adquirido e desenvolvido estas competências, permitiu o meu processo de aprendizagem e facilitou a minha aquisição de conhecimentos incentivando um pensamento organizado e estruturado, utilizando como estratégias a observação, colaboração, feedback e análise crítico-reflexiva das práticas. No papel de gestão pude colaborar com a minha orientadora na verificação do material do “carrinho” de emergência e a sua validade, organizar a folha de passagem de turno e verificar e sinalizar materiais que estavam com erros ou danificados, como por exemplo ventiladores, possibilitando-se uma prestação de cuidados segura.

Neste percurso formativo, tive a oportunidade de observar alguns estilos de liderança dos chefes de equipa, sendo o mais predominante segundo a minha observação enquanto estudante, a liderança transformacional. Este estilo de liderança segundo as autoras Broome e Marshall (2021), é um processo em que o líder influencia os outros através da mudança de compreensão dos outros sobre o que é importante. Estes líderes inspiram os outros a conquistar resultados excelentes, são considerados modelos de confiança, e a sua liderança é baseada em partilhar valores. Este modelo permite criar oportunidades de aprendizagem e demonstra a aceitação das diferenças de cada indivíduo (Broome e Marshall, 2021). No entanto, é importante compreender a necessidade de outros estilos de liderança em certas situações. Num turno da noite, houve necessidade de utilizar vagas de camas que estavam inutilizadas devido aos rácios dos enfermeiros e de redistribuir a equipa, por um alto fluxo de pessoas nas urgências com necessidade de

internamento. A liderança dirigente foi necessária e eficaz pela exceção que estava a ocorrer.

Relativamente à outra enfermeira orientadora, faz parte da equipa de EEMI e implementou o projeto da consulta de doente crítico. O *European Resuscitation Council* preconiza a implementação de sistemas de emergência para a identificação precoce da PSC e, assim, prevenir situações agudas que rapidamente evoluem para paragem cardio-respiratória (Soar et.al., 2021). Sendo assim, é injuntivo a necessidade da implementação de EEMI, de forma a que haja uma intervenção rápida e o mais precoce possível. A evidência científica disponível neste âmbito, demonstra que situações em que houve uma rápida e eficiente resposta da EEMI, permitiu uma intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após o contacto da emergência, aumentando as taxas de sobrevivência (Despacho n.º 9639/2018). Na Nota Informativa n.º 2/2017 da OE, citada no Parecer nº9/2017 da OE, são referidos objetivos da EEMI: a redução da mortalidade intrahospitalar, a redução do tempo de internamento e a redução dos efeitos decorrentes da paragem cardio-respiratória. Consideram ainda que promovem a formação na área da PSC e garantem uma equipa organizada para situações de emergência. Não tive a oportunidade de assistir a uma saída da equipa de EEMI, no entanto com a enfermeira orientadora verificava o carro com o material e o desfibrilhador. Nestes momentos refletíamos sobre protocolos do Suporte Avançado de Vida (SAV) e medicação de emergência, de modo a mobilizar conhecimentos sobre esta temática.

No que concerne à consulta do doente crítico, é uma consulta de *follow-up* constituída por uma equipa multidisciplinar. A mesma tem como objetivo o acompanhamento da pessoa que esteve internada na UCI, em consultas presenciais e telefónicas conforme necessidade, compreender quais as suas necessidades atuais, qual foi o impacto a nível físico e emocional e quais as lembranças do internamento na pessoa e o seu impacto no dia-a-dia. Durante a consulta de enfermagem foram aplicadas escalas, como a Escala de Barthel e outros instrumentos mais dirigidos à área da cognição e psicologia, **mais concretamente** compreender o estado emocional e cognitivo atual da pessoa e comparar entre consultas. É também realizada a descrição física segundo as necessidades humanas fundamentais da Teórica Virgínia Henderson. Tive oportunidade de assistir e colaborar em alguns momentos, e foi uma experiência única. Observei e participei na consulta duas pessoas que ficaram profundamente com as vidas alteradas devido ao impacto que o internamento prolongado na UCI e compreendi o impacto que teve nas suas vidas a nível físico, mas principalmente a nível emocional. Descreveram

profunda tristeza, apatia, alteração no padrão do sono com pesadelos e sem vontade de realizar as tarefas do seu dia-a-dia. Referiram ainda lembrarem-se dos sons, dos profissionais que os marcaram e um sentimento de fragilidade e vulnerabilidade. Refletindo e analisando esta situação, constata-se que não existiu um processo de transição eficaz. Apenas analisando ao pormenor conseguiu-se compreender em qual ou quais fatores que foram inibidores para um processo de transição eficaz (tendo em conta a natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e intervenções terapêuticas de enfermagem). No entanto, as intervenções de terapêuticas de enfermagem, que depreendem que o enfermeiro deve compreender e facilitar o processo de transição não foi eficaz nestas duas pessoas. Isto reflete claramente a importância do conhecimento da Teoria e da sua aplicação na prática. Desta forma, o enfermeiro adquire e constrói uma visão ampla sobre o processo de transição e principalmente compreende o impacto que pode ter se a mesma não for bem-sucedida.

Os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados, por este motivo, é importante para os profissionais de saúde saber o que as pessoas internadas neste contexto realmente vivenciam e experienciam (Castro et al., 2011). Neste estudo de revisão sistemática (Castro et al., 2011) pode-se verificar que na maioria as vivências experienciadas pela pessoa internada em contexto de UCI são de cariz negativo, embora sejam referenciadas algumas positivas. As negativas são relacionadas com a morte, distúrbios cognitivos e de desconforto devido à presença de dispositivos invasivos, restrições que afetam o movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, dificuldade em dormir, dor, ansiedade e medo. As outras estão associadas com a segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros e a com a confiança transmitida pelos profissionais no domínio das suas competências. Sem dúvida que esta experiência permitiu um novo olhar e um despertar do impacto que este contexto tem na vida destas pessoas, reconhecendo que existiu um momento de transição (teoria da transição de Afaf Meleis) e principalmente reconhecer o papel que enquanto enfermeira especialista pode fazer a diferença. Através da criação deste projeto, criado por uma enfermeira especialista, além do acompanhamento, pode produzir-se investigação com os dados recolhidos nas consultas e intervir na prática, produzindo uma prática baseada na evidência.

Iniciei os primeiros turnos com o objetivo de atingir o primeiro objetivo específico “conhecer a dinâmica organizacional e funcional do SMI” já que nunca no meu percurso

académico, tinha estagiado em UCI. Para a concretização deste objetivo, procurei conhecer o espaço físico das várias unidades, a localização dos materiais, conhecer a equipa multidisciplinar, conhecer as medicações mais usuais e os seus protocolos terapêuticos, aceder aos protocolos/normas do serviço e hospital e principalmente compreender as competências especializadas que o enfermeiro que trabalha numa UCI possui.

Segundo o Parecer nº 15/2018 da OE (2018b), os cuidados de enfermagem à PSC são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.2). Sendo assim, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas a quem prestam cuidados e suas famílias, com o objetivo de deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que necessitam de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (OE, 2018c).

Ao iniciar este percurso, num ambiente desconhecido, surgiu um sentimento de desafio pessoal e profissional, mas ao mesmo tempo de insegurança e medos inerentes ao papel de iniciada. Segundo Benner (2001), quando um enfermeiro se encontra num ambiente desconhecido ou diferente do seu contexto da prática profissional, vai naturalmente classificar-se e sentir-se num nível de competência de iniciado, independentemente de ser considerado enfermeiro avançado ou perito noutro contexto.

Passando este tempo de adaptação, até ao fim do estágio cumpri o objetivo “Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em estado crítico e sua família em contexto de Serviço de Medicina Intensiva” através da aquisição de competências segundo os regulamentos das competências da OE (2018c, 2019a). Desta forma, para descrever como adquiri e desenvolvi este objetivo, darei exemplos e descreverei atividades que realizei ao longo da prática clínica para cada domínio de competência de cada Regulamento acima mencionados com justificação teórica.

Iniciando pelas competências comuns de especialista, no que diz respeito ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, foi necessário desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios

éticos, a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Para que estas competências fossem alcançadas, no início como estratégia li os documentos inerentes ao tema, como Código Deontológico, o REPE, Lei da Constituição Portuguesa mais concretamente artigo 64º, Lei de Informação, Lei do consentimento, Lei de Bases da Saúde e Lei sobre o acompanhamento. Tendo por base o conhecimento, orientei a minha tomada de decisão, com supervisão e orientação das orientadoras, e transpus nos meus cuidados.

No que diz respeito ao processo de tomada de decisão em enfermagem, no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da OE (2011), está descrito que:

A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e com unidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (pp.5-6).

Relatando uma situação vivenciada, prestei cuidados a uma PSC jovem, que foi submetida a uma intervenção cirúrgica por uma neoplasia, tendo ficado ileostomizada e com drenos a nível abdominal. Fiz a minha primeira abordagem apresentando-me, de seguida iniciei a minha avaliação segundo o algoritmo ABCDE e formulei os diagnósticos de enfermagem. O algoritmo ABCDE é reconhecido internacionalmente, e permite organizar o pensamento, criando desta forma prioridades de intervenção, identificando, corrigindo e estabilizando situações que colocam a pessoa em risco imediato de vida. O enfermeiro, no contato inicial, depara uma variedade de estímulos sensoriais/evidências que podem ir desde o fâcies da pessoa, a cor da pele, a postura no leito, as características e quantidade das drenagens, o traçado do eletrocardiograma, as características da respiração, os valores da pressão intracraniana, entre outros. Perante isto, o enfermeiro tem uma atenção seletiva das evidências, que resulta da interpretação destas, e que só acontece se o enfermeiro tiver na sua posse o conhecimento que lhe permita descodificá-las e atribuir-lhes algum significado (Silva, 2011). Durante este processo de avaliação, a comunicação verbal e o toque foram as estratégias mais utilizadas, respeitando sempre a

sua dignidade, privacidade física e as informações que partilhava comigo. Durante as intervenções, obtive sempre o consentimento livre e esclarecido em qualquer intervenção e incluí a pessoa no planeamento e gestão do plano de cuidados. Posto isto, observei a região abdominal e verifiquei que era necessário mudar os sacos dos drenos e saco da ileostomia por não se encontrarem íntegros. Era a primeira vez que a senhora teria de lidar com a alteração corporal dela, o que a deixou ansiosa. Após conversarmos, assegurei o respeito da sua escolha, estabeleci as prioridades, tomei a decisão baseada no conhecimento e experiência no momento, e prestei os cuidados necessários de modo que a mesma não visualizasse o estoma e os drenos. Antes desta intervenção, fui procurar o material necessário, no entanto, o que seria adequado para aquela pessoa e para aquela situação não estava disponível, pelo que mudei de estratégia devido aos fatores institucionais, e apliquei outros materiais. No fim, a mesma referiu estar menos ansiosa com a situação. Ao mesmo tempo, tentei compreender que tipo de informação de enfermagem queria e se principalmente estaria ou não preparada para a receber. Nesta interação, foi estabelecida uma relação de ajuda. A relação de ajuda está associada aos cuidados de enfermagem, ultrapassando as técnicas utilizadas na prestação de cuidados e todos os conhecimentos teóricos aprendidos nos bancos da escola. Esta relação interativa pretende capacitar as pessoas para o crescimento pessoal e para a descoberta de recursos que a pessoa desconhece possuir (Rocha, 2008).

Com esta situação pude mobilizar várias competências no âmbito ético, tendo como alicerce os valores universais do código deontológico (Assembleia da República, 2015) e a defesa dos Direitos Humanos, respeitando o direito ao acesso da informação. Neste processo também assegurei toda a informação escrita e oral adquirida enquanto estudante, não tendo qualquer informação sobre a pessoa a que prestei cuidados ou família, tendo sempre em atenção onde estava guardada a informação e deixar os documentos dentro das pastas para não ser visível os dados pessoais.

Referente ao respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas das pessoas, vivenciei uma situação em que uma senhora tinha acabado de ser internada na UCI, e a família pediu apoio religioso. Realizei em colaboração com a minha orientadora, a nossa avaliação e planeamento dos cuidados, e proporcionámos com privacidade, segurança e conforto a presença do Padre à senhora, o que naquele momento foi o que bastou para a mesma diminuir a sua ansiedade causada com a entrada na UCI. Para a WHO a espiritualidade é um fator que não deve ser desprezado, juntamente com as dimensões corporais, psíquicas e sociais, o bem-estar espiritual tem sido considerado

como mais uma dimensão do estado de saúde e integrado no conceito de saúde (Fleck, et al., 2003). Com isto, foi permitido o envolvimento da família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais da PSC, permitindo a presença do padre e tentando integrar no plano de cuidados essas necessidades.

Ainda no âmbito deste domínio de competências, relativamente aos incidentes de prática insegura, tive acesso à ferramenta NOTIFICA, que serve para notificar incidentes que possam ocorrer de forma a garantir uma cultura de segurança dentro da instituição. Compreendi a importância do recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa para uma cultura de segurança, de modo que haja uma mudança positiva, contribuindo para uma segurança dos cuidados. Deste modo, a WHO citada por Direção Geral da Saúde (DGS) (2018) define cultura de segurança como sendo “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” (p.3).

Por fim, cabe ao enfermeiro especialista continuar a investir na formação para melhores cuidados, manter a atualização contínua dos conhecimentos, utilizar de forma competente as tecnologias disponíveis, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Durante o estágio tive a oportunidade de investir na minha formação em várias áreas, participando em formações no SMI e no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, realizado pela Universidade Católica Portuguesa, do qual apresentei em conjunto com uma colega de Mestrado e a Professora Doutora Lurdes Mendes um Póster com o tema da *Scoping Review*, participei no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e num Workshop de Terapias de depuração sanguínea e renal em contexto agudo e por fim no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica organizado pela Ordem dos Enfermeiros. Os certificados de participação e o respetivo programa encontram-se nos Anexos I, II, III e o resumo de cada um deles está presente no Apêndice II.

De uma forma geral, estes encontros e formações permitiram-me adquirir e consolidar várias competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tais como: Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; Mobilizar conhecimentos e

habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; Basear a minha praxis clínica especializada em evidência científica; Cuidar da pessoa família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência; Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos. Estas competências estão explanadas no Apêndice II. Neste sentido, foi uma mais-valia na minha aprendizagem enquanto estudante do mestrado e especialidade.

No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade foi imprescindível mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, desenvolver práticas de qualidade e garantir um ambiente terapêutico e seguro. Neste sentido ao longo do estágio foi necessário mobilizar conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade, mais concretamente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Médico-Cirúrgica (PQCEEMC).

A OE (2017b), no que diz respeito aos PQCEEMC, na área da especialidade, refere que os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à PSC são “reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica” (p.11). Sendo assim adaptaram vários padrões tais como, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Cabe ao enfermeiro especialista assimilar os pressupostos e transpor para a sua prática, permitindo um cuidado especializado e seguro.

No que concerne à satisfação do cliente, o enfermeiro especialista tem o papel de minimizar o impacto negativo na PSC, provocado pelas mudanças de ambiente (tendo em consideração a Teoria de Afaf Meleis) e preparar a família. No meu contexto, antes da família entrar para ver o seu familiar, conversei com os mesmos, preparei o familiar para o que poderia ver e o que significava e tentei gerir as informações que pretendiam obter. A utilização de comunicação verbal e não verbal (utilizando a empatia e um tom de voz calmo e pausado como técnicas facilitadoras da comunicação) foi uma competência importante que desenvolvi ao longo do estágio que permitiu minimizar o impacto negativo que uma UCI tem na pessoa e sua família.

A promoção da saúde neste contexto é um alicerce que vai permitir o desenvolvimento cognitivo e físico da pessoa e sua família após uma situação crítica. Tive a oportunidade de realizar ensinamentos à PSC, de forma a promover o potencial de saúde

capacitando-a, como por exemplo: incentivar a pessoa na colaboração da alternância de decúbitos, ou explicar os passos para a realização do levante/transferência, de modo que a pessoa pudesse ajudar e reduzir assim a ansiedade inerente a esta intervenção. Outro exemplo foi a promoção da saúde relativamente ao desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal numa pessoa que tinha sido traqueostomizada (apêndice III). Deste modo, permiti o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e permiti ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa para que o mesmo fizesse a gestão do processo complexo que decorreu de uma situação crítica.

A prevenção de complicações foi desenvolvida aplicando o conhecimento teórico adquirido nas várias áreas da profissão, como por exemplo, a gerir com supervisão das orientadoras, protocolos terapêuticos complexos (como por exemplo o protocolo de insulina, terapia de substituição renal e entre outros), realizar a avaliação ABCDE de forma a identificar focos de instabilidade, compreender e refletir a teoria do SAV caso fosse necessário mobilizar os conhecimentos, escrever o nível de evacuação de acordo com os critérios da PSC para gerir as transferências em caso de evacuação e referenciar para outros profissionais de saúde mais qualificados, como por exemplo um enfermeiro especialista em reabilitação, no caso de uma senhora que necessitava de reabilitação funcional. Relativamente à readaptação funcional, tive a oportunidade de planear a alta para outros serviços de internamento, colaborei com outros profissionais de saúde como os fisioterapeutas e maximizei a reabilitação da pessoa até ser transferida, incentivando os levantes, mobilizações e transferências.

Maximizei o bem-estar e o autocuidado tendo em conta a identificação e formulação dos diagnósticos de enfermagem o mais precoce possível, tive em consideração as medidas farmacológicas e não farmacológicas (massagem, humor, aplicação de calor/frio e posicionamentos) da gestão da dor e prestei cuidados às pessoas com feridas complexas cirúrgicas e não cirúrgicas. Ainda neste âmbito consultei o protocolo relativamente à gestão de situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. No sentido de maximizar o bem-estar fui ler e apliquei a teoria de Afaf Meleis, considerando que é uma situação transacional e tentei ajudar na adaptação da pessoa e família.

Na organização dos cuidados, relativamente aos registos de enfermagem, realizei em papel e no programa de forma a adaptar a metodologia da equipa. Cooperei na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro

humano, como validar os cuidados antes de os realizar com a equipa multidisciplinar ou validar a prescrição da terapêutica com a equipa médica em caso de dúvidas ou alterações.

Consultei normas necessárias para a avaliação da qualidade como por exemplo, consulta de normas e protocolos no serviço, desde protocolos da SMI (protocolo de insulina, protocolo de preparação, admissão e acolhimento do utente no SMI e protocolo de cuidados à pessoa submetida a traqueostomia em UCI e entre outros) ou até protocolos inerentes a toda instituição (Plano de segurança interno, protocolo de gestão de emergência, assim como protocolos para a medidas de prevenção e controlo da infeção).

Para a avaliação da qualidade é necessário realizar auditorias. Durante o estágio não tive oportunidade de as experienciar, no entanto, reconheço a sua importância, assim como a dos indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas para garantir a segurança da pessoa a quem prestamos cuidados.

No que concerne à qualidade dos meus cuidados, identifiquei oportunidades de melhoria e de oportunidade de desenvolver competências na área de PSC, como por exemplo o estudo sobre os cuidados de enfermagem à pessoa ventilada (invasivo/não invasivo), sobre medicação sedo-analgésica e de outros temas que necessitava de aprofundar conhecimentos teóricos. Para ultrapassar esta necessidade utilizei como estratégia o estudo autónomo em livros e artigos mais atuais e realizei um incidente crítico segundo o ciclo de Gibbs (Apêndice II) de modo a refletir a minha prática e como desenvolvi e mobilizei as competências necessárias. Neste processo identifiquei lacunas do meu conhecimento e oportunidades relevantes ao meu desenvolvimento pessoal e suportei com o estudo baseado na evidência científica mais atual. De seguida interpretei e discuti os resultados provenientes da evidência que contribuísem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem com as minhas orientadoras como por exemplo o risco de aspiração de alimentação aquando a pessoa estava com terapia de alto fluxo.

Procurei observar situações novas com a equipa multidisciplinar e ter uma observação participativa. Planeei e realizei, com orientação e supervisão, transportes intra-hospitalar da PSC, nomeadamente do bloco operatório para as unidades. Colaborei na definição de recursos materiais e humano adequados para a prestação de cuidados seguros, testei o ventilador e a bateria, verifiquei os níveis da bala de oxigénio, verifiquei a bateria do monitor e os cabos e assegurei que a unidade estava com os recursos materiais necessários para receber a pessoa.

No que diz respeito a garantir um ambiente terapêutico e seguro, assegurei a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares, com a verificação

dos 12 certos da medicação e tendo em atenção a dupla verificação com as minhas orientadoras. Além disso, assegurei a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e às pessoas a quem prestei cuidados, como por exemplo, ter um bom posicionamento na transferência e posicionamentos e ter um ambiente cuidado e organizado da unidade, medicação e ambiente do serviço para a prevenção de riscos.

Todos estes exemplos e atividades permitiram que adquirisse e desenvolvesse competências neste domínio.

O Domínio da gestão dos cuidados pressupõe que o enfermeiro especialista faça a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a sua articulação na equipa de saúde e adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Para atingir estas competências, colaborei nas decisões da equipa de saúde como por exemplo, com a equipa médica, auxiliares de ação médica e orientadora sobre decidir o planeamento de transporte intra-hospitalar e tive oportunidade de gerir e decidir o plano de cuidados com a restante equipa multidisciplinar durante os meus turnos. Para a tomada de decisão no processo de cuidar, fomentei a prática de estudo em temas no qual não tinha prática nem conhecimentos, como a ventilação, fármacos e ritmos cardíacos. Ainda dentro do âmbito, no que diz respeito à decisão relativa às tarefas a delegar, tentei orientar as auxiliares de ação médica, como por exemplo ver se a unidade está reposita de material necessário, pedir material que falta como equipamentos de proteção individual (EPI's), filtros anti-bacterianos para trocar nos ventiladores ou material na preparação de medicação. Também verifiquei se os materiais estavam a funcionar, como por exemplo o aspirador de secreções, se não, pedir a sua troca. Para esta orientação, utilizei uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar a um auxiliar de ação médica, como por exemplo nos posicionamentos. De seguida, avalei a execução das tarefas delegadas, verificando se a tarefa foi bem executada, como por exemplo nos posicionamentos, cuidados de higiene e conforto garantindo o respeito pela privacidade. Relativamente à gestão dos recursos adequados na prestação de cuidados, fui gerindo consoante a necessidade e disponibilidade do serviço, como por exemplo uso de materiais como colchão de pressão alternada ou almofadas para prevenção de úlceras, uso do sistema de aspiração de secreções fechado e a sua limpeza e troca, uso de filtros no sistema de montagem dos ventiladores e entre outros. Tentei utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade, como por exemplo ter em atenção ao

desperdício de material e fazer a correta separação dos lixos utilizando os contentores se separação dos lixos disponíveis.

Na competência do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, otimizei o autoconhecimento e a gestão para facilitar a identificação de fatores que pudessem interferir no relacionamento com a pessoa a quem presto cuidados e ou a equipa multidisciplinar, tendo consciência da influência pessoal na relação profissional, como por exemplo a minha timidez ou inseguranças. Reconheço os meus recursos e limites pessoais e profissionais. Num caso complexo da PSC com descompensação, fiquei a observar e só intervim quando solicitado pela orientadora ou quando incluída nos cuidados de modo a não destabilizar a organização e gestão dos cuidados. Deste modo, soube assumir o papel de estudante com um papel pró-ativo quando oportuno.

Pude desenvolver competências na deteção e antecipação de situações de eventual conflitualidade. Um conflito tem início quando uma pessoa/ou entidade apresenta uma exigência ou reivindicação que a outra rejeita. No que diz respeito à reivindicação, pode ter origem num ato sentido como uma prejuízo/ofensa, numa aspiração ou numa necessidade (Ury, Brett e Goldberg, 2009). Realizei a gestão das visitas dos familiares e geri informações fora da nossa competência, referenciando e redirecionando para a equipa médica. Pude mobilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos como uso da empatia, compreensão da situação e a sua complexidade, adequação da comunicação e propor estratégias à PSC e família.

No que diz respeito à aprendizagem, foi necessário possuir conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuíram para a prática especializada como por exemplo, ética, deontologia, investigação e gestão cujo exemplos mencionados anteriormente explanam esta importância.

Após a reflexão das minhas competências comuns de especialista, adquiridas e desenvolvidas na prática, considero que é importante neste seguimento refletir sobre as competências desenvolvidas como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, descritas no documento da OE (2018c).

Referente a cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, foi necessário identificar focos de instabilidade, com o recurso à avaliação ABCDE e com o apoio da monitorização invasiva. Desta forma, respondi de forma antecipatória, tentando fazer uma boa avaliação de sinais e sintomas associando os conhecimentos das patologias, interpretei valores da

monitorização de dispositivos invasivos e leitura de traçados cardíacos. Durante este período executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica como colaborar na colocação de dispositivos invasivos e manutenção e montagem de ventiladores.

Intervi precocemente relativamente a possíveis complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, como por exemplo o protocolo de insulina, que daí deriva o risco de hipoglicémia. Implementei respostas de enfermagem apropriadas às complicações como por exemplo nas hipotensões realizei posicionamento de trendelenburg e posicionei a pessoa com rapidez em posição lateral para não permitir a aspiração de vômito após uma cirurgia complexa. Quando a pessoa era internada após uma cirurgia na unidade, tinha em atenção o controlo da temperatura corporal. O aquecimento com ar forçado parece ter efeitos benéficos em termos de diminuição de infeção da ferida cirúrgica e de complicações, há um efeito benéfico também na redução de complicações cardiovasculares importantes em pacientes com doenças cardiovasculares (Madrid, et al., 2016), sendo assim coloquei cobertores ou mantas térmicas para controlo da temperatura corporal gradual e para controlo da febre realizei arrefecimento corporal e coloquei sacos de gelo e administrei antipiréticos segundo esquema terapêutico prescrito.

Tive a oportunidade de monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados como por exemplo, a monitorização dos sinais vitais, a resposta dos medicamentos administrados, ou à tolerância de mudança de decúbitos relativamente à ventilação. Tive a oportunidade de realizar o posicionamento ventral com a equipa multidisciplinar. Vários autores no artigo de Zanchetta et all (2021), descrevem que há melhora significativa na oxigenação quando colocados nessa posição, isso ocorre devido à mudança na pressão transpulmonar, que permite distribuição mais homogênea do ar no pulmão, o que contribui para que haja melhor troca gasosa. Consequentemente, com melhor função pulmonar, menor suporte ventilatório é necessário para que a pessoa obtenha níveis adequados de oxigênio, além disso, essa posição previne lesões pulmonares induzidas pelo ventilador mecânico. Foi uma experiência enriquecedora que me permitiu mobilizar conhecimentos sobre uma técnica complexa.

Identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, como sinais e sintomas que a pessoa possa ter como palidez, falta de força, desvio da comissura labial, dispneia, comportamento da pessoa, alterações na comunicação verbal e não verbal e

alteração dos valores da monitorização invasiva, como a pessoa apresentar esforço respiratório por necessidade de aspiração de secreções.

Demonstrei conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica como por exemplo, além garantir que a PSC está hemodinamicamente estável, a pessoa sentir o apoio da equipa multidisciplinar e saber que vai ter visitas.

Em relação à gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, a PSC sem dor ou com um controlo adequado sobre a mesma tolera melhor a ventilação, colabora mais na prestação dos cuidados, o que pode proporcionar redução do tempo de internamento na unidade e evita sequelas resultantes de longos períodos de ventilação (Payen et al., 2009). Neste sentido investi o meu estudo na aplicação das várias escalas da dor, sendo a que utilizei maioritariamente a escala *behavioral pain scale* (BPS) ou numérica da dor dependendo se a pessoa estava ventilada ou não. Em relação à medicação sedo-analgésica, apliquei a escala RASS, estudei os fármacos mais usuais e que implicações têm e geri com a equipa médica o ritmo consoante a necessidade no momento.

A OE (2013) refere que as “intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas” (p.9). As medidas não farmacológicas segundo a OE (2008) podem ser subdivididas em três grupos: intervenções físicas (aplicação de calor/frio, massagem, mobilização, exercício) e intervenções cognitivo - comportamentais (relaxamento, musicoterapia, imaginação guiada) e de suporte emocional (toque terapêutico, escuta ativa e conforto). Na minha prática, principalmente em pessoas após uma cirurgia, utilizei como estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, o relaxamento com imaginação, aplicação de frio ou calor, massagem, posicionamento/mobilização e toque terapêutico.

Relativamente à comunicação, demonstrei conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica como por exemplo a escuta, clarificação, reflexão, silêncio, a mímica, o uso se necessário de imagens/cartões ou o humor. Exemplo disto, contextualizando com enquadramento teórico é o incidente crítico que reflete a comunicação utilizada e aborda a comunicação aumentativa e alternativa (Anexo II). Foi necessário mobilizar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa, com “barreiras à comunicação” como por exemplo, pessoas com hipoacusia, afasia/disartria ou com pessoas com necessidade de entubação orotraqueal que impede a comunicação verbal, aplicando estratégias de

comunicação não verbal, como a mímica, imagens, escrita ou pedir o apoio dos familiares na comunicação. Adapte a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC, utilizando perguntas fechadas ou mais simples/dirigidas ou apenas utilizando comunicação não verbal como apertar a mão caso tivesse dor.

No que diz ao processo de transmissão de informação, mais concretamente durante as passagens de turno ou na transição de cuidados utilizei a metodologia preconizada pelo serviço, a técnica ISBAR. Segundo a DGS (2017), a evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação durante os momentos de transição de cuidados. A técnica ISBAR é a preconizada para uma comunicação eficaz na transferência de informação e que contribui para segurança da pessoa a quem prestamos cuidados. A mnemónica é caracterizada por: I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

Avaliei o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica através do seu feedback ou comportamento. Mobilizei conhecimento sobre a ansiedade e medos vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo uma comunicação verbal e não verbal congruente, usando técnicas de comunicação como a escuta, silêncio e um tom calmo e neutro e realizei perguntas fechadas de forma entender as suas necessidades.

Por fim, tive necessidade de mobilizar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto, aplicando o Modelo de Kübler-Ross e compreensão das 5 fases de luto (Charles, 2020) já mencionado previamente no relatório.

No âmbito da competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, durante a minha prática assegurei as condições de segurança quer dos profissionais quer das pessoas a quem prestei cuidados, atribuindo em todos os turnos, a cada pessoa que prestei cuidados, níveis de evacuação caso fosse necessário ativar o plano de atuação em catástrofe. Para atingir esta competência, acedi e procedi à leitura do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe (Nacional, Lisboa e Amadora). Através da leitura do Plano de Catástrofe consegui identificar os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde. Compreendi a importância da elaboração do Plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço assim como a sua difusão, treino/exercício de ativação e revisão, no entanto não tive oportunidade de realizar o treino durante o estágio. Reconheço que ter

uma equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção durante uma catástrofe, a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa numa situação de emergência assim como a articulação e eficiência da equipa é imprescindível para a sua eficácia. Face à evolução da Pandemia SARS-CoV2, houve a necessidade de preparação de isolamentos de gotículas e gerir as vagas das unidades do SMI (por vezes houve a necessidade de transferências para receber uma pessoa com patologia SARS-CoV2). Foi também importante haver comunicação sobre as medidas corretivas das inconformidades de atuação como por exemplo ajustes no circuito, com o serviço de ligação do GL-PPCIRA. Num turno experienciei que foi necessário realizar o planeamento caso houvesse necessidade de colocar em prática o plano de evacuação (utilizando os níveis de evacuação atribuídos a cada PSC) e reorganizar os recursos humanos do serviço devido a inundações no hospital.

Para alcançar a competência maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, apliquei estratégias no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço tendo em conta as precauções básicas de controlo de infeção e conhecimento das *bundles*/feixes de intervenção relativamente aos dispositivos médicos invasivos, como por exemplo ao cateter vesical, cateter venoso central e prevenção da pneumonia associada à entubação. Fui tendo um crescente despertar da importância deste tema deste modo tive intervenções que correspondessem a adquirir competências neste âmbito, como o correto armazenamento de um frasco de medicação que pode ser reutilizado, utilizando a proteção de película para não permitir a proliferação bacteriana no seu manuseamento. Identifiquei a necessidade de realizar o levantamento de isolamento e definir qual o tipo de isolamento e colocar na folha de passagem de turno e no programa informático. Na área da higiene hospitalar na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos, consultei normas da DGS como “Precauções Básicas do Controlo da Infeção (2012)”, tendo focado as minhas práticas na separação dos lixos, cumprimentos das precauções básicas de controlo de infeção: colocação do doente, verificação da pressão dos quartos, higienização das mãos nos 5 momentos, etiqueta respiratória, uso adequado de EPI’s, descontaminação de equipamento clínico, higiene e controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e os 12 certos, mudança

regular dos materiais como prolongamentos e seringas e prevenção exposição a agentes microbianos no local de trabalho como manuseamento correto no material e desperdiçar nos cortantes ou local adequado.

O último objetivo específico foi delineado por ser um tema de interesse pessoal, no qual desejava ter mais formação principalmente neste contexto, onde a comunicação de más notícias fazem parte do dia-a-dia dos enfermeiros e das pessoas a quem se presta cuidados. No que diz respeito ao objetivo “Desenvolver competências relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família”, já foi abordado o enquadramento teórico no primeiro capítulo. Foi preparada uma formação para ser realizada no serviço com o plano de sessão. A formação foi pensada no sentido em que segundo as enfermeiras orientadoras, seria um tema importante devido ao contexto, e que seria uma necessidade da equipa. O plano de sessão e a formação foi apresentado às orientadoras, e o objetivo seria apresentar nos últimos dois turnos do estágio. Infelizmente não foi possível pelas intercorrências inerentes aos cuidados complexos da UCI. Disponibilizei para ser realizada após o estágio e o artigo aquando publicado. Apenas será apresentado o plano de sessão no Apêndice III, com a mesma justificação de não ser apresentado o artigo no relatório.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para a obtenção do grau de Mestre foi necessário o desenvolvimento de competências neste âmbito. No Decreto-Lei n.º 63/2016, artigo 15.º - Grau de mestre, são atribuídas competências gerais que o enfermeiro deve desenvolver durante o curso. Neste sentido durante o meu percurso, o meu foco foi ir ao encontro do desenvolvimento das mesmas competências de forma a atingir os objetivos preconizados. Estas competências também estão descritas em conjunto com os objetivos, no Regulamento Geral (2017) relativo ao Mestrado em Enfermagem redigido pela UCP.

No que diz respeito à competência “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura, incluindo no domínio da investigação”, tive a oportunidade de aprofundar várias competências adquiridas na licenciatura, como por exemplo a comunicação, mas com uma visão diferenciada e numa perspetiva de enfermeiro especialista. Mais concretamente pude desenvolver competências no domínio da investigação, ao assimilar os conhecimentos transmitidos na unidade curricular de Investigação e ao aplicá-los na realização da *Scoping Review*.

Relativo ao “Saber 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 Enfermagem”, demonstrei a aquisição e desenvolvimento das várias competências ao longo do estágio que decorreu na UCI e que estão descritas no capítulo 2 deste relatório. A UCI foi um local que me proporcionou constantemente novas situações não familiares, o que permitiu o desenvolver das competências que estão inerentes ao enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica.

Referente à competência “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” além de ter mobilizado vários conhecimentos de várias disciplinas, como já exemplificado no capítulo anterior, o ambiente complexo de UCI permitiu lidar com questões muito complexas e vulneráveis como o processo de transição das pessoas a quem prestei

cuidados em situação crítica e sua família. Esta aquisição de competências foi desenvolvida ao realizar um incidente crítico durante o estágio.

Ao ter realizado em parceria com a minha colega de curso e professora um póster científico sobre a *Scoping Review* e apresentá-lo no V Seminário Internacional do Mestrado de Enfermagem e enfermeiras orientadores em contexto de estágio e refletir com as minhas orientadoras e professora ao longo do estágio, consegui desenvolver a competência “Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”. Esta competência foi desenvolvida com base no processo de desenvolvimento das minhas competências de comunicação e interiorização e reflexão das minhas dificuldades como a timidez.

Por fim a competência “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” foi concretizada por estudo autónomo e aquisição de conhecimentos durante o curso, como as unidades curriculares e estágio.

No desenvolver das minhas atividades de estágio e construção do relatório tive sempre presente o cuidado e respeito para com os princípios éticos que suportam a minha prática (beneficência, a não maleficência, justiça e respeito pela autonomia) e os princípios éticos em investigação (beneficência, a avaliação da beneficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e confidencialidade) descritos na Deontologia Profissional de Enfermagem (2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório explana de forma crítica e reflexiva o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem desenvolvidas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à PSC, mais concretamente no contexto do SMI, dando resposta aos objetivos definidos para este curso pela UCP (2022) e às competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista, preconizadas pela ordem dos enfermeiros (OE, 2018c, 2019a).

Por ter a necessidade de atualização profissional, principalmente numa época em que os conhecimentos surgem diariamente devido à investigação, ingressei neste Curso de Mestrado em Enfermagem com o objetivo de experienciar novas aprendizagens e desenvolver competências que me enriquecessem quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

O contexto do SMI, para mim foi inaugural e incentivou-me, do ponto de vista teórico e prático, a abandonar a minha zona de conforto. Com o apoio e orientação dos profissionais peritos, pude construir o meu percurso de modo a chegar ao fim deste percurso com uma vasta bagagem de experiências, conhecimentos e acima de tudo uma enfermeira de prática avançada da PSC e sua família, sendo detentora de um nível aprofundado de conhecimentos, com maior capacidade de raciocínio clínico e aptidão para a tomada de decisão, que outrora não possuía. Desenvolvi um pensamento estruturado de enfermagem, que contempla uma avaliação completa e precisa no âmbito da PSC. Da literatura para a prática clínica, levei intervenções à PSC, adaptando-as à especificidade e à condição de saúde de cada pessoa, fundamentando a minha atuação. Desta forma, durante o estágio construí, consolidei e percorri de forma ascendente, de iniciado a perito (Benner, 2001).

Identifico como dificuldade o facto de não possuir experiência prévia em contexto do SMI embora tivesse realizado uma Pós-Graduação em PSC. Essas dificuldades considero apenas inicial, já que foi ultrapassada mediante a realização de pesquisa bibliográfica em áreas que considerava lacunares na minha prática, do esclarecimento de dúvidas junto de enfermeiros peritos em determinadas matérias, da reflexão na e sobre a prática junto dos orientadores clínicos e pares, bem como mediante a realização de trabalhos como o incidente crítico.

De igual forma, a participação em atividades extracurriculares, tais como o V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica e formações do SMI, com temas como a drenagem torácica, traqueostomia e úlceras por pressão, permitiram o desenvolvimento de competências adequadas aos contextos de estágio e à prestação de cuidados à PSC.

Dentro das competências desenvolvidas, a dinamização e resposta em situações de catástrofe é a competência menos desenvolvida, pelas limitações do próprio contexto, embora tenha tomado contacto e conhecimento do plano de contingência e tenha planeado uma possível evacuação do SMI por inundação.

O tema escolhido da *Scoping Review* – As dificuldades que os enfermeiros sentem na comunicação de más notícias - embora abrangente a várias áreas da enfermagem, necessita ainda de maior desenvolvimento, sobretudo a nível nacional, onde a literatura produzida quanto a esta matéria é escassa, de forma a contribuir na comunicação de más notícias à pessoa e sua família.

Um momento formativo realizado no SMI permitiria sensibilizar os profissionais para a comunicação de más notícias à PSC e família, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, baseada na evidência, no entanto, a limitação temporal do estágio e complexidade dos cuidados deste contexto foi uma condicionante, dado considerar prioritário o desenvolvimento de outras competências.

Em forma de conclusão, mediante a realização deste estágio, considero ter desenvolvido competências preconizadas pela escola para este ciclo de estudos, que estão refletidas nos documentos da OE (2018c, 2019a) e as competências de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. Diário da República: I série, n.º 176, 3159 – 3191. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Assembleia da República (2005). Lei n.º 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde. Diário da República: I série, n.º18, 606-611. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/12-2005-624463>
- Assembleia da República (2014). Lei n.º 15/2014 - Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República: I série, n.º57. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015 - Estatuto da Ordens dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª Série, Nº 181. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Assembleia da República (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República: I Série, nº 95, 55-66. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Basterra, F., Pérez, J., Saracíbar, J., Gutiérrez, J. B., Higuera, J., Cano, A., Rossellò, F., Gutiérrez, J. L., Marínez, S., García. M. (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida*. Editorial Verbo Divino. ISBN: 978-84-8169-712-4
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 9789728535971
- Broome, M. & Marshall, E. (2021). *Transformational Leadership in Nursing: From Expert Clinician to Influential Leader*. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-3505-1
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. The John Hopkins University Press. ISBN: 978-0-8020-6790-6

- Castro, C., Vilelas, J., Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59. <http://hdl.handle.net/10400.26/23939>
- Constituição da República Portuguesa (1976). Diário da República: I Série, nº 86. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49411175>
- Charles, A. (2020). Elisabeth Kubler-Ross and the “Five Stages” Model in a Sampling of Recent American Textbooks. *Journal of Death and Dying*, 82(2), 294–322. <https://doi.org/10.1177/0030222818809766>
- Cunha, R. (2018). A comunicação de más notícias numa unidade de cuidados continuados integrados. [Master’s thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2208>
- Direção Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção Geral da Saúde. (2018). Norma n.º005/2018 - Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Diário da República, 2.ª Série, Nº 187 (24/10/2021), 96-103.
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I., Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001>

- Fleck M., Borges Z., Bolognesi, G., Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 446-455. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). Despacho n.º9639/2018. Diário da República, 2.ª Série, N.º 198, 27533 – 27533. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Madrid, E., Urrútia, G., Figuls, M., Pardo-Hernandez, H., Campos, J., Paniagua, P., Maestre, L., Alonso-Coello, P. (2016). Sistemas de aquecimento ativo da superfície corporal para evitar complicações causadas pela hipotermia perioperatória acidental em adultos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009016.pub2>
- Magalhães, J. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-07-0
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei n.º 161/96 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República: I Série, n.º 205. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8838-70-4
- Nunes, L. (2020). *E se eu não puder decidir? - Saber escolher no final da vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-9004-24-5
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia orientador de boa prática. Cadernos de OE, série I, n.º. 1. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.^a série, n.º 35, 8656-8657.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, nº.6.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017a). Parecer n.º 09 / 2017 – Transporte da pessoa em situação crítica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017c). Parecer n.º 10/2017 – Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República, 2.^a série, n.º 113, 16656-16663.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Parecer nº15/2018 – Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018c). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série. N.º 135, 19359-19370. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617?_ts=1663372800034

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35, 8648-8653. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série. N.º 184, 128-155. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República, 2.ª série. N.º 131, 179-182.

Payen, J., Bosson, J., Chanques, G., Mantz, J., Labarere, J. (2009). Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Post Hoc Analysis of the DOLOREA Study. *Anesthesiology*. 111(6), 1308–1316. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181c0d4f0>

Pereira, M. A. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. [Doctoral dissertation, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/22906>

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel. ISBN: 978-989-752-419-6

- Rebelo, J. (2009) *Amor, Luto e Solidão*. Casa das letras. ISBN: 978-972-46-1865-4
- Ribeiro, R. (2013) A Transmissão de más notícias na perspectiva do Enfermeiro. [Master's thesis, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica]. Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/13988>
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. (4ª edição). Lusociência. ISBN: 972-8383-81-9
- Rocha, A. (2008). A Relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem. [Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/3315>
- Silva, M. (2011). Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>.
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C.D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G.D., Sandroni, C., Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Elsevier*, 161, 115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ª edição). Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6
- Ury, W., Brett, J., Goldberg, S (2009). *Resolução de Conflitos: Conceção de sistemas para reduzir os custos dos conflitos*. Atual editora. ISBN: 9789898101723
- World Health Organization (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. ISBN 978-92-4-003270-5
- Zanchetta FC, Silva JLG, Pedrosa RBS, Oliveira-Kumakura ARS, Gasparino RC, Perissoto S, Silva VA, Lima MHM. (2022) Cuidados de enfermagem e posição prona: revisão integrativa. *Avances en Enfermería*, 40(1). <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1supl.91372>

APÊNDICES

APÊNDICE I - OBJETIVOS E CRONOGRAMA DE ESTÁGIO EM UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS

3.1 ATIVIDADES DOS OBJETIVOS, RECURSOS E INDICADORES

❖ Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do SMI

| Indicadores de Processo | Indicadores de Resultado | Recursos |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a estrutura física e organizacional do SMI com ajuda das enfermeiras orientadoras e equipa multidisciplinar; ▪ Consultar protocolos e normas do serviço; ▪ Compreender o percurso da pessoa em situação crítica desde o seu acolhimento até à sua transferência para outro serviço, incluindo consulta de follow-up do doente crítico (participar) e possíveis referências; ▪ Participar na organização e gestão da SMI, nomeadamente no trabalho em equipa; ▪ Promover uma boa relação interprofissional com a equipa multidisciplinar; | <ul style="list-style-type: none"> • Realização do Projeto individual de estágio • Reflexão com as enfermeiras orientadoras durante a prática clínica | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras orientadoras • Equipa multidisciplinar • Professora orientadora • Protocolos e normas do serviço • Pesquisa e consulta de livros, manuais e bases de dados científicas |

3.1 ATIVIDADES DOS OBJETIVOS, RECURSOS E INDICADORES

❖ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em estado crítico e sua família em contexto de Serviço de Medicina Intensiva

| Indicadores de Processo | Indicadores de Resultado | Recursos |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar avaliação ABCDE da pessoa em situação crítica, identificando focos de instabilidade; ▪ Planear intervenções de forma a antecipar e aperfeiçoar a priorização de intervenções e a tomada de decisão; ▪ Acompanhar a pessoa em situação crítica no seu transporte intra-hospitalar; ▪ Participar em projetos do serviço, se surgir oportunidade; ▪ Estabelecer comunicação e relação de ajuda com a família, envolvendo-a nos cuidados prestados. ▪ Compreender a dinâmica da equipa de EMMI e se possível acompanhar; ▪ Refletir sobre a prática clínica à pessoa em estado crítico tendo por base a evidência científica; | <ul style="list-style-type: none"> • Realização do Projeto individual de estágio • Reflexão com as enfermeiras orientadoras durante a prática clínica • Obtenção de avaliação positiva nas avaliações formativas | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras orientadoras • Equipa multidisciplinar • Professora orientadora • Protocolos e normas do serviço • Pesquisa e consulta de livros, manuais e bases de dados científicas |

3.1 ATIVIDADES DOS OBJETIVOS, RECURSOS E INDICADORES

- ❖ Desenvolver competências relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família;

| Indicadores de Processo | Recursos | Indicadores de Resultado |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar os métodos/protocolos utilizados na transmissão de más notícias pela equipa de enfermagem no SMI ▪ Verificar a existência de protocolos de transmissão de más notícias na SMI ▪ Apresentar os resultados primários da Scoping Review sobre este tema à equipa de enfermagem do SMI | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras orientadoras • Equipa multidisciplinar • Professora orientadora • Protocolos e normas do serviço • Pesquisa e consulta de livros, manuais e bases de dados científicas • Auto-avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • Realização do Projeto individual de estágio • Reflexão com as enfermeiras orientadoras e professora orientadora durante a prática clínica. • Apresentação dos resultados da <u>Scoping Review</u> |

3.2 CRONOGRAMA DE GANT – 1º OBJETIVO ESPECIFICO

| Meses | Setembro | | | | Outubro | | | | Novembro | | | Dezembro | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Semanas | 1ª semana | 2ª semana | 3ª semana | 4ª semana | 5ª semana | 6ª semana | 7ª semana | 8ª semana | 9ª semana | 10ª semana | 11ª semana | 12ª semana | 13ª semana | 14ª semana |
| Dias | 20 a 27 | 28 a 6 | 7 a 13 | 14 a 20 | 21 a 27 | 28 a 2 | | | | | | | | |
| Conhecer a estrutura física e organizacional do SMI com ajuda das enfermeiras orientadoras e equipa multidisciplinar | | | | | | | | | | | | | | |
| Consultar protocolos e normas do serviço | | | | | | | | | | | | | | |
| Compreender o percurso da pessoa em situação crítica desde o seu acolhimento até à sua transferência para outro serviço, incluindo consulta de follow-up (participar) do doente crítico e possíveis referências; | | | | | | | | | | | | | | |
| Participar na organização e gestão da SMI, nomeadamente no trabalho em equipa | | | | | | | | | | | | | | |
| Promover uma boa relação interprofissional com a equipa multidisciplinar | | | | | | | | | | | | | | |

3.2 CRONOGRAMA DE GANT – 2º OBJETIVO ESPECIFICO

| Meses | Setembro | | | | Outubro | | | | Novembro | | | Dezembro | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| Semanas | 1ª semana | 2ª semana | 3ª semana | 4ª semana | 5ª semana | 6ª semana | 7ª semana | 8ª semana | 9ª semana | 10ª semana | 11ª semana | 12ª semana | 13ª semana | 14ª semana | |
| Dias | 20 a 27 | 28 a 6 | 7 a 13 | 14 a 20 | 21 a 27 | 28 a 2 | | | | | | | | | |
| Realizar avaliação ABCDE da pessoa em situação crítica, identificando focos de instabilidade; Participar/integrar projetos do serviço, se surgir oportunidade; | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planejar intervenções de forma a antecipar e aperfeiçoar a priorização de intervenções e a tomada de decisão; | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refletir sobre a prática clínica à pessoa em estado crítico tendo por base a evidência científica; | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acompanhar a pessoa em situação crítica no seu transporte intra-hospitalar; | | | | | | | | | | | | | | | |
| Participar em projetos do serviço, se surgir oportunidade | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecer comunicação e relação de ajuda com a família, envolvendo-a nos cuidados prestados. | | | | | | | | | | | | | | | |

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

16

3.2 CRONOGRAMA DE GANT – 3º OBJETIVO ESPECIFICO

| Meses | Setembro | | | | Outubro | | | | Novembro | | | Dezembro | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| Semanas | 1ª semana | 2ª semana | 3ª semana | 4ª semana | 5ª semana | 6ª semana | 7ª semana | 8ª semana | 9ª semana | 10ª semana | 11ª semana | 12ª semana | 13ª semana | 14ª semana | |
| Dias | 20 a 27 | 28 a 6 | 7 a 13 | 14 a 20 | 21 a 27 | 28 a 2 | | | | | | | | | |
| Observar os métodos/protocolos utilizados na transmissão de más notícias pela equipa de enfermagem no SMI | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificar a existência de protocolos de transmissão de más notícias na SMI | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apresentar os resultados primários da <u>Scoping Review</u> sobre este tema à equipa de enfermagem do SMI | | | | | | | | | | | | | | | |

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

17

APÊNDICE II - RESUMO DOS ENCONTROS, FORMAÇÕES E SEMINÁRIOS

2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Um encontro cheio de partilhas que enriqueceu em várias áreas os enfermeiros. Relativamente aos Desafios da Enfermagem pelo Mundo, o vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros, Enf^o Luis Filipe Barreira, expôs os dados mais recentes relativamente à escassez de enfermeiros, o abandono da profissão, aumento do trabalho, envelhecimento da força de trabalho, baixos salários e o *burnout* após a pandemia (trauma em massa). São dados que foram recolhidos pela Ordem, pelo International Council of Nurses (ICN) e de relatórios da OMS como “State of the nursing World’s 2020”. São dados assustadores que fazem refletir o trabalho árduo que temos pela frente e no fundo a importância de nos munirmos de conhecimento e investirmos na investigação e formação.. De seguida, passando ao tema mais falado destes dois anos “Gerir em Pandemia” onde se reuniu vários chefes de equipa de vários serviços e relataram as suas dificuldades e como foram gerindo as equipas e os cuidados. Relataram que o que sentiram mais dificuldade a gerir foi a falta de elementos e principalmente as emoções dos enfermeiros que estavam já em *burnout*. Aqui pude de aprofundar as minhas competências na área da gestão e liderança em tempo de “catástrofe” através do relato dos tipos de gestão e as estratégias utilizadas. O encontro terminou com uma apresentação do *Coaching* Jorge Dias que deu exemplos de como podemos gerir emoções negativas e estratégias gerais que podemos adaptar nos momentos mais difíceis. Achei curioso finalizar com esta apresentação, mas que fez todo o sentido pois neste momento “pós-pandemia” estamos a recomeçar e precisamos de estratégias para nos proteger a nós mesmo de forma a prestar os melhores cuidados. No fim, tive oportunidade de participar no Workshop “Técnicas contínuas de substituição Renal” o que sem dúvida, dada a minha total falta de experiência foi uma mais-valia na minha prestação de cuidados à PSC.

Formações do SMI

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a formações que foram realizadas pelos enfermeiros do SMI. A primeira foi “Drenagem torácica” e adquiri novos conhecimentos não só para o estágio como também para o meu local de trabalho. Foi explicada montagem da caixa e os seus componentes, como funciona e para que serve, os cuidados de enfermagem a ter na manutenção, complicações e riscos a ter em conta e vigilância. Aqui destaco a assépcia na sua colocação, o que é mais uma ferramenta para

a aquisição da competência do enfermeiro especialista na prevenção da infeção. De seguida, a formação “Traqueostomia”, abordando os vários materiais, a vigilância do estoma, as complicações possíveis, limpeza da cânula e a sua vigilância na pessoa em situação crítica. Por último, a formação “Úlceras por Pressão”, o que por meu espanto foi a que realmente mais me chamou à atenção pelo facto do vasto conhecimento que se tem desenvolvido ao longo do tempo e que ainda está muito pouco presente na prática. De facto, saber caracterizar a ferida e os seus fatores envolventes como por exemplo a nutrição ajustada da pessoa em situação crítica é um dos passos mais importantes além da escolha do material. De realçar que o foco está sempre na prevenção das mesmas, adquirindo de forma constante as boas práticas recomendadas. Aqui verifica-se como um elemento especialista na área, ao pertencer ao Grupo de Feridas do Hospital é um elemento de referência e dinamizador de transmissão de conhecimentos.

Consgo assim realçar que além de ser importante o enfermeiro especialista saber as melhores práticas relativamente a este tema, é importante saber divulgar o conhecimento, o que se refletiu nestas formações, permitindo que toda a equipa estivesse dotada da evidência mais atual e permitindo um espaço para a questões e partilha de experiências.

Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Tive oportunidade de participar neste evento apenas no último dia. Das comunicações apresentadas, consegui compreender a importância deste evento e correlacionar inteiramente com o seu título “Benchmarking”, permitindo à plateia que assistiu debater as melhores práticas que os enfermeiros especialistas de médico-cirúrgica podem ter, como implementar e qual seria a melhor estratégia para o fazer. Referindo inicialmente o meu desconhecimento sobre a existência sobre dos Núcleos de Médico-Cirúrgica, foi importante para mim adquirir conhecimentos sobre o que representa, os seus objetivos (otimizar a prestação de cuidados do enfermeiro especialista e partilhar boas práticas dando formação de modo a dar visibilidade da importância do enfermeiro especialista), os seus ganhos e principalmente quais as dificuldades sentidas neste momento das várias experiências relatadas. De uma forma geral, ainda é na nossa classe que são impostas algumas limitações para o crescimento destes grupos, tais como a participação dos enfermeiros gestores. Por último, realçar a comunicação do Professor

Doutor Paulo Parente “Desenvolvimento Profissional” sobre a investigação realizada atualmente pelos enfermeiros. Refere que é o nosso ponto de partida e que permite adquirir conhecimentos que vão ser utilizados na prática para tomar as melhores decisões. Relata também o problema da escolha e seleção de informação, pela vasta informação científica disponibilizada nas bases de dados pelo mundo. Completa dizendo que o nosso papel é produzir investigação, nem que seja ajudar os outros a realizar a sua investigação.

APÊNDICE III – INCIDENTE CRÍTICO



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio final e relatório

INCIDENTE CRÍTICO

Mestranda:

Ana Catarina Alves

Nº 192021051

Professora orientadora:

Lurdes Martins

Enfermeiras orientadoras:

Andreia Mendes

Áurea Tobio

Lisboa

Novembro de 2022

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, foi-me proposto realizar um Incidente Crítico sobre uma situação concreta, de modo a analisar e refletir sobre o meu desempenho e pensamento crítico sobre a situação. O tema que irei desenvolver é sobre a importância de uma comunicação eficaz com a pessoa em estado crítico internada nos cuidados intensivos de modo a compreender e a valorizar o que sente e integrar no plano de cuidados.

Durante um turno que realizei na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCICRE) tive a oportunidade de vivenciar uma situação que revelou o quanto é importante compreender e valorizar o que a pessoa em situação crítica está a sentir.

O senhor A, está internado na UCICRE há algum tempo e devido à sua patologia clínica, ficou traqueostomizado com uma cânula nº6 fenestrada com válvula fonatória. Durante o internamento já teve várias complicações, e devido a isso e ao seu processo de transição de saúde-doença, o senhor A fica muito ansioso durante os cuidados prestados. Na semana anterior o senhor apenas tinha necessidade de oxigenoterapia por óculos nasais, tinha conseguido realizar o treino de oclusão e conseguia falar com um tom médio audível e perceptível. No dia em que eu e a minha orientadora ficámos a cuidar do senhor A, tinha abertura ocular espontânea, obedecia a ordens e comunicava de forma orientada nas três vertentes através de comunicação verbal quando não tinha o suporte da ventilação mecânica ou por mímica/escrita maioritariamente de forma eficaz. O plano de cuidados da equipa multidisciplinar naquele momento era otimizar a ventilação, de forma parar a ventilação mecânica e evoluir para o treino de oclusão novamente e diminuir a sua ansiedade associada aos cuidados de saúde prestados e também ao processo fonatório.

Logo à primeira abordagem, o senhor referia “sensação de queimadura” (sic) no local da traqueostomia, com dispneia e bastante ansioso com aquela situação. A nível hemodinâmico, segundo a metodologia ABCDE, tinha alterações no B (respiração), estava polipneico e com volumes correntes baixos relativamente ao seu padrão habitual. Fomos tentar compreender o que poderia estar a acontecer. Foi realizada aspiração de secreções com pouco sucesso, verificada a permeabilidade da cânula e reposicionado no leito de forma a permitir uma melhor expansão torácica. Entretanto, a equipa de fisioterapia veio realizar a sessão e confirmaram que o senhor não estaria a falar com o mesmo nível de som, ouvindo-se muito baixo. De seguida, a equipa médica foi avisada do sucedido, veio observar e tentar compreender o motivo do desconforto do senhor mas

sem sucesso, pelo que foi encaminhado para ser observado pela equipa de Otorrinolaringologia (ORL). Pelas 16h desse dia, deitámos o senhor no leito pois seria realizada uma videobroncofibroscopia pela equipa médica. Nesse momento, o senhor referiu-nos que estaria a sentir-se assim há 3 dias mas ninguém valorizou e que não era normal estar assim. Tentámos diminuir o nível de ansiedade do senhor explicando o que se iria suceder e o objetivo do exame. O mesmo consentiu e colaborou com as indicações dadas pela equipa multidisciplinar. Durante este procedimento, foi necessário sedar o senhor para maior conforto do mesmo e melhor sucesso do exame e ficou hemodinamicamente instável (teve um episódio de ritmo de peri-paragem que reverteu). Após a conclusão da videobroncofibroscopia, foram retirados pelo menos 2 granulomas de grandes dimensões que estariam a ocluir totalmente o brônquio esquerdo, não permitindo uma boa ventilação, o que realmente iria ao encontro do que o senhor sentia e que não foi valorizado. Durante este procedimento que quase durou 3 horas, houve uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar e planeamento dos procedimentos e intervenções, ouvindo as várias alternativas e opiniões da mesma.

Começando com a importância da comunicação com a pessoa em situação crítica, é de salientar que é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Hoorn et al., 2016). Quando as pessoas estão internadas no contexto de uma unidade de cuidados intensivos são frequentemente privadas da sua capacidade de falar e, conseqüentemente, da capacidade de comunicação (Hoorn et al., 2016). A fala é uma forma de comunicar, tal como muitas outras, mas é uma forma muito específica e única de comunicação (Pereira, 2016). A perda da mesma, poderá levar a conseqüências graves, tais como sentimentos bastante negativos, tanto na pessoa como em quem tenta comunicar com ela (Hoorn et al., 2016), o que neste senhor já era evidente pela sua frustração e ansiedade por não compreenderem e valorizarem a sua situação. A comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, sempre foi um desafio em contexto de UCI, onde as pessoas estão restringidas pela intubação, sedação e pela própria doença crítica, impedindo trocas verbais e não verbais (Mortensen, Kjaer & Egerod, 2019), sendo que a traqueostomia é igualmente uma situação que impede a pessoa de comunicar (Flinterud & Andershed, 2015). Embora se considere a comunicação como um foco importante no aumento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, não existem protocolos nem diretrizes associadas à mesma em contexto de UCI (Hoorn et al., 2016), sendo assim cabe ao enfermeiro procurar a melhor evidência científica para colmatar esta necessidade da pessoa em situação crítica. Neste sentido,

segundo Pereira (2016), poderá conseguir-se alcançar uma melhoria na comunicação usando estratégias padronizadas de comunicação para uniformizar a abordagem de seleção de vários métodos de comunicação aumentativa e alternativa (CAA). CAA refere-se a todas as formas de comunicação que podem ser usadas para expressar mensagens (exceptuando, a fala oral) (Pereira, 2016). Relativamente ao impacto da comunicação enfermeiro-pessoa em situação crítica, um estudo que observou a interação enfermeiro-pessoa ventilada demonstrou que a partir do momento em que os enfermeiros começaram a dedicar-se à comunicação com a pessoa em situação crítica, conseguiram entendê-la e alcançar mais rapidamente as suas necessidades. Esta mudança permitiu que os sentimentos negativos associados à comunicação desaparecessem, o que prevaleceu vontade de continuar a investir numa intervenção eficaz. Estas mudanças não foram só sentidas pelos enfermeiros, mas como também pelas pessoas em situação crítica que relataram que consideraram uma preocupação crescente por parte dos seus enfermeiros (Noguchi et al., 2019). Neste caso concreto com o senhor A, conseguimos compreender de forma eficaz o senhor através da comunicação verbal pausada e com perguntas simples fechadas, no entanto a ansiedade era um fator que condicionava a comunicação. Ainda no mesmo âmbito, ao ler o artigo de Flinterud & Andershed (2015) deparei-me com o processo de transição da comunicação de uma pessoa traqueostomizada baseado na teórica Afaf Meleis. O mesmo de forma resumida refere que a pessoa traqueostomizada passa por um processo de transição da comunicação e que a comunicação não verbal como o contacto visual e o toque são fundamentais para o sentimento de segurança da pessoa em situação crítica. O processo de transição começa quando uma pessoa acorda num ambiente desconhecido, sem saber o que aconteceu anteriormente e com dificuldades na comunicação até à remoção da traqueostomia ou até comunicar de forma eficaz com a mesma. Inicialmente de forma lenta começam a lidar com novas circunstâncias e o processo de transição evolui passando pelas várias fases e sentimentos até conseguirem comunicarem de forma eficaz. É de salientar que o enfermeiro tem um papel fundamental neste processo já que ele possui instrumentos que podem ser utilizados para ser uma transição mais satisfatória.

Foi enriquecedor participar nesta situação pois permitiu-me desenvolver cuidados de saúde inter-profissionais, contribuiu para a minha formação contínua e desenvolvi várias competências, que estão contempladas pela Ordem dos Enfermeiros no documento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Começando com a

principal, geri a comunicação e assisti nas perturbações emocionais do senhor A, que além da componente da sua ansiedade, a sua comunicação estava comprometida pela traqueostomia. Tentei comunicar de forma pausada e com perguntas simples fechadas. Usei a empatia, um tom calmo e o toque para tentar tranquilizar o senhor, já que sabia que eram estratégias que resultavam com ele e que vai de encontro ao artigo anteriormente mencionado. Tentei compreender a frustração do senhor, já que estaria num período de estabilidade face ao seu processo de saúde-doença e a iniciar o processo fonatório e vê-se numa situação em que regrediu relativamente à comunicação e não percebe o porquê. Não foram necessárias outras estratégias, mas se fossem poderia utilizar a escrita, mimica ou até cartões com imagens que estão disponibilizados no serviço. Com a orientação da minha orientadora, conseguimos antecipar as situações de instabilidade como por exemplo colocarmos o plano duro por baixo do senhor, caso fosse necessário realizar manobras de compressão pela sua instabilidade durante o procedimento e preparar medicação de emergência. Tentei otimizar o trabalho com a equipa multidisciplinar, informando das alterações hemodinâmicas que ocorriam após a administração de medicação. Deleguei tarefas à técnica auxiliar de saúde como por exemplo, a mudança do recipiente de aspiração de secreções que se encontrava cheio, o que iria impedir o seu funcionamento. Foi garantido o seu conforto durante o procedimento, recorrendo a medicação sedativa. E por fim tentámos garantir ao máximo a privacidade do senhor, correndo as cortinas da unidade e antes do procedimento foi explicado para que servia, como se iria proceder, respeitando a sua vontade e o princípio da beneficência, obtendo o seu consentimento.

No meu entender, depreendo que esta situação foi muito positiva, tendo em conta que foi uma experiência nova que contribuiu e permitiu desenvolver as várias competências acima referidas. Só depois de ser vivenciada, é que compreendi verdadeiramente a real importância de tentarmos através da comunicação compreender o que a pessoa em situação crítica com vários fatores que comprometem a sua comunicação está a sentir, e posicionar-me numa tomada de decisão de forma a ser o mais benéfico para a pessoa tentando assistir nas suas necessidades.

Considero, no entanto, que esta experiência teve alguns pontos negativos, como a falta de conhecimento sobre a CAA e a falta de conhecimento sobre o processo de transição de comunicação de pessoas traqueostomizadas, que poderia ainda ter potencializado mais a comunicação eficaz com o senhor e que só foi explorada no contexto deste incidente e a maneira como foi difícil distanciar-me do diagnóstico de

ansiedade para compreender as verdadeiras necessidades do senhor. Para a próxima, tentarei desenvolver de forma mais aprimorada as competências mencionadas noutras situações e aplicar os conhecimentos adquiridos baseados na evidência científica.

Referências Bibliográficas (APA 7th):

- 1) Flinterud, S. & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2295-2304. <https://doi.org/10.1111/jocn.12826>
- 2) Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20, 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- 3) Mortensen, C., Kjaer, M., Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 52, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- 4) Noguchi A, Inoue T, Yokota I. Promoting a nursing team's ability to notice intent to communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.006>
- 5) Pereira, J. (2016). A comunicação aumentativa e alternativa enquanto factor de inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/14218>
- 6) Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2.ª Série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

APÊNDICE IV – PLANO DE SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

| | |
|--|--|
| TEMA: Quais as dificuldades que os enfermeiros sentem na comunicação de más notícias? PÚBLICO-ALVO: Enfermeiros SMI HORA: A definir | DATA: A definir DURAÇÃO: 15 min FORMADORA: Estudante de Mestrado Catarina Alves |
|--|--|

| OBEJTIVO | |
|----------|--|
| GERAL | Sensibilizar os enfermeiros do SMI sobre as dificuldades que os enfermeiros sentem na comunicação de más notícias. |

| Fases: | Objetivos | Conteúdos | Metodologia | Recursos | Tempo | Formador |
|------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---------------|---|
| Introdução | 1- Apresentar a formadora; 2- Apresentar o tema; | 1- Apresentação da formadora; 2- Contextualização e justificação do interesse do tema. | Expositiva e Interrogatória | Powerpoint, computador, pen | 2 minutos | Catarina Alves |
| Desenvolvimento | 1- Apresentar enquadramento teórico e legal; 2- Apresentar objetivos e materiais e métodos da Scoping Review; 3- Apresentar os resultados da Spring Review | 1- Apresentação do enquadramento teórico e legal; 2- Apresentação dos objetivos, materiais e métodos da Scoping Review; 3- Apresentação dos resultados da Scoping Review e sua discussão | Expositiva | Powerpoint, computador, pen Powerpoint, computador, pen Powerpoint, computador, pen | 10 minutos | Catarina Alves Catarina Alves Catarina Alves |
| Conclusão | 1- Resumir ideias chaves; 2- Esclarecer dúvidas. | | Expositiva e Interrogatória | Powerpoint, computador, pen | 2 minutos | Catarina Alves |
| Avaliação | 1 – Avaliar a formação através de um questionário de avaliação de satisfação; | | Interrogatória | Papel | 1 minuto | Catarina Alves |

ANEXOS


ANEXO I - V SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM
ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Catarina Alves, Inês Dias; Prof. Dra. Lurdes Martins apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 8 com o tema *As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipe Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Cançãli Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Ana Catarina Pires Alves**, estudante n.º **192021051** esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



a.catarina.p.alves@gmail.com

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



ANEXO II – 2º ENCONTRO DE ENFERMEROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



**2º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

"Partilhar para crescer"

7-8 OUTUBRO 2022
FÓRUM LISBOA

Certificado de Participação

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Catarina Alves

Participou no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica com carga horária de 17 horas.

A Comissão Executiva


Rita Reis


Sandra Ponte


Susana Gaspar



PROGRAMA

7 OUTUBRO - sexta-feira

09:00 - 10:00 Abertura do Secretariado

10:00 - 10:45 Cerimónia de Abertura
TED | Representante da Câmara Municipal de Lisboa
Rita Perez | Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Lurdes Escadeiro | Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Luís Barreira | Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros

10:45 - 11:10 Coffee-break

11:10 - 11:50 ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM PERCURSO NO EMPoderAMENTO DA PROFISSÃO
Moderadora: Maria Tereza Bastos | Enfermeira Diretora do Hospital de Egas Moniz
"Competências acrescidas enquadradas no processo de desenvolvimento e valorização profissional"
Luís Barreira | Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros de Enfermagem Médico-Cirúrgica
"Enfermagem Médico-Cirúrgica: O caminho percorrido na regulação"
Ana Fonseca | Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

11:50 - 12:30 GERIR EM PANDEMIA – ESTRATÉGIAS E DESAFIOS
Moderador: Fernando Pinheiro | Enfermeiro Gestor do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
"Visões dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Internamento"
Rui Gonçalves, Filipa Ferreira e Ana Inês Fernandes

12:30 - 13:30 COACHING EM TEMPOS DE CRISE
Dr. Jergé Dias | Coach Trainer

13:30 - 15:00 Almoço Livre

15:00 - 16:30 Comunicações Livres (Orais/Posters)

16:30 - 16:45 Coffee-break

16:45 - 18:00 Comunicações Livres (Orais/Posters)

8 OUTUBRO - sábado

09:00 - 10:30 CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EQUIPAS DIFERENCIADAS
Moderador: João Fernandes | Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros
"Hospitalização Domiciliária" | Casimiro Correia
"Cuidados Palliativos" | Paula Cruz e Dora Ribeiro
"Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem" | Ricardo Picoto e Marina Teixeira
"Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar" | Pedro Rodrigues e Filipa Cristóvão

10:30 - 11:00 Coffee-break

11:00 - 12:30 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA SEGURANÇA DO DOENTE
Moderadora: Manuela Rojas | Enfermeira Gestora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
"Avaliação da carga de trabalho em UCI - Escalas NAS" | Mátteo Siqueira e Amélia Casinha
"Escala de avaliação do delirium CAM-ICU" | Pedro Rosa
"Incêndio no Bloco Operatório... E agora?" | Susana Gaspar e Lara Bures

12:30 - 14:00 Almoço Livre

14:00 - 16:00 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CIRCUITO ASSISTENCIAL
Moderadora: Patrícia Pontice de Sousa | Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa
"Toque terapêutico: uma ação a valorar no cuidado especializado" | Sora Brás e Aíme Silva
"Viver com Transplante Renal" | Maria Jada Marques
"Viver com Neuro Estimulador da Epilepsia" | Carla Maricato e Sandra Couto
"Novos desafios no cuidado ao doente com Insuficiência Cardíaca: Heartmate 3" | Luísa Macau e Olinda Félix

16:00 - 17:00 Cerimónia de Encerramento com Entrega de Prémios
Ilda Rolão | Enfermeira Diretora do Hospital de Santa Cruz
Maria Tereza Bastos | Enfermeira Diretora do Hospital de Egas Moniz
Maria Tereza Vasconcelos | Enfermeira Diretora do Hospital de São Francisco Xavier



2^o ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

"Partilhar para crescer"

7-8 OUTUBRO 2022
FÓRUM LISBOA

Certificado de Participação

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Catarina Alves

Participou no Workshop de Terapias de depuração sanguínea e renal em contexto agudo com carga horária de 4 horas.

A Comissão Executiva

Rita Reis

Sandra Ponte

Susana Gaspar



ANEXO III - ENCONTRO DE BENCHMARKING DO COLÉGIO DA
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Catarina Alves

membro nº 93254 desta Ordem, participou no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica¹, realizado 20 a 22 Outubro 2022, com duração total de 5h, no Centro de Congressos do LNEC – Lisboa.

P¹ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

²Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos