

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA

Ana Patrícia Pinto de Azevedo

Orientador – Maria Gorete de Jesus Baptista, PhD

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Relatório Final De Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Este relatório final de estágio profissional inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Outubro de 2025

“A persistência é o caminho para o êxito.”

Charles Chaplin

Azevedo, A.P.P. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA, Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Flávia e Carolina e ao meu marido Rui.

Para sempre no meu coração...

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista pela forma como me orientou, na sua assertividade, disponibilidade e delicadeza com que sempre me recebeu, de extrema importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À enfermeira Edina Freitas, enfermeiro António João, enfermeira Marisa Ferreira e enfermeiro Nuno Rodrigues, meus orientadores de estágios, pela partilha de conhecimentos, compreensão e receptividade em ajudar sempre que necessário.

À minha colega Telma Costa, pela amizade e motivação durante esta caminhada que percorremos juntas.

Às minhas filhas e meu marido, pela compreensão pelos dias de ausência e principalmente, pela ajuda e motivação nos momentos mais difíceis.

A todos,

Muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório de estágio clínico foi desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Politécnico de Bragança.

Segundo o planeamento proposto, o relatório encontra-se organizado em duas partes.

A primeira parte tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas no decorrer dos locais de estágio e apresentar uma análise crítica e reflexiva dos cuidados de enfermagem realizados, como forma de aprimorar as competências gerais e específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

A segunda parte, consiste num trabalho de investigação relacionado com a comunicação de más notícias, cujo objetivo é compreender as vivências dos enfermeiros relativamente à comunicação de más notícias à pessoa e família em situação crítica. Para este estudo, optou-se por uma metodologia qualitativa fenomenológica, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal. A amostra do presente estudo foi composta por 10 enfermeiros, que aceitaram participar no estudo de forma voluntária, utilizando um método de amostragem não probabilística por conveniência. A maioria da amostra corresponde ao sexo feminino, solteiros, com uma média de 38 anos de idade, com um tempo médio de experiência profissional de 15,2 anos e em contexto de urgência uma média de 12,2 anos de experiência profissional. Os resultados do presente estudo revelam que a formação em comunicação de más notícias, sobretudo através de métodos práticos como o role-play, é essencial para o desenvolvimento de competências técnicas e emocionais dos enfermeiros do SU. A utilização do protocolo SPIKES e a integração de uma abordagem centrada na pessoa são recomendadas para garantir uma comunicação ética, eficaz e adaptada às necessidades de cada PSC e familiares. Assim, é fundamental investir em formação estruturada e contínua, suportada por protocolos claros e por apoio emocional e institucional, promover a qualidade da comunicação e o bem-estar dos enfermeiros.

O estágio clínico nos diferentes campos de aprendizagem, permitiu o desenvolvimento de competências necessárias para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. As competências relacionadas com a comunicação de más notícias, são uma componente fundamental na prestação de cuidados à pessoa e à família a vivenciar processos de doença crítica. Ao longo deste percurso, foi possível prestar cuidados ao doente e à sua família durante

o processo de doença, com enfoque na prestação de cuidados de enfermagem especializados, ajustados às necessidades do doente crítico e dos seus familiares.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Família; Doente Crítico; Comunicação em saúde; Comunicação de más notícias.

ABSTRACT

This clinical internship report was developed within the scope of the 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, at the Polytechnic Institute of Bragança.

According to the proposed planning, the report is organized into two parts. The first part aims to describe the activities developed during the internship sites and present a critical and reflective analysis of the nursing care provided during clinical training as a way of improving the general and specific skills of Medical-Surgical Nursing in the area of people in critical situations. The second part consists of a research work related to the communication of bad news, whose objective is to understand the experiences of nurses in relation to communicating bad news to people and their families in critical situations. For this study, a qualitative phenomenological methodology was chosen, in which semi-structured interviews were conducted with nurses who work in an emergency service of a Local Health Unit in the North of Portugal. The sample of this study consisted of 10 nurses who agreed to participate in the study voluntarily, using a non-probabilistic convenience sampling method. The majority of the sample was female, single, with an average age of 38 years, an average of 15.2 years of professional experience, and an average of 12.2 years of professional experience in emergency settings. The results of this study reveal that training in communicating bad news, especially through practical methods such as role-play, is essential for the development of technical and emotional skills of ED nurses. The use of the SPIKES protocol and the integration of a person-centered approach are recommended to ensure ethical, effective communication adapted to the needs of each CHW and family member. Therefore, it is essential to invest in structured and continuous training, supported by clear protocols and emotional and institutional support, to promote the quality of communication and the well-being of nurses.

The clinical internship in the different fields of learning allowed the development of skills necessary for caring for people in critical situations. Skills related to communicating bad news are a fundamental component in providing care to people and their families experiencing critical illness processes. Throughout this process, it was possible to provide assistance to patients and their families during the illness process, focusing on providing specialized nursing care, adjusted to the needs of critical patients and their families.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Family; Critically ill Patient; Health Communication; Communicating bad news.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AMA - American Medical Association

APA - American Psychological Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BAV- Bloqueio Aurículoventricular

BIA -Balão Intra-aórtico

BIS – Índice Biespectral

BPS- Behavioral Pain Scale

CC- Cateterismo Cardíaco

CDI- Cardioversor, Desfibrilhador Implantável

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRT- Dispositivo de Ressincronização Cardíaca

CV- Cateter Vesical

CVC- Cateter Venoso Central

DGS- Direção Geral de Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EE- Enfermeiro Especialista

EEF- Estudo Eletrofisiológico

EEPSC- Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMC-Enfermagem Médico-cirúrgica

EMCPSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

ERC- Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos

FA- Fibrilhação Auricular

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

IVP-Isolamento das Veias Pulmonares

JCI- Joint Commission International

LA – Linha Arterial

LAPE-Laboratório de Arritmologia, Pacing e Eletrofisiologia

LH- Laboratório Hemodinâmica

MC- Médico-cirúrgica

MEPSC – Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica
MRSA- Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina
NIHSS- National Institutes of Health Stroke Scale
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PBCI- Precauções Básicas do Controlo de Infecção
PCR- Paragem Cardio-Respiratória
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana
PQCE- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RASS- Escala de Agitação-Sedação de Richmond
SAV- Suporte Avançado de Vida
SE- Sala de Emergência
SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SO- Sala de Observações
SPIKES - *Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*
SU- Serviço de Urgência
SUB- Serviço de Urgência Básica
SUMC-Serviço de Urgência Médico-cirúrgica
SUP-Serviço de Urgência Polivalente
TAC- Tomografia Axial Computorizada
TOT- Tubo Endotraqueal
UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
ULS- Unidade Local de Saúde
VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI- Ventilação Não-Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	4
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO CLÍNICO	5
1.1 Estágio de opção: Unidade de cuidados intensivos cardíacos	5
1.2 Serviço de Urgência	9
1.3 Serviço de Medicina Intensiva	13
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO CLÍNICO.....	17
2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	18
2.1.1 Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	19
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	23
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	27
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	29
2.2 Competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	31
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	32
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da concepção à ação	36
2.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas	37
PARTE II- PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: INVESTIGAÇÃO	42
INTRODUÇÃO	43
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	45
2. METODOLOGIA	50
2.1 Tipo de estudo	50
2.2 População e amostra	51
2.3 Instrumento de recolha de dados	52
2.4 Procedimentos de recolha de dados.....	53
2.5 Procedimentos éticos	54
2.6 Análise dos dados	54
3. RESULTADOS.....	56
3.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	56
3.2 Formação sobre comunicação de más notícias	57
3.3 Perceção do conceito de más notícias.....	58
3.4 Elementos fundamentais na comunicação de más notícias.....	59
3.5 Reações emocionais na comunicação de más notícias	60
3.6 Limites éticos na comunicação de más notícias	62
3.7 Más notícias que não podem ser transmitidas	63
3.8 Dificuldades de comunicação de más notícias	64

3.9	Conhecimentos de protocolos facilitadores de comunicação de más notícias	65
3.10	Estratégias usadas na comunicação de más notícias.....	65
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
5.	CONCLUSÕES DO ESTUDO	72
	SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	74
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
	APÊNDICES E ANEXOS	80
	APÊNDICE I: Comunicação de más notícias	81
	APÊNDICE II: Pacemakers	82
	APÊNDICE III: Guia de orientação dos cuidados pré e pós cateterismo cardíaco	83
	APÊNDICE IV: Kits individuais de catástrofe	85
	APÊNDICE V: Guião da entrevista	86
	APÊNDICE VI: Consentimento informado, esclarecido e livre	87
	APÊNDICE VII: Parecer da comissão de ética.....	89
	ANEXO I: Pedido de autorização	90
	ANEXO II: Autorização do enfermeiro gestor	92
	ANEXO III: Autorização do diretor de serviço	93
	ANEXO IV: Comprovativo da submissão do artigo.....	94
	ANEXO V: Certificado de apresentação no evento LiveWell Talks.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	56
TABELA 2 Formação dos enfermeiros da amostra sobre comunicação de más notícias.....	57
TABELA 3 Perceção dos enfermeiros da amostra sobre o conceito de más notícias.....	59
TABELA 4 Perceção dos enfermeiros sobre os elementos fundamentais na comunicação de más notícias.	60
TABELA 5 Reações emocionais dos enfermeiros na comunicação de más notícias	61
TABELA 6 Perceção dos enfermeiros sobre os limites éticos na comunicação de más notícias	63
TABELA 7 Perceção dos enfermeiros sobre as más notícias que não podem ser transmitidas.....	64
TABELA 8 Dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias	65
TABELA 9 Conhecimento de protocolos facilitadores de comunicação de más notícias.....	65
TABELA 10 Estratégias usadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias.....	66
TABELA 11 Síntese das categorias e subcategorias que emergiram no estudo.....	68

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio II, que integra o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), do Instituto Politécnico de Bragança (IPB). A unidade curricular encontra-se dividida em duas partes: os estágios clínicos e o desenvolvimento do relatório final. O relatório inclui duas partes. A primeira está relacionada com a descrição dos estágios clínicos, das atividades desenvolvidas no decorrer dos locais de estágio e onde se faz uma análise crítica e reflexiva dos cuidados de enfermagem realizados no decurso do ensino clínico. A segunda parte corresponde ao estudo de investigação desenvolvido ao longo dos estágios, onde se descreve o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos, população e amostra, instrumento de colheita de dados, apresentação e análise dos resultados obtidos, seguidos pela discussão dos resultados e das conclusões do estudo.

Este relatório tem como objetivos: documentar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para um exercício autónomo como enfermeira especialista na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC); explicar como as experiências vividas no estágio clínico contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional, no que concerne à aquisição de competências especializadas na área de enfermagem à PSC e apresentar o trabalho de investigação desenvolvido ao longo dos estágios. Assim sendo, este relatório pretende expor o percurso realizado enfatizando os conhecimentos adquiridos, as principais atividades desenvolvidas, competências adquiridas e respetivas reflexões individuais.

Foi contemplado a realização de três estágios, cada um com 250 horas de carga horária em dois hospitais portugueses da região norte, nos períodos compreendidos entre 6 de maio e 12 de julho de 2024, 16 de setembro de 2024 a 22 de novembro de 2024 e 25 de novembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025, com duração total de 750 horas. Os estágios realizaram-se através da prática clínica supervisionada e proporcionaram um ambiente privilegiado para o desenvolvimento de competências que permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados centrados na PSC, nomeadamente através da reflexão crítica e na análise da prática clínica.

Importa ainda referir que este documento académico foi realizado de acordo com a 7ª edição das normas American Psychological Association (APA, 2020) e o acordo

ortográfico em vigor, excetuando as citações diretas de autores que não o tenham contemplado. Além disso, foi igualmente redigido de acordo com as orientações de elaboração de trabalhos escritos do IPB.

O enfermeiro é o profissional a quem se reconhece elevada competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados gerais ao cliente, família e comunidade (Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019). Assim, é fundamental que o enfermeiro aprofunde os conhecimentos num determinado domínio específico de enfermagem, demonstrando elevados níveis de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidas por um conjunto de competências especializadas num campo de atuação no qual se considera perito (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Dentro das competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), algumas das unidades de competência dizem respeito ao enfermeiro ser capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, ser capaz de gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. Relativamente aos critérios de avaliação destas unidades de competências, o EE em enfermagem à PSC, deve demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; demonstrar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC e/ou falência orgânica; iniciar a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação; reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica; seleccionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica; avaliar o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e

do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

As más notícias podem ser definidas como qualquer informação que afeta adversa e seriamente a opinião de uma pessoa sobre o seu futuro (Buckman, 1992). A comunicação de más notícias aos doentes e às famílias é uma das tarefas mais difíceis e desafiantes dos profissionais de saúde. É frequentemente vista como um acontecimento ou um momento em que os doentes e as suas famílias recebem informações médicas negativas sobre o diagnóstico, o tratamento ou o prognóstico (Alshami et al., 2020).

Assim, neste pressuposto, surge a pertinência da temática de investigação, desenvolvendo o trabalho de investigação centrado nas vivências dos enfermeiros de um serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal, na comunicação de más notícias ao doente e família em situação crítica.

Pelo exposto, o presente relatório segue uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva e é apresentado em 2 partes que dão resposta aos seus objetivos: Analisar os processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; e Apresentar os resultados de um estudo de investigação.

PARTE I- RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO:

PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO CLÍNICO

O estágio é um momento privilegiado no desenvolvimento de competências que permitem diferenciar os profissionais mais qualificados, com competências científicas, técnicas e relacionais, para um exercício autónomo, como EE numa determinada área clínica. Assim, o EE deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências no domínio específico da enfermagem para que possa desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção de forma a garantir uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença nessa área de atuação.

O principal objetivo do ensino clínico é desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC. Assim, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos que se pretendem refletir ao longo do presente relatório. Como objetivos gerais pretendo: caracterizar e descrever os locais de estágio quanto à sua estrutura e organização; analisar crítica e reflexivamente sobre o percurso realizado para o desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas e o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da PSC; e descrever e fundamentar as atividades realizadas para atingir os objetivos individuais e competências na área do EE em Médico-cirúrgica (MC).

Segue-se a caracterização e descrição dos locais de estágio quanto à sua estrutura e organização, que permitiram o contacto com distintos contextos clínicos, mas sempre com algo em comum, o doente crítico. Todos eles foram selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e preferências profissionais, nomeadamente todo o leque de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que potencialmente trariam. O primeiro foi o estágio de opção e decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), e os restantes dois são obrigatórios e decorreram num Serviço de Urgência (SU) e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

1.1. Estágio de opção -Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

A UCIC localiza-se no piso zero, numa instituição de saúde do norte de Portugal, numa cidade com cerca de 50 mil habitantes. Foi criada em março de 1995 com o objetivo de fornecer monitorização contínua e cuidados intensivos aos doentes que apresentam risco

de vida devido a problemas cardíacos agudos, nomeadamente: pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio (EAM) com supradesnivelamento do segmento ST; EAM sem supradesnivelamento do segmento ST; EAM com evolução < 48 horas, EAM com evolução > 48 horas, mas complicado; suspeita de EAM até esclarecimento do diagnóstico; Angina instável, disritmia grave, insuficiência cardíaca grave e/ou aguda, choque cardiogénico, entre outros.

A compreensão da organização, funcionamento e a dinâmica da equipa multidisciplinar, assim como a identificação da estrutura física e humana do serviço, a análise das normas, regulamentos e protocolos existentes são importantes para a adaptação a um serviço, na medida em que promove um melhor desempenho de funções e prestação de cuidados e permite estabelecer boas relações entre a equipa multidisciplinar, a PSC, familiares e cuidadores.

Dispõe de oito unidades de internamento: seis delas individualizadas por vidros e duas individualizadas por cortinas, voltadas para a sala principal reservadas sempre que possível para as pessoas que se encontrem numa situação mais instável uma vez que não têm paredes possibilitando a observação mútua e praticamente permanente, exceto quando se recorre ao uso das cortinas que existem entre as camas de forma a proporcionar privacidade em determinados momentos. Todas as unidades são equipadas com monitor eletrocardiográfico com sistema informatizado de recolha e monitorização de parâmetros vitais, máquinas perfusoras, sistema de oxigenoterapia, fonte de ar e sistema de aspiração de secreções. Pode fornecer suporte avançado de vida (SAV), ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI). Os doentes permanecem na unidade até que a sua situação clínica estabilize para que possam ser transferidos para um serviço de cardiologia menos invasivo.

Ao lado da sala principal, dividido por uma porta automática, situa-se o Laboratório de Arritmologia, Pacing e Eletrofisiologia (LAPE), que também tem acesso a um corredor geral do hospital e onde pode realizar um turno para observar a dinâmica de trabalho. Aqui, procede-se à implantação de Pacemaker definitivo, Cardioversor-Desfibrilhador Implantável (CDI) e Dispositivo de Ressincronização Cardíaca (CRT), substituições de gerador, Estudos Eletrofisiológicos (EEF) em ambiente do bloco operatório em todas as suas especificidades. Neste laboratório estão alocados um enfermeiro para o bloco e outro para o recobro, um assistente operacional, um médico cardiologista, um técnico de cardiopneumologia e um técnico de raio X.

O Laboratório de Hemodinâmica (LH), desempenha um papel importante no diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, permitindo intervenções minimamente invasivas e precisas. Pode assistir a cateterismos cardíacos (CC) programados e a angioplastias primárias em PSC, com EAM com elevação do segmento ST e acrescentar conhecimentos de anatomia e fisiologia coronária. Pode ainda ter contacto com o mais recente dispositivo de assistência circulatória, o Impella, bem como o balão intra-aórtico (BIA). Estes procedimentos reduzem a necessidade de cirurgia cardio-torácica e oferecem benefícios aos doentes como, tempos de recuperação mais rápidos e menor risco de complicações.

Trata-se de uma unidade de nível III, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1 enfermeiro para 2 doentes, cumprindo as dotações seguras.

O método de trabalho desenvolvido na organização dos cuidados de enfermagem, é o individual, isto é, o enfermeiro presta todos os cuidados necessários ao doente, no entanto, esta metodologia não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa. É obrigatório que cada enfermeiro conheça a situação clínica dos restantes doentes, pelo que na passagem de turno é coletiva.

O plano de distribuição de trabalho é elaborado todos os turnos pela enfermeira gestora e pelos responsáveis de turno na ausência da mesma.

Relativamente ao horário das visitas na unidade, este faz-se em três tempos, das 13 às 14 horas, das 15:30 às 16:30 horas e das 19 às 20 horas. O número de visitas estipulado é dois por doente, 30 minutos cada, um de cada vez. Sempre que possível, o enfermeiro responsável pelo doente acompanha a visita, explica e solicita a desinfeção das mãos e faz uma explicação sucinta da organização do serviço e da situação clínica do doente, abrindo caminho para estabelecer uma relação de confiança com os familiares.

Relativamente ao estágio clínico nesta unidade, as condições mais comuns observadas foram: EAM com supradesnivelamento do segmento ST, EAM sem supradesnivelamento do segmento ST, angina instável, fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, insuficiência cardíaca grave e/ou aguda, choque cardiogénico, derrame pericárdico, entre outros. Pode prestar os cuidados necessários aos doentes que padeciam destas patologias e pode participar nos cuidados pré e pós cateterismo cardíaco, pré e pós implantação de dispositivos cardíacos, estudos eletrofisiológicos, colaborei, juntamente com a equipa médica na colocação de cateteres venosos centrais (CVC), linhas arteriais (LA), prestei

cuidados a doentes portadores de Impella e BIA, aprofundei conhecimentos e manuseei aparelhos de VNI e de alto fluxo e participei em SAV.

Nesta unidade existem protocolos que são cumpridos rigorosamente no sentido de prevenir infeções, nomeadamente as associadas ao CVC, CV, ferida cirúrgica entre outros. De referir que as feridas cirúrgicas mais frequentes neste serviço são as relacionadas com os dispositivos cardíacos implantados (Pacemaker, CDI e CRT). Outros protocolos em vigor são do acolhimento do doente no serviço, colheita de hemoculturas, protocolos de colheitas de sangue para doentes coronários e não coronários, entre outros.

A formação é extremamente importante neste serviço. Esta é realizada mensalmente e é de carácter obrigatório. É um momento de partilha de conhecimentos e de atualização dos mesmos. Geralmente apresentam-se temas importantes ou casos clínicos e são apresentados ao serviço de forma a manter os conhecimentos atualizados de acordo com a mais recente evidência científica.

Na área da gestão acompanhei a enfermeira responsável, na gestão dos recursos humanos e materiais do serviço, uma função bastante complexa devido à diversidade de materiais utilizados na UCIC bem como no LAPE. Relativamente aos recursos humanos, a enfermeira gestora de modo a garantir as dotações seguras, tenta sempre ter um EE por turno na UCIC, outro no LAPE e outro no recobro do LAPE, mas nem sempre é possível devido a ausências de profissionais ou a trocas de horário.

Por último, na Reabilitação Cardíaca acompanhei os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação nas fases I e II da reabilitação cardíaca. A fase I inicia-se nas primeiras 12-24 h após EAM (Gomes, 2013) e a fase II inicia-se o mais precocemente possível após a alta hospitalar, 1 a 3 semanas (Gomes, 2013), e tem duração variável entre 8-12 semanas, podendo prolongar-se até aos 6 meses ou 1 ano, quando necessário. Existe também uma fase III, fase de manutenção (compreende o resto da vida do doente fora do contexto hospitalar) denominada de pós-convalescença ou comunitária.

Este estágio clínico proporcionou múltiplas experiências enriquecedoras e oportunidades de aprendizagem que me permitiram adquirir competências para a prestação de cuidados à PSC e/ou falência orgânica.

1.2. Serviço de Urgência

Os SU são serviços multidisciplinares e multifuncionais que têm o objetivo de prestar cuidados de saúde em todas as situações enquadradas na definição de urgência e emergência.

Segundo o despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto considera-se a existência de 3 tipologias de serviços de urgências, por ordem crescente de recursos e de capacidades de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Este último, é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e oferece resposta de proximidade à população da sua área. Tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitam de atendimento imediato em meio hospitalar sendo muitas vezes o primeiro contato da PSC com os serviços de saúde.

A abordagem do doente urgente e emergente no SU assenta em 5 pilares essenciais: pré-hospitalar, triagem de prioridades, vias verdes, sala de emergência (SE) e sala de observações (SO) com monitorização invasiva.

O SU onde decorreu o estágio clínico encontra-se integrado no Departamento de Urgência e Emergência e encontra-se situado no edifício central da ULS ao lado do serviço de imagiologia e laboratório clínico tendo acesso rápido a outros serviços através de um longo corredor e elevadores. Este SU é dotado de meios materiais e humanos que garantem a prestação de cuidados 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Integra também uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), constituída por um enfermeiro e um médico com formação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com o objetivo de prestar cuidados pré-hospitalares.

Relativamente à estrutura física o serviço é composto por uma área de admissão, sala de espera, sala de triagem, gabinetes médicos, área de tratamentos, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, gabinetes de medicina interna, gabinetes de registos de enfermagem, stock de farmácia, sala de observações, zona de sujos, armazém, gabinete do enfermeiro chefe, copa do pessoal, casas de banho dos utentes e do pessoal e a área de atendimento de doentes pouco urgentes independentes ou em cadeira de rodas.

Os recursos humanos são compostos por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, médicos das diversas especialidades, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais, administrativos, assistente social, relações-públicas e segurança. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é composta por 67 enfermeiros, dos quais 32 são especialistas na área MC e cumprem um plano de trabalho diário realizado pelo enfermeiro gestor, em colaboração com o enfermeiro coordenador da equipa, distribuídos pelas diferentes áreas do SU: triagem, área médica, área cirúrgica, SE, sala de decisão clínica, SO e área de atendimento de doentes pouco urgentes independentes ou em cadeira de rodas. Devido à distribuição das áreas físicas e à presença de várias seções, o método de trabalho é essencialmente à tarefa.

Para otimizar a gestão dos serviços farmacêuticos o SU está equipado com dois sistemas Pyxis medStation®.

Este SU recebe doentes vindos de uma vasta área geográfica de um distrito da região norte do país, por conta própria, ou acompanhados por ambulâncias dos bombeiros, INEM, ou através de encaminhamentos da Saúde 24, centros de saúde da ULS e outras unidades hospitalares, sejam públicas ou privadas.

À chegada ao SU dão entrada pela área de admissão onde é efetuada a ficha do utente e a sua identificação, passando para a sala de triagem onde ocorre o primeiro contato com o enfermeiro e onde é atribuída uma prioridade utilizando o sistema de triagem de Manchester. Cada pessoa recebe uma pulseira com a sua identificação e a cor que representa a sua prioridade. O objetivo da triagem é criar um sistema eficiente e direcionar o utente ao nível adequado de atendimento e os recursos corretos no menor tempo possível. Esta é efetuada por um profissional com formação profissional específica e abrangente no que requer a tomada de decisões e a necessidade do doente para estabelecer prioridades, mantendo a consciencialização sobre condições patológicas potencialmente fatais.

A sala de emergência é o local para onde são encaminhados os utentes emergentes e que se encontrem em situação crítica onde existem 4 boxes estando equipadas para tratar uma variedade de situações quer do foro médico como trauma.

A sala de observações é o local equipado de meios humanos e físicos para utentes que necessitem de monitorização contínua ou patologias que exigem uma vigilância permanente. É composta por 9 camas com monitorização por telemetria.

Neste serviço de urgência estão implementadas 4 vias verdes: a via verde trauma, via verde Sépsis, via verde Coronária e a via verde AVC. A sua ativação é realizada pelo enfermeiro da triagem aquando da passagem dos utentes por esta sala. Após a sua ativação os utentes são encaminhados para o serviço específico seguindo o protocolo respetivo para cada uma das vias verdes. Estas podem também ser ativadas no extra-hospitalar ou mesmo a posteriori após avaliação e atendimento clínico. O principal objetivo das vias verdes é melhorar a qualidade dos cuidados prestados, garantir acesso rápido a cuidados especializados, especialmente em situações identificadas precocemente.

No que diz respeito ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), sempre que se suspeitar do diagnóstico, face aos sinais como dificuldade na fala, desvio da comissura labial e fraqueza em pelo menos um dos membros do corpo, a via verde deve ser imediatamente ativada. A equipa da via verde AVC, é constituída por médicos especializados em medicina interna ou neurologia, experientes no diagnóstico e tratamento do AVC, utilizando para isso escalas neurológicas como a National Institutes of Health Stroke Scale (NISHSS), interpretação de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Tomografia Axial Computorizada (TAC), tomada de decisões terapêuticas (terapia fibrinolítica ou endovascular) e prescrição e monitorização de tratamentos.

Relativamente à Via Verde Coronária, sempre que um doente apresente dor torácica, deve ser realizado uma eletrocardiograma simples de 12 derivações. Através deste exame se, se identificar supradesnivelamento do segmento ST em pelo menos duas derivações precordiais contíguas ou dos membros adjacentes; depressão do segmento ST em pelo menos duas derivações e bloqueio completo do ramo esquerdo de novo, ou presumivelmente de novo, deve ser ativada a Via Verde Coronária, constituída por um médico de medicina intensiva e um cardiologista que irá decidir o tratamento da pessoa. Se se confirmar um EAM com supradesnivelamento do segmento ST, é ativada a equipa de hemodinâmica para realização de CC para confirmação do diagnóstico e possível tratamento.

Em relação à Via Verde Trauma, esta consiste num conjunto de recursos e profissionais com o objetivo de garantir acesso imediato a cuidados de saúde para utentes com lesões graves. A equipa de trauma é liderada por um chefe e é composta por vários médicos e outros profissionais de saúde. É responsável pela avaliação inicial da vítima de trauma, avaliação subsequente, decisão sobre a necessidade de transferência da pessoa para um

centro de trauma mais especializado e, se necessário coordena a transferência em colaboração com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), após a estabilização inicial e medidas de controle de danos requeridas. É fundamental que os SU sejam informados o mais precocemente possível sobre a chegada de um politraumatizado, sendo que este contato seja estabelecido assim que a decisão de transporte for tomada pela equipa do pré-hospitalar e pelo CODU. O médico dos cuidados intensivos é responsável pela gestão da ventilação, apoio hemodinâmico, intervenções invasivas para controlar a circulação, coordena a transferência para a unidade de cuidados intensivos, participa no planeamento do diagnóstico e tratamento a curto e médio prazo e colabora com a equipa multidisciplinar de trauma (DGS, Norma 012/2022, Via Verde do Trauma no Adulto).

O principal objetivo de ativação da via verde trauma é que sejam identificadas de forma rápida e eficaz todas as vítimas com lesões graves garantindo que estas sejam avaliadas o mais rapidamente possível por uma equipa especializada para aumentar as hipóteses de sobrevivência. A abordagem inicial baseia-se no protocolo ABCDE onde além da monitorização, são realizados procedimentos padrões, colheitas de sangue para análise e realização de exames de imagiologia. Estes procedimentos visam, confirmar o diagnóstico e identificar situações que possam levar a uma rápida deterioração do estado de saúde e exigir tratamento imediato.

Por fim, na Via Verde Sépsis encontram-se definidas regras de ativação de forma a orientar os enfermeiros na triagem dos doentes. Estas regras são divididas em 2 grupos: sinais de presunção de infeção e de inflamação sistémica. A ativação da Via Verde Sépsis é realizada quando pelo menos um critério de cada grupo está presente. O grupo da presunção de infeção inclui sinais como febre ($>38,3^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$), cefaleias, confusão, dispneia, icterícia, dor abdominal, sintomas urinários, lombalgias e sinais cutâneos inflamatórios. O grupo da inflamação sistémica inclui sinais como confusão, taquicardia, aumento do tempo de preenchimento capilar e taquipneia (DGS, Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde Sépsis no Adulto). A norma define também critérios de exclusão como a gravidez, insuficiência cardíaca descompensada, síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral agudo, hemorragia digestiva ativa, asma grave, doentes com politraumatismo, grandes queimados e aqueles que não são candidatos a terapias de suporte orgânico.

No primeiro contato com utente em contexto de urgência é necessária e essencial uma abordagem primária e secundária de forma a fornecer ao profissional uma abordagem metódica para ajudar a identificar e a priorizar as necessidades do utente. A avaliação primária deve ser realizada o mais rapidamente possível de modo a identificar problemas potencialmente fatais. Se forem identificadas condições que apresentem ameaça imediata à vida devem ser tomadas as respetivas medidas de correção. A avaliação secundária consiste numa verificação sistémica, breve e completa, projetada para identificar todas as lesões.

É importante salientar que a filosofia de atendimento em urgência/emergência é uma prática dinâmica e progressiva que lida com utentes instáveis sem diagnóstico e situações inesperadas, por isso é necessário cada vez mais existirem equipas formadas e especializadas.

1.3. Serviço de Medicina Intensiva

A medicina intensiva é uma área sistémica e diferenciada das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, iminente(s) ou estabelecida(s). Os SMI assumem a responsabilidade por todas as decisões alusivas aos doentes que lhe são confiados, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação de doente e família na definição da estratégia terapêutica (Despacho n.º 9715/2020; p.21).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2003), uma unidade de cuidados intensivos é definida como sendo um conjunto integrado de componentes técnicos, físicos e humanos especializados capazes de monitorizar, tratar e cuidar de doentes em estado crítico, com falência (ou eminência de falência) de funções orgânicas vitais, potencialmente reversíveis, através de técnicas de suporte avançado de vida durante 24 horas por dia. São unidades equipadas com equipas altamente especializadas e diferenciadas, monitorização

e equipamentos avançados para responder às necessidades dos doentes em situação crítica.

O estágio clínico decorreu no SMI de uma ULS de uma região do Norte de Portugal no período de 25 de novembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025, perfazendo o total de 250 horas. A escolha deste campo de estágio foi influenciada e motivada pelo interesse pessoal e profissional, pela procura contínua de novos saberes e pela oportunidade de puder prestar cuidados na área do doente crítico com falência e/ou eminência de falência orgânica.

Este serviço iniciou o seu percurso em 2001 com a criação de uma unidade de cuidados intermédios, evoluiu para unidade do doente crítico em 2009 e posteriormente em novembro de 2013 obteve a idoneidade por parte do Colégio de Subespecialidade em Medicina Intensiva. A 25 de setembro de 2015, foi inaugurado o novo espaço da unidade de medicina intensiva. As novas instalações foram ocupadas em novembro de 2015, com um espaço completamente renovado. Neste contexto houve um reforço do número de camas e da equipa multidisciplinar.

O SMI situa-se no rés-do-chão do edifício central da unidade hospitalar. É um serviço dotado de autonomia técnica, material e recursos humanos próprios, capacitados para prestar cuidados de saúde diferenciados a doentes críticos com níveis elevados de qualidade e eficiência. É um espaço renovado com capacidade para 18 camas, das quais 4 são destinadas a isolamentos, encontrando-se separadas por vidros. Relativamente à estrutura física, o SMI é constituído por: gabinetes de enfermagem, gabinetes médico, copa, casa de banho para funcionários, sala de consumíveis de uso clínico, sala de armazenamento de roupa, sala de armazenamento de equipamentos, sala de sujos e local para máquina de gasometria.

Os doentes encontram-se alocados nas duas salas principais designadas por laranja e azul. Estão dispostas e estruturadas em espaço aberto, garantindo a privacidade dos doentes através da existência de cortinados. Apresentam centrais de monitorização de forma a facultar vigilância direta e contínua dos doentes internados. Todas as unidades são equipadas por uma cama hidráulica/elétrica, uma estrutura metálica com dois braços, o direito com suporte para equipamentos de perfusão, o do lado esquerdo com dois suportes para monitor e ventilador, assim como os sistemas de gases e vácuo. Possui ainda uma gaveta onde podem ser guardados acessórios da via aérea; um sistema de monitorização

cardíaca e hemodinâmica; um carro de apoio (colocação de material necessário, estando a parte de cima destinada à preparação de terapêutica); outro carro de apoio destinado à prestação de cuidados, com gaveta (armazenamento de cremes e material de higiene oral); seringas e bombas perfusoras de acordo com as necessidades do doente e balcão de trabalho com computador, processo do doente e folhas de registos. O material colocado em cada unidade do doente deve atender às necessidades do doente para cada turno e início (até duas horas) do turno seguinte. Em ambas as salas há uma área dedicada ao armazenamento de material essencial para a prestação de cuidados. É nessa área que se encontram os ventiladores de reserva e de transporte e o equipamento de diálise. Cada sala conta com um sistema Pyxis medStation® e um espaço para stock de soros e alimentação entérica e parentérica.

Para o regular o funcionamento do SMI, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes setores profissionais, constituindo a equipa multidisciplinar. Esta é constituída por: médicos de diversas especialidades, enfermeiros generalistas e especialistas, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos.

No SMI, o número de enfermeiros é variável e adaptado ao nível de cuidados necessários. De acordo com a Norma 743/2009 relativa ao Cálculo das Dotações Seguras de Cuidados de Enfermagem, nas unidades de nível III, a relação deve ser de um enfermeiro para um doente, recomendando que 50% da equipa de enfermagem sejam especialistas em enfermagem médico cirúrgica (EMC). Para unidades de nível II, a proporção é de um enfermeiro para dois doentes e para unidades de nível I, a proporção é de um enfermeiro para três doentes. Assim, posso confirmar que este SMI cumpre as dotações seguras preconizadas.

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, o método de trabalho utilizado é o individual, isto é, o enfermeiro presta todos os cuidados necessários ao doente. A utilização desta metodologia não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa. É obrigatório que cada enfermeiro conheça a situação clínica dos restantes doentes, pelo que na passagem de turno devem estar todos os enfermeiros presentes.

O plano de distribuição de trabalho é elaborado diariamente pela enfermeira chefe e pelos responsáveis de turno na ausência da mesma ou por delegação.

Relativamente ao horário das visitas na unidade, este faz-se em dois tempos, das 15 às 16 horas e das 18 às 20 horas. O número de visitas estipulado é quatro por doente, podendo

entrar duas pessoas ao mesmo tempo. Quando ocorre a primeira visita dos familiares, estes são recebidos pelo enfermeiro responsável pelo doente onde este faz uma apresentação sucinta do ambiente físico e humano da unidade e explica todos os cuidados associados ao controlo de infeção que devem ser respeitados. Este momento ajuda a estabelecer uma relação de confiança com os familiares e ajuda a minimizar os medos e inseguranças.

A admissão do doente no SMI obedece a alguns critérios nomeadamente, falência respiratória, falência hemodinâmica, pós-operatório e politraumatizados não neurocirúrgicos com complicações respiratórias ou hemodinâmicas, intoxicações graves, doença coronária aguda. O SMI recebe doentes adultos referenciados da sala de emergência; das vias verdes Sepsis, AVC e Trauma; do bloco operatório; de serviços de internamento hospitalar (através da emergência interna), assim como de outras unidades hospitalares do serviço nacional de saúde.

Relativamente ao estágio clínico as condições mais comuns observadas foram: choques sépticos com disfunção multiorgânica, colecistites, perfurações de víscera oca, pneumonias associadas a infeções respiratórias e traumas provocados por acidentes de viação. Neste SMI existem protocolos que são cumpridos rigorosamente no sentido de prevenir infeções associadas a tubos endotraqueais (TOT), cateteres venosos centrais (CVC), cateteres vesicais (CV), ferida cirúrgica entre outros.

Este estágio clínico proporcionou múltiplas experiências e oportunidades de aprendizagem que me permitiram adquirir competências para a prestação de cuidados à PSC e/ou falência orgânica.

Seguidamente, irei fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios clínicos e desenvolvimento de competências comuns do EE como indicadas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, bem como das competências do EE em EMC, na área de enfermagem à PSC, de acordo com o preconizado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO CLÍNICO

Os cuidados de saúde e naturalmente, os cuidados de enfermagem, apresentam hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a maioria das profissões na área da saúde. O estágio clínico do Mestrado em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (MEPSC) tem como principal objetivo a aquisição das competências EE, na área da PSC.

O Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, refere que

a área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) tem como alvo a PSC. Entende-se que 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. Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados 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.

Segundo o regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Com as alterações do presente estatuto, introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, o estatuto da OE passou a reconhecer, no artigo 40.º, o título de EE em EMC. A especialidade de EMC encontrava-se dividida em quatro áreas: enfermagem à PSC, enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. No entanto, a OE aprovou o novo regime das áreas de especialidade em enfermagem, homologado pelo Ministério da Saúde e publicado em Diário da República no Regulamento n.º 395/2025 de 24 de março, consolidando o reconhecimento da diferenciação profissional. Assim, a enfermagem à PSC passa a ser uma especialidade individual e única.

A atribuição do título de EE pressupõe, para além do desenvolvimento das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que se encontram descritos no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

Assim, tendo por base o exposto e os objetivos delineados para os estágios clínicos, farei uma reflexão sobre o meu percurso em estágios, descrevendo os cuidados especializados de enfermagem prestados e observados que, juntamente com a minha experiência profissional, contribuíram para o desenvolvimento das competências exigidas pela OE.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do EE, descritas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, são competências partilhadas por todos os enfermeiros e especialistas independentemente da sua área de especialização. Envolvem as dimensões da educação, de orientação, de aconselhamento, de liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Ainda de acordo com o referido regulamento entende-se por competências comuns

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4744).

Independentemente da área de especialidade, o supracitado regulamento determina que o EE deve possuir conhecimentos, habilidades e atitudes que lhe permitam o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade e exigência nos diversos domínios das Competências Comuns do EE, sendo eles: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (p.4746) descreve as seguintes competências:

- “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;
- “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

A profissão de Enfermagem, rege-se pelo direito de cuidar. Segundo Thompson et al (2004, p.110) “o dever legal do cuidar dos enfermeiros (...) deriva da natureza do contrato implícito ou real entre os prestadores de cuidados e aqueles de quem eles cuidam ou que lhes confiaram as suas vidas. (...) O não cumprimento do dever de cuidar enquanto profissionais não só pode ser moralmente condenável por quebra de confiança, como alvo de um processo judicial”. Então, este direito implícito acarreta também deveres. Os deveres que estão relacionados com a responsabilidade de proteger o outro física e psicologicamente, o respeito pela individualidade humana e o sigilo profissional. A prática profissional que se baseia numa conduta ética e deontológica é uma competência comum da profissão de enfermagem, de modo que todos os cuidados de enfermagem respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim dignidade da vida humana (Vieira, 2013).

Assim, no que diz respeito a este domínio, é exigido ao enfermeiro que realize o seu exercício profissional de uma forma segura e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e uma prática que respeita os direitos humanos.

A minha capacidade de tomada de decisão foi desenvolvida através de conversas com os enfermeiros orientadores e profissionais da equipa multidisciplinar, baseando-me no conhecimento do domínio ético, deontológico e jurídico e na avaliação sistemática das melhores práticas, com o intuito de fundamentar as decisões tomadas. Tomei decisões de forma autónoma, a partir de um amplo leque de opções que por vezes surgiram, cumprindo sempre as normas institucionais que, por sua vez, se regem pelas normas da DGS e tendo sempre em conta as mais recentes evidências científicas.

Considerarei ter ajudado na estabilização clínica e tratamento dos doentes que me foram atribuídos. Importante dizer que todas as tomadas de decisão respeitaram a

individualidade de cada PSC e supuseram sempre uma partilha com a equipa multidisciplinar, conseguindo também “aliviar o esforço de trabalho”.

Procurei sempre, prestar cuidados de forma individualizada e com empatia. Esta é uma competência individual que me permite melhorar os cuidados prestados diariamente, o entendimento e a compreensão através da capacidade de me colocar no lugar dos outros. Através da empatia é possível fortalecer a relação entre o enfermeiro e o doente, promovendo um cuidado mais humanizado, individual e eficaz. Contribuí para melhorar a comunicação e ajudar a construir uma relação de confiança, melhorar o bem-estar do doente e satisfação dos cuidados prestados.

Neste domínio enquadra-se também o direito da PSC, família ou por quem a represente, a escolha e a autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde. O consentimento informado reconhece a capacidade e o direito de cada pessoa decidir por si próprio, de forma livre, informada e consciente, sobre o seu estado de saúde e sobre os cuidados que pretende ou não receber. Para a proteção dos direitos humanos e da dignidade de cada pessoa, pretendi promover o exercício pleno da autonomia individual e respeitar o princípio da autodeterminação da PSC, nas situações em que a pessoa se encontrava mais fragilizada devido à sua situação clínica. Ressalvo duas situações, que assisti durante o estágio clínico, em que o consentimento da PSC foi presumido. Foi o caso de uma doente que entrou eletivamente para o LAPE para realizar Isolamento das Veias Pulmonares (IVP) e que no pós-procedimento desenvolveu um tamponamento cardíaco com choque cardiogénico, ficando instável, tendo sido imediatamente submetida a pericardiocentese. Outra situação diz respeito a um doente que deu entrada na SE por um bloqueio auriculoventricular (BAV), com frequência cardíaca inferior a 30 batimentos por minuto, sem resposta à isoprenalina, e foi submetido imediatamente à implantação de pacemaker provisório.

O direito à informação é extremamente importante para que os cuidados de saúde sejam prestados em conformidade com o direito à autodeterminação, pois sem informação adequada, o consentimento mostra-se completamente comprometido (OE, 2012). Situações como: a necessidade de implantação de Pacemaker provisório, a realização de CC emergente, trombólise, que eram potencialmente comprometedoras para a PSC, pressupuseram uma explicação e compreensão quanto ao que se pretendia fazer, o modo de atuação, o motivo e os resultados esperados. A informação necessária ao consentimento informado para atos médicos foi prestada pelo médico, no entanto,

assegurei o respeito pelo direito da PSC quando informei sobre a sua situação de saúde, os seus direitos, os riscos e benefícios sobre a assistência da enfermagem.

Outro aspeto ético que mereceu a minha reflexão, está relacionado com o prestar informações, pelo telefone, a familiares e conhecidos. Prestar informações, via telefone, acerca dos doentes internados, levanta questões éticas e deontológicas ao nível do dever de sigilo, do segredo profissional, da confidencialidade e partilha de informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Por outro lado, ao recusar fornecer informações, coloca-se em causa o dever de informação, em especial no que diz respeito a informar a família, acerca dos cuidados de enfermagem e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito em matéria de cuidados de enfermagem (OE, 2012). A separação física entre o enfermeiro e o familiar não permite confirmar quem se encontra do outro lado da linha telefónica nem avaliar a compreensão e interpretação do que é dito. Como forma de garantir os pressupostos éticos e deontológicos nestas situações abstive-me de fornecer informações relevantes da PSC ou dos cuidados de enfermagem, disponibilizando-me, contudo, para o fazer presencialmente.

A confidencialidade de toda a informação (escrita e oral) clínica da PSC e elementos identificativos que lhe dizem respeito, são um direito consagrado na legislação portuguesa e que sempre respeitei.

A privacidade na prestação de todo e qualquer ato de enfermagem à PSC é um dos direitos que nos obriga ao respeito pelo pudor, a privacidade e a intimidade da mesma, inclusive nas situações de morte e pós-morte. Tenho de salientar a dificuldade que o SU exige aos profissionais de saúde no sentido de manter a privacidade e a intimidade do doente. Tenho de referir que quer no SMI como na UCIC este ponto era relativamente simples de se fazer cumprir pois o doente encontra-se num espaço físico delimitado que lhes permite sentir conforto e privacidade. Para mim o desafio foi respeitar este direito no SU. No entanto procurei sempre, juntamente com a equipa multidisciplinar, não causar sentimentos de desumanização e despersonalização. Tive sempre o cuidado de manter a intimidade e a privacidade dos doentes usando cortinas, biombos, cobrindo partes do corpo que não necessitam ficar expostas durante um procedimento e solicitei que familiares ou visitas se retirassem durante a prestação de cuidados.

A minha abordagem pessoal e prática clínica baseia-se numa maior atenção e sensibilidade aos direitos individuais de cada pessoa. Considero essencial reconhecer e respeitar os direitos dos outros, mesmo quando os seus valores diferem dos meus. Tenho consciência de que as minhas crenças e valores podem não ser as mesmas que as dos doentes e das suas famílias, e, por isso, procuro manter uma atitude profissional equilibrada, garantindo um cuidado individual e personalizado.

Um grande desafio para todos os profissionais de saúde e instituições de saúde é a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados. Estes podem ter graves consequências para a PSC e sendo esta uma temática à qual sou sensível, fomentei nas equipas por onde passei a adoção de medidas apropriadas à diminuição destes riscos. Através do programa de acreditação hospitalar, Joint Commission International (JCI), existem normas institucionais que podem ser adotadas para a notificação de eventos adversos como um indicador para a gestão da qualidade, em todos os serviços, garantindo deste modo a segurança do doente e dos profissionais de saúde envolvidos.

Durante os estágios clínicos, desenvolvi um conjunto de competências, que me conferiram o dever na prevenção de incidentes, identificar e fazer a gestão de riscos para cada PSC internada. Tendo em conta as metas internacionais de segurança e juntamente com o objetivo de reduzir a exposição dos doentes a eventos adversos na área da saúde, desenvolvidas pela JCI, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a identificação da PSC é a meta que se inicia no momento da admissão da mesma. A minha primeira abordagem à PSC foi confirmar os dados de identificação e colocar a pulseira que lhe foi atribuída na triagem com o nome completo e data de nascimento. Uma identificação incorreta pode resultar na troca de tratamentos invasivos e potencialmente perigosos como transfusões de hemoderivados, exames complementares de diagnóstico, análises clínicas, intervenções cirúrgicas ou medicação. A confirmação da presença de pulseira de identificação com os dados corretos foi uma constante ao longo dos estágios clínicos assim como a confirmação da identidade da PSC antes de qualquer procedimento.

Outra meta de extrema importância e fundamental para proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade é a comunicação efetiva e as habilidades para levar a cabo a comunicação interpessoal. Segundo Pereira et al. (2013), a comunicação é um instrumento fundamental no dia a dia do trabalho do enfermeiro quer no cuidado ao paciente e a respetiva família, quer no contato com a restante equipa de trabalho, influenciando bastante a qualidade dos cuidados prestados. As informações devem ser

completas e claras pelo que devemos ouvir atentamente, anotar e repetir, para garantir a efetividade da comunicação e registar no processo todas as informações necessárias acerca da PSC.

Durante os períodos de estágio clínico, a minha prestação foi caracterizada pela assertividade. Diante de ambientes e equipas diferentes, com doentes que apresentavam necessidades específicas às quais, muitas vezes, não tinha uma solução imediata, precisei de me esforçar ainda mais. No entanto, à medida que o tempo passava, fui ganhando mais confiança e desenvolvendo as minhas competências e aptidões, o que resultou numa clara evolução no meu processo de aprendizagem.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (p.4747) estão consagradas três competências relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade:

- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;
- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”;
- “Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Faz parte das competências do EE “reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p.4747).

Segundo Bastos & Saraiva (2010), a melhoria contínua de qualidade de cuidados é possível de quantificar e qualificar graças à existência de inúmeras ferramentas que se aplicam às organizações de saúde. Estas exigências vão ao encontro das orientações do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS, que coordena a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Assim, todas as organizações de saúde implementaram um Programa Nacional de Acreditação em Saúde (DGS, 2014). Este programa é baseado nas características do sistema de saúde português e num modelo sustentável e tem como principais objetivos, reconhecer e potenciar a segurança e qualidade da prestação dos cuidados de saúde, garantindo os direitos de todos os cidadãos. O indivíduo ocupa o lugar

central do sistema de saúde, que leva os profissionais de saúde, durante todo o processo de acreditação dos serviços, a trabalhar para a melhoria contínua em todas as dimensões da qualidade em saúde (DGS, 2014). A criação de sistemas de qualidade torna-se imprescindível para a área da saúde e cada organização dedicada a esta área, prioriza a sua utilização, o que permite a definição de padrões de qualidade, segurança e gestão de risco (OE, 2001).

A qualidade dos serviços de saúde é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam. Assim sendo, além de ser uma exigência legal da profissão, faz parte de todos os cuidados em saúde e como tal da prática diária em enfermagem. Não obstante, a qualidade dos serviços de saúde pode variar de acordo com a região e recursos disponíveis para a prestação de cuidados. É importante considerar medidas objetivas como a taxa de sucesso dos procedimentos, bem como experiências subjetivas dos doentes para uma avaliação completa.

Uma das instituições que avalia a qualidade dos serviços hospitalares, a JCI, recomenda que existam ferramentas para medir e monitorizar a performance das instituições hospitalares ao mesmo tempo em que se faz uma análise crítica sobre a mesma.

Neste âmbito, a OE possui o regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (PQCE) em EPSC onde estão definidos enunciados descritivos, que estabelecem a base padronizada da qualidade dos cuidados, que todos os EE nesta área devem respeitar no exercício da sua profissão, sendo eles: a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2011). São diretrizes fundamentais para garantir a excelência e o cuidado adequado. Este documento fundamenta a nossa reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do exercício profissional, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados. Como tal, procurei sempre promover um ambiente terapêutico seguro, tendo por base os procedimentos, normas e protocolos de cada serviço que integrei.

Ao longo do ensino clínico, que decorreu em três serviços diferentes, tive sempre o cuidado de me integrar em todos os projetos envolvidos na melhoria de qualidade. A melhoria contínua da qualidade em saúde é um processo constante de aperfeiçoamento dos serviços de saúde, no sentido de proporcionar um atendimento mais seguro e centrado

no utente. Envolve a implementação de normas, ferramentas e metodologias com o objetivo de identificar e corrigir problemas, reduzir riscos, aumentar a eficiência e melhorar o cuidado aos utentes e a sua segurança bem como a segurança dos profissionais de saúde.

Uns dos aspetos a ter em conta relativamente à segurança, são os registos de enfermagem. São de extrema importância na medida que permitem documentar e analisar o sucedido com o doente, garantindo a gestão e a continuidade dos cuidados que lhe são prestados e como tal foi alvo de atenção ao longo do ensino clínico.

Outro ponto importante neste domínio é a formação em serviço que se por um lado permite o aprofundamento dos conhecimentos dos elementos que a realizam acerca de um determinado tema, por outro lado, permite a partilha desse mesmo conhecimento com a restante equipa. É essencial para atualizar conhecimentos e aprimorar as técnicas dos profissionais, mantendo-os alinhados com as mais recentes práticas e avanços científicos. Nesta perspetiva, considero uma área muito importante em que o enfermeiro especialista pode e deve intervir, potenciando as capacidades e competências individuais de cada um, promovendo a partilha de conhecimentos com a equipa através da formação em serviço. Neste sentido, desenvolvi uma formação em serviço na UCIC relativamente à Comunicação de Más Notícias (Anexo I), uma formação sobre Pacemakers (Anexo II) no SU e um guia de orientação sobre os Cuidados pré e pós CC (Anexo III) no SMI.

Ao longo ensino clínico fui aplicando as escalas em vigor nos respetivos serviços, considerando que o seu uso contribui para a melhoria contínua dos cuidados prestados, pois permite uma avaliação diária e uma monitorização para posterior avaliação e conclusões. Uma meta da JCI é a avaliação do risco de queda através de por exemplo, a escala de Morse. Esta escala permite avaliar e monitorizar o risco de queda, sendo considerada também um dos indicadores importantes quando se fala em melhoria contínua da qualidade. Possui 6 critérios de avaliação para risco de queda e classifica o risco de queda em: baixo, médio e alto. Tendo em conta o resultado obtido através da aplicação da escala, é possível implementar medidas de segurança nomeadamente baixar as camas e levantar as grades, informar o doente para chamar quando necessário ou tocar à campainha e realizar uma vigilância mais apertada no caso de doentes confusos.

Outro risco considerado para a PSC é o desenvolvimento de úlceras por pressão. Assim, foi também aplicada diariamente a escala de Braden com o objetivo de avaliar aspetos

relativamente à formação de úlceras, permitindo a antecipação de medidas para prevenção das mesmas, nomeadamente higiene e hidratação cutânea, mobilização e alternância de decúbitos com intervalos a cada 2-3 horas às PSC incapazes de se mobilizarem.

É também importante salientar os feixes de intervenção, que são estratégias utilizadas para intervir e melhorar os cuidados de modo que os doentes recebam cuidados de saúde seguros. A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) envolve práticas rigorosas de higiene, uso adequado de equipamentos de proteção, controlo de infeções e educação contínua. A correta higiene das mãos é mais uma das metas da JCI e tem como objetivo, reduzir as IACS. Durante todo o ensino clínico, tive sempre em atenção as normas associadas à lavagem/desinfecção das mãos, normas associadas ao CV, CVC, LA, colheita de espécimes para análise, feixe de intervenção da pneumonia associada à VMI, entre outras.

Outro aspeto a ter em conta relativamente à segurança da PSC, é o processo de administração de medicação. A OE, conjuntamente com o Conselho Internacional dos Enfermeiros, aprovou um documento que resultou do estudo científico “*problemas na prática clínica, produtos, procedimentos ou sistemas*”, realizado por Silva et al. (2007), onde se verificou que os erros de medicação são uma das principais causas de morte e incapacidade dos doentes e que os três principais erros cometidos são: erros de omissão, dosagem imprópria ou medicação não autorizada. Com o objetivo de reduzir estes erros de administração de medicação e evitar eventos adversos, baseei-me em boas práticas para promover a segurança da PSC. Para administração de medicação, garantindo a segurança da PSC, tive sempre em atenção os nove certos, sendo eles: o doente certo, o medicamento certo, a via certa, a dose certa, o horário certo, o documento certo, a ação certa, a apresentação certa e a resposta certa. Esta é também uma prática das equipas onde estive inserida no ensino clínico e de acordo com a Norma da DGS nº 15/2014, de 25 de setembro, sempre que haja um incidente relacionado com a medicação, este deve ser registado no sistema NOTIFICA.

Tendo em conta tudo o que foi anteriormente referido e pelas experiências vivenciadas que foram alvo de análise e reflexão crítica ao longo dos estágios, considero que adquiri competências neste domínio específico.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros é fundamental para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (p.4748), este domínio contempla duas competências:

- “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”;
- “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

O mesmo regulamento, no que se refere ao domínio da gestão dos cuidados, explica que o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e promove a articulação da equipa multidisciplinar, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Também no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, o enfermeiro gestor é considerado o elo central de uma equipa, pois implementa, supervisiona e monitoriza todas as alterações na organização de saúde, com o objetivo de alcançar cuidados de qualidade. A sua liderança é considerada uma característica muito importante na organização e gestão dos recursos. Um líder por excelência deve assumir-se como um gerador de condutas que proporcionem um ambiente de trabalho seguro e de qualidade. Contudo, cada vez mais existe uma crescente preocupação sobre a racionalização dos custos o que afeta diretamente a eficácia e a eficiência na área da saúde.

A gestão dos cuidados na área da saúde envolve uma série de fases, nomeadamente, o planeamento, coordenação e organização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, para garantir a qualidade, e eficiência no atendimento ao doente, melhorando assim a assistência e a administração dos recursos disponíveis.

Os cuidados de Enfermagem são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pela utilização de recursos para os obter. Assim, a gestão é considerada um

domínio da área de competência do enfermeiro que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001).

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade e o privilégio de observar diferentes atitudes e formas de atuação por parte dos enfermeiros gestores, sendo assim possível conhecer diferentes estilos de liderança e conduta. Além dos turnos que efetuei com os enfermeiros orientadores que por vezes assumiam funções de coordenação e gestão de equipa enquanto responsáveis de turno, aquando da ausência do enfermeiro gestor, acompanhei também os enfermeiros gestores dos três serviços em alguns turnos, o que me permitiu desenvolver as competências na área da liderança e da gestão dos recursos. Pude observar como é efetuada a gestão de recursos humanos e materiais, através da colaboração em atividades como elaborar os planos de trabalho mensal dos enfermeiros, fazer a distribuição dos doentes pelos enfermeiros no início de cada turno, gestão de stocks de material de consumo clínico, resolução de problemas, avarias, entre outras. Em todos os serviços por onde passei enquanto aluna existia sempre um enfermeiro responsável em cada turno que tem o papel de orientar, coordenar e responder pela equipa de enfermagem. A existência de uma hierarquia promove maior segurança na gestão do risco clínico.

De salientar que durante o ensino clínico participei de forma ativa em articulação com a equipa multidisciplinar na gestão dos recursos materiais e humanos, fundamentado sempre e tendo por base o disponível e o necessário para cada situação, procurando promover a otimização da qualidade dos cuidados de saúde e tendo sempre como base os padrões de qualidade de exercício profissional.

Para uma gestão da equipa eficaz, bem como para a segurança e confiança nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, é essencial que os enfermeiros gestores possuam conhecimentos especializados, tempo de experiência e desempenho suficiente para ter uma visão holística, concentrada e objetiva na PSC, antecipando o problema que possa vir a surgir, antecipando cenários e respetivas resoluções.

A delegação e supervisão de tarefas dos pares e assistentes operacionais, foi também uma intervenção realizada ao longo do estágio, responsabilizando-os pela sua adequada execução.

Considero que gerir os cuidados em contexto da PSC não é uma tarefa fácil, tendo em conta o stress, a doença e o prognóstico reservado. Relativamente a este domínio Duffy

(2009), afirma que os gestores de enfermagem enfrentam diariamente a complexidade do cenário da prática, nomeadamente ouvir e resolver reclamações do doente e da família, garantir que os setores de atendimento dão resposta às necessidades do doente, mantendo os profissionais motivados e lidando com dilemas éticos, sem nunca esquecer a política da instituição.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (p.4749), demonstra que este último domínio integra duas competências:

- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”;
- “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

O regulamento supracitado preconiza o desenvolvimento de algumas capacidades como a assertividade e o autoconhecimento, baseando a prática em padrões de conhecimento consistentes e com evidência científica, exigindo-se para o efeito a atualização e formação permanentes.

O autoconhecimento é considerado o maior controlo sobre as nossas emoções, sendo elas positivas ou negativas. Através deste, é possível aumentarmos a nossa segurança, autonomia e assertividade.

O processo de autoconhecimento é necessário para evoluirmos tanto a nível profissional como a nível pessoal. Para traçar os objetivos na nossa vida, há a necessidade de conhecermos as nossas motivações, crenças, valores e como estes influenciam os nossos êxitos e fracassos. O conhecimento de nós mesmos é fundamental para desenvolvermos competências e habilidades, admitindo-nos a mudança de comportamentos. É fundamental que o EE tenha um elevado conhecimento de si próprio, para que na análise regular do seu trabalho, consiga identificar lacunas na sua prática, sempre com o intuito de colmatar as falhas que mereçam mudança de atitude (OE, 2015).

O EE demonstra capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, revelando a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento n.º 140/ 2019, de 06 de fevereiro). Assim assumi sempre a responsabilidade pelas minhas atitudes e reconheci também o mérito dos meus esforços. Deste modo além de aprender a conviver melhor comigo tive a capacidade de melhorar os relacionamentos interpessoais.

O constante desenvolvimento dos conhecimentos em saúde é fundamental para garantir que os profissionais estejam atualizados com as mais recentes práticas, tecnologias e informações, baseadas na mais recente evidência. Isso requer treino, educação, desenvolvimento de habilidades clínicas e práticas, além de estar alinhado com os avanços em saúde. Só assim, é possível garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

O cuidar da PSC exige do EE a tomada de decisão ponderada, mas rápida. São frequentes as situações geradoras de ansiedade e stress e que por sua vez podem interferir na tomada de decisão. Nestes casos, tive a capacidade de gerir sentimentos e emoções para uma resposta eficiente. No percurso do estágio clínico, transferi para a prática os conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do MEPSC e realizei pesquisa bibliográfica diária, mantendo-me atualizada ao nível dos conhecimentos científicos e das habilidades. Tornei-me mais autónoma e dotada de um maior número de competências. Refleti sobre a minha atuação enquanto profissional e reconheci a necessidade de uma atualização contínua dos meus conhecimentos. Sempre que, a análise reflexiva e a aquisição de conhecimentos não era suficiente, recorri às equipas multidisciplinares, através da troca de opiniões e saberes. Esta troca de ideias, são um suporte fundamental para o aperfeiçoamento ao longo do ensino clínico e ao longo da atividade profissional. Assim, na minha opinião, este domínio nunca está finalizado, pois a excelência adquire-se ao longo de todo o percurso profissional, através de experiências diversificadas.

Como referido anteriormente, a área da saúde sofre constantes atualizações e avanços no conhecimento pelo que é fundamental, que os enfermeiros se atualizem e complementem a sua formação académica, com o objetivo de manter cuidados de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas. Assim, a atuação do enfermeiro deve ser a de um profissional atento, reflexivo e crítico, que invista na sua formação. É importante que a teoria não seja dissociada da prática e que a formação contínua se explique como um fator importante para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O processo formativo também contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio, tanto como formanda como formadora. Durante o ensino clínico na UCIC, assisti a formações sendo elas: “Dinâmica da equipa em situação de paragem cardiorrespiratória” e “Contenção mecânica”. Enquanto formadora, realizei a formação intitulada de “Comunicação de Más Notícias” (Apêndice I), no SU realizei a formação intitulada de “Pacemakers” (Apêndice II) e no SMI, realizei um guia orientador com os “Cuidados pré e pós-cateterismo cardíaco” (Apêndice III). Reconhecendo a importância

destes temas em contexto de trabalho, diagnostiquei as necessidades formativas em cada serviço e geri o programa formativo, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros nas áreas de formação referidas anteriormente.

Assim, tendo em consideração o exposto nesta análise reflexiva, considero que desenvolvi as competências comuns do EE definidas nos quatro domínios.

2.2. Competências Específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Com base no Regulamento n.º 429/2018 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” (pág. 8656). Por essa razão, os cuidados prestados à PSC são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e incapacidades, com objetivo numa recuperação total (Diário da República n.º 135/2018, série II, 2018).

Para a atribuição do título de EE na área da PSC, para além da aquisição das competências comuns do EE, é necessário o desenvolvimento das competências específicas que são:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A experiência adquirida com os estágios clínicos, juntamente com a minha experiência profissional, bem como as capacidades adquiridas durante a realização deste mestrado foram cruciais para conseguir obter aptidões no cuidar da PSC. As vivências experienciadas e a aquisição de novos saberes, foram uma mais-valia para me tornar mais independente e conseguir ser mais apta na resolução de diversas situações, alcançando cada vez mais competências na avaliação da PSC, antecipando eventuais alterações do estado clínico que poriam em causa a vida do doente.

Na UCIC, foi possível aprofundar os conhecimentos que já possuo da área de cardiologia devido à minha experiência profissional, sobretudo na interpretação de eletrocardiogramas e prestação de cuidados a doentes instáveis do foro cardíaco. Colaborei na inserção de CVC e LA, e pude realizar os tratamentos adequados aos locais de inserção. O cateter arterial permite a avaliação contínua da pressão arterial e possibilita o acesso rápido à colheita de sangue e gasimetria arterial. O CVC tem como vantagens relativamente aos acessos venosos periféricos a possibilidade de tratamento a longo prazo com terapêutica vasoativa, administração de volumes rápidos e uma vez que possuem vários lumens possibilitam a administração de diferentes fármacos. Pude realizar um turno na sala de hemodinâmica, onde me foi explicada a dinâmica do serviço e onde observei a realização de CC de diagnóstico e de tratamento através da dilatação e colocação de stent com fármacos. Foi uma experiência bastante enriquecedora uma vez que durante os procedimentos de cateterismo, o técnico de cardiopneumologia explicava tudo em tempo real. Em outro momento, realizei um turno no LAPE onde colaborei com o enfermeiro e observei toda a dinâmica na colocação de pacemakers, CDI, CRT, substituição de geradores e EEF realizados na ablação de fibrilação auricular (FA).

No SU, pude passar por todas as áreas por forma a vivenciar e a experienciar o maior número de situações. Durante esta passagem tive a oportunidade de prestar cuidados diferenciados e de qualidade em diversas situações clínicas na SE, nomeadamente doentes de Via Verde Coronárias, Via Verde AVC, Via Verde Trauma, Via Verde Sepsis, Paragem Cardio-Respiratória (PCR), cetoacidose diabética, insuficiência respiratória, crises convulsivas, entre outras. Estas situações requerem uma intervenção emergente e, em contextos de morte iminente, obriga a uma orientação por protocolos terapêuticos

complexos. Estes são documentos baseados em evidência científica, que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença e o tratamento preconizado (medicação apropriada, posologia, mecanismos de controlo e verificação dos resultados). Pude participar na monitorização invasiva, colocação de CVC, LA, Drenos torácicos, ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI). Na área cirúrgica/ortopedia pude colaborar na prestação de cuidados a grandes traumas, desenvolvendo conhecimentos relativos ao tratamento de doentes politraumatizados. Ainda neste campo de estágio clínico, tive a oportunidade de prestar cuidados tecnicamente exigentes tendo antecipado e respondido atempadamente a situações de instabilidade.

No estágio do SMI, pude prestar e desenvolver cuidados altamente diferenciados, de qualidade e enriquecedores. O contato que tive inicialmente na UCIC e no SU de VMI e VNI, bem como de outras técnicas, pôde no estágio do SMI ser mais desenvolvido e aperfeiçoado. Colaborei algumas vezes na inserção de CVC, na veia subclávia e na femoral, na inserção do TOT, cateter arterial e na execução de traqueostomia percutânea. Tive oportunidade de realizar intervenções de enfermagem nomeadamente, prestar cuidados de higiene à PSC e respetiva monitorização, adaptação do doente ao ventilador, desmame da ventilação, colocando o doente a ventilar espontaneamente com a ajuda da peça em T, seguido da extubação, otimizar o TOT, aspiração de secreções com sonda de aspiração ou com sistema fechado, cuidados ao local de traqueostomia, realizar tratamento no local de inserção de CVC e arterial, drenos torácicos, colocação de nutrição entérica e parentérica, tornando-me cada vez mais autónoma. Pude colaborar na execução de posicionamento do doente na posição prona de modo a otimizar a ventilação. Todas estas técnicas são realizadas com técnica asséptica adequada de modo a evitar infeções associadas a estes cuidados. Todos os procedimentos baseiam-se em protocolos bem definidos e fundamentados na ciência.

Outra situação com a qual eu nunca tinha tido contacto e que pude experienciar no SMI foi a técnica de diálise. Esta técnica é realizada para o tratamento da doença renal aguda ou crónica e pode ser realizada de forma contínua ou intermitente. Pude desenvolver conhecimentos através da partilha de informação do enfermeiro orientador, pesquisa bibliográfica e observação direta. Sendo assim, desenvolvi conhecimentos não só sobre a técnica, mas também sobre a montagem do sistema, funcionamento dos equipamentos e cuidados de enfermagem a ter com estes doentes.

A nível farmacológico tive a oportunidade de preparar e administrar fármacos que nunca tinha manuseado nomeadamente sedativos, analgésicos específicos, medicação inotrópica, entre outros. Como tal surgiu a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica de modo a consolidar os conhecimentos sobre as indicações de utilização, principais efeitos esperados, efeitos secundários e interações medicamentosas.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC requer um estudo contínuo e conhecimento científico atualizado e fundamentado o que para mim se revelou extremamente difícil, mas ao mesmo tempo motivador, sendo a primeira vez que tive contato com este tipo de doentes. A VMI, foi talvez a área na qual senti mais dificuldades na fase inicial, no entanto com o passar do tempo e devido a todo o estudo desenvolvido consegui superar essas dificuldades. Existem diferentes modos ventilatórios, nomeadamente o modo assistido controlado, o modo mandatário intermitente, pressão de suporte entre outros.

Durante os ensinamentos clínicos desenvolvi também conhecimentos sobre algumas escalas utilizadas como Ramsay, BIS (índice biespectral), BPS (Behavioral Pain Scale), RASS (Escala de Agitação-Sedação de Richmond) entre outras.

Em todos os campos de estágio clínico, prevaleceu a abordagem inicial ABCDE (via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição). Esta abordagem permite conhecer de imediato as necessidades da PSC e planear as intervenções de enfermagem mais adequadas à situação. Também colaborei com a equipa de enfermagem, identificando focos de instabilidade e agindo antecipadamente na instalação dos mesmos. Reconheci que, uma avaliação diagnóstica e a monitorização constante são de importância máxima para detetar situações de instabilidade hemodinâmica e elétrica. Quando admitidos nos serviços, tanto na UCIC, no SU ou no SMI, a PSC encontra-se hemodinamicamente instável, ou em risco de se tornar instável devido à hipovolemia, disfunção cardíaca ou alterações da função vasomotora levando à disfunção orgânica, deterioração para falência de múltiplos órgãos e eventualmente morte. Com a monitorização hemodinâmica pretende-se reconhecer e avaliar as possíveis complicações do estado hemodinâmico da PSC e intervir, em tempo útil com terapêutica adequada, prevenindo maiores complicações.

No regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, pode ler-se que o enfermeiro especialista “gera comunicação interpessoal que alicerça a relação terapêutica com a pessoa/família

face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (p.19363) e, por conseguinte, a promoção da relação de ajuda, a gestão de emoções e dos processos psicológicos decorrentes da situação crítica. A identificação das necessidades ao nível do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da PSC e/ou falência orgânica, tentando encontrar um equilíbrio entre a necessidade de utilização de intervenções causadoras de desconforto e satisfação das necessidades promotoras de conforto é sempre um foco de atenção. Em todas as situações senti necessidade de permanecer sempre ao lado dos doentes e manter uma comunicação ativa, explicando sempre em que consistiam todos os procedimentos a que estavam a ser sujeitos. O facto de segurar a mão dos doentes e tentar momentos de distração enquanto eram submetidos a procedimentos invasivos, permitiu que partilhassem os seus medos e deu-lhes a capacidade de manterem o controlo emocional. Desta forma, consegui que os doentes confiassem em mim enquanto profissional de saúde, gerissem a ansiedade e o medo e tolerassem a dor. Estes momentos foram sem dúvida uma oportunidade de grande aprendizagem para manter a relação terapêutica com a PSC. Em situações altamente complexas e em que os cuidados prestados à PSC não tiveram sucesso, houve sempre o cuidado de proporcionar uma morte digna e sem dor.

Para obtermos cuidados de enfermagem de excelência, é também necessário o envolvimento da família da PSC. Para isso é de extrema importância a interação enfermeiro-família. Quando a comunicação do doente não é eficaz por que a situação clínica não o permite, devemos considerar a família como o principal veículo de informação, pilar fundamental para o planeamento de intervenções de enfermagem personalizadas. A empatia surge a partir da comunicação, durante a prestação de cuidados, com um tratamento digno, através do diálogo entre o enfermeiro, o doente e os familiares. É necessário ouvir e compreender os sentimentos e as emoções que nos são transmitidas, para estabelecermos uma relação empática com o doente e os seus familiares. Assim, o enfermeiro responsável pelo doente pode esclarecer questões relacionadas com intervenções e procedimentos de enfermagem. As informações comunicadas devem ser sempre claras, precisas e com recurso a uma linguagem simples. Devemos ter sempre em consideração o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares. A experiência de uma situação limite, que coloca em risco a vida da pessoa nem sempre é percebida pela mesma. No entanto, esta experiência é vivida pela família de forma violenta durante todo o percurso clínico. Portanto, para além de cuidar

da PSC é necessário cuidar da sua família. O ambiente em que a PSC se encontra, rodeada de equipamentos de monitorização e suporte de funções vitais, bem como os ruídos dos alarmes e a própria complexidade da situação que vivenciam, gera sentimentos de medo e ansiedade não só na PSC, mas também nos seus familiares.

Considero que, apesar desta competência ser aperfeiçoada ao longo do tempo, é sempre geradora de sentimentos de tristeza, angústia e até frustração. No entanto, com o tempo e com as experiências vivenciadas até ao momento, são processos de aprendizagem que me ajudam a preparar para gerir sentimentos ou perturbações emocionais com os quais me irei deparar ao longo da minha vida.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil - Decreto-lei n.º 27/2006, como um acidente grave ou a série de acidentes graves, capazes de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

Devido ao elevado número de situações de emergência, exceção e catástrofe, causadas tanto por alterações climáticas como pelo homem, cada vez mais se exige do enfermeiro conhecimentos técnicos e científicos, de modo a prevenir a ocorrência destas mesmas situações (Almeida Sousa, 2012).

De acordo com a OMS (2011), os hospitais desempenham um papel crucial, na assistência aos cuidados de saúde à comunidade perante qualquer tipo de catástrofe. A súbita procura dos cuidados de saúde, aquando de uma catástrofe, pode provocar complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde.

Apesar de estas situações não serem frequentes é fundamental estarmos preparados e possuímos competências para agir de forma correta e adequada.

Assim, é importante conhecer os contextos em que tais situações ocorrem, no sentido de planear os cuidados às vítimas em situações de catástrofe ou de emergência. Relativamente às situações de catástrofe e/ou exceção, não foi possível durante o período

de estágio clínico vivenciar nenhuma destas situações, visto que são situações muito imprevisíveis.

Nas duas ULS onde se realizaram os ensinamentos clínicos, existe um plano de emergência externa, elaborado pela Comissão de Catástrofe. Esta Comissão é responsável pelo planeamento, atualização, execução e avaliação do mesmo. Por sua vez, o plano integra todos os serviços da unidade de saúde e interliga entidades exteriores, como forças de segurança, proteção civil e bombeiros voluntários à unidade de saúde, de forma a promover uma resposta eficaz e eficiente em situações de exceção e catástrofe. No SU, pude participar juntamente com a enfermeira orientadora na elaboração de kits individuais de catástrofe (Apêndice IV) de identificação de vítimas, registo de cuidados, análises e exames, de modo a facilitar a atuação em situações de catástrofe. Analisando o plano de catástrofe do SU, verifiquei que existe um algoritmo de decisão, que orienta a evacuação das vítimas, define os critérios de reestruturação de serviços e a redistribuição de recursos humanos por áreas de intervenção com diferentes cores. A área verde destina-se a vítimas que não necessitam de tratamento e que andem sozinhas. A área amarela destina-se ao atendimento de vítimas que necessitam de tratamento urgente. Neste caso as vítimas são encaminhadas para esta zona quando não andam, apenas respiram após abertura da via aérea, apresentam frequências respiratórias superior a 10 ou inferiores a 29 ciclos por minuto, frequência cardíaca inferior a 120 batimentos por minuto ou preenchimento capilar inferior a 2 segundos. Quando as vítimas apresentam frequências respiratórias inferiores a 10 ou superiores a 29 ciclos por minuto, e/ou frequência cardíaca superior a 120 batimentos por minuto ou preenchimento capilar superior a 2 segundos, são encaminhadas para a área vermelha. Nas situações em que as vítimas não respiram após abertura da via aérea, passam para a área preta.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Durante o internamento hospitalar, a PSC torna-se vulnerável a múltiplas infeções que podem adquirir na prestação de cuidados de saúde. Esta vulnerabilidade torna-se maior consoante o estado de debilidade e as comorbilidades da PSC. As duas unidades locais

de saúde onde decorreram os estágios clínicos integram um programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA) publicado pelo Ministério da Saúde através do despacho N.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, que tem por missão implementar uma abordagem estruturada, multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente da infeção adquirida durante o internamento hospitalar e de utilização de antimicrobianos, promovendo a sua eficácia clínica e limitando a sua toxicidade.

A DGS (2017), salienta a preocupação mundial com o aumento da mobilidade e mortalidade bem como o prolongamento dos internamentos e respetivo aumento dos custos em saúde provocado pelas IACS e ao aumento da resistência aos antimicrobianos.

Em 2009, Portugal aderiu à campanha de higiene das mãos preconizada pela OMS iniciando desta forma e monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde. Em 2014, o PPCIRA, deu início à promoção global das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), definindo as regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, com o objetivo de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. Estas regras incidem sobre dez padrões de qualidade que são: 1) Avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente e colocação/isolamento dos utentes; 2) Higiene das mãos; 3) Etiqueta respiratória; 4) Utilização de equipamento de proteção individual; 5) Descontaminação do equipamento clínico; 6) Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; 7) Manuseamento seguro da roupa; 8) Gestão adequada dos resíduos; 9) Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; 10) Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Na minha prática clínica e durante os estágios clínicos, tive sempre em atenção o cumprimento destes dez padrões de qualidade acima referidos que passo a descrever:

1. Faz parte das normas das instituições por onde passei que, na admissão da PSC, em qualquer serviço, deve ser feita a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação tem por base a situação clínica da PSC e é realizada pelo médico que se responsabiliza pelo preenchimento obrigatório de uma escala, com doze parâmetros com resposta “sim” ou “não”. Cada um destes parâmetros avaliado com “sim”, requer obrigatoriamente a realização do rastreio para *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e/ou Enterobactereáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC). O seu

resultado analítico serve de orientação para colocação da PSC em isolamento e qual o tipo de isolamento;

2. Cumpri sempre a higiene das mãos, antes e após abordar a PSC ou realizar qualquer procedimento, de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por “Cinco Momentos”. Esta é considerada a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS;

3. A etiqueta respiratória tem como objetivo evitar a dispersão de gotículas oriundas do aparelho respiratório e digestivo. Para isso cumpri sempre com o uso de máscara facial na realização ou colaboração de procedimentos invasivos;

4. Cumpri com a utilização de equipamento de proteção individual (EPI) sempre que prestei assistência direta à PSC com indicação de medidas de isolamento;

5. Relativamente à recolha de equipamento clínico para descontaminação, esta função é realizada pelos assistentes operacionais, mas também é minha responsabilidade a sua supervisão, garantindo uma correta manipulação, recolha e acondicionamento, para serem transportados para a área de descontaminação;

6. Em relação ao controlo ambiental, cumpri sempre com a utilização de EPI e higienização das superfícies que utilizava, como por exemplo, as bancadas para preparação de terapêutica ou os carros de apoio com material clínico, garantindo assim maior segurança tanto para os profissionais de saúde como para os doentes;

7. A roupa hospitalar contaminada é um veículo de contaminação cruzada de microrganismos, pelo que para o manuseamento seguro da roupa, tive sempre o cuidado de usar avental e luvas e o EPI adequado;

8. Relativamente à gestão dos resíduos hospitalares tentei cumprir sempre a norma institucional baseada no despacho n.º 242/96 de 5 de julho. Os resíduos classificam-se em 4 grupos: grupo I - Resíduos equiparados a urbanos, são aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento: Grupo II - Resíduos hospitalares não perigosos - não estão sujeitos a tratamentos específicos, sendo equiparados a urbanos; Grupo III - Resíduos hospitalares de risco biológico - resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação suscetíveis de incineração, ou de outro pré- tratamento, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano; Grupo IV - Resíduos hospitalares específicos - resíduos de vários tipos, de incineração obrigatória;

9. Adotei sempre práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;

10. Relativamente à prevenção de exposição a agentes microbianos, tive sempre o cuidado de utilizar EPI, proporcionando proteção adequada de acordo com o risco associado aos procedimentos a efetuar.

No SMI, pude desenvolver competências relacionadas com a prevenção da infeção associada à entubação endotraqueal. A pneumonia associada a este procedimento, consiste numa infeção comum em unidades de cuidados intensivos e está relacionada com o aumento da resistência a antibióticos e ao prolongamento do tempo de internamento com ventilação mecânica. Para prevenção desta infeção, foram criadas bundles que consistem no uso de sedação ligeira, na manutenção da cabeceira da cama elevada a 30° para minimizar a ocorrência de aspiração, a higiene oral e a manutenção da pressão do cuff entre 20 e 30 cm H₂O.

As normas relacionadas com o CV, CVC, LA, cateter venoso periférico (CVP), seguem os feixes de intervenção protocolados e registados para que a substituição/remoção seja realizada no momento preconizado. É realizada e registada a avaliação diária da necessidade destes dispositivos.

Na UCIC, a realização de colheitas de hemoculturas é alvo de auditorias e apresenta resultados bastante positivos. Este procedimento exige uma técnica asséptica, com colheita de sangue em dois membros diferentes (sempre que possível) e com 15 minutos de intervalo entre as colheitas se forem realizadas no mesmo membro. A desinfecção do local de punção é realizada com clorexidina. O processo é supervisionado por um segundo elemento, de modo a ajudar o colega a manter todo o procedimento de forma asséptica e de modo a supervisionar o procedimento.

Durante todos os estágios clínicos, as práticas foram exercidas de acordo com os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em contextos médico cirúrgicos tendo como foco os doentes em situação crítica. Os objetivos incluem a satisfação do doente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos, bem como a segurança nos cuidados especializados. Estes são os padrões de qualidade elucidados pela OE, e servem como referência para a prática clínica especializada, para a reflexão sobre a profissão e para o desenvolvimento de projetos direcionados para a melhoria contínua da

qualidade. Os EE, são considerados essenciais na oferta de cuidados seguros para doentes em situação crítica ou falência orgânica (OE, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica, 2017).

Com a elaboração deste relatório pretendo expor a realidade vivenciada ao longo de todo o ensino clínico nos três campos de estágio. Trata-se do culminar de uma caminhada com uma panóplia de aprendizagens e enriquecimento tanto a nível pessoal como profissional. A mobilização de conhecimentos contribuiu para a aquisição de competências inerentes à prestação de cuidados como EE na área da PSC. Considero que atingi todos os objetivos a que me propus com competência, sabedoria e dedicação. Estou segura do meu percurso e acredito ter dado mais um grande passo no sentido de um exercício profissional cada vez mais diferenciado. Considero que ao longo desta caminhada os pontos fortes superaram as dificuldades, nomeadamente na conciliação de horários e a ausência da família, o que exigiu um esforço pessoal acrescido. A exigência destes serviços, obriga a um esforço acrescido de conhecimentos de patologias, procedimentos e protocolos que necessitam de fundamentação teórica e para isso é necessário um investimento pessoal bastante exigente.

Em suma, após esta análise crítico reflexiva, considero que adquiri as competências do EE em MC na área da PSC.

**PARTE II- PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA:
INVESTIGAÇÃO**

INTRODUÇÃO

Ninguém quer ser o portador de más notícias, mas é inevitável quando se trabalha do setor da saúde. Informar uma pessoa e a sua família sobre uma doença ou um risco para a saúde pode ser assustador por várias razões. As más notícias causam angústia, o que pode afetar a racionalidade e a comunicação de uma pessoa. Estas podem ser definidas como qualquer informação que afeta adversa e seriamente a opinião de uma pessoa sobre o seu futuro (Buckman, 1992). As más notícias estão sempre, no entanto, nos *olhos de quem vê*, de tal forma que não se pode estimar o impacto das más notícias até se ter determinado primeiro as expectativas ou a compreensão do destinatário (Buckman, 1992).

Esta é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, no caso concreto dos enfermeiros, como comprova a prática profissional. Contudo, continua a ser uma tarefa difícil, com muitos fatores internos e externos que intervêm no processo de comunicação. Comunicar, *a priori*, já se trata de um processo complexo, todavia, este é ainda mais complicado no caso de transmissão de uma má notícia, que se caracteriza por acarretar um impacto negativo na vida da pessoa, quer ao nível dos planos de vida, quer no que se refere a perspetivas futuras (Campos, 2020). Este é um assunto de grande relevo na área da saúde, tendo levado a uma mudança de padrão na relação entre os enfermeiros, no caso concreto, a pessoa cuidada e a família, reconhecendo-se cada vez mais a necessidade destes profissionais terem de desenvolver competências na relação e comunicação (Campos, 2020).

A transmissão de más notícias aos doentes e às famílias é uma das tarefas mais difíceis e desafiantes dos profissionais de saúde. É frequentemente vista como um acontecimento ou um momento em que esta díade recebe informações médicas negativas sobre o diagnóstico, o tratamento ou o prognóstico (Alshami et al., 2020). A comunicação de más notícias é uma competência de comunicação complexa, mas importante, que dá poder e informa o doente e a família, permitindo-lhe planear o futuro e pode ajudar esta díade a compreender melhor a sua situação e a tomar decisões informadas sobre os cuidados (Monden et al., 2016). Muitas situações são infelizes e indesejáveis para os doentes hospitalizados e suas famílias, pelo que anunciá-las está associado a muito stresse e desafios para os enfermeiros (Rafiei et al., 2024).

Neste âmbito, e tendo em conta a experiência profissional, bem como o facto de se assumir um compromisso com a excelência em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), que está intimamente relacionado com o desenvolvimento profissional contínuo, tão crucial para a aprendizagem/formação dos enfermeiros, optou-se por elaborar um trabalho investigativo, a integrar o Relatório Final, subordinado ao tema em epígrafe, como um meio por excelência de se poder consubstanciar a prática profissional baseada em evidências científicas. Acresce que este desenvolvimento é vital para manter conhecimentos e competências atualizados, fundamentais na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC)/família. As evidências deste estudo de investigação serão, assim, uma mais valia quer para a promoção de mais conforto à PSC, para a família, recetores de más notícias, quer para uma maior visibilidade da profissão de Enfermagem, que se pauta pelo holismo e ações humanizantes.

Neste pressuposto, a questão de investigação que norteou este trabalho foi:

- Que vivências têm os enfermeiros na comunicação de más notícias à PSC?

Operacionalizando a variável “vivências”, surgem as questões de investigação:

- Qual a perceção do enfermeiro sobre o conceito de má notícia?

- Quais os sentimentos e dificuldades dos enfermeiros quando comunicam más notícias à PSC?

- Que estratégias utilizam os enfermeiros para comunicar más notícias?

Por conseguinte, foi delineado como objetivo geral: Compreender as vivências dos enfermeiros relativamente à comunicação de más notícias à PSC; e como objetivos específicos: - Identificar a perceção dos enfermeiros sobre o conceito de má notícia; Descrever os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao comunicar uma má notícia à PSC; Analisar as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros ao comunicar uma má notícia à PSC e Caracterizar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias à PSC.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O processo de transmissão e recepção de ideias ou conhecimentos é chamado de comunicação, sendo considerado o elemento fundamental das relações humanas e uma das práticas mais complexas desenvolvidas pelo homem. Através dela, qualquer pessoa reconhece e vê seu significado perante o outro, possibilitando a criação de vínculos que moldam não só a si mesma, mas também a todos ao redor (Bramhall, 2014; Santos et al., 2019).

A comunicação está presente em todas as atividades humanas, seja através de um olhar, um gesto ou uma frase. Esta divide-se em duas dimensões - verbal e não verbal. A primeira ocorre através de palavras, que expressam uma ideia ou pensamento, e a segunda é caracterizada por gestos, feições, tom de voz e expressão de emoções e sentimentos (Amorim et al., 2019). O objetivo da comunicação é que esta ocorra de forma eficiente. É necessário que haja um bom entendimento entre ambas as partes (emissor *versus* recetor) o que nem sempre acontece, pois existem muitos fatores que a influenciam, como as expectativas, a cultura, o nível de educação e os valores. Não importa se a mensagem é apenas transmitida e, por isso, é necessário que a outra parte a compreenda (Agnese et al., 2022). Na área da saúde, a comunicação é o elemento-chave das interações, quer entre as equipas, quer com a equipa/PSC/família (Agnese et al., 2022).

A comunicação faz parte do comportamento humano que permite a sua sobrevivência, está no cerne de quem somos como seres humanos. É a nossa forma de trocar informações; significa também a nossa capacidade simbólica. Estas duas funções refletem o que Carey (2019) caracterizou como as visões de transmissão e ritual da comunicação, respetivamente. Carey (2019) reconheceu que a comunicação serve um papel instrumental (por exemplo, ajuda a adquirir conhecimentos), mas também cumpre uma função ritualística, que reflete os seres humanos enquanto membros de uma comunidade social. Assim, a comunicação pode ser definida como a troca simbólica de significados partilhados e todos os atos comunicativos têm uma componente de transmissão e uma componente ritualística.

A comunicação interpessoal foi a primeira ferramenta humana do processo de socialização e foi definida por Floyd (2013) como a comunicação que ocorre entre duas pessoas no contexto da sua relação e que, à medida que evolui, ajuda a negociar e a definir a relação. Na sua obra “The psychology of communication. Theories and methods”, Jean-

Claude Abric (2002) define a comunicação como o conjunto de processos através dos quais se efetuam trocas de informações e de significados entre pessoas numa dada situação social. Na opinião do autor, a comunicação não pode ser concebida como um simples processo de transmissão, baseado na interação, sendo sempre uma transição entre emissores: a emissão e a recepção são simultâneas, sendo o emissor, ao mesmo tempo, emissor e recetor e, em primeiro lugar, emissor e recetor.

Uma comunicação eficaz é crucial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade no quotidiano profissional dos cuidadores formais. Estes devem desenvolver as suas competências de comunicação quer para melhorar a sua relação terapêutica com a pessoa cuidada e sua família, quer com a dinâmica da equipa que integra (Kamalraj et al., 2021). No processo comunicacional, entre quem cuida e quem é cuidado é importante uma transmissão clara das ideias/informações para que o recetor compreenda o significado preciso da mensagem, demonstrando apoio e empatia (Kamalraj et al., 2021; Rafiei et al., 2024).

A relação existente entre os enfermeiros e a PSC vai depender da qualidade da comunicação, bem como implica uma empatia face ao outro e uma escuta ativa. Epstein e Street (2011) argumentam que uma estratégia importante é a comunicação centrada na Pessoa, que a coloca no centro do processo de comunicação, garantindo que as suas necessidades e preferências sejam consideradas. Todos os atos e artefactos de comunicação estão sujeitos a avaliações da sua qualidade, ou seja, do seu grau de realização (Szostek, 2019). Como essas avaliações envolvem juízos individuais e sociais do desempenho comunicativo, especialmente em contextos interpessoais, e porque praticamente todas as realizações relevantes da comunicação interpessoal dependem do desempenho e das avaliações subsequentes, uma teoria da competência de comunicação interpessoal é equivalente a uma teoria da própria comunicação interpessoal. A competência de comunicação interpessoal e as aptidões sociais dizem respeito tanto ao desempenho da comunicação como à avaliação da sua qualidade (Szostek, 2019; Rafiei et al., 2024).

A competência de comunicação interpessoal é normalmente definida como a capacidade de adotar um comportamento de mensagem que satisfaça os requisitos de uma dada situação (Ansari, 2021). A primeira conceção considera a competência como um conjunto de capacidades que permitem um comportamento repetido e orientado para um objetivo que satisfaz as exigências da tarefa num contexto de comunicação específico (Ansari,

2021). Em termos simples, a comunicação interpessoal é a comunicação entre pessoas. Existem essencialmente três formas de comunicação interpessoal: verbal, escrita ou não verbal; comunicação verbal: refere-se à utilização de palavras faladas para transmitir uma mensagem verbal. Os exemplos incluem uma conversa, um discurso ou uma apresentação; a comunicação não-verbal inclui expressões faciais, gestos, linguagem corporal, tato e até a aparência. A forma como se ouve, olha, se move e reage pode dizer algo (Bukowski et al., 2020). Se um enfermeiro tiver fortes competências de comunicação interpessoal, é provável que seja eficaz na comunicação de pontos, mensagens, sentimentos e pensamentos aos outros (Ruler, 2017; Ansari, 2021).

A *American Medical Association* (AMA, 2023) reforça a comunicação centrada no doente e seus familiares, referindo que esta é a chave para uma assistência de qualidade. Uma boa comunicação é um imperativo ético, necessário para o consentimento informado e o envolvimento eficaz do doente e seus familiares nos cuidados, bem como um meio de evitar erros, melhorar a qualidade e alcançar melhores resultados de saúde.

A competência de uma comunicação adequada com a PSC é considerada essencial para a prestação de cuidados. Assim, deve reconhecer-se a pessoa que sofre e possibilitar-lhe, através de técnicas adequadas, expressar as suas angústias, medos, receios e expectativas. Através de uma comunicação adequada, o enfermeiro transmite à PSC formas de enfrentar a condição atual, reduzindo sintomas de ansiedade e de depressão, visando-se a estimulação da autonomia em momento de modificações e perdas significativas (AMA, 2023).

Assim sendo, quando se prestam cuidados à PSC, o enfermeiro deve possuir competências de comunicação aprimoradas, para lhe poder transmitir más notícias, que é definida como uma notícia que altera a visão que a pessoa tem de si própria ou do seu futuro e que é considerada má (Miller et al., 2022).

Vários autores (Buckman, 2000; Cooley, 2005) aconselham que as entrevistas sobre como comunicar más notícias devem incluir uma série de técnicas de comunicação chave que facilitem o fluxo de informação. O processo de comunicação de más notícias pode ser visto como uma tentativa de atingir quatro objetivos essenciais. O primeiro é a recolha de informações do doente, o que permite ao enfermeiro, no caso concreto, determinar os conhecimentos e expectativas do doente e família e a sua disponibilidade para ouvir as más notícias. O segundo objetivo é fornecer informação inteligível de acordo com as

necessidades e desejos do doente e família. O terceiro objetivo é apoiar o doente e a família para utilizarem competências para reduzir o impacto emocional e o isolamento. O objetivo final é desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de tratamento com o contributo e a cooperação do doente e família (Buckman, 2000; Baile, 2000). O cumprimento destes objetivos é conseguido através da realização de seis tarefas ou etapas, cada uma das quais está associada a habilidades específicas. Nem todos os episódios de más notícias requerem todos os passos do protocolo *SPIKES*, mas quando isso acontece, devem seguir-se uns aos outros em sequência (Baile, 2000):

S *Setting up* - Preparar-se para o encontro

P *Perception* - Perceber o que a pessoa cuidada/família sabem sobre o assunto

I *Invitation* - Convidar para o diálogo

K *Knowledge* - Transmitir as informações

E *Emotions* - Expressar emoções

S *Strategy and Summary* - Resumir e Organizar estratégias.

Importa salientar que o protocolo *SPIKES* é uma estratégia e não um guião. Destaca as características mais importantes de uma entrevista com más notícias e sugere métodos para avaliar a situação à medida que a mesma evolui e responder de forma construtiva ao que acontece (Baile, 2000).

Transmitir más notícias aos doentes e às famílias é uma das tarefas mais difíceis e desafiantes dos profissionais de saúde, no caso concreto dos enfermeiros. Esta situação é frequentemente vista como um acontecimento ou um momento em que os doentes e as suas famílias recebem informações médicas negativas sobre o diagnóstico, o tratamento ou o prognóstico (Alshami et al., 2020). No entanto, como referem Wahyuni et al. (2023), a transmissão de más notícias também pode ser vista como um processo, nomeadamente as interações realizadas pelos enfermeiros com os doentes e as famílias antes, durante e depois da transmissão de más notícias. A relação de confiança entre os enfermeiros/doente/família é essencial para uma comunicação eficaz. Por sua vez, a comunicação de más notícias é uma competência de comunicação complexa, mas importante, que dá poder e informa o doente, permitindo-lhe planear o futuro. A comunicação eficaz de más notícias pode ajudar os doentes e as suas famílias a

compreender melhor a sua situação e a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados (Wahyuni et al., 2023).

Transmitir más notícias é um fator sensível e desafiante dos cuidados de enfermagem, exigindo uma abordagem holística que respeite as preferências da PSC, os valores culturais e as crenças religiosas para promover a adaptação ao seu estado de saúde e tem também um impacto no bem-estar emocional dos enfermeiros e nas suas relações com a PSC (Nnate & Nashwan, 2023). É desejável promover a qualidade do processo de comunicação através de formação contínua e avançada, formação em más notícias, intervenções de enfermagem sensíveis do ponto de vista religioso e cultural centradas na esperança e na manutenção da fé, gestão emocional e utilização de um protocolo de lista de verificação. A comunicação honesta permite que a PSC participe ativamente no processo de tomada de decisão e na trajetória do plano de cuidados centrado nela própria e nas suas preferências (Moura et al., 2024).

A comunicação de más notícias à PSC está diretamente relacionada com várias competências estabelecidas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Este regulamento, que define o perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, enfatiza a importância da competência comunicacional e relacional, essencial para estabelecer uma relação terapêutica e transmitir informações de forma empática e clara. Além disso, a comunicação de más notícias envolve a gestão do processo de cuidados, a tomada de decisão clínica informada, e a atuação em conformidade com princípios éticos e deontológicos. Estas competências asseguram que a comunicação seja realizada de forma ética, respeitosa e centrada no paciente, mesmo em contextos de crise, contribuindo para a qualidade e humanização dos cuidados prestados.

2 - METODOLOGIA

A investigação constitui o sistema de pressupostos e valores que orientam a pesquisa, determinando as múltiplas decisões que o investigador terá de tomar ao longo do percurso que o conduzirá à obtenção de respostas. O “problema” ou “questão” a investigar corresponde, assim, à necessidade de alcançar um novo conhecimento (Coutinho, 2021, p. 24). A metodologia assume como propósito refletir sobre os métodos utilizados, analisar os seus limites e as suas potencialidades, bem como clarificar os princípios, os procedimentos e as estratégias mais adequados para o desenvolvimento da investigação, conferindo-lhe rigor e credibilidade.

2.1- Tipo de Estudo

Para este estudo, optou-se por uma metodologia qualitativa fenomenológica. A investigação qualitativa é um tipo de investigação que explora e fornece conhecimentos mais profundos sobre problemas do mundo real. Em vez de recolher pontos de dados numéricos ou intervir ou introduzir tratamentos como na investigação quantitativa, a investigação qualitativa ajuda a gerar hipóteses para investigar e compreender melhor os dados quantitativos (Moser & Korstjens, 2017). A investigação qualitativa recolhe as experiências, as perceções e o comportamento dos participantes. Responde aos “como” e aos “porquês” em vez de “quantos” ou “quanto”. Pode ser estruturada como um estudo autónomo, que se baseia exclusivamente em dados qualitativos (Hill & Hill, 2005).

A investigação qualitativa, na sua essência, coloca questões abertas cujas respostas não são facilmente quantificadas, tais como “como” e “porquês”. Um dos pontos fortes da investigação qualitativa é a sua capacidade de explicar processos e padrões de comportamento humano que podem ser difíceis de quantificar (Streubert & Carpenter, 2013). Fenómenos como experiências, atitudes e comportamentos podem ser complexos de captar de forma precisa e quantitativa. Em contrapartida, uma abordagem qualitativa permite que os próprios participantes expliquem como, porquê ou o que estavam a pensar, a sentir e a vivenciar num determinado momento ou durante um acontecimento de interesse. A investigação qualitativa pode ajudar a alargar e aprofundar a compreensão dos dados ou resultados obtidos através da análise quantitativa (Hill & Hill, 2005; Streubert & Carpenter, 2013), tendo sido este o método a seguir.

O enquadramento filosófico e a conceção deste estudo são orientados pela fenomenologia. O objetivo filosófico da fenomenologia é proporcionar uma compreensão das experiências vividas pelos participantes (Van Manen, 2003). A investigação fenomenológica centra-se em experiências vivas, percebidas ou interpretadas pelos participantes e tem como objetivo analisar e descrever o mundo da sua consciência como um mundo real. Para além disso, a exploração das experiências dos outros pode descobrir conhecimentos que anteriormente não estavam disponíveis (Van Manen, 2003; McConnell-Henry et al., 2009), pelo que é considerado um método útil para o objetivo deste estudo. Para revelar a verdadeira essência da 'experiência vivida', é necessário, em primeiro lugar, minimizar as ideias preconcebidas que os investigadores possam ter sobre o fenómeno da investigação (*bracketing*). Através desta atitude fenomenológica, a experiência do participante pode ser explorada tal como ela é (McConnell-Henry et al., 2009). De um ponto de vista fenomenológico, a objetividade obtém-se sendo fiel ao fenómeno e pode ser assegurada prestando atenção ao próprio fenómeno em vez de explicar o que ele é. Como tal, a fenomenologia procura revelar o significado e a essência das experiências do participante para facilitar a compreensão do fenómeno em estudo (Van Manen, 2003).

Em suma, os métodos de investigação qualitativa são importantes e têm-se tornado cada vez mais proeminentes na investigação em enfermagem. A razão é simples: muitas questões prementes nestes domínios requerem abordagens qualitativas para obterem perceções matizadas e um significado adicional para além das medidas quantitativas padrão em inquéritos ou observações (Streubert & Carpenter, 2013).

2.2- População e amostra

Neste estudo, a população são todos os enfermeiros (N=67) que exercem funções no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal, sendo delineados os seguintes critérios de inclusão:

- exercer funções em Serviço de Urgência há pelo menos 2 anos;

Os critérios de exclusão servem para determinar os elementos que não farão parte da amostra (Fortin et al., 2009) e estabeleceram-se os seguintes:

- enfermeiros em função de gestão exclusiva;

- enfermeiros que se encontrem de férias ou baixa médica no período de recolha de dados;

A seleção da amostra é imprescindível para se obterem os objetivos a que os investigadores se propõem no início do seu trabalho de investigação. Assim, seguindo a linha de pensamento de Silva et al. (2014), para selecionar a amostra do presente estudo, foi necessário responder à questão: “quem possui o tipo de informação que é necessário obter?”, sendo que frequentemente os participantes têm algo em comum entre eles, e que é considerado relevante para o investigador.

A amostra constituiu-se, assim, de forma não probabilística, optando-se pela amostragem de conveniência, uma vez que foram incluídos elementos da população que se mostraram disponíveis e acessíveis para a realização da entrevista durante o período de recolha de dados e que cumpriam os critérios supracitados. Em suma, a amostra do presente estudo foi constituída por 10 enfermeiros, cujos critérios de elegibilidade são os suprarreferidos (critérios de inclusão).

2.3- Instrumento de Recolha de Dados

Foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada fenomenológica (Apêndice V) para a recolha de dados. Cada entrevista iniciou-se com a apresentação da investigadora e do estudo, seguindo-se a assinatura do consentimento informado por parte dos participantes (Apêndice VI), em duplicado. De seguida, foram recolhidas informações relativas ao perfil sociodemográfico e profissional dos participantes. Posteriormente foram colocadas perguntas abertas e de desenvolvimento, permitindo que os participantes expressassem livremente as suas perceções e experiências relativamente ao fenómeno em estudo. A entrevista terminou com a conclusão, agradecimentos e despedida, como se descreve:

O Bloco I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional teve como objetivos específicos recolher informações sobre a idade, estado civil, sexo, grau académico, tempo de serviço e dados relativos ao perfil profissional dos participantes. Para além destes dados, foram recolhidas informações sobre a experiência prévia relacionada com a comunicação de más notícias, nomeadamente se tinham recebido formação sobre o tema, se este já tinha sido abordado no contexto laboral e se tinham realizado alguma pesquisa

académica ou autónoma. Foi ainda registado se os participantes tinham interesse em realizar formação nesta área;

O Bloco II – Vivências foi estruturado em quatro partes, cada uma com foco numa área específica da experiência dos participantes.

A primeira parte abordou a perceção dos participantes relativamente ao conceito de má notícia, reunindo informações sobre a forma como os profissionais interpretavam este conceito, os elementos considerados essenciais para uma comunicação eficaz e os tipos de más notícias mais frequentemente transmitidas. Recolheram-se também dados sobre possíveis limitações ou restrições na transmissão de más notícias e sobre as situações em que os participantes preferiam não as transmitir; A segunda parte centrou-se nos sentimentos dos participantes ao comunicarem más notícias, permitindo compreender as emoções experienciadas durante esse processo, bem como as reações perante diferentes situações; A terceira parte permitiu identificar as dificuldades enfrentadas pelos participantes na comunicação de más notícias, assim como os motivos subjacentes a essas dificuldades, proporcionando uma visão mais aprofundada sobre os desafios associados a esta prática. Por fim, a quarta parte procurou identificar as estratégias utilizadas pelos participantes para a comunicação eficaz de más notícias, incluindo o conhecimento e utilização de protocolos específicos, bem como a adoção de abordagens como a preparação psicológica, o uso de salas privadas ou outras estratégias facilitadoras.

Face ao exposto, a metodologia adotada, baseada nas entrevistas semiestruturadas, combinou questões previamente delineadas com espaço para exploração adicional não estruturada. Esta abordagem permitiu aprofundar a compreensão do tema e proporcionou a oportunidade para os participantes introduzirem novas perspetivas e questões (Pin, 2023).

2.4 - Procedimentos de Recolha de Dados

Após autorização favorável do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULS *locus* de estudo, procedeu-se à realização das entrevistas que decorreram durante o mês de fevereiro de 2025, duas vezes por semana, com uma duração média de 40 minutos cada. Foi utilizado o guião de entrevista semiestruturada elaborada para o efeito (*ad hoc*) e os dados foram recolhidos através de gravação áudio. Na fase da recolha de dados,

houve a necessidade de envolver recursos humanos da instituição, nomeadamente enfermeiros que aceitaram colaborar no estudo.

2.5 - Procedimentos éticos

Toda a investigação científica realizada com seres humanos deve ter uma justificação clara e relevante, os participantes devem ser livres e adequadamente informados sobre a investigação, incluindo os seus riscos, benefícios e consequências, e o seu acordo sobre a participação deve ser dado sem que sejam coagidos ou convencidos. A confidencialidade deve ser respeitada e os danos ocasionais devem ser reparados (Taquette & Borges da Matta Souza, 2022). Os princípios éticos que orientam uma investigação científica baseiam-se na garantia da liberdade e da dignidade humanas. O objetivo é proteger os participantes e garantir a natureza ética da investigação ao longo de todo o seu desenvolvimento (Taquette & Borges da Matta Souza, 2022).

Neste pressuposto, importa referir que as entrevistas fenomenológicas presenciais foram agendadas entre a investigadora e os participantes, após parecer favorável da Comissão de Ética da ULS (Apêndice VII), e consentimento informado por parte dos participantes, sendo gravadas em áudio. Em todo o processo, foi assegurada a anonimização dos participantes e a confidencialidade dos dados, tendo sido codificada toda a informação recolhida. A investigadora cumpriu rigorosamente o dever de sigilo profissional. Para garantir a anonimização e a confidencialidade dos dados, não foram registados quaisquer dados de identificação pessoal, tendo sido atribuído um código a cada participante e codificada toda a informação, sem qualquer possibilidade de identificação. Os dados foram armazenados num computador pessoal protegido com um código de alta segurança e serão destruídos 12 meses após a defesa em provas públicas. A voluntariedade e autonomia dos participantes foram salvaguardadas através da assinatura prévia da declaração de consentimento informado.

2.6 - Análise dos dados

A análise de conteúdo, reconhecida como uma das ferramentas analíticas mais utilizadas na atualidade, foi empregue de forma produtiva neste estudo. Esta técnica, amplamente aplicada em diferentes contextos de investigação, oferece uma abordagem qualitativa capaz de colmatar algumas das limitações inerentes à análise quantitativa (Bardin, 2016).

De acordo com Hsieh e Shannon (2005), a análise qualitativa de conteúdo consiste num método interpretativo que permite a classificação sistemática de dados textuais, identificando temas ou padrões significativos. Esta abordagem permite uma exploração empírica, controlada e metodológica do material recolhido, orientada por regras específicas e modelos estruturados, proporcionando uma compreensão mais aprofundada e contextualizada do conteúdo. Assim, vai além da simples contagem de palavras ou da extração de conteúdos objetivos, centrando-se na identificação de significados, temas e padrões, sejam eles explícitos ou latentes.

No presente estudo, a análise de conteúdo foi realizada com o apoio do *software MAXQDA 24*, tendo seguido uma linha orientadora consistente com os objetivos previamente delineados. O processo incluiu a transcrição rigorosa e a leitura atenta de todas as entrevistas, permitindo uma interpretação fundamentada e sistemática do material recolhido. Esta análise possibilitou a identificação e a compreensão dos significados fundamentais e das regularidades presentes no discurso dos participantes, garantindo a integridade e a profundidade da análise qualitativa desenvolvida.

3 – RESULTADOS

De forma a atingir os objetivos delineados para este estudo, segue-se os resultados da análise meticolosa das entrevistas recolhidas.

3.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A análise sociodemográfica dos participantes deste estudo, 10 enfermeiros a exercer funções no SU de uma ULS da região Norte do país, revela que, entre os dez participantes do estudo, oito são do sexo feminino e dois são do sexo masculino (E7 e E8). A média de idade é de 38 anos, refletindo uma amostra composta predominantemente por profissionais em plena fase de maturidade profissional. No que respeita ao tempo médio de experiência profissional, registou-se um valor de 15,2 anos. Relativamente ao tempo médio de serviço especificamente em contexto de SU, foi apurado um valor de 12,2 anos. Este dado é particularmente relevante, considerando a especificidade e exigência deste serviço, caracterizado pela necessidade de resposta rápida, gestão do stresse e elevada carga emocional. A longa permanência neste contexto poderá refletir uma elevada capacidade de adaptação às exigências do SU e uma possível especialização informal na gestão de situações críticas, como a comunicação de más notícias aos utentes e seus familiares.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Entrevista	Idade	Estado Civil	Sexo	Grau Académico	Especialidade	Experiência Profissional (anos)	Serviço em SU (anos)
E1	33	Solteira	Feminino		Licenciatura	10 anos	5 anos
E2	27	Solteira	Feminino		Licenciatura	5 anos	4 anos
E3	40	Casada	Feminino	Mestrado	Médico-cirúrgica	17 anos	17 anos
E4	26	Solteira	Feminino		Pós-graduação	4 anos	3 anos
E5	37	Solteira	Feminino		Licenciatura	10 anos	6 anos
E6	53	Solteira	Feminino	Mestrado	Médico-Cirúrgica	31 anos	31 anos
E7	40	Casado	Masculino	Mestrado	Médico-Cirúrgica	17 anos	15 anos
E8	37	Casado	Masculino		Licenciatura	15 anos	8 anos
E9	60	Solteira	Feminino	Mestrado	Médico-Cirúrgica	38 anos	30 anos
E10	27	Solteira	Feminino		Licenciatura	5 anos	3 anos

3.2 - Formação sobre comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é uma competência essencial para os enfermeiros, especialmente em contextos de SU. A Tabela 2 apresenta dados sobre a formação recebida por enfermeiros nesta área, destacando lacunas e necessidades formativas. Assim, a análise dos seus relatos indica que emergiram três subcategorias: “Formação realizada”, “Ausência de formação” e “Desejo de formação”.

No que se refere à “Formação Realizada”, onde apenas um enfermeiro (E1; 10%) participou em formações específicas sobre a comunicação de más notícias, centradas nos cuidados paliativos, o que parece deixar expresso que a formação na área é limitada, não abrangendo contextos de SU. Quanto à “Ausência de Formação”, nove enfermeiros (E2 a E10; 90%) relataram não ter recebido qualquer formação relevante nesta área, especialmente no contexto de SU. Esta lacuna formativa pode comprometer a eficácia da comunicação em situações críticas. Apurou-se que todos os participantes expressaram “Desejo de Formação” (100%), ou seja, interesse em frequentar formação específica sobre a comunicação de más notícias no contexto da PSC. Este desejo unânime evidencia a consciência da importância desta competência e a necessidade de programas formativos adequados.

A análise da Tabela 2 revela uma carência significativa na formação dos enfermeiros em comunicação de más notícias, especialmente em contextos de urgência e cuidados críticos. Apesar disso, há um reconhecimento generalizado da importância desta competência e um forte desejo de adquirir formação específica. Recomenda-se, portanto, a implementação de programas formativos que abordem esta temática de forma prática e contextualizada, visando melhorar a qualidade da comunicação e o apoio aos pacientes e suas famílias.

Tabela 2

Formação dos enfermeiros da amostra sobre comunicação de más notícias

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Formação sobre a temática	Formação realizada	Participação prévia em formações sobre comunicação de más notícias, particularmente em contextos específicos como cuidados paliativos.	E1 (n=1; 10%)
	Ausência de formação	Não terem tido qualquer formação específica ou relevante sobre a comunicação de más notícias, especialmente em contexto de SU.	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 (n=9; 90%)

Desejo de formação	Demonstração de interesse em frequentar formação específica sobre a comunicação de más notícias no contexto da PSC.	n=10; 100%
--------------------	---	---------------

Nota. n=Amostra; %=Porcentagem

3.3 - Perceção do conceito de más notícias

A análise das entrevistas realizadas permitiu categorizar a perceção do conceito de “Más notícias” entre os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência. Esta perceção foi organizada em quatro subcategorias distintas, que refletem de forma clara os elementos considerados mais impactantes na comunicação de más notícias em contexto de SU. A primeira subcategoria, identificada como “Morte”, diz respeito à notícia sobre o falecimento de um doente ou familiar. Esta foi unanimemente mencionada por todos os participantes (n=10; 100%), sendo considerada a forma mais explícita e dolorosa de má notícia. A morte, enquanto evento irreversível, representa para os enfermeiros, no caso concreto, um dos momentos mais delicados da sua atuação clínica, exigindo grande sensibilidade, empatia e competência comunicacional.

A segunda subcategoria, “Mau prognóstico”, refere-se a situações clínicas graves e com um desfecho negativo previsível. Tal como a subcategoria anterior, foi igualmente mencionada por todos os entrevistados (n=10; 100%), evidenciando a frequência e a importância desta temática no quotidiano do SU. A antecipação de um desfecho negativo obriga os profissionais a gerir expectativas, preparando o doente e a família para a possibilidade de agravamento do estado clínico ou de falecimento.

A terceira subcategoria, “Diagnóstico grave”, agrupa as situações em que é comunicado um diagnóstico de uma patologia de elevada gravidade, como cancro ou acidente vascular cerebral (AVC). Esta forma de má notícia foi referida por oito dos dez participantes (n=8; 80%), o que demonstra a sua presença significativa, embora ligeiramente inferior às anteriores, deixando transparecer que estes diagnósticos, apesar de não representarem uma sentença imediata, alteram profundamente o percurso de vida do doente e da família e requerem uma comunicação cuidadosa e adaptada ao nível de compreensão dos interlocutores.

Por fim, a subcategoria “Mudança repentina no estado de saúde da PSC” contempla os episódios em que o estado clínico do doente sofre alterações abruptas, inesperadas e com forte impacto emocional. Este aspeto foi referido por seis dos participantes (n=6; 60%). Tal mudança representa frequentemente um ponto de viragem que implica uma

reformulação das expectativas da família e da equipa de saúde, sendo também uma fonte de stress emocional e dificuldade na gestão comunicacional.

Em suma, estas quatro subcategorias revelam a complexidade e a diversidade das más notícias enfrentadas no contexto do SU, reforçando a necessidade de formação específica, protocolos adequados e espaços apropriados para uma comunicação eficaz e humanizada.

Tabela 3

Perceção dos enfermeiros da amostra sobre o conceito de más notícias

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Perceção do conceito de más notícias	Morte	Notícia sobre o falecimento de um doente ou familiar	(n=10; 100%)
	Mau prognóstico	Situações clínicas graves e com desfecho negativo provável	(n=10; 100%)
	Diagnóstico grave	Notícias relacionadas com diagnóstico de doenças graves como cancro, AVC, entre outras.	E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E10 (n=8; 80%)
	Mudança repentina no estado de saúde da PSC	Transformações abruptas do estado de saúde que causam impacto emocional elevado na família.	E1, E2, E3, E6, E8, E10 (n=6; 60%)

Nota. n=Amostra; %=Porcentagem

3.4 - Elementos fundamentais na comunicação de más notícias

Com base nas entrevistas realizadas, foram identificados diversos elementos fundamentais para uma comunicação eficaz de más notícias no contexto da prestação de cuidados no SU. A “empatia” destacou-se como um dos pilares mais mencionados, evidenciando a importância de os enfermeiros se colocarem no lugar do outro, demonstrando compreensão e apoio emocional (70%). Outro aspeto essencial referido foi a comunicação clara e simples, evitando jargões técnicos para facilitar o entendimento da família e do doente (80%). A necessidade de um ambiente privado e acolhedor para transmitir estas notícias foi unanimemente reconhecida (100%), sendo considerado fundamental para garantir a privacidade e o conforto dos envolvidos. A “preparação emocional dos enfermeiros” antes da transmissão da notícia também foi mencionada como relevante (40%), bem como a “honestidade”, necessária para manter a transparência na comunicação sem criar falsas esperanças (50%). Apesar da importância do envolvimento emocional, alguns participantes referiram a necessidade de manter algum “distanciamento emocional”, designado como “frieza”, como forma de autoproteção (30%). Finalmente, o “apoio contínuo” após a comunicação da má notícia foi igualmente

sublinhado como importante, permitindo esclarecer dúvidas e apoiar emocionalmente a PSC e a sua família (50%).

Tabela 4

Percepção dos enfermeiros sobre os elementos fundamentais na comunicação de más notícias

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Elementos fundamentais	Empatia	Capacidade de se colocar no lugar do outro, demonstrando compreensão e apoio emocional.	E1, E3, E4, E6, E8, E9, E10 (n=7; 70%)
	Comunicação clara e simples	Uso de linguagem compreensível, evitando jargões técnicos para facilitar o entendimento da família e do doente.	E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10 (n=8; 80%)
	Ambiente privado	Necessidade de um espaço reservado e acolhedor para transmitir más notícias, garantindo privacidade e conforto.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 (n=10; 100%)
	Preparação emocional	Importância de uma preparação psicológica prévia para lidar com a carga emocional do momento.	E3, E6, E7, E8 (n=4; 40%)
	Honestidade	Transparência na comunicação, sem suavizar excessivamente ou criar falsas esperanças.	E4, E5, E8, E9, E10 (n=5; 50%)
	Distanciamento emocional (frieza)	Capacidade de manter certa distância emocional para preservar o bem-estar psicológico do enfermeiro.	E2, E6, E10 (n=3; 30%)
	Apoio contínuo	Manutenção da presença e apoio após a comunicação da má notícia, respondendo a dúvidas e oferecendo suporte à PSC e família.	E3, E5, E8, E9, E10 (n=5; 50%)

Nota. n=Amostra; %=Percentagem

3.5 - Reações emocionais na comunicação de más notícias

A Tabela 5 apresenta uma análise das “Reações emocionais” dos enfermeiros quando comunicam más notícias em contexto de SU, estruturada por subcategorias que refletem as principais experiências emocionais reportadas nas entrevistas. Esta categoria revela uma pluralidade de reações emocionais dos enfermeiros participantes, indicando que a comunicação de más notícias é um processo intensamente marcado por desafios emocionais e éticos. Emergiu a subcategoria “Dificuldade emocional persistente” (50%), tendo sido reportada por cinco dos dez entrevistados (E1, E3, E6, E9, E10) que referem que, apesar da experiência profissional acumulada, comunicar más notícias continua a ser uma tarefa emocionalmente exigente. Este dado sugere que a exposição prolongada à situação não conduz, por si só, a uma habituação emocional eficaz. Em relação às

“Estratégias de distanciamento emocional” (50%), a mesma representatividade de enfermeiros (E2, E4, E6, E7, E10) admite recorrer à frieza emocional ou distanciamento afetivo como mecanismo de proteção. Esta subcategoria reflete a criação de um subterfugio emocional para evitar o desgaste psicológico, salientando a necessidade de estratégias adaptativas, ainda que nem sempre conscientes ou sistematizadas. No que concerne à subcategoria “Empatia e identificação com o outro”, seis entrevistados (E1, E3, E5, E6, E8, E9) (60%) mencionaram a capacidade de se colocar no lugar da PSC ou da família, o que reforça a natureza relacional do cuidado prestado. A empatia aparece como um elemento essencial da humanização do cuidado, embora também represente um fator de vulnerabilidade emocional. A “Insegurança na abordagem” foi relatada por dois enfermeiros (E4, E10) (20%) que expressam explicitamente reações emocionais de insegurança quanto ao conteúdo e forma da comunicação das más notícias. Quanto à subcategoria, “Impacto emocional pós-comunicação”, três participantes (E3, E7, E9) (30%) reportaram reações fisiológicas ou emocionais após o ato de comunicar as más notícias, como insónias ou palpitações. Este dado evidencia que o impacto emocional não se restringe ao momento da comunicação, mas prolonga-se, afetando o bem-estar dos mesmos.

A análise dos seus testemunhos indica que a comunicação de más notícias é uma experiência complexa, que envolve dicotomicamente a resiliência emocional e a fragilidade psicológica. A coexistência de empatia e distanciamento, aliada à insegurança e ao impacto prolongado, sublinha a necessidade de formação específica, protocolos de apoio e suporte psicológico institucionalizado. Este suporte é essencial para promover o bem-estar dos enfermeiros participantes e garantir uma comunicação mais eficaz e humanizada com os doentes e suas famílias.

Tabela 5
Reações emocionais dos enfermeiros na comunicação de más notícias

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Reações emocionais	Dificuldade emocional persistente	Sentimento de que comunicar más notícias é sempre difícil, independentemente da experiência.	E1, E3, E6, E9, E10 (n=5; 50%)
	Estratégias de distanciamento emocional	Adoção de frieza ou distanciamento como forma de proteção emocional.	E2, E4, E6, E7, E10 (n=5; 50%)
	Empatia e identificação com o outro	Capacidade de se colocar no lugar do doente/família, gerando conexão emocional.	E1, E3, E5, E6, E8, E9 (n=6; 60%)

	Insegurança na abordagem	Dúvidas sobre o que pode ser dito ou sobre a forma como se transmite a informação.	E4, E10 (n=2; 20%)
	Impacto emocional pós-comunicação	Reações físicas ou emocionais após o ato de comunicar (ex. insónias, palpitações).	E3, E7, E9 (n=3; 30%)

Nota. n=Amostra; %=Percentagem

3.6 - Limites éticos na comunicação de más notícias

A análise das entrevistas revela a perceção dos enfermeiros sobre os “limites éticos na comunicação de más notícias” no contexto do SU. Esta categoria subdivide-se em cinco subcategorias, conforme se descreve. Assim, quanto à subcategoria “Diagnóstico reservado”, todos os entrevistados (100%) concordaram que os diagnósticos devem ser comunicados exclusivamente por médicos. Esta posição baseia-se em razões legais e na delimitação clara de competências profissionais. Quanto à subcategoria “Respeito pela autonomia/vontade expressa da PSC”, metade dos participantes (50%) mencionou que a informação deve ser dirigida em primeiro lugar ao doente, respeitando a sua vontade de saber ou não determinados detalhes sobre a sua condição. Este princípio reforça o respeito pela autonomia do doente. Emergiu também subcategoria “Confidencialidade da informação”, tendo sido partilhada a mesma opinião por seis dos entrevistados (60%) que destacaram que a comunicação de más notícias deve ser feita apenas a familiares previamente autorizados, assegurando a privacidade e proteção dos dados do doente. Em relação ao “Papel do enfermeiro vs. médico”, grande parte dos enfermeiros (n=8; 80%) reconheceu uma limitação no papel do enfermeiro relativamente à comunicação de certas informações clínicas. Outra subcategoria emergente foi “Risco de criar falsas esperanças”, com metade dos entrevistados (50%) a ter expressado preocupação em evitar transmitir falsas esperanças ou suavizar excessivamente a realidade, o que pode comprometer a compreensão e aceitação da situação por parte da família ou do doente. Estas categorias refletem uma preocupação ética comum entre os enfermeiros participantes e apontam para a necessidade de orientações claras e formação contínua sobre a comunicação em contextos clínicos sensíveis.

Tabela 6*Percepção dos enfermeiros sobre os limites éticos na comunicação de más notícias*

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Limites éticos na comunicação de más notícias	Diagnóstico reservado	Os diagnósticos devem ser comunicados apenas por médicos por razões legais e profissionais.	10 (100%)
	Respeito pela autonomia/vontade expressa da PSC	O doente deve ser o primeiro a receber a informação e pode optar por não querer saber tudo.	E5, E7, E8, E9, E10 (n=5; 50%)
	Confidencialidade da informação	Comunicação apenas com familiares autorizados, protegendo a privacidade do doente.	E4, E5, E7, E8, E9, E10 (n=6; 60%)
	Papel do enfermeiro vs. médico	Limitação do papel do enfermeiro na comunicação de certas informações clínicas.	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E10 (n=8; 80%)
	Risco de criar falsas esperanças	Preocupação em não dar esperanças irreais ou suavizar em demasia a realidade.	E2, E4, E8, E9, E10 (n=5; 50%)

Nota. n=Amostra; %=Porcentagem

3.7 - Más notícias que não podem ser transmitidas

A tabela 7 contém os dados obtidos na categoria “Más notícias que não podem ser transmitidas”, que sintetiza os limites identificados pelos enfermeiros na comunicação de informações sensíveis no SU. A primeira subcategoria, “Diagnóstico reservado”, refere-se à necessidade de que os diagnósticos clínicos sejam comunicados exclusivamente pelos médicos, justificada por razões legais e profissionais. Esta foi uma posição consensual entre os entrevistados, sendo mencionada por todos (n=10; 100%). A segunda subcategoria, “Morte não expectável”, aborda a complexidade de comunicar mortes inesperadas, como em casos de acidentes ou situações súbitas, tendo seis enfermeiros (E1, E2, E3, E4, E6, E10; 60%) considerado que estas informações devem ser preferencialmente realizadas por médicos, devido ao seu elevado impacto emocional e exigência técnica. Por fim, a subcategoria “Situações não confirmadas ou com ausência de autorização” refere-se à prudência na transmissão de informações que ainda não foram validadas ou autorizadas pelo próprio doente. Apenas um dos entrevistados (E2; n=1; 10%) mencionou esta limitação de forma explícita, destacando a importância de salvaguardar a veracidade e o consentimento na partilha de dados clínicos.

Estes testemunhos demonstram a consciência ética e legal dos enfermeiros face à comunicação de más notícias à PSC e sua família, sublinhando a necessidade de limites claros para garantir uma atuação responsável e respeitosa.

Tabela 7*Percepção dos enfermeiros sobre as más notícias que não podem ser transmitidas*

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Más notícias que não podem ser transmitidas	Diagnóstico reservado	Os diagnósticos devem ser comunicados apenas por médicos por razões legais e profissionais.	n=10 (100%)
	Morte não expectável	A morte em situações inesperadas deve ser comunicada preferencialmente por médicos, dada a sua complexidade emocional e técnica.	E1, E2, E3, E4, E6, E10 (n=6; 60%)
	Situações não confirmadas ou com ausência de autorização	Informações que ainda não estão confirmadas ou cuja transmissão não foi autorizada pelo doente não devem ser partilhadas.	E2 (n=1; 10%)

Nota. n=Amostra; %=Porcentagem

3.8 - Dificuldades na comunicação de más notícias

A tabela 8, referente à categoria “Dificuldades na comunicação de más notícias”, sintetiza os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros entrevistados ao transmitir informações delicadas, estruturando-os por categorias, subcategorias, respetivas descrições e a frequência com que foram referidos pelos entrevistados. Uma das dificuldades mais recorrentes é o “Impacto emocional pessoal”, sentido por metade dos participantes (E1, E3, E6, E9, E10; 50%). Estes relataram sintomas como o stresse e as insónias, evidenciando a sobrecarga emocional que esta tarefa pode ter no seu bem-estar psicológico. Outra barreira identificada é a “Insegurança sobre o conteúdo a transmitir”, destacada por dois dos entrevistados (E4, E10; 20%). Esta insegurança advém da incerteza quanto aos limites legais e éticos da informação a transmitir, sobretudo quando não existe uma confirmação médica formal. “As reações imprevisíveis dos familiares” é também apontada como um obstáculo relevante por quatro participantes (E2, E8, E9, E10; 40%). O receio de respostas emocionais intensas ou inesperadas torna o momento da comunicação das más notícias ainda mais delicado e exigente. É ainda de salientar que, para três, dos participantes (E2, E6, E10; 30%), há a “Necessidade de distanciamento emocional” como uma estratégia de autoproteção. Esta postura, frequentemente descrita como “frieza”, é adotada para amenizar o desgaste emocional associado à exposição constante a situações de sofrimento.

Tabela 8*Dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias*

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Dificuldades na comunicação de más notícias	Impacto emocional pessoal	Dificuldade em lidar emocionalmente com a situação, levando a stresse ou insónias.	E1, E3, E6, E9, E10 (n=5; 50%)
	Insegurança sobre o conteúdo a transmitir	Dúvidas sobre o que pode ou não ser dito, especialmente sem confirmação médica.	E4, E10 (n=2; 20%)
	Reações imprevisíveis dos familiares	Desconhecimento da reação dos familiares, o que pode tornar a situação instável.	E2, E8, E9, E10 (n=4; 40%)
	Necessidade de distanciamento emocional	Adotar “frieza” como mecanismo de proteção para evitar o desgaste emocional.	E2, E6, E10 (n=3; 30%)

Nota. n=Amostra; %=Percentagem

3.9 - Conhecimento de protocolos facilitadores de comunicação de más notícias

A tabela 9 relativa à categoria “Conhecimento de protocolos facilitadores de comunicação de más notícias” revela o nível de familiaridade dos enfermeiros com protocolos estruturados que auxiliam na transmissão de más notícias, através de duas subcategorias: “Ausência de conhecimento formal”, onde sobressaem nove entrevistados (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10; 90%) que afirmaram não conhecer nenhum protocolo específico destinado a orientar a comunicação de más notícias; “Conhecimento do protocolo SPIKES”, com apenas um entrevistado (E7, 10%) a relatar conhecer o protocolo SPIKES, um modelo amplamente reconhecido e utilizado para guiar a comunicação de más notícias de forma empática e estruturada.

Tabela 9*Conhecimento de protocolos facilitadores de comunicação de más notícias*

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Conhecimento de protocolos facilitadores	Ausência de conhecimento formal	Desconhecimento de protocolos específicos para a comunicação de más notícias.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10 (n=9; 90%)
	Conhecimento do protocolo SPIKES	Protocolo SPIKES como guia orientador na comunicação.	E7, (n=1; 10%)

Nota. n=Amostra; %=Percentagem

3.10 - Estratégias usadas na comunicação de más notícias

A tabela 10 apresenta as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros entrevistados para comunicar más notícias, agrupadas por subcategorias que refletem diferentes abordagens. Estas estratégias visam minimizar o impacto emocional quer nos doentes quer nos seus familiares, assegurando uma comunicação mais humana e eficaz. Por conseguinte,

emergiu a subcategoria “Preparação do ambiente”, tendo três profissionais (30%) destacado a importância de selecionar espaços privados e adequados para estas conversas, contribuindo para um ambiente mais respeitador e acolhedor. Outra subcategoria foi “Linguagem clara e simples”, o que é partilhado por cinco entrevistados (50%), que são concordantes com a utilização de uma linguagem acessível como essencial para garantir que a informação seja compreendida, especialmente em momentos de grande tensão emocional. A estratégia mais mencionada foi “Empatia e escuta ativa”, com sete enfermeiros (70%) a salientarem a necessidade de mostrar empatia e de estar disponível para ouvir e validar os sentimentos dos familiares e doentes. Emergiu ainda a subcategoria “Preparação psicológica”, que reuniu o consenso de quatro entrevistados (40%), que relataram realizar uma preparação mental antes de comunicar más notícias, como forma de se fortalecerem emocionalmente para a tarefa.

Tabela 10

Estratégias usadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias

Categoria	Subcategoria	Descrição	n (%)
Estratégias na comunicação de más notícias	Preparação do ambiente	Escolha de locais mais privados e adequados para a comunicação de más notícias.	E7, E8, E10 (n=3; 30%)
	Linguagem clara e simples	Utilização de termos compreensíveis para facilitar o entendimento da informação.	E4, E6, E7, E8, E10 (n=5; 50%)
	Empatia e escuta ativa	Demonstração de empatia, disponibilidade para ouvir e validar os sentimentos.	E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10 (n=7; 70%)
	Preparação psicológica	Preparação mental antes da comunicação para melhor gestão emocional.	E3, E6, E7, E10 (n=4; 40%)

Nota. n=Amostra; %=Porcentagem

A análise global dos dados permitiu identificar um conjunto de categorias e subcategorias, representando os principais temas emergentes na comunicação de más notícias no contexto do SU. A categoria “Conhecimento de protocolos facilitadores” revelou uma prevalência acentuada da subcategoria “Ausência de conhecimento formal”, com nove participantes (90%), evidenciando o desconhecimento generalizado de protocolos específicos para a comunicação de más notícias. Por outro lado, apenas um enfermeiro (10%) referiu conhecimento do “Protocolo SPIKES”, sugerindo uma lacuna formativa nesta área. Na categoria “Dificuldades na comunicação de más notícias”, a subcategoria “Impacto emocional pessoal” foi relatada por cinco entrevistados (50%), indicando a carga emocional associada a esta prática. Surgiram dificuldades relacionadas com

“Reações imprevisíveis dos familiares” (n=4; 40%), “Necessidade de distanciamento emocional” (n=3; 30%) e “Insegurança sobre o conteúdo a transmitir” (n=2; 20%).

Na categoria “Elementos fundamentais na comunicação”, a subcategoria “Ambiente privado” reuniu unanimidade de todos os enfermeiros, sublinhando a importância de garantir um espaço reservado e acolhedor. A “Comunicação clara e simples” foi identificada por oito enfermeiros (80%), enquanto a “Empatia” emergiu em sete relatos (70%). Outras subcategorias mencionadas foram “Honestidade” e “Apoio contínuo” (ambas com 5 participantes; 50%), “Preparação emocional” (n=4; 40%) e “Distanciamento emocional” (n=3; 30%).

Relativamente à categoria “Estratégias na comunicação de más notícias”, a subcategoria mais referida foi “Empatia e escuta ativa”, mencionada por sete entrevistados (70%), seguida de “Linguagem clara e simples” (n=5; 50%), “Preparação psicológica” (n=4; 40%) e “Preparação do ambiente” (n=3; 30%).

Na categoria “Formação sobre comunicação de más notícias” emergiu o “Desejo de formação”, o que foi consensual a todos os entrevistados, seguido da “Ausência de formação” (n=9; 90%) e da “Formação realizada”, que foi apontada apenas por um enfermeiro (10%).

No que respeita aos “Limites éticos na comunicação de más notícias”, a subcategoria “Diagnóstico reservado” foi unanimemente mencionada por todos os enfermeiros, salientando que esta informação deve ser comunicada apenas por médicos. Outras subcategorias emergentes foram “Papel do enfermeiro vs. médico” (n=8; 80%), “Confidencialidade da informação” (n=6; 60%), “Respeito pela autonomia/vontade expressa da PSC” (n=5; 50%) e “Risco de criar falsas esperanças” (n=5; 50%).

Na categoria “Más notícias que não podem ser transmitidas” a que mais se destacou foi o “Diagnóstico reservado”, com unanimidade de respostas, seguida de “Morte não expectável” (n=6; 60%) e “Situações não confirmadas ou com ausência de autorização” (n=1; 10%).

Quanto à “Perceção do conceito de más notícias”, as subcategorias “Morte” e “Mau prognóstico”, foram referenciadas por todos os participantes, seguindo-se o “Diagnóstico grave” (n=8; 80%) e “Mudança repentina no estado de saúde da PSC” (n=4; 40%).

Por fim, na categoria “Reações emocionais”, a subcategoria mais reiterada foi “Empatia e identificação com o outro” (n=6; 60%), seguida de “Dificuldade emocional persistente”

e “Estratégias de distanciamento emocional” (ambas com n=5; 50%), “Impacto emocional pós-comunicação” (n=3; 30%) e “Insegurança na abordagem” (n=2; 20%).

Tabela 11.

Síntese das categorias e subcategorias que emergiram no estudo

Categoria	Subcategoria	n	%
Conhecimento de protocolos facilitadores	Ausência de conhecimento formal	9	90
	Conhecimento do protocolo SPIKES	1	10
Dificuldades na comunicação de más notícias	Impacto emocional pessoal	5	50
	Reações imprevisíveis dos familiares	4	40
	Necessidade de distanciamento emocional	3	30
	Insegurança sobre o conteúdo a transmitir	2	20
Elementos fundamentais na comunicação	Ambiente privado	10	100
	Comunicação clara e simples	8	80
	Empatia	7	70
	Honestidade	5	50
	Apoio contínuo	5	50
	Preparação emocional	4	40
	Distanciamento emocional	3	30
Estratégias de comunicação de más notícias	Empatia e escuta ativa	7	70
	Linguagem clara e simples	5	50
	Preparação psicológica	4	40
	Preparação do ambiente	3	30
Formação sobre comunicação de más notícias	Desejo de formação	10	100
	Ausência de formação	9	90
	Formação realizada	1	10
Limites éticos na comunicação de más notícias	Diagnóstico reservado	10	100
	Papel do enfermeiro vs. médico	8	80
	Confidencialidade da informação	6	60
	Respeito pela autonomia/vontade expressa da PSC	5	50
	Risco de criar falsas esperanças	5	50
Más notícias que não podem ser transmitidas	Diagnóstico reservado	10	100
	Morte não expectável	6	60
	Situações não confirmadas ou com ausência de autorização	1	10
Perceção do conceito de más notícias	Morte	10	100
	Mau prognóstico	10	100
	Diagnóstico grave	8	80
	Mudança repentina no estado de saúde da PSC	4	40
Reações emocionais	Empatia e identificação com o outro	6	60
	Dificuldade emocional persistente	5	50
	Estratégias de distanciamento emocional	5	50
	Impacto emocional pós-comunicação	3	30
	Insegurança na abordagem	2	20

Nota. n=Amostra; %=Percentagem

4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados do presente estudo demonstrou o alcance dos objetivos delineados. O objetivo geral, que consistia em compreender as vivências dos enfermeiros do SU relativamente à comunicação de más notícias à PSC e sua família, foi plenamente atingido, proporcionando uma compreensão aprofundada sobre a temática. Os objetivos específicos foram igualmente alcançados, tendo-se identificado a perceção dos enfermeiros sobre o conceito de má notícia, descrito os sentimentos vivenciados na comunicação destas notícias, analisado as principais dificuldades enfrentadas no processo e caracterizado as estratégias utilizadas para lidar com tais situações. Estes resultados refletem a riqueza e a complexidade da experiência dos enfermeiros na comunicação de más notícias, em especial no contexto de SU, sendo essenciais para orientar práticas futuras e políticas institucionais.

Participaram, no presente estudo, 10 enfermeiros, cuja caracterização sociodemográfica e profissional revelou uma amostra composta maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, com média de idade de 38 anos e média de 15,2 anos de experiência profissional, sendo cerca de 12,2 anos no SU.

A presente investigação revelou que apenas um enfermeiro tinha recebido formação específica em comunicação de más notícias e a maioria demonstrou um desejo inequívoco de aceder a essa formação. Esta lacuna formativa é consistente com a evidência científica apresentada por Yazdanparast et al. (2021), que demonstram que a ausência de competências comunicacionais específicas entre enfermeiros compromete a qualidade da comunicação de más notícias. O seu estudo quase-experimental demonstrou que a realização de um *workshop* sobre competências de comunicação, incluindo a aplicação do protocolo SPIKES, resultou num aumento estatisticamente significativo das competências de comunicação e da participação dos enfermeiros na transmissão de más notícias. Por outro lado, Moura et al. (2024), através de uma *scoping review*, identificaram que a comunicação e a gestão de más notícias são aspetos centrais quando se trabalha com PSC e sua família, implicando não só a transmissão da informação, mas também a capacidade de gestão emocional, cultural e religiosa, bem como a promoção da adaptação da PSC e família à nova realidade. Esta visão holística corrobora a importância que o presente estudo atribui à formação contínua e estruturada, capaz de capacitar os enfermeiros para enfrentar a complexidade destas situações.

A percepção do conceito de más notícias observada no presente estudo, associada a diagnósticos graves, alterações súbitas do estado de saúde e morte, está em sincronia com a definição abrangente de más notícias apresentada por Laranjeira et al. (2021). Estes autores sublinham que más notícias não se limitam à revelação de diagnósticos ou prognósticos, mas abrangem qualquer informação que possa alterar negativamente a percepção do futuro por parte da PSC e da sua família. A sua investigação, baseada em simulações com estudantes de enfermagem, demonstrou que a comunicação de más notícias requer competência técnica, sensibilidade emocional e competências de gestão do stresse, e que a formação por *role-play* é eficaz no desenvolvimento destas competências.

Os elementos fundamentais na comunicação identificados pelos participantes do presente estudo, ambiente reservado, comunicação clara, honestidade, empatia e apoio contínuo, refletem as orientações do protocolo SPIKES descrito por Kaplan (2010) e adotado tanto por Yazdanparast et al. (2021) e por Laranjeira et al (2021). Este modelo sistematiza o processo de comunicação em seis fases (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy), permitindo aos enfermeiros adaptar a informação às necessidades e capacidades da PSC e da família, promover a compreensão, gerir emoções e definir estratégias futuras. Esta abordagem alinha-se com a necessidade de uma comunicação centrada na pessoa, enfatizada por Moura et al. (2024), que defendem a integração do cuidado centrado na pessoa, respeitando preferências culturais, religiosas e emocionais.

As reações emocionais dos enfermeiros, nomeadamente a dificuldade emocional persistente, o distanciamento emocional e a insegurança, encontram suporte teórico na obra de Lazarus e Folkman (1984), citada por Laranjeira et al. (2021), que destaca o papel do *coping* e do stresse na gestão destas situações. O seu estudo revela que simulações e *role-play* permitem aos enfermeiros desenvolver resiliência e estratégias emocionais para enfrentar a ansiedade e o medo associados à comunicação de más notícias. Yazdanparast et al. (2021) corroboram que a formação reduz a insegurança e aumenta a confiança dos enfermeiros, promovendo um ambiente emocionalmente mais seguro e eficaz para a comunicação.

Os limites éticos, como a confidencialidade, a preservação da autonomia da pessoa sob cuidados e o respeito pelo papel do médico na comunicação de diagnósticos reservados, emergiram tanto no presente estudo como nas evidências do estudo de Moura et al. (2024). Estes autores sublinham que a comunicação honesta e adaptada ao perfil do

doente e da família promove uma tomada de decisão informada e responsável, respeitando os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça).

As dificuldades na comunicação, desde o impacto emocional até à gestão de reações imprevisíveis, encontram resposta na literatura que recomenda estratégias práticas e educativas. Laranjeira et al. (2021) destacam a eficácia de simulações e *debriefings* reflexivos, utilizando o ciclo de Gibbs para promover uma aprendizagem estruturada e baseada na experiência, enquanto Moura et al. (2024) sugerem a implementação de protocolos claros e a integração de comunicação eficaz no cuidado multidisciplinar.

Por fim, as estratégias identificadas no presente estudo, como a empatia, a escuta ativa, a utilização de uma linguagem clara, a preparação emocional e do ambiente, e o suporte contínuo, são amplamente corroboradas na literatura (Costa, 2014; Lima et al., 2015; Ferreira et al., 2017; Ramos et al., 2024) que destaca a importância de formação contínua, protocolos consistentes e suporte institucional e psicológico para garantir a qualidade da comunicação e o bem-estar dos enfermeiros.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Esta investigação teve como objetivo compreender as vivências dos enfermeiros de um serviço de urgência na comunicação de más notícias à pessoa e família em situação crítica.

Relativamente à perceção do conceito de má notícia, os enfermeiros caracterizam-na não apenas como a transmissão de informação sobre morte ou agravamento clínico, mas como qualquer notícia que altere drasticamente a perceção que a pessoa ou a família têm do futuro, confirmando a complexidade e a subjetividade inerente a este ato.

No que diz respeito aos sentimentos e dificuldades vivenciadas, emergiram categorias que refletem o profundo impacto emocional desta prática. Os enfermeiros relataram sentimentos de sobrecarga emocional, incluindo stresse, insónias, palpitações, frustração, insegurança e impotência, especialmente em situações de prognóstico irreversível. As principais dificuldades identificadas foram de natureza contextual como a falta de privacidade no serviço de urgência; relacional, como lidar com reações de negação ou agressividade por parte das famílias; e formativa, com muitos enfermeiros a referirem insuficiência na preparação técnica e emocional para estas situações.

No âmbito das estratégias utilizadas, os resultados demonstraram que os enfermeiros desenvolveram mecanismos adaptativos fundamentais para garantir uma comunicação eficaz e compassiva. Entre estas, destacam-se a preparação prévia do ambiente e do momento, a utilização de uma linguagem clara e simples, a escuta ativa e a empatia. Foi ainda evidente a importância das estratégias de autoproteção de modo a poderem preservar o seu bem-estar emocional e psicológico.

Por fim, a análise dos limites éticos revelou dilemas significativos, nomeadamente no equilíbrio entre o papel do enfermeiro vs. médico, a confidencialidade, a autonomia do doente e o dever de informar a família, especialmente em situações de incapacidade do doente.

Ficou claro que a comunicação de más notícias no contexto de urgência é uma competência complexa que vai além do técnico, exigindo maturidade emocional suporte institucional e uma formação contínua e específica.

Em síntese, este estudo reforça a necessidade de investir na formação e no treino estruturado desta competência, bem como na criação de mecanismos de suporte emocional para os enfermeiros de modo a assegurar cuidados mais humanizados, éticos e eficazes à pessoa e família em situação crítica.

Futuramente os resultados obtidos serão apresentados ao enfermeiro gestor do serviço de urgência onde foi realizado o estudo, bem como ao diretor de serviço e conselho de administração de modo a serem aplicadas medidas formativas e apoio emocional aos enfermeiros em questão.

Além disso, os resultados obtidos devem ser divulgados, de forma a contribuir para a melhoria da prática clínica, baseada na evidência. Neste sentido, foi já submetido um primeiro artigo numa revista científica de enfermagem (anexo IV) e já foi realizada uma apresentação dos mesmos num evento de investigação organizado pelo LiveWellTalks no dia 9 de outubro de 2025 (anexo V).

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório reflete um percurso formativo e investigativo orientado para o desenvolvimento de competências especializadas e para a consolidação da identidade profissional do enfermeiro especialista.

No presente relatório foram analisadas as competências comuns do enfermeiro especialista ao longo dos três campos de estágio, evidenciando a importância do desenvolvimento contínuo, bem como das habilidades desenvolvidas para a promoção de cuidados de qualidade. O estudo de investigação demonstrou que as competências essenciais incluem o domínio da responsabilidade profissional ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para além destas, foram também desenvolvidas as competências específicas da enfermagem na área da PSC.

Os estágios permitiram o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e ético legais. Através da observação, prática supervisionada e reflexão crítica, foi possível consolidar capacidades de tomada de decisão, gestão de cuidados, prevenção da infeção, liderança e comunicação terapêutica, essenciais na prestação de cuidados ao doente crítico e a sua família.

A componente investigativa contribuiu para uma compreensão aprofundada de uma problemática central no exercício da profissão: a comunicação de más notícias em contexto de urgência. O estudo, de natureza qualitativa fenomenológica, revelou a complexidade emocional e ética deste processo, evidenciando dificuldades, estratégias e necessidades formativas dos enfermeiros. Os resultados sublinham a importância da formação contínua da utilização de protocolos estruturados e da promoção de uma comunicação empática ética e centrada na pessoa.

Em síntese, este relatório espelha a integração entre teoria, prática e investigação traduzindo o crescimento científico, técnico e humano alcançado ao longo do percurso. Confirma-se assim, que a enfermagem especializada na pessoa em situação crítica exige não só competência clínica, mas também reflexão ética, comunicação eficaz e compromisso com a humanização dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agnese, B.L., Daniel, A.C.Q.G., & Pedrosa, R.B.D.S. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. *Einstein* (Sao Paulo); 20: eRW6632. doi: 10.31744/einstein_journal/2022RW6632
- Alshami, A., Douedi, S., Avila-Ariyoshi, A., Alazzawi, M., Patel, S., Einav, S., Surani, S., & Varon, J. (2020). Breaking Bad News, a Pertinent Yet Still an Overlooked Skill: An International Survey Study. *Healthcare (Basel)*; 8(4):501. doi: 10.3390/healthcare8040501
- Amorim, C.B., Barlem, E.L., Mattos, L.M., Costa, C.F., & Oliveira, S.G. (2019). Disclosure of difficult news in primary health care: aspects that hinder or facilitate communication from the perceptions of nurses. *Rev Gaucha Enferm.*; 40:e20190017.
- Ansari, A. (2021). The role of interpersonal communication skills in human resource and management. *Int. J. Sci. Res.*; 10:916–922
- Baile, W. F. (2000). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (Edição revista e actualizada). Edições 70.
- Bastos, C., & Saraiva, M. (2010). A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO 9001: Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *TMQ Qualidade: Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*, http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf
- Bloom, B. (1983) *Taxionomia de Objetivos Educacionais: dominio cognitivo*.
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nurs Stand.*; 29(14):53-9
- Buckman R. (2000). Communication in palliative care: a practical guide. In: Dickenson D, Johnson M, Katz JS, eds. *Death, Dying and Bereavement* (pp. 146–173). 2nd edn. London: Sage
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. London: Papermac
- Bukowski, H., Sweeney, C., Bennett, D., Rizzo, G., O'Tuathaigh, C.M. (2022). Medical student empathy and breaking bad news communication in a simulated consultation. *Patient Educ Couns.*; 105:1342–5. doi: 10.1016/j.pec.2021.09.017
- Campos, D.M.L.I.T. (2020). *Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência*. Mestrado em Enfermagem Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em Situação Crítica. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34033/1/BCTFC140.pdf>

- Cooley, C.M, (2005). Communication skills in palliative care. In: Faull C, Carter Y, Daniels L, eds. *Handbook of Palliative Care* (pp. 86–97). 2nd edn. London: Blackwell Publishing.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Decreto-Lei n.º 27/2006. (2006, 3 de julho). *Lei de bases da proteção civil*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 127, 4696–4706. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Decreto-Lei n.º 104/1998. (1998, 21 de abril). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 93, 1739-1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-175784>
- Despacho n.º 242/1996. (1996, 13 de agosto). *Gestão de resíduos hospitalares*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 197, 11380 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/242-1301985>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014, 11 de agosto). *Sistema Integrado de Emergência Médica* *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153, 20673-20678 <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 135/2018. (2018, 16 de julho). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370 <https://dre.pt/application/conteudo/114453162>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual de acreditação de unidades de saúde: Gestão Clínica*.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Obtido de Norma n.º 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde Sepsis no Adulto: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma 012/2022, Via Verde do Trauma no Adulto*. Obtido de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro
- Fachin, O. (2005). *Fundamentos de Metodologia*. São Paulo.
- Gomes, A. (2013). *Tipos de programas de reabilitação cardíaca*. In *Manual de reabilitação cardíaca* (Cap. 4, pp. 35-40). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia
- Hill, M. M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*, (2.ª ed. rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288

- Laranjeira, C., Afonso, C., & Querido, A. I. (2021). Communicating bad news: Using role-play to teach nursing students. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211044589. <https://doi.org/10.1177/23779608211044589>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- McConnell-Henry, T., Chapman, Y., Francis, K. (2009). Husserl and Heidegger: *Exploring the disparity*. *Int. J. Nurs. Pract.*, 15(7), 15. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01724.x.
- Miller, E.M., Porter, J.E., & Barbagallo, M.S. (2022). *The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis*. *Palliat Support Care*; 20:433–44. doi: 10.1017/S1478951521001243.
- Monden, K.R., Gentry, L., & Cox, T.R. (2016). *Delivering bad news to patients*. *Bayl. Univ. Med. Cent. Proc.*; 29:101–102. doi: 10.1080/08998280.2016.11929380.
- Moser, A. & Korstjens, I. (2017). Series: *Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction*. *Eur J Gen Pract.*, 23(1):271-273. doi: 10.1080/13814788.2017.1375093.
- Moura, T., Ramos, A., Sá, E., Pinho, L. & Fonseca, C. (2024). *Contributions of the Communication and Management of Bad News in Nursing to the Readaptation Process in Palliative Care: A Scoping Review*. *Applied Sciences*, 14(15):6806. <https://doi.org/10.3390/app14156806>
- Nnate, D.A. & Nashwan, A.J. (2023). *Emotional Intelligence and Delivering Bad News in Professional Nursing Practice*. *Cureus*, 13;15(6):e40353. doi: 10.7759/cureus.40353
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L. & Mendes, J. M. G. (2013). *Comunicação De Más Notícias: Artigo Revisão Sistemática Da Literatura*. *Revista de Enfermagem*, 7(1), 227–235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Pin, C. (2023). *Semi-structured Interviews*. HAL Id: hal-04087970 <https://sciencespo.hal.science/hal-04087970>
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Autor. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedoscuidados.pdf>
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 134. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115584360>

- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/ 2019 de 25 de setembro de 2019 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. *Diário da República*, 2ª série, n.º 184, 128–155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Rafiei, M., Mohammadi, Z., & Mohamadirizi, S. (2024). Clinical nurses' experiences about "breaking bad news" during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1):247. doi: 10.4103/jehp.jehp_417_23
- Ramos, A., Fonseca, C., Pinho, L., Lopes, M., Brites, R., & Henriques, A. (2022). Assessment of functioning in older adults hospitalized in long-term care in Portugal: Analysis of a big data. *Frontiers in Medicine*, 9, 780364. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.780364>
- Regulamento 101/2015 (2015, 10 de março). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 48, 5948–5952. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento n.º 76/2018. (2018, 30 de janeiro). *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 21. https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Janeiro/Regul_76_2018.pdf
- Regulamento n.º 140/ 2019 (2019, 6 de fevereiro). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, *Diário da República*, 2ª série, n.º 26, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ruler, B. (2018). Communication theory: An underrated pillar on which strategic communication rests. *Int. J. Strat. Commun.*; 12:367–381. doi: 10.1080/1553118X.2018.1452240
- Santos, J.L., Copelli, F.H., Balsanelli, A.P., Sarat, C.N., Menegaz, J.C., & Trotte, L.A. (2019). Interpersonal communication competence among nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*; 27:e3207.
- Silva, D.O.S., Grou, C. R., Miasso, A. I. & Cassiani, S.H.B. (2007). Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. *Rev La-tino-am Enfermagem*, 15(5), 1010-1017.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Taquette, S. R., & Borges da Matta Souza, L. M. (2022). Ethical Dilemmas in Qualitative Research: A Critical Literature Review. *International Journal of Qualitative Methods*, 21. <https://doi.org/10.1177/16094069221078731>
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972 838367 3. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1289492>

- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.
- Vieira, F., Silva, J., L., Vilaça, T., Parente, C., Vieira, F., Almeida, M-J., Pereira, Í., Solé, G., Varela, P., Gomes, A., Silva, A.. (2013). *O papel da investigação na prática pedagógica dos mestrados em ensino*. Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 2641-2655). Braga: Centro de Investigação em Educação (CIEEd), Instituto de Educação da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/10174/8747>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª Edição Revista e Aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wahyuni, S., Gautama, M.S.N., & Simamora, T.Y. (2023). A Literature Review of Nurses Challenges and Barriers in Assisting Patients and Families Facing Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*; 29(3):243-249. doi: 10.25259/IJPC_128_2023
- Yazdanparast, E., Arasteh, A., Ghorbani, S., & Davoudi, M. (2021). The effectiveness of communication skills training on nurses' skills and participation in the breaking bad news. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 337–341. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_150_20

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Comunicação de Más Notícias



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

certificado

certifica-se que

Ana Patricia Pinto Azevedo

titular do número de identificação fiscal 248510878, foi formador(a) no curso de formação

Comunicação de más notícias

num total de 01:00 horas, que decorreu de 06-06-2024 a 06-06-2024, na unidade de Formação em serviço, da unidade local de saúde [REDACTED]

[REDACTED] 02 de julho de 2025

[REDACTED]
a coordenadora da unidade de formação

[REDACTED]

APÊNDICE II – Pacemakers



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

certificado

certifica-se que

Ana Patrícia Pinto Azevedo

titular do número de identificação fiscal 248510878, foi formador(a) no curso de formação

Pacemakers

num total de 01:00 horas, que decorreu de 12-12-2024 a 12-12-2024, na unidade de [REDACTED] da unidade local de saúde [REDACTED].

[REDACTED] 25 de abril de 2025

[REDACTED]
a coordenadora da unidade de formação

APÊNDICE III – Guia de orientação dos cuidados pré e pós-cateterismo cardíaco

CATETERISMO CARDÍACO **LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA DA** XXXXXXXXXX

Cuidados Pré-Cateterismo Cardíaco

- Tricotomia na região radial direita e femoral direita;
- Puncionar o doente no membro superior esquerdo com CVP nº18;
- Colocar a perfundir cloreto de sódio a 0,9% com prolongador de 1 metro e torneira de 3 vias ou outro soro se indicação médica, pelo menos 2 horas antes do exame;
- Avaliar sinais vitais e pesquisa de glicemia capilar;
- Medicação feita pelo doente (antiagregantes ou hipocoagulação oral, heparinas de baixo peso molecular). Registrar o dia e hora da última administração;
- É recomendado não administrar até 6 horas antes do cateterismo heparinas de baixo peso molecular;
- Assegurar jejum de pelo menos 6 horas;
- Registrar possíveis alergias que o doente possa ter;
- Remover próteses e adornos;
- Confirmar a colocação de pulseira de identificação.

Cuidados Pós-Cateterismo Cardíaco

Se abordagem femoral

- Permanecer em repouso no leito com o membro inferior em extensão durante 6 a 8 horas;
- Vigiar penso e sinais de hemorragia;
- Manter repouso parcial (incluir apenas o levantar para cadeirão e ida ao wc) e manter o penso compressivo no local da punção durante 24 horas.

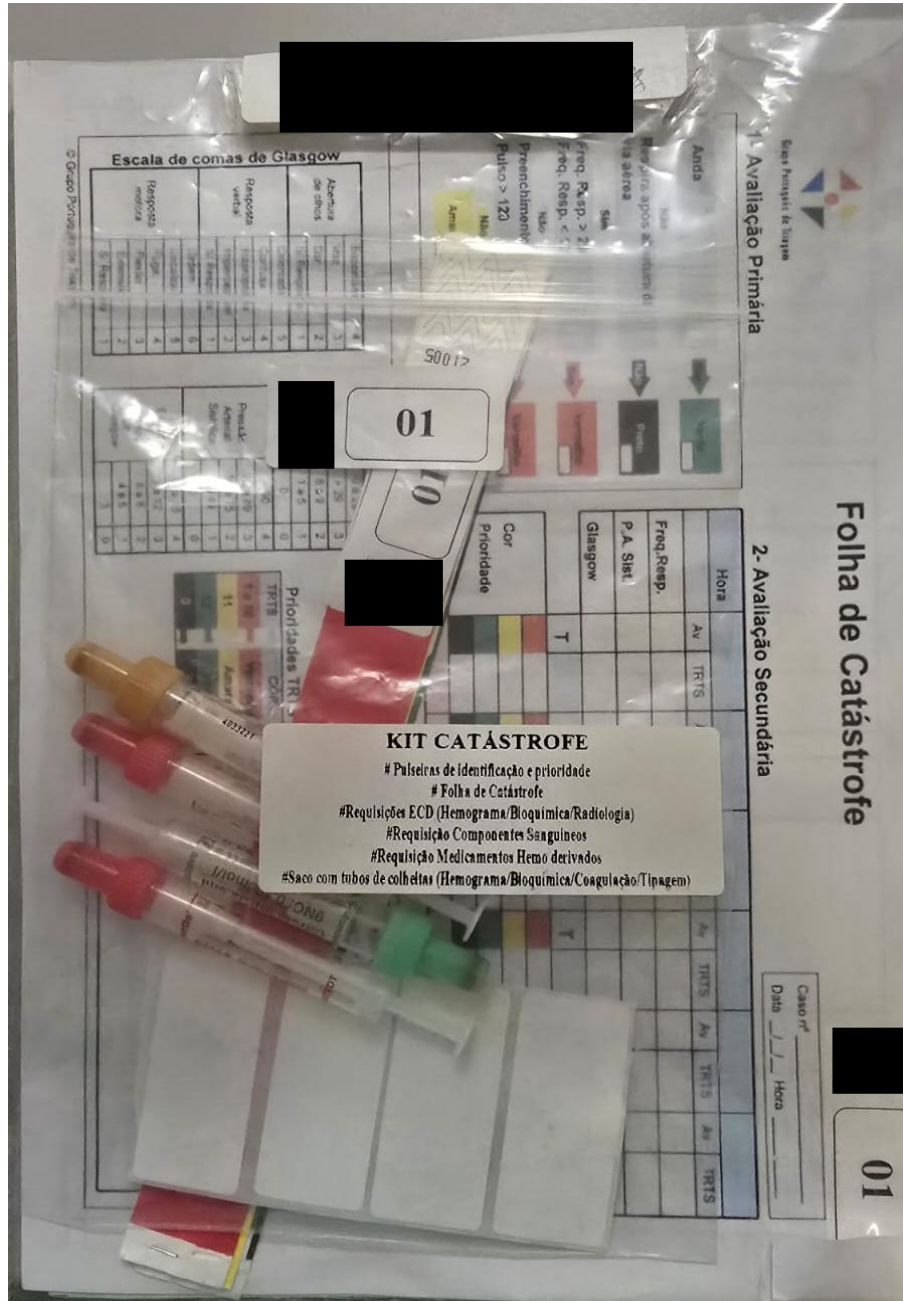
Se abordagem radial

- Incentivar o repouso do membro em supinação durante a descompressão;
- Assegurar que o compressor TR Band não se desloca;
- Remover 3 cm^3 de 15/15 minutos 30 minutos após o termo do procedimento até obter hemóstase – se ocorrer hemorragia, voltar a insuflar a mesma quantidade de ar e repetir o procedimento após 30 minutos;
- Retirar o compressor radial o mais precocemente possível, não devendo ultrapassar as 4 horas;
- Realizar penso compressivo após a remoção do dispositivo;
- Em caso de hematoma, retirar o compressor radial e fazer compressão manual até hemóstase;
- Reforçar a importância de repouso do membro superior abordado durante 48 horas, podendo, no entanto, movimentá-lo.

Cuidados gerais

- Monitorizar sinais vitais;
- Monitorizar glicemia capilar (se diabético);
- Vigiar sinais de comprometimento neurocirculatório (pulsos periféricos, coloração e temperatura da extremidade do membro do local de realização do cateterismo cardíaco);
- Detecção de possíveis reações alérgicas ao contraste (angioedema, prurido, dispneia, estridor, tosse persistente e broncoespasmo);
- Manter soroterapia até retirar compressor radial ou até poder realizar levantar (6h) e incentivar ingestão de líquidos, para prevenção da nefropatia de contraste;
- O doente pode ingerir uma refeição ligeira 1 hora após o procedimento, se não houver indicação contrária.

APÊNDICE IV- Kits individuais de catástrofe



APÊNDICE V – Guião da Entrevista

Determinação dos blocos		Objetivos específicos	Formulação das questões	Observações
	Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista	Informar os participantes sobre a temática e objetivos do trabalho; Garantir confidencialidade e anonimato; Solicitar autorização para gravação do áudio; Informar sobre a duração do tempo médio da entrevista	Tempo médio: 2 min
<u>I- Caracterização socio demográfica e profissional</u>	Caracterização sócio demográfica e profissional dos participantes	Conhecer os dados de identificação dos participantes; Conhecer a sua situação profissional	Solicitar aos participantes os seus dados sociodemográficos (idade, estado civil, sexo, grau académico e tempo de serviço); Questões: <i>Relativamente à comunicação de más notícias, já fez alguma formação a respeito desta temática ou o tema já foi abordado de alguma maneira no seu trabalho?</i> <i>Já fez alguma pesquisa sobre esta temática? A nível académico ou pesquisa autónoma?</i> <i>Gostaria de fazer alguma formação sobre esta temática?</i>	Tempo médio: 3 min
<u>II - Vivências</u>	A - Perceção do conhecimento do conceito de má notícia	Analisar a perceção do conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito de má notícia	Solicitar aos participantes que enunciem ideias que lhes ocorrem quando pensam em comunicação de más notícias. Questões: <i>Quando pensa em más notícias que ideias lhe ocorrem?</i> <i>Para si quais são os elementos fundamentais que devem existir na comunicação de más notícias?</i> <i>Quais são as más notícias mais frequentes?</i> <i>Existem limites para a transmissão de más notícias?</i> <i>Quais as más notícias que mais transmitem?</i> <i>Quais as más notícias que não podem transmitir?</i>	Tempo médio: 15 min
	B - Descrição dos sentimentos dos enfermeiros ao comunicar más notícias	Enunciar os sentimentos dos enfermeiros ao comunicar más notícias	Solicitar aos enfermeiros que digam se já comunicaram uma má notícia ao doente crítico ou família e o que sentiram quando o fizeram. Questões: <i>Já comunicou alguma má notícia? Se sim, qual? E o que sentiu?</i>	Tempo médio: 10 min
	C – Conhecimento das dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando comunicam más notícias	Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando comunicam más notícias	Solicitar aos enfermeiros que descrevam as suas dificuldades quando têm de comunicar más notícias Questões: <i>Tem dificuldades em comunicar más notícias? Se sim, quais? E porquê?</i>	Tempo médio: 10 min
	D - Utilização de estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias	Identificar quais as estratégias mais usadas pelos enfermeiros para comunicar más notícias.	Solicitar aos participantes que identifiquem as estratégias que usam para comunicar más notícias ao doente crítico ou família. Questões de reforço: <i>Conhece algum protocolo facilitador de comunicação de más notícias?</i> <i>Utiliza alguma estratégia para comunicar más notícias? Preparação psicológica, uso de sala privada, etc...</i>	Tempo médio: 10 min

APÊNDICE VI- Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Caro(a) Enfermeiro(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, a mestranda Ana Patrícia Pinto de Azevedo e a Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista estão a desenvolver uma investigação intitulada *Vivências dos Enfermeiros de um Serviço de Urgência na Comunicação de Más Notícias à Pessoa e Família em Situação Crítica*, tendo como objetivo analisar, junto dos enfermeiros, as suas vivências relativamente à comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica (PSC). Os resultados obtidos permitirão melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Para isso precisamos da sua ajuda através da participação no presente estudo.

A sua participação é completamente voluntária e anónima, sendo-lhe garantido não só o anonimato como também a confidencialidade dos dados. Qualquer informação obtida durante este estudo será confidencial e obedece ao sigilo profissional. Todos os dados pessoais serão codificados de modo que os participantes não possam ser identificados e são armazenados de forma segura em computador com palavra-passe apenas conhecido da investigadora principal. Os dados serão destruídos imediatamente após defesa pública da Dissertação de Mestrado. Mais informo que poderá desistir a qualquer momento se essa for a sua vontade, sem que daí advenha qualquer prejuízo ou penalização.

Parte declarativa da investigadora (profissional)

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo. Informe **e sublinhei** que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos e serão destruídos imediatamente após a publicação. Forneci o meu contacto para poder esclarecer qualquer dúvida adicional que surja.

Nome legível do investigador Ana Patrícia Pinto de Azevedo

Contato institucional da investigadora responsável: 915538315; email appazevedo@chtmad.min-saude.pt

À/Ao participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela/s pessoa/s que assina/m este documento. Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas obtive resposta esclarecedora, tendo-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Foi-me ainda garantida a destruição dos dados imediatamente após a publicação dos mesmos.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária concordo fornecer, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

... .. (data) Assinatura
... ..

Nota: Este documento tem 2 páginas e é feito em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente

APÊNDICE VII- Parecer da Comissão de Ética



CES 6665 Título de Investigação: Vivências dos enfermeiros de um serviço de urgência na comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica

Para: "ppintoazevedo@gmail.com" <ppintoazevedo@gmail.com>

Exma. Senhora

Enfa. Ana Patrícia Pinto de Azevedo

Informa-se que sobre o pedido relativo ao assunto em apreço, a Comissão Ética para a Saúde, em reunião do dia 27 de novembro de 2024 emitiu, o seguinte parecer:

"Parecer Favorável."

Mais se informa que sobre o mesmo recaiu a seguinte deliberação do CA de 28 novembro de 2024:

"O CA homologada."

Com os melhores cumprimentos,

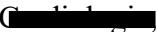


Secretariado do Conselho de Administração

ANEXO I- Pedido de autorização

Exmo. Senhor Presidente do

Unidade Local de 

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados no Serviço de Urgência

Ana Patrícia Pinto de Azevedo, enfermeira a exercer funções no Serviço de 

, encontra-se a realizar um estudo intitulado de “*Vivências dos enfermeiros de um Serviço de Urgência na Comunicação de Más Notícias à Pessoa e Família em Situação Crítica*” no âmbito do mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação da Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista, vem solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar o instrumento de recolha de dados, que terá por base uma entrevista semiestruturada aplicada a 10 enfermeiros a exercerem funções no serviço de Urgência geral da unidade hospitalar de Vila Real há pelo menos 2 anos e que aceitem fazer parte do estudo após consentimento livre e informado. Será assegurada a anonimização dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Este estudo tem como objetivo geral:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros relativamente à comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica;

E objetivos específicos:

- Analisar a perceção do conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito de má notícia;
- Conhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao comunicar uma má notícia à pessoa em situação crítica;

- Identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros ao comunicar uma má notícia à pessoa em situação crítica;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica.

Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa e fenomenológica. A investigação qualitativa é um tipo de investigação que explora e fornece conhecimentos mais profundos sobre problemas do mundo real, neste caso, a comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica. Consiste em recolher as experiências, as perceções e o comportamento dos participantes. O objetivo filosófico da fenomenologia é proporcionar uma compreensão das experiências vividas pelos participantes

O período de recolha de dados está previsto ser durante a primeira semana de novembro de 2024, onde serão realizadas duas entrevistas diárias até perfazer uma amostra de 10 participantes.

Na expectativa que o meu pedido obtenha de vossa excelência o melhor acolhimento, agradecendo antecipadamente a vossa atenção, apresento os melhores cumprimentos, colocando-me à inteira disposição para eventuais esclarecimentos adicionais.

Junto se anexa o projeto com o guião da entrevista semiestruturada e a declaração de consentimento informado a ser aplicado aos participantes

Pede Deferimento

Ana Patrícia Pinto de Azevedo

ANEXO II - Autorização do Enfermeiro Gestor

Comissão de Ética do [REDACTED]

Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

enf. gestor
Ex.mo Diretor do Serviço de:

urgência

Nome do Investigador Principal:

Ava Ruteira Pinto de Azevedo

Título da Investigação:

Vivências dos Enfermeiros de um Serviço de Urgência na comunicação de más notícias à Pessoa em situação crítica.

Pretendo realizar a investigação em epígrafe no [REDACTED] solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do [REDACTED] declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

[REDACTED] *14 de Outubro 2024*

Com os melhores cumprimentos
Ava Ruteira Pinto de Azevedo 16/10/2024

O Diretor de Serviço
[Handwritten Signature]

ANEXO III- Autorização do Diretor do Serviço

Comissão de Ética do [REDACTED]

Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Urgência

Nome do Investigador Principal:

Ana Patrícia Ruto de Azevedo

Título da Investigação:

Violações dos Eufor veiculares do um Serviço de Urgência na comunicação de informações a Pessoa em situação crítica.

Pretendendo realizar a investigação em epigrafe no [REDACTED]

[REDACTED] solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do [REDACTED]

declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

[REDACTED] 16 de Outubro 2024

Com os melhores cumprimentos

Ana Azevedo 16/10/2024

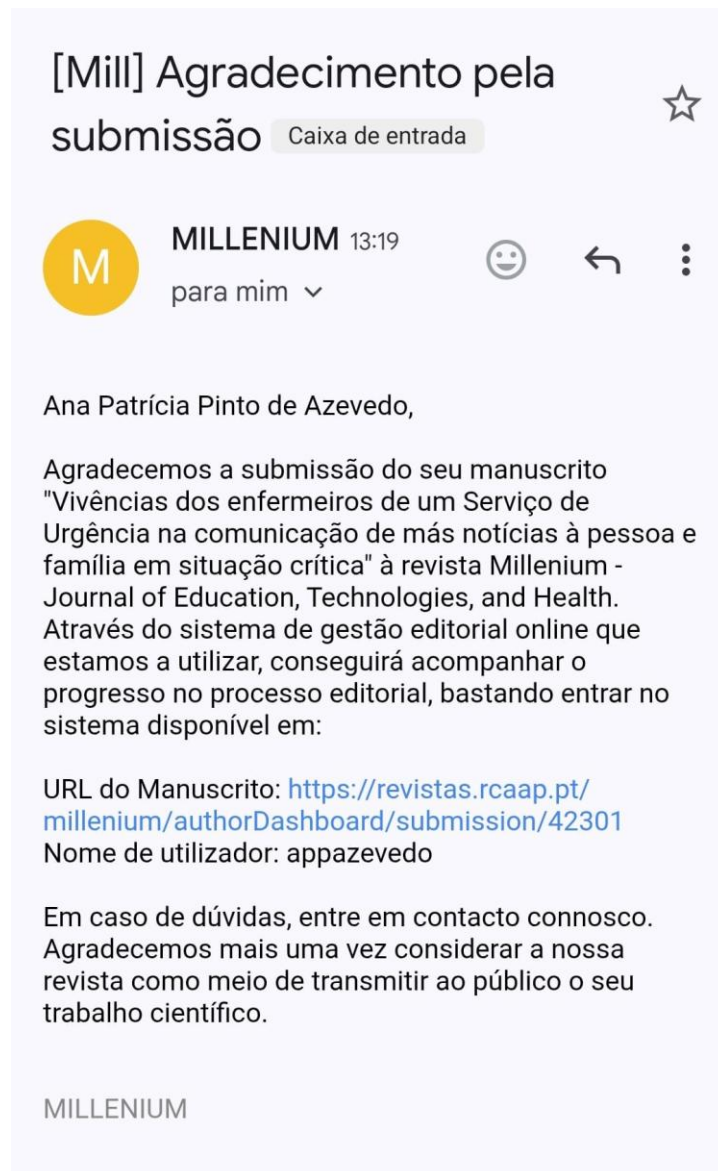
Nada a opor,
desde que seja
validado pelo
Comiss. Ética

O Diretor de Serviço

[Handwritten signature]

28-07-2021

ANEXO IV – Comprovativo da Submissão do Artigo



ANEXO V – Certificado de apresentação no evento LiveWell Talks

