

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS

Patrícia Vilela Diz

Orientador – Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

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

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

Dezembro de 2024



Diz, P.V.. Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência e Medicina Intensiva: Dificuldades e Estratégias. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2024.

DEDICATÓRIA

Ao Nuno, meu marido e aos meus filhos, Miguel, Lourenço e Santiago.

A ti, meu avô que agora és uma estrelinha...

AGRADECIMENTOS

Pela sua colaboração para a concretização deste relatório, agradeço ao Professor Doutor Carlos Magalhães da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança por ter aceitado encaminhar este trabalho, pela partilhada de conhecimentos e pelas valiosas sugestões e orientações.

À Unidade Local de Saúde do Nordeste, onde se desenvolveu a investigação, por ter possibilitado a sua realização, e em especial aos enfermeiros gestores dos serviços de Cuidados Intensivos e Urgência pela simplicidade na sua concretização.

Um reconhecimento aos enfermeiros e médicos dos Serviços de Urgência e dos Cuidados Intensivos que responderam ao questionário, e em especial às enfermeiras Isabel Berça e Maria do Céu Silva.

À colega de mestrado Ângela Jesus, pelas palavras certas nos momentos certos.

Aos meus colegas do serviço de Medicina Interna do Hospital de Macedo de Cavaleiros, em especial ao enfermeiro chefe Rogério pela disponibilidade, incentivo e motivação constante.

À minha família pela paciência e apoio ao longo dos últimos tempos.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a realização de mais uma fase da minha trajetória académica.

RESUMO

O presente relatório de estágio clínico surgiu no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Este está organizado em duas partes. A primeira parte, tem como objetivo o aprimoramento das competências gerais e específicas relacionadas com a Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da de pessoa em situação crítica. Na segunda parte expõe-se um trabalho de investigação desenvolvido no âmbito de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica/família, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros e médicos quanto ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência/Medicina Intensiva. A comunicação de más notícias é um componente essencial da prática clínica que pode causar um impacto significativo no bem-estar emocional dos doentes e suas famílias, e em ambientes de serviços de urgência e cuidados intensivos, onde as decisões carecem de ser tomadas rapidamente, a comunicação de más notícias pode ser especialmente difícil.

Foi realizado um estudo descritivo e transversal de cariz quantitativo, com a aplicação de um questionário a médicos e enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência e cuidados intensivos, de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal. A amostra foi composta por 67 profissionais que concordaram em participar no estudo de forma voluntária, utilizando um método de amostragem não probabilística por conveniência, em que a maioria da amostra pertence ao sexo feminino, com uma idade média de 42,28 anos e maioritariamente constituído por casados. Metade da amostra relatou ter recebido formação específica durante sua formação académica. Lidar com as emoções do doente e ser honesto sem o privar da esperança, são as principais dificuldades. Em relação às estratégias de transmissão de más notícias, com maior frequência média procura usar uma linguagem clara e acessível, de forma a evitar o uso de termos técnicos, para que o doente entenda as más notícias. Além disso, há uma disponibilidade para dar resposta a todas as perguntas e clarificar incertezas, permitindo que o doente ou familiar tenha tempo para processar todas as informações transmitidas.

O estágio clínico permitiu o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. As competências da transmissão de más notícias são uma componente fundamental na prestação do cuidar aos doentes em situações críticas. Durante este percurso, houve a possibilidade de cuidar deste doente e familiares, durante o processo de doença, com foco na oferta de cuidados de uma enfermagem especializada, centralizados nas carências do doente crítico e da sua família.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Notícias; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados críticos; Família; Doente.

ABSTRACT

This internship teaching report was produced within the scope of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Situation. This is organized in two parts. The first part aims to improve general and specific skills related to Medical-Surgical Nursing in the area of critical person. In the second part, a research work developed within the communication of bad news to the person in critical situation/ family is presented, in order to know the perception of nurses and doctors about the process of communicating bad news to the person in critical situation and his family, in the context of Emergency/ Intensive Care. The communication of bad news is an essential component of internship practice that can have a significant impact on the emotional well-being of patients and their families and in emergency and intensive care settings where decisions need to be made quickly, communicating bad news can be especially difficult.

A descriptive and cross-sectional study of quantitative nature was carried out, with the application of a questionnaire to doctors and nurses who perform functions in emergency services and intensive care of a Local Health Unit in the North of Portugal. The sample was composed of 67 professionals who agreed to participate in the study voluntarily, using a non-probabilistic sampling method for convenience, where the majority of the sample belongs to the female sex, with an average age of 42, 28 years and mostly made up of married. Half of the sample reported having received specific training during their academic training. Dealing with the emotions of the patient and being honest without depriving him of hope are the main difficulties. Regarding the strategies of transmission of bad news, with a higher average frequency seeks to use a clear and accessible language, in order to avoid the use of technical terms, so that the patient understands the bad news. In addition, there is a willingness to answer all questions and clarify uncertainties, allowing the patient or the family member time to process all the transmitted information.

Internship teaching allowed the development of skills for the provision of care to the person in critical situation. The skills of transmitting bad news are a fundamental component in providing care to patients in critical situations. During this course, there was the possibility of caring for this patient and family members, during the disease process, focusing on the provision of care from a specialized nursing, centralized in the needs of the critical patient and his family.

Keywords: Health Communication; News; Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Family; Sick Person.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BPS- Behavioral Pain Scale

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC- Cateter Venoso Central

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IRD- Instrumento de Recolha de Dados

ITEAMS - Inem Tool for Emergency Alert system

KPC- Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

MRSA- Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

NIHSS- National Institutes of Health Stroke Scale

OBS- Observação

OE- Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana

RASS- Escala de Agitação-Sedação de Richmond

SAV- Suporte Avançado de Vida

SIV-Suporte Imediato de Vida

SU- Serviço de Urgência

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

TOT- Tubo Endotraqueal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ULS- Unidade Local de Saúde

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	x
INTRODUÇÃO	11
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	13
1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO CLÍNICO	14
1.1 ESTÁGIO DE OPÇÃO – EXTRA-HOSPITALAR.....	14
1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	16
1.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA	18
2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO CLÍNICO.....	22
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	22
2.1.1 Domínio da responsabilidade Profissional, ética e legal	22
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	24
2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	25
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	26
2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	26
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	27
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;	30
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	30
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	34
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS	35
2. ESTADO DA ARTE.....	36

3. METODOLOGIA.....	43
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
3.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	44
3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS ...	44
3.5 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS.....	45
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	47
5. DISCUSSÃO.....	54
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	59
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICES E ANEXOS.....	68
APÊNDICE I – Quadro de Comunicação.....	69
APÊNDICE II – Protocolo à Pessoa em Crise Convulsiva no SU	74
APÊNDICE III – Instrumento de Colheita de Dados - Questionário	75
ANEXO I - Autorização para utilização de questionário.....	81
ANEXO II- Parecer da Comissão de Ética	82
ANEXO III- Compromisso de Honra e Declaração de Interesses.....	83
ANEXO IV- Consentimento Informado, Esclarecido e Livre	84
ANEXO V – Comprovativo da Submissão do Artigo	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da amostra (n=67)	48
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a preparação/ formação relativamente à comunicação de más notícias	50
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com as dificuldades no processo de transmissão de más notícias	51
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de comportamentos(estratégias) na transmissão de más notícias	53

INTRODUÇÃO

Este relatório faz parte do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, voltado para o cuidado de pacientes em situação crítica, na Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, e descreve a jornada realizada durante os estágios clínicos. A unidade curricular inclui duas etapas diferenciadas: os estágios clínicos e o desenvolvimento de um relatório final. O relatório está organizado em duas partes. A primeira parte está consignada à descrição do estágio clínico, com a adequada análise crítica e reflexiva do crescimento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, conforme os regulamentos nº 140/2019 e nº429/2018.

A segunda parte reporta-se ao estudo de investigação desenvolvido, onde se descreve a metodologia utilizada, incluindo o tipo de estudo, a questão de pesquisa, a amostra selecionada e o instrumento de coleta de dados. Também serão apresentados e analisados os dados obtidos, seguidos pela discussão dos resultados e das conclusões mais importantes.

Comunicar informações desagradáveis a uma pessoa em situação crítica e à sua família é uma tarefa complexa, porém crucial, que os profissionais de saúde têm de lidar no seu dia a dia. Estes assumem um papel de grande influência na utilização de estratégias facilitadoras da comunicação de uma má notícia.

A comunicação de uma má notícia assume-se, como um cuidar essencial, que estabelece uma avaliação metódica da pessoa/família, uma sensibilidade moral e ética, e implementa uma combinação de estratégias de comunicação adequadas (Diniz, 2021).

Quando se comunicam más notícias é necessário que haja aptidão, saber e confiança por parte dos médicos e enfermeiros, uma vez que abrange sentimentos daqueles a quem se destina a informação, e do próprio enfermeiro. Nesta partilha de informação, distintas manifestações podem ser evidenciadas, uma vez que depende da forma como se transmite, e se recebe a mensagem (Castanhola, 2019).

No que diz respeito a comunicar a más notícias é essencial que a passagem de informação se fortaleça com apoio nas necessidades da pessoa, das suas inquietações e do que ele espera. A verdade é um direito elementar da pessoa, porém esta verdade deve ser adaptada à capacidade que este tem de a assimilar e incluir na sua vida (Seixo, 2015)

Neste sentido questionamo-nos relativamente aos médicos e enfermeiros que exercem funções num Serviço de Urgência e num Serviço de Medicina Intensiva de uma unidade local de

saúde da região norte de Portugal “Quais as dificuldades e estratégias facilitadoras de comunicação de más notícias, à pessoa em situação crítica e sua família?”. Para dar resposta a esta questão delinear-se-iam como objetivos:

Objetivo geral:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros e médicos quanto ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência/Medicina Intensiva.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra;
- Explorar a perceção da amostra quanto à preparação/formação recebida no âmbito do processo de comunicação de más notícias.
- Identificar na amostra as principais dificuldades apontadas relativamente ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família.
- Identificar na amostra as estratégias facilitadoras relativamente ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO: PRÁTICA
ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO CLÍNICO

Participar em estágios clínicos proporciona a oportunidade de vivenciar a prática de enfermagem em diversos contextos clínicos, com o objetivo principal de adquirir e aperfeiçoar as competências necessárias para a prática avançada de enfermagem em situações críticas. Esta experiência permite aplicar de forma prática os conhecimentos teóricos adquiridos e melhorar as habilidades profissionais para garantir a prestação de cuidados de elevada qualidade. No âmbito do programa do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica, é necessário realizar um relatório dedicado à prática clínica e à investigação. Os estágios clínicos ocorrem em três áreas de cuidados, sendo que dois deles são obrigatórias - o Serviço de Urgência e o Serviço de Medicina Intensiva, enquanto o terceiro é de natureza pessoal e ocorre no extra-hospitalar.

1.1 ESTÁGIO DE OPÇÃO – EXTRA-HOSPITALAR

O primeiro estágio clínico decorreu no Serviço Extra Hospitalar, no período compreendido entre 4 de maio a 22 de julho 2023, com uma duração de 250 horas, sendo que estas horas foram divididas entre o campo do estágio clínico, na ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de uma ULS da região Norte de Portugal.

A decisão de optar pelo extra-hospitalar foi cuidadosamente planeada para abordar possíveis lacunas na trajetória profissional, permitindo assim melhorar as habilidades e competências na abordagem inicial a pacientes em condições críticas.

As unidades de ambulância SIV e VMER estão estrategicamente posicionadas em anexos de hospitais, com recursos alocados em locais de fácil e rápido acesso, facilitando a sua ativação. Na ambulância SIV, cada turno é composto por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), com o objetivo de garantir cuidados de saúde especializados, incluindo manobras de reanimação de acordo com as diretrizes atuais. Todos os enfermeiros que trabalham nas unidades SIV devem obrigatoriamente possuir a certificação SIV. De acordo com a Circular Normativa N.º 3/2019 do Departamento de Formação em Emergência do INEM, essa certificação é obtida através de uma formação exclusiva do INEM, que consiste em cinco módulos teórico-práticos, seguidos de estágios obrigatórios. Os módulos são: Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção SIV; Suporte Avançado de Vida (SAV); Emergências de Trauma SIV; Emergências Médicas SIV; Emergências Pediátricas e Obstétricas SIV.

Relativamente aos meios técnicos, o carregamento desta ambulância apresenta uma combinação de materiais distintos e um leque variado de fármacos. No equipamento das ambulâncias de SIV, encontra-se também um sistema informático, incorporado num portátil, o ITEAMS (Inem Tool for Emergency Alert system), em que há a possibilidade de transferência online de várias informações assim como, os parâmetros vitais e a eletrocardiograma enviados para o CODU. No que concerne à VMER, esta, é constituída por um profissional de enfermagem e outro de medicina, os dois com formação exclusiva, mas não distinta entre as duas categorias profissionais, fornecida pelo INEM, mais propriamente em suporte avançado de vida e provida com o devido material de suporte, incluindo também o ITEAMS. A primordial finalidade é prestar cuidados para a estabilização da pessoa em situação crítica, com acompanhamento médico durante o transporte.

A integração por parte da equipa da SIV a da VMER, foi desde início excelente, em que houve uma enorme disponibilidade de esclarecimento de dúvidas, por parte da equipa, aquando do surgimento das mesmas. O cuidar de enfermagem à pessoa em situação crítica, exige uma enorme complexidade, uma reflexão e uma preparação sempre atual e combinada com a experiência. Deverão existir cuidados com maior rigor, qualidade e eficiência.

A seleção do estágio clínico supracitado decorreu da proximidade geográfica. Foi estabelecido um relacionamento de contiguidade e de confiança com os enfermeiros e técnicos do meio extra hospitalar, facilitando assim a atuação, tornando-a mais participativa e não só de observação.

O profissional de enfermagem com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve ter presente o plano de atuação correto na abordagem ABCDE no doente crítico. Este estágio clínico permitiu o desenvolvimento de competências humanas, práticas e organizacionais, onde foi possível aplicar conhecimentos e realizar um aumento da aptidão na prestação de cuidados.

No meio pré-hospitalar, existem situações de conflitos éticos, uma vez que os profissionais precisam de tomar decisões num curto período de tempo, não tendo em sua posse informações relevantes, que possam vir a ser relevantes. Um exemplo disto, é numa situação de Paragem Cardiorespiratória (PCR) em que habitualmente é inesperada e o SAV é iniciado o mais breve possível, e os profissionais não têm acesso se o doente se encontra incluído na Decisão de Não Reanimar. A ordem de não reanimar é, do ponto de vista ético aceite á evidência do princípio da

não maleficência, quando a associação risco/ benefício é desajustada e e demasiado dolorosa para o doente.

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O estágio clínico II, decorreu no Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade Local de Saúde (ULS), de uma região do Norte de Portugal, no período de 18 de setembro a 26 de novembro de 2023, perfazendo o total de 250 horas. Localizado no 1º andar, o SMI é o único existente no distrito e dá resposta a uma área geográfica de aproximadamente 6 600 km², 132 389 inscritos nos centros de saúde da ULS, segundo o (Relatório de Gestão de Contas, 2022). Esta ULS é composta por 3 Unidades Hospitalares, 14 Centros de Saúde (destes fazem parte 15 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizáveis e 9 Unidades de Cuidados na Comunidade), 2 Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica. Com uma capacidade de 18 camas, das quais 4 são destinadas a isolamentos, encontrando-se separadas por vidros. De um formato sintetizado, o SMI encontra-se dividido em espaços distintos, desde armazéns, área de sujos e sala de espera, tendo como objetivo a prestação completa de cuidados ao doente crítico, antecipando, sustentando e revertendo falências multiorgânicas. As duas salas principais (sala laranja e sala azul) estão dispostas e estruturadas em “open space”, com existência de cortinados, garantindo assim a privacidade dos doentes, encontrando-se ligadas a centrais de monitorização, facultando uma vigília de forma direta e contínua dos doentes internados. Todas as unidades, estão munidas com camas articuladas, mesas de apoio, ventilador, monitor, rampas de oxigénio, ar e sistema de aspiração, recipientes particularizados de lixos e mesa de trabalho para a elaboração de registos e permanência de toda a informação, assim como o processo médico do doente. Neste espaço encontra-se o carro de emergência com o desfibrilhador. Esta unidade aceita doentes de cuidados intensivos e doentes de cuidados intermédios, consoante a necessidade.

Em ambas as salas do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), há uma área dedicada ao armazenamento de material essencial para a prestação de cuidados. Nessa área, estão também os ventiladores de reserva e de transporte, além de equipamentos de diálise. Cada sala conta com dois sistemas Pyxis medStation® e um espaço para o depósito de soros. Além disso, existem duas copas, um gabinete médico, uma sala para a enfermeira chefe e duas casas de banho para os funcionários. O espaço destinado a despejos tem um circuito direto para o exterior, onde são

armazenados e recolhidos materiais sujos e lixo. Na entrada do serviço, há uma sala de espera e um gabinete que abriga a secretária administrativa da unidade.

A equipa de recursos humanos é composta por médicos de diversas especialidades, enfermeiros generalistas e especialistas, e assistentes operacionais, em número variável, consoante as necessidades do SMI. Contam também com o suporte de fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos.

No SMI, a proporção de enfermeiros por doente deve ser adaptável com base no nível de cuidados necessários. De acordo com a norma 743/2019 para o cálculo das dotações seguras de cuidados de enfermagem, em unidades de nível III, a relação deve ser de 1:1, recomendando que 50% da equipe sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Para doentes em Unidade de Cuidados Intensivos nível II, a proporção é de 1:2, e para doentes de nível I, de 1:3, sendo esta a abordagem adotada neste SMI (Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2019).

Durante o estágio clínico, as condições mais comuns observadas no SMI foram choques sépticos com disfunção multiorgânica de origem respiratória, infeções do sistema nervoso central, pancreatites graves, colecistites, perfurações de víscera oca, pneumonias associadas a infeções respiratórias, e traumas provocados por acidentes de viação. No SMI existem protocolos rigorosos no sentido de prevenir infeções associadas a intubações, bem como ao uso de Cateteres Venosos Centrais e Cateteres Vesicais, entre outros. O objetivo é fornecer cuidados a doentes em situação crítica, com falência ou risco de falência multiorgânica, com possibilidade de ser reversível, garantindo suporte avançado de vida 24 horas por dia. Este estágio clínico proporcionou inúmeras experiências e oportunidades de aprendizagem, permitindo adquirir competências inerentes para a prestação de cuidados diários a pessoas em terapia intensiva.

No decorrer deste estágio clínico foi elaborado um quadro de comunicação (APÊNDICE I – Quadro de Comunicação) adaptado ao doente com alteração da comunicação, com o propósito de o auxiliar em contexto hospitalar, de forma a conseguir exprimir as suas necessidades. Os profissionais de saúde, podem assim proporcionar um maior conforto e bem-estar à pessoa em situação crítica, dado que assim, podem expressar os seus desejos, necessidades, preocupações e sentimentos, aumentando a qualidade dos cuidados prestados, promovendo-se uma reabilitação mais otimizada.

Os profissionais de saúde podem assim usar de estratégias da comunicação oral, ou seja, a comunicação alternativa e aumentativa. Numa publicação recente de Sias et al. (2022), resgatam a ideia de Asha (2019) e de Órtega- Chacón et al. (2016), em que o conceito desta comunicação abrange todas as formas de interação que não envolvem a fala, sendo especialmente apropriadas para doentes com alterações na comunicação ou na linguagem. Esta abordagem divide-se em dois tipos: a comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e a de alta tecnologia. A primeira inclui técnicas como gestos, expressões faciais, linguagem corporal, movimentos da cabeça, aperto de mãos, além do uso de instrumentos como lápis e papel, caracteres do abecedário e figuras.

Sias et al. (2022), recuperam a ideia de Berney e Vogel (2019), de qua a comunicação aumentativa e alternativa é um procedimento novo da utilização da tecnologia no ambiente da saúde.

1.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio clínico no Serviço de Urgência (SU) decorreu entre 27 de novembro de 2023 e 16 de fevereiro de 2024, em uma Unidade de Saúde (ULS) na região Norte de Portugal, totalizando o imposto de 250 horas. O SU está situado no edifício principal, próximo ao serviço de medicina intensiva, laboratório de análises e serviço de imagiologia. Este serviço é dotado com recursos humanos e materiais que oferecem um atendimento diferenciado em situações de urgência e emergência. A área de abrangência deste serviço inclui todo o distrito de Bragança. Os doentes que chegam ao SU podem fazê-lo por conta própria ou acompanhados por ambulâncias do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), bombeiros, ou através de encaminhamentos de Centros de Saúde da ULS e outras Unidades Hospitalares, sejam públicas ou privadas.

Este SU conta com uma área destinada à receção e ao registo administrativo, bem como uma sala de triagem, onde as pessoas são triadas conforme a prioridade, utilizando o sistema de triagem de Manchester. A cada pessoa é entregue uma pulseira que indica a sua identificação e a cor que representa a sua prioridade. O espaço inclui salas de espera, um setor de atendimento pediátrico (que abrange um gabinete médico, uma sala para nebulizações/hidratação oral pediátrica, uma área de observação pediátrica e uma casa de banho), três gabinetes de avaliação médica, uma sala de emergência com duas unidades, uma sala laranja com quatro unidades, uma área para tratamento de adultos, um espaço com seis macas, além de gabinetes de ortopedia,

traumatologia e mini-cirurgias, um gabinete de medicina interna e uma área de OBS com capacidade para oito camas, todas com monitorização contínua, e uma área de registos de enfermagem. Para otimizar a gestão dos serviços farmacêuticos, o SU está equipado com dois sistemas Pyxis medStation®. A equipa é composta por enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos que se organizam em regimes de turnos.

Em Portugal, foram criadas as vias verdes de emergência de trauma, coronárias, AVC e sépsis, sendo ativadas pelo enfermeiro responsável pela triagem, o doente é encaminhado para a respetiva área de atuação e iniciados protocolos existentes. O objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados, garantindo acesso rápido a cuidados especializados, especialmente em situações identificadas precocemente. Por exemplo, num estudo realizado em 2020 no norte de Portugal, houve uma redução significativa nas ativações da Via Verde Coronária devido à pandemia, sendo o enfermeiro da triagem quem mais frequentemente realizava a ativação (Bemposta et al. 2024).

No caso do AVC, é crucial suspeitar do diagnóstico diante de sinais como dificuldade na fala, desvio da comissura labial e fraqueza em pelo menos um membro. A equipa da via verde AVC deve contar com médicos especializados em medicina interna ou neurologia, experientes no diagnóstico e tratamento do AVC, utilização de escalas neurológicas como a NIHSS, interpretação de exames complementares, tomada de decisões terapêuticas (como terapia fibrinolítica ou endovascular) e prescrição e monitorização de tratamentos. O protocolo exige tratamento imediato a casos suspeitos e na área de emergência, realizada colheita de sangue em kit próprio previamente elaborado e estabelecido acesso venoso periférico. O doente é avaliado por especialistas e são realizados meios complementares de diagnóstico (DGS, Norma 015/2017, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto).

A Via Verde Trauma consiste num conjunto de recursos e profissionais que visam garantir o acesso oportuno a cuidados de saúde para pessoas com lesões graves. Em cada SU, é fundamental ter uma equipa de trauma dedicada, liderada por um chefe e composta por médicos e outros profissionais de saúde. Esta equipa é responsável pela avaliação inicial da vítima de trauma, avaliação subsequente, decisão sobre a necessidade de transferência para um centro de trauma e, se necessário, coordena a transferência para a unidade mais adequada, em colaboração com o CODU, após estabilização inicial e medidas de controle de danos requeridas (DGS, Norma 012/2022, Via Verde do Trauma no Adulto)

É essencial que os SU sejam informados com antecedência sobre a chegada do politraumatizado, sendo este contato estabelecido assim que a decisão de transporte é tomada pela equipe pré-hospitalar e pelo CODU. O médico dos 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 do 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 primordial objetivo de ter critérios bem definidos para ativar a Via Verde Trauma é que sejam identificadas de forma rápida e eficaz todas as vítimas com lesões graves, garantindo que sejam avaliadas prontamente por uma equipa especializada para aumentar as suas hipóteses de sobrevivência. Durante a abordagem inicial conforme o protocolo ABCDE, também são realizadas diferentes formas de monitorização, procedimentos padrões, colheita de sangue para análise e realizados exames de imagiologia. Esses procedimentos visam confirmar o diagnóstico e identificar condições que possam levar a uma rápida deterioração e exigir tratamento imediato (DGS, Norma 012/2022, Via Verde do Trauma no Adulto).

Por último, na normativa da Via Verde Sepsis, encontram-se definidas regras de ativação que orientam os enfermeiros na triagem dos doentes. Estas, são divididas em dois grupos: sinais de presunção de infeção e de inflamação sistémica. A ativação desta via verde é necessária quando pelo menos um critério de cada grupo está presente. Nas regras de presunção de infeção, incluem 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 (DGS, Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde Sepsis no Adulto). No que concerne aos sinais de inflamação sistémica, são: confusão, taquicardia, aumento do tempo de preenchimento capilar e taquipneia. A normativa também define critérios de exclusão da Via Verde Sepsis, como gravidez, insuficiência cardíaca descompensada, síndrome coronária aguda, 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 (DGS, Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde Sepsis no Adulto)

Durante este estágio clínico foi desenvolvido um protocolo de atuação de crise convulsiva no adulto (APÊNDICE II – Protocolo à Pessoa em Crise Convulsiva no SU), em contexto de SU. Os profissionais do SU contribuem afincadamente na prestação de cuidados ao doente com

convulsões sendo por isso essencial, aperfeiçoar o conhecimento destes profissionais, para que haja uma promoção no auxílio de qualidade, fundamentada em certezas exatas, possibilitando o ato de prevenir dificuldades e a execução de um procedimento apropriado.

No SU, devido à distribuição das áreas físicas e à presença de várias seções (como triagem, salas médicas, sala cirúrgica, sala de ortopedia, sala de emergência, sala laranja, sala de observação e área das macas), o método era essencialmente orientado por tarefas. O planeamento estava a cargo do enfermeiro gestor, em colaboração com a enfermeira coordenadora da equipa.

Delegar encargos na gerência de cuidados poderá impor ao enfermeiro especialista, que faça ajustes rápidos em detrimento de um aumento súbito de doentes admitidos. A necessidade urgente de organização de equipas é um procedimento complicado que exige controle constante, todavia possibilita realizar uma quantia elevada de intervenções num reduzido período de tempo. Esta coordenação contribuiu pra uma melhoria dos cuidados prestados.

2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO CLÍNICO

Neste capítulo, faz-se uma análise e reflexão crítica sobre o progresso das competências obtidas durante o cuidar da pessoa em situação crítica. Os objetivos são adaptados de acordo com as circunstâncias e necessidades que surgem. O ambiente Extra-Hospitalar, o SMI e o SU são focados na atenção a essas pessoas. As experiências clínicas aí realizadas foram muito valiosas para a formação, pois permitiram tanto o fortalecimento quanto o aprimoramento de competências, tanto gerais quanto específicas. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), isso proporciona aos enfermeiros habilidades adicionais nas áreas que os definem, as quais serão traçadas de seguida.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atendendo que as habilidades do enfermeiro especialista surgem como um aprimoramento das competências fundamentais do enfermeiro de cuidados gerais, é possível compreender que sua zona de atuação abrange diversos contextos de assistência à saúde, compreendendo os níveis primário, secundário e terciário de cuidados. Esta atuação não se limita apenas à prestação direta de cuidados à saúde, mas também engloba intervenções indiretas, como a educação voltada para o doente e sua família, além da gestão da equipa e de serviços, e a condução de pesquisas baseadas em evidências científicas. Essas atividades são fundamentais para a tomada de decisões e culminam na busca incessante pela melhoria da qualidade da prática profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; enunciados descritivos, 2012).

Seja qual for a área de especialização, todos os enfermeiros especialistas compartilham um conjunto coeso de competências que lhes confere a capacidade necessária para enfrentar os desafios da profissão:

2.1.1 Domínio da responsabilidade Profissional, ética e legal

Segundo o (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), art.º 5º, fazem parte das competências deste domínio:

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.

Durante os três estágios clínicos, foi realizada uma análise crítica sobre a melhoria do desempenho profissional, incluindo a análise de valores éticos, deontológicos e jurídicos, com o intuito de fundamentar decisões, levando em consideração as evidências científicas e as responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, conforme a legislação vigente.

A relação entre o enfermeiro e o doente em estado crítico é crucial, o foco do profissional deve estar no doente, priorizando uma abordagem holística, mesmo que, em muitos casos no contexto de SMI, o doente não consiga estabelecer uma comunicação eficaz. Essa realidade reforça a necessidade de agir de acordo com os princípios e valores éticos. É responsabilidade do enfermeiro criar condições que honrem a qualidade de digno do doente/ família.

Foi tida em conta a importância de comunicar e proteger o doente e família durante o procedimento de cuidados, possibilitando a explicação de informação e fazer parte na tomada das decisões. Quando o doente não tem capacidade para decidir, a família assume o papel de repassar à equipa suas crenças, valores e decisões previamente estabelecidas pelo doente sobre a sua saúde. Geralmente, os profissionais procuram saber se há diretivas antecipadas do doente ou eleição de um procurador de saúde. Pessoas em situação crítica frequentemente têm a sua autonomia restringida pela impossibilidade de indicar as suas escolhas, tornando essencial uma prática que respeite e se adapte à situação médica do doente.

Quando uma reanimação não é bem-sucedida, e o óbito é declarado, sendo mantida a dignidade do corpo e prestados os cuidados pós morte, foi posicionado o corpo e foi resguardada a intimidade, tapando-o e foram retirados todos os diapositivos usados na reanimação, e houve o cuidado de otimizar o ambiente envolvente.

Foi reduzido ao mínimo, o impacto da família na presença do corpo da vítima, de forma a proporcionar e dignificar a fase do luto. Na transmissão de más notícias, houve o acompanhamento por parte dos enfermeiros e médicos, com o intuito de auxiliar a família a exprimir a sua dor relativamente à morte da pessoa em questão.

Assim, foi exequível solidificar habilidades na assistência a doentes e suas famílias ao lidar com a transmissão de más notícias.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo o (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), art.º 6º, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

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.

Foi adotada uma abordagem cuidadosa para conhecer, analisar e aplicar os protocolos e normas de cada serviço. Estes protocolos visam uniformizar os cuidados prestados, organizando os serviços e minimizando a probabilidade de erros. No SMI, era necessário coordenar a entrada do doente de acordo com os protocolos outrora instituídos. Durante esse processo, houve a oportunidade de arranjar a unidade do doente, testar equipamentos e manipular terapêutica, sempre de acordo com os protocolos, garantindo a padronização de cuidados e a disposição do serviço, reduzindo ao mínimo, os possíveis erros, colaborando assim para a gestão de qualidade.

A ênfase recai sobre a prevenção e controlo de infeções, o que é considerado uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, obedecendo aos indicadores de qualidade do cuidar em enfermagem. A taxa de ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) é, igualmente um indicativo de qualidade e segurança na prestação de cuidados. Dados mais recentes do (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, 2017) revelaram estudos de prevalência de infeções em ambiente hospitalar, mostrando uma tendência positiva, com uma prevalência de IACS de 7,8% (em comparação a 10,5% em 2012).

Desta forma, o controle das IACS é considerado fundamental na prestação de cuidados. Durante os estágios clínicos, foram implementados comportamentos que incluem medidas básicas, como a higienização das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e administração protocolada de profilaxia antimicrobiana. Criar um meio medicinal seguro é um dos âmbitos relevantes das competências do enfermeiro especialista. Portanto, o doente crítico, com falta de estabilidade hemodinâmica, carece de um cuidado contínuo e presencial.

2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo o (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), art.º 7º, as competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

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.

Foram aprofundados saberes acerca das competências de gestão do enfermeiro especialista, visando uma melhor compreensão dos métodos de gestão e da sua adaptação à contextualização das várias práticas. Para isso, foi realizada uma análise e participação nas atividades de gestão de recursos, incidindo na viabilidade e na adequação dessas atividades às particularidades do serviço.

Houve várias oportunidades de cooperação na verificação de materiais durante os estágios clínicos, o que facilitou o conhecimento sobre os materiais, o seu funcionamento e a sua localização, tornando a atuação mais eficiente quando necessário.

Ao longo desse percurso, procurou-se dar prioridade de forma acertada a prestação de cuidados. Durante os estágios clínicos, foram aperfeiçoadas habilidades relacionadas à gestão de prioridades, de materiais e do tempo essencial aos cuidados prestados.

Durante o estágio clínico no SMI, foram presenciadas auditorias do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência Antimicrobiana (PPCIRA).

A inclusão numa equipa multidisciplinar é fundamental, pois é condição essencial para que haja prestação de cuidados de excelência. No decorrer destes estágios clínicos, notou-se um excelente trabalho de equipa que se confirmou em todos os locais, devido a boa ligação criada entre toda a equipa multidisciplinar. Estas particularidades tornaram uma integração simplificada, aumentando a motivação e integração na equipa. Essa inclusão permitiu o compartilhamento de conhecimentos entre os diversos profissionais de saúde, o que possibilitou intervenções com maiores bases, apoiadas por uma avaliação conjunta do estado clínico do doente. Através das atividades realizadas, os objetivos propostos foram atingidos e foram desenvolvidas competências do Enfermeiro Especialista: demonstrar habilidade em supervisionar o exercício profissional,

trabalhar de forma apropriada em equipas multidisciplinares e interdisciplinares, e manter uma relação competente com a equipa, assegurando a continuidade e a qualidade da prestação do cuidar.

2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), art.º 8º, as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Durante os estágios clínicos, foram fortalecidos saberes em áreas que não eram tão familiares e que foram tidas em consideração para a evolução enquanto especialista, como os diferentes tipos de vias verdes já abordados anteriormente, o Sistema de Triagem de Manchester, como agir na sala de emergência, ventilação mecânica invasiva, Hemo filtração contínua, e assim por diante.

Com a finalidade de fomentar o crescimento profissional e pessoal, durante os períodos de formação prática, houve uma procura e reflexão sobre os conhecimentos presentes nos protocolos existentes, intersetando com os saberes obtidos nas unidades curriculares do mestrado.

Ao cuidar de doentes emergentes e em falência orgânica e tendo em conta que há uma panóplia de variáveis que é necessário objetivar ao mesmo tempo, isto leva a uma fadiga, frustração e a uma perda de ânimo no enfermeiro. Foram vividos momentos de impotência durante os ensaios clínicos, mas examinando os pontos positivos, foi uma constante aprendizagem para elucidar os conhecimentos nos cuidados prestados aos doentes.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No âmbito da especialidade em enfermagem à pessoa em situação crítica tendo como objetivo alvo a pessoa em situação crítica, e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica

... é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica 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 e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (Regulamento de Competências, nº429, 2018, p. 19362)

O cuidado de enfermagem direcionado ao doente e à sua família em situações críticas obriga a uma avaliação estruturada apta a antecipar e revelar prematuramente dificuldades existentes. Nesta parte, vão ser identificadas de forma criteriosa e reflexiva as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, com ênfase nas experiências e no aprendizado adquirido durante os estágios clínicos nos serviços Extra-Hospitalares, no SMI e no SU. Somente as competências mais pertinentes serão abordadas, e a apresentação seguirá uma estrutura traçada no (Regulamento de Competências, nº429, 2018).

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

No decorrer destes estágios clínicos, com auxílio da experiência adquirida profissionalmente e das capacidades adquiridas durante a realização deste mestrado, foram obtidas aptidões no cuidar do doente em situação crítica. O aglomerar de vivências e oportunidade de novos saberes, forneceram uma maior independência e uma maior aptidão na resolução de diversas situações, alcançando competências na avaliação da pessoa em situação crítica, antecipando eventuais mudanças clínicas e situações em que há instabilidade do doente.

Os fármacos mais utilizados nestes serviços, são diferentes dos que estão presentes no dia a dia, e como tal, foram realizadas pesquisas sobre os novos fármacos e o motivo de se administrarem em determinadas situações.

Em relação a técnicas, existiram diversas oportunidades de observar e cooperar em técnicas não invasivas e invasivas executadas no SMI. Houve imensas colaborações na inserção de cateter venoso central (CVC) na veia subclávia e na femoral (para execução da técnica de substituição renal), na inserção do tubo endotraqueal (TOT), de cateter arterial e na execução de traqueostomia

percutânea. Para além da participação destes procedimentos invasivos executados pelo corpo médico, também foram realizadas participações em diversos procedimentos de enfermagem. Destacam-se técnicas que não são realizadas diariamente, em contexto laboral, como aspirar secreções através do TOT, realizar tratamento no local de inserção de CVC e arterial, drenos torácicos, nutrição entérica e parentérica, prestar cuidados de higiene à pessoa em situação crítica e respetiva monitorização, desmame da ventilação, colocando o doente a ventilar espontaneamente, com ajuda da peça em T, dando seguimento à sua extubação, entre todas as outras técnicas de enfermagem realizadas no dia a dia, fora do contexto do estágio clínico. Houve, inclusivamente, oportunidades em aprofundar competências em relação à interpretação dos traçados eletrocardiográficos e os seus comprometimentos na condição clínica do doente.

No SMI, estas técnicas são realizadas com técnica asséptica adequada precavendo infeções associadas a esses cuidados. De salientar que todos os procedimentos seguem protocolos bem definidos e são fundamentados de forma científica, estando disponíveis num dossier acessível a todos os profissionais de saúde. Além disso, foram executados posicionamentos do doente para otimizar a ventilação, como a adoção da posição prona.

A monitorização destes doentes, implica uma panóplia de equipamentos por se tratar de uma monitorização avançada. A pressão arterial é avaliada em modo invasivo por meio de inserção de um cateter arterial, permitindo uma supervisão constante. Para além disto é possível, este cateter possibilita o acesso rápido a colheita de sangue para análise, incluindo a gasimetria arterial. Como se trata de uma técnica invasiva pode ocorrer um compromisso vascular como por exemplo hematomas, trombozes...).

Um acesso venoso central oferece vários benefícios em relação aos acessos periféricos, uma vez que em termos de internamento em UCI, possibilita tratamento a longo prazo com terapêutica vasoativa. Acessos centrais de grandes dimensões permitem administrações de volumes rápidos e os cateteres de vários lúmenes possibilitam a administração de fármacos diferentes, que em acessos periféricos não possam ser administrados no mesmo acesso. É competência de enfermagem, atendendo a uma vista holística do doente, antecipar a necessidade de utilização e agilização deste procedimento (Sousa , 2021).

A atividade elétrica do coração também é vigiada através da monitorização contínua através de um cateter arterial, na via distal, em que está conectado a um transdutor ao nível do

coração. A vigilância da saturação de oxigénio é realizada através da oximetria de pulso de forma a garantir a oxigenação eficiente do doente e a observação da coloração do doente permite reconhecer os sinais de hipoxemia (Gaspar, 2021).

Um dos testes essenciais para avaliar os parâmetros respiratórios é a gasimetria, uma vez que auxilia na tomada de decisão clínica, avaliando o equilíbrio ácido-base, a oxigenação do sangue e a ventilação pulmonar (Gaspar, 2021).

O doente em situação crítica apresenta necessidade de apresentar dum tubo orotraqueal com recurso ao ventilador e este permite que haja a substituição da autonomia ventilatória do doente. Existem diferentes tipos de modos de ventilação: modo assistido controlado (este é o mais utilizado, cada período inspiratório é iniciado a partir de um esforço inspiratório do doente, ou se não é detetado esforço após o tempo estimado, o ventilador emite um disparo), mandatária intermitente (neste modo, é seleccionado o número de inspirações mandatárias de volume fixo, administradas pelo ventilador e no meio destas, o doente ventila espontaneamente), pressão de suporte(esta é realizada pelo doente, mas limitada pela pressão, em que esta é ajustada de acordo com a frequência respiratória), estes são os modos ventilatórios mais usados (Jameson, et al., 2020).

É importante considerar a interrupção da VMI, quando a patologia respiratória começar a regredir, e isso envolve colocar o paciente em ventilação espontânea com a ajuda de uma peça em T e, depois, realizar a extubação.

Durante o estágio clínico no SMI, destaca-se as principais escalas utilizadas; Ramsay, BIS (Índice Bispectral), BPS (Behavioral Pain Scale) e a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS).

Em relação ao manuseamento de equipamentos, houve oportunidade de adquirir conhecimentos básicos na manipulação de um ventilador, de monitores de sinais vitais exclusivos deste serviço e do equipamento da técnica de substituição renal intermitente/continua.

A diálise pode ser requerida para o tratamento da doença renal aguda ou crónica. As técnicas de substituição renal podem ser realizadas de forma contínua ou intermitente. A ocorrência de lesão renal aguda aumenta a probabilidade de surgimento ou agravamento da doença renal crónica. Os doentes que se recuperam de uma ocorrência grave de lesão renal aguda, que

necessitaram de diálise, têm um risco elevado de desenvolver, mais tarde, doença renal em estágio terminal que também requer diálise (Jameson, et al., 2020).

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

No SU, foi obtida informação sobre o Plano de Emergência, tanto interno quanto externo, que incorpora todos os serviços e se conecta com entidades externas, como forças de segurança, proteção civil e bombeiros voluntários. Quanto ao tratamento das vítimas no SU, é realizada uma triagem primária e secundária, com o intuito de classificar o maior número possível de vítimas, direcionando-as para a área adequada de prioridade - que inclui a zona de Triagem, zona de Reanimação/Emergência, zona Urgente, Não Urgente e zona Negra. Além disso, o serviço conta com um armário fechado de catástrofe que armazena kits individuais que facilitam a atuação em situação de catástrofe.

Uma vez que estas situações não são frequentes, nem foi presenciada nenhuma, todavia, é fundamental estar preparado e possuir competências para atuar na circunstância certa, de forma adequada. É imprescindível que todos sejam treinados previamente, para que estas situações sejam ultrapassadas com o menor de vítimas possível. Todavia, a enfermeira tutora relatou certas situações de emergência, das quais resultaram multi-vítima. Comparativamente ao estágio clínico realizado no SMI, a enfermeira tutora narrou a ocorrência de situações prévias, as quais conduziram ao aumento de camas extra, como foi a ocorrência da pandemia Covid-19.

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

Uma das medidas mais conhecidas e amplamente usadas, que é rigorosamente aplicada e serve como fundamento para a prevenção e controle de infeções, é a higienização das mãos, considerando os cinco momentos estabelecidos. Essas práticas são fundamentais para evitar a transmissão de microrganismos, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde garantir que não se propaguem.

No SMI, os lavatórios são equipados com pedais para ativar a água e um dispensador com a solução para lavagem das mãos, o que minimiza o risco de contaminação após o uso. Além disso,

seu design profundo e curvo ajuda a evitar respingos. As pias também contam com um dispensador de guardanapos de papel e um recipiente acionada por pedal para descartar o papel utilizado.

No SMI, são efetuados exames para detetar MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina) e KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase) em todos os doentes internados. Nunca se descuidou do uso adequado dos equipamentos de proteção individual durante esta prática.

Segundo a (DGS, Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Associada à Intubação, 2017), a pneumonia relacionada à intubação endotraqueal consiste numa infeção comum em Unidades de Cuidados Intensivos e está ligada ao aumento da resistência a antibióticos, e ao prolongamento de tempo de internamento com ventilação mecânica. Para que haja a prevenção desta IAC, foram criadas bundles que incluem o uso de sedação ligeira, considerar o desmame ventilatório aos doentes candidatos a extubação, a manutenção da cabeceira da cama elevada aproximadamente a 30° para minimizar a ocorrência de aspiração, a higiene oral dos doentes e a preservar a pressão do balão do tubo ou cânula endotraqueal entre os 20 e 30 cm H₂O. Essas normas foram asseguradas e cumpridas durante o estágio clínico.

Durante esse período, as práticas foram exercidas de acordo com os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em contextos médico-cirúrgicos, focando na enfermagem de doentes em situação crítica. Os objetivos incluem a satisfação do doente, 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, além da segurança nos cuidados especializados. Os padrões de qualidade elucidados pela Ordem dos Enfermeiros são fundamentais, pois servem como referência para a prática clínica especializada, para a reflexão sobre a profissão e para o desenvolvimento de projetos voltados à melhoria contínua da qualidade. Os enfermeiros especialistas são considerados essenciais na oferta de cuidados seguros para doentes em situação crítica ou em falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

Este relatório apresenta as atividades realizadas durante os estágios clínicos, que foram fundamentais para alcançar os objetivos previamente estabelecidos na aquisição das competências específicas deste mestrado. Foi evidenciado o desenvolvimento do conhecimento adquirido, bem

como a evolução de um raciocínio crítico e reflexivo, o que permitirá oferecer respostas a complexos dilemas nas diversas ocasiões dentro desta área de especialização.

Para fundamentar o tema deste trabalho, é importante mencionar a Teoria das Transições proposta por (Meleis, 2010). Segundo essa teoria, a transição é uma imagem centralizada na enfermagem. Durante um período de instabilidade, o enfermeiro geralmente é o primeiro profissional a estabelecer contato com o doente e sua família. Em situações de más notícias, os efeitos da transição podem perdurar por um certo tempo, demandando a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências que capacitem o doente e sua família a enfrentarem uma nova condição nas suas vidas. Como resultado, ocorrerá uma mudança de comportamentos e uma nova percepção da pessoa dentro do contexto da sociedade.

Em relação à natureza, as transições assumem distintos tipos, padrões e características. Entre os tipos, estão incluídas as transições de desenvolvimento (que ocorrem ao longo do ciclo da vida), situacionais (que implicam mudanças de papéis) e organizacionais (relacionadas ao ambiente intraorganizacional). Em relação aos padrões, as transições dividem-se em simples ou múltiplas, podendo ocorrer simultaneamente ou em sequência, e podem estar relacionadas ou não entre si. Todas as transições provocam mudanças, e para compreendê-las, é essencial identificar o seu significado e as suas consequências. Cada ponto crítico obriga atenção, conhecimento e experiência por parte da enfermagem, uma vez que existe uma época de grande vulnerabilidade para o doente/família (Meleis, 2010).

Os indicadores de resultado visam à aquisição de novas competências e à integração adequada da identidade. A aptidão de desenvolver novas habilidades é indispensável para executar a transição de forma bem-sucedida (Meleis, 2010).

As intervenções de enfermagem devem ser compreendidas como um desempenho interventivo contínuo no processo de transição. Deverá existir harmonia entre conhecimento e aptidão daquelas que a vivenciam, suscitando uma resposta positiva à mudança de forma a restaurar o bem-estar. O objetivo é auxiliar o doente/família a gerar conjeturas favoráveis para que haja uma transição saudável (Meleis, 2010).

Na fase inicial, os enfermeiros devem realizar uma avaliação que considere uma visão holística, focando os aspetos cognitivos, comportamentais, emocionais e físicos. A preparação para

a transição é outro fator que não pode ser negligenciado, uma vez que inclui a educação do doente, criando assim condições apropriadas para essa mudança (Meleis, 2010).

Embora o médico geralmente assuma a responsabilidade de comunicar más notícias, pois é ele quem formula o diagnóstico e certifica o óbito, argumenta-se que os enfermeiros devem acompanhar esse momento, a fim de complementar o atendimento ao doente e à família. Os enfermeiros têm uma compreensão profunda do que o diagnóstico clínico implica e são e possuem saberes que lhes permitem manter-se juntos destes, e numa visão holística devem ser simplificadores no procedimento de transmissão de más notícias (Malta, et al., 2023).

No extra-hospitalar, em que existe contato com doente/família, é necessário que haja, por parte da equipa, sensibilidade e subtileza na evolução de toda a situação de emergência, uma vez que a transmissão da má notícia tem início a seguir da instante em que os profissionais chegam ao local do incidente, onde se encontra o doente e debaixo dos olhares dos familiares. Todas as ações serão avaliadas e sentenciadas por todos os que estão presentes (Malta, et al., 2023).

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

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A comunicação é uma característica fundamental do ser humano e é essencial na prática dos cuidados médicos e de enfermagem. No contexto da saúde, as más notícias são definidas como aquelas informações que causam um impacto negativo na vida e nas perspectivas futuras do doente/família, frequentemente associadas a diagnósticos de doenças graves, a complicações, ou por último, a morte.

Posto isto, é importante salientar que a visão holística, deve estar presente, e para que tal aconteça é necessário que os profissionais de saúde saibam como comunicar uma má notícia de forma a minimizar os efeitos da mesma.

Transmitir más notícias é uma atividade deveras desafiante e desgastante, que os médicos e enfermeiros têm de enfrentar.

A finalidade deste estudo é contribuir para o conhecimento das dificuldades e estratégias facilitadoras de comunicação de más notícias, com o intuito de conhecer a perceção dos enfermeiros e médicos quanto ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência/Medicina Intensiva.

Os objetivos delineados são:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra;
- Explorar a perceção da amostra quanto à preparação/formação recebida no âmbito do processo de comunicação de más notícias.
- Identificar na amostra as principais dificuldades apontadas relativamente ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família.
- Identificar na amostra as estratégias facilitadoras relativamente ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família.

2. ESTADO DA ARTE

A transmissão de más notícias pode ser simplificada, quando considerada como uma prática intrínseca à profissão e que exige habilidade e prudência notáveis. É necessário que seja aprofundada e adaptada, com o propósito de ser desenvolvida, de modo a ser uma componente do método de trabalho dos profissionais de saúde (Galvão et al. 2015).

A comunicação é uma componente fundamental do plano de intervenção à saúde, pois não é exequível cuidar de pessoas sem que exista comunicação. Em algumas situações, a comunicação pode ser até mais eficaz do que certos medicamentos. Diante disso, é elementar que os vários profissionais de saúde dominem os aspetos da comunicação e saibam aplicar as técnicas e habilidades necessárias, visando facilitar o atendimento ao doente que requer auxílio (Sequeira et al. 2016).

Calsavara et al (2019), referem que uma comunicação eficaz é aquela que reduz conflitos e equívocos entre as equipas de saúde, os doentes e entre os seus familiares. Assim, os impactos de um ambiente relacional inadequado e de uma comunicação deficiente recaem sobre o doente e a família, que acabam sendo mal atendidos. A qualidade da comunicação é algo que se desenvolve ao longo do tempo. Quando um profissional de saúde precisa transmitir uma má notícia, é fundamental que ele seja alguém que confie nas capacidades do doente e que tenha a intenção de oferecer o melhor possível com essa informação.

Sendo a transmissão de más notícias, uma complicada tarefa, que o profissional de saúde se depara, este tipo de informação causa mal-estar e uma agitação a quem a recebe e um desconforto a quem a transmite. No SU, os profissionais são confrontados com situações de falecimento súbito ou doença, em que os familiares não se encontram preparados para ouvirem o pior, o que dificulta a tarefa de preparar e transmitir uma má notícia (Silva & Emídio, 2021).

A transmissão de uma má notícia é percebida com certa complexidade pela maior porção dos profissionais de saúde, uma vez que existe uma certa dificuldade nos aspetos afetivos da forma como estão relacionados. O profissional de saúde, além de ter de orientar esta situação depara-se com os seus próprios receios face à enfermidade, e mesmo à morte, imaginando-se a si próprio naquela posição (Lopes, 2021).

Independentemente de se munirem de guidelines para a transmissão de más notícias, nunca se devem esquecer de manterem uma visão holística, em relação ao doente e família, e esta deve ser uma componente na prestação de cuidados de saúde. O profissional de saúde nunca se pode esquecer que além da existência das aptidões profissionais, também há as aptidões peculiares do coração. Elas possibilitam equilibrar, a tristeza e a dor de quando se recebe uma notícia má...um simples olhar, um toque ou apenas um sorriso, podem transmitir uma força imensa. Independentemente do lugar e da situação, os profissionais devem ter em mente, que a humanidade deve permanecer no mesmo patamar que outras práticas consideradas por excelência na arte do cuidar (Galvão et al. 2015).

O doente tem o direito de saber qual a situação clínica em que se encontra, uma vez que isto permite praticar o direito da sua independência. A verdade será uma constante durante a transmissão de más notícias, de forma a ajudar o doente a partilhar os seus medos (Sousa , 2021).

Segundo Seixo (2015), a comunicação terapêutica é essencial para construir a confiança entre o profissional de saúde e o doente, pois é por meio dessa interação que o profissional pode entender as vontades do doente e reconhecer os obstáculos que ele enfrenta.

De forma a simplificar a transmissão de más notícias foram elaborados alguns protocolos para a transmissão das mesmas. O protocolo ABDCE, foi criado por (Rabow & McPhee, 1999), com o objetivo de ir de encontro a um método moral de transmitir mal notícias, apesar Rabow de isso seja bastante usado na área médica. Este deve ter em conta 5 fases:

- A- Avaliar a situação- reparar o ambiente: para lá do espaço físico, também é necessário preparar a parte emocional para conseguir transmitir as más notícias.
- B- Construir um ambiente terapêutico- certificar-se do que o doente sabe e do quanto ele quer saber.
- C- Comunicar a má notícia- comunicar acertadamente, ou seja, deve chamar as coisas pelos nomes e não usar eufemismos.
- D- Lidar com as reações dos doentes - os profissionais de saúde devem entender a reação do doente e deve estar concentrado nas emoções deste e deve prestar-lhe o apoio necessário.
- E- Estimular a valorização das emoções e facultar-lhe apoio multidisciplinar necessário.

O protocolo de Buckman e posteriormente de “SPIKES” (Baile, et al., 2000), sendo que este é uma adaptação do primeiro, e é formado por seis etapas tendo como objetivo facilitar o procedimento de transmissão de más notícias. Esse processo é entendido como uma tentativa de obtenção de quatro metas fundamentais: primeiro, reunir informação do doente, o que permite o profissional de saúde a entender o que o doente sabe, quais as suas expectativas e como prepará-lo para ouvir más notícias; segundo, dar informações numa linguagem clara e adaptada às necessidades e vontades do doente; terceiro, proporcionar apoio, utilizando aptidões que ajudem a diminuir o choque emocional, assim como sensibilidade de isolamento que a pessoa sente ao enfrentar essa situação e finalmente, encontrar um estratagema, em formato de um plano terapêutico, com a cooperação do doente.

Para que a realização destes objetivos seja possível, os profissionais de saúde devem ter em cuidado a execução de seis etapas, cada uma das quais articuladas a determinadas competências específicas. De salientar que nem todas as ocasiões, onde é transmitida a má notícia, requerem a passagem por quaisquer fases do protocolo “SPIKES”, contudo aquando solicitadas devem seguir-se uma atrás da outra, honrando a ordem. Em seguida são enunciadas as seis etapas (Baile, et al., 2000):

Etapa 1: Planear a entrevista (S – Setting Up the Interview), o profissional de saúde deve ter em conta a privacidade, otimizar o ambiente e deve ter em atenção o conforto da família/doente, mantendo sempre o contato visual.

Etapa 2: Avaliar a perceção do doente (P – Perception), o profissional de saúde deverá perceber a forma como o doente narra o seu estado clínico, para identificar uma possível negação da doença. A informação deverá ser apropriada, ao grau de perceção do doente. Devem ser realizadas perguntas de resposta aberta.

Etapa 3: Convidar o doente a expor as suas ideias (I – Invitation), nesta etapa, deve ser analisada a necessidade de informação pedida pelo doente, colocando-se sempre disponível para eventuais dúvidas que possam existir.

Etapa 4: Dar conhecimento e informação aos doentes (K – Knowledge), após avaliação do conhecimento do doente/família, não se devem utilizar termos técnicos, para que o recetor consiga assimilar toda a informação transmitida.

Etapa 5: Abordar as emoções do doente com respostas empáticas (E – Emotions), aquando da transmissão da má notícia, profissional de saúde, deverá aguardar que esta seja percebida, valorizando sempre as reações emotivas, assim como os comportamentos verbais e não verbais.

Etapa 6: Estratégia e resumo (S – Strategy and Summary), antes de se analisar o plano de tratamento, é fundamental perceber se os doentes estão prontos para a discussão naquele momento. O doente é incentivado a colocar questões e a escrevê-las, para não se esquecer de as colocar, numa próxima consultam que deverá ficar agendada.

O protocolo P-A-C-I-E-N-T-E, alicerçado no SPIKES e adaptado para o povo brasileiro, é formado por sete fases (Pereira, 2010)

P –Deverá ser feita uma otimização do ambiente físico, oferecendo bem-estar e privacidade ao doente/família. É importante que a notícia a ser transmitida seja confirmada e o profissional deve estar atento para reconhecer a consentimento ou recusa ao toque físico. Deve-se garantir que depois da transmissão das más notícias, o doente e família sejam acompanhados à sua residência.

A - Avaliar o quanto o doente sabe e quer saber, uma vez que têm o direito de quererem ou não saber a verdade

C - Convite à verdade, se o doente não quiser saber toda a informação, este deve nomear alguém da sua confiança, a quem irá ser transmitida toda a informação. Este protocolo não precisa ser completado apenas numa reunião, permitindo que o doente assimile o que possa estar a acontecer, uma vez que contar a verdade no momento em que o doente se encontra em negação poderá ser devastador.

I - Informar a notícia em quantidade, velocidade e qualidade adequadas para o entendimento, em que o vocabulário deve ser acessível ao doente e deve-se evitar termos técnicos. Os profissionais de saúde devem respeitar o estado de exigência dos doentes, mas devem verificar quão a informação recebida foi suficiente para as opções terapêuticas disponíveis.

E - Emoções, permitir que o doente se expresse livremente, os profissionais de saúde devem estar preparados para qualquer tipo de reação por parte do doente. Deve haver tempo para o choro e para se expressar livremente e sem pressas.

N - Não abandonar o doente, certificando-se de que ele irá obter apoio médico, nas universidades brasileiros, os médicos não são preparados para o insucesso do tratamento curativo, acabando muitas vezes por abandonar o doente em questão, e isto não pode acontecer. Deve-se olhar para o doente como um todo, oferecendo apoio físico, espiritual, social, psíquico e familiar, assegurando o controlo do sofrimento e a continuidade de cuidados.

T/E- Traçar uma Estratégia, planeando os próximos cuidados indispensáveis e opções terapêuticas. Deve-se abranger o doente, de forma a valorizar a sua independência e a sua entidade nas escolhas a seguir. A próxima consulta deverá ficar agendada e deve-se esclarecer os familiares de possíveis dúvidas que possam existir.

Neste estudo, os entrevistados referem que falar de morte e lidar com as emoções do doente/família, são tarefas muito complicadas. Quase metade dos participantes, não recebeu formação na área e este protocolo foi considerado vantajoso a maioria dos inquiridos. A etapa mais fácil foi não abandonar o doente e a mais complicada foi lidar com as emoções dos doentes, no momento da transmissão da má notícia (Pereira, 2010).

Outro protocolo para pode ser utilizado na transmissão de más notícias e que foi elaborado por Narayanan et al. (2010). Este é representado por 'BREAKS' e é fácil de memorizar e com grande utilidade para aplicar em qualquer contexto. Este é formado por seis etapas:

Background

É necessário que o profissional de saúde prepare as respostas, aquando das várias questões que possam surgir ao doente/família. Estado emocional do doente, a sua etnia e cultura, não podem ser esquecidas. Os telemóveis devem ser desligados, para que não haja interrupções e o contato visual deve ser mantido.

Rapport

É importante que se estabeleça um bom relacionamento com o doente, para que seja estabelecida uma boa relação terapêutica, mas nunca uma atitude paternalista. O doente deve estar numa posição cómoda, para que possa responder às perguntas de resposta aberta elaboradas pelos profissionais, e assim, estes conseguirem saber a perceção que o doente tem acerca da sua própria condição de saúde. A má notícia só deve ser transmitida, quando o doente se sentir preparado para a receber.

Exploring

Os profissionais de saúde de explorar o conhecimento que os doentes têm sobre o seu problema e devem ser envolvidas pessoas importantes para o doente, em todo o processo, se eles o permitirem.

Announce

O doente tem o direito de conhecer o seu diagnóstico, mas também tem o direito de não o querer conhecer, por isso é necessário que haja um consentimento por parte dos doentes. Depois disto, a transmissão de más notícias deve ser realizada, evitando termos técnicos e usando termos de simples compreensão. A informação não deve ser fatigante e deve ser marcada uma próxima consulta.

Kindling

Os profissionais de saúde devem dar espaço a que todas as emoções sejam libertadas, e deve ser assegurado que o doente entenda o que se lhe está a ser transmitido. Deve ficar claro a gravidade da situação e todas as opções de tratamento.

Summarize

No término da consulta, deverá ser realizado um resumo de tudo aquilo que foi dito e doente deve ser encorajado a procurar ajuda sempre que ele necessite.

Segundo Sequeira et al. (2016), é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam as competências de comunicação e saibam reconhecer a interpretação das palavras manifestadas, pelo doente, de forma que o planeamento de cuidados, tenha estabilidade, em detrimento da necessidade do doente e da sua família.

Em concordância com um estudo efetuado, os autores fazem um resumo das estratégias essenciais, que o profissional de saúde deve ter em atenção e desenvolver ao transmitir más notícias Sequeira et al. (2016):

Transmitir todo o conhecimento de forma clara e progressiva, num meio calmo; Determinar a pertinência da informação e que o doente pretende saber; Ser pragmático e evitar minorizar a questão; Não deve haver oposição à negação e devem-se aceitar as ambivalências emotivas; Prestar sentido à linguagem verbal e não verbal; Deve-se ouvir mais e falar menos; Deve-se evitar a distância emotiva e devem-se dar respostas, de forma a ir de encontro às emoções do doente/família; Não devem ser estabelecidas fronteiras nem tempos e deve-se manter a expectativa da realidade; Compreender como o doente/família se sentem após receberem a má notícia; Garantir

que o doente irá usufruir de ajuda emocional por parte dos familiares ou de profissionais; Delinear e garantir o acompanhamento do doente.

As habilidades de comunicação são aprimoradas com a prática clínica e tornam-se bastante pessoais, refletindo o estilo de cada profissional de saúde. No entanto, isso não diminui a importância de técnicas e estratégias que podem ajudar a melhorar e refinar a forma de transmitir más notícias. As equipas devem entender as necessidades de cada paciente e da sua família, permitindo assim o estabelecimento de um relacionamento profissional forte e eficaz, baseado na experiência e no crescimento de todos os envolvidos na tomada de decisão (Gibello & Tommaso, 2020).

Transmitir más notícias é uma atividade sensível, complexa e comum na rotina dos médicos. A forma como os profissionais comunicam essas informações pode causar impacto, tanto nos doentes e familiares quanto na própria percepção do médico sobre a situação e o modo como todos irão lidar com o problema de saúde. Nesse contexto, protocolos e recomendações que abordem aspetos importantes podem servir como base para que esses profissionais se preparem e enfrentem os desafios associados à transmissão de más notícias. Com isso, poderão desenvolver habilidades para realizar essa tarefa de forma clara, ao mesmo tempo que emitem uma postura acolhedora, imparcial e sensível, procurando minimizar as dificuldades que surgem ao lidar com informações que podem alterar drasticamente a vida dos envolvidos (Haas & Brust-Renck, 2022).

A transmissão de más notícias é uma situação comum no dia a dia dos profissionais de saúde, o que torna essencial a utilização de uma técnica acessível, prática e didática. Essa abordagem oferece ao profissional de saúde, a autonomia para adaptá-la à sua personalidade e à situação de cada doente, respeitando os princípios do código de ética. Nesse contexto, o protocolo SPIKES mostrou-se muito útil na comunicação de más notícias, uma vez que oferece comodidade tanto para quem transmite, como para quem recebe a informação, reconhecendo que essas situações são angustiantes para ambos os lados. Portanto, é evidente a importância de incluir esse protocolo nos currículos académicos e nos programas de educação contínua. A aplicação desse método traz benefícios ao doente, melhorando a aceitação e adesão ao tratamento, e ao profissional de saúde, ao proteger a sua saúde mental, evitando stress desnecessário, sentimentos de fracasso e outras consequências negativas, como a Síndrome de Burnout (Martins, et al. 2023).

3. METODOLOGIA

Para se obter um conhecimento científico, é necessário cumprir certos procedimentos que nos possibilitem atingir a meta que queremos encontrar. Falar de metodologia científica, é mencionar as fases e os procedimentos que acompanham uma determinada pesquisa (Vilelas, 2022).

3.1 TIPO DE ESTUDO

De forma a atender aos objetivos estabelecidos, decidiu-se por desenvolver um estudo descritivo e transversal, de cariz quantitativo.

De acordo com Vilelas (2020), os estudos descritivos possibilitam a obtenção de parâmetros relacionados ao estudo de uma população, como proporções e médias, não sendo necessário formular hipóteses, pois esses estudos refletem apenas um retrato da situação. Quanto ao procedimento técnico, este estudo é transversal uma vez que a recolha dos dados ocorre num único momento. Em relação ao método de abordagem, os estudos podem ser qualitativos ou quantitativos. Optou-se por pelo método quantitativo, uma vez que estes reconhecem que tudo pode ser quantificável, ou seja, é possível transpor tudo em números, dando seguimento a uma análise posterior (Vilelas, 2022).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Vilelas (2022), a população é o conjunto de todas as pessoas nas quais se pretende estudar algumas características e a amostra não é mais do que uma parte da população.

A população selecionada serão os enfermeiros (92) e médicos (20) do SU e da UCI de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal. A amostra foi composta por indivíduos da população que concordaram em participar do estudo de forma voluntária, utilizando um método de amostragem não probabilística por conveniência. Essa escolha levou em consideração critérios de exclusão, como a ausência do serviço devido a férias, licenças ou incapacidade temporária para o trabalho, e critérios de inclusão que englobavam médicos e enfermeiros que atuam nesta ULS, diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes em situações críticas. Após a aplicação desses critérios, foram selecionados 67 profissionais para a amostra final.

3.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) utilizado foi um questionário, destinado a identificar as experiências e os obstáculos enfrentados por enfermeiros e médicos ao comunicarem notícias difíceis em situações críticas. O questionário é dividido em duas seções. A primeira seção aborda as características sociodemográficas e profissionais dos participantes, recolhendo informações sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, categoria profissional, ano de conclusão da licenciatura, experiência profissional e tempo de serviço no serviço atual. Já a segunda seção foca-se nas dificuldades e nas estratégias que podem facilitar a comunicação de más notícias e se os profissionais de saúde têm a percepção, de como os doentes e as suas famílias, desejam que estas sejam transmitidas e para tal, foram realizadas questões de respostas fechadas. Pretende-se auscultar as estratégias usadas pelos profissionais de saúde, na transmissão de más notícias ao doente crítico/ família, e quais as dificuldades comuns. Será questionada, a importância da comunicação como doente/família.

Esta abordagem irá permitir a contribuição para práticas de enfermagem mais eficientes, de forma a garantir que a transmissão de más notícias seja realizada da forma mais assertiva.

Nesta investigação foram consideradas as variáveis independentes que incluem as variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas e profissionais, categoria profissional, ano em que foi terminado o curso, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício no atual serviço) e as variáveis dependentes incluem as dificuldades e as estratégias facilitadoras de transmissão de más notícias.

Foi utilizado um IRD adaptado com base no questionário de Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo, desenvolvido para o estudo “Transmissão de Más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados” realizado em 2015, no qual envolveu uma amostra de 32 profissionais de saúde. A autora do IRD deu consentimento para o uso do mesmo ([ANEXO I - Autorização para utilização de questionário](#)).

3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O intervalo de recolha de dados aconteceu nos meses de novembro de 2023 a fevereiro de 2024.

O estudo foi apresentado para análise e autorização ao presidente do conselho de administração do hospital envolvido, que, após receber um parecer positivo da Comissão de Ética (nº 49/2023, conforme (ANEXO II- Parecer da Comissão de Ética) autorizou sua execução. Em seguida, foi realizada uma reunião com as chefias de ambos os serviços, onde foram explicados os objetivos do estudo, o instrumento que seria utilizado e os métodos de recolha de dados.

A opção de utilizar o IRD foi feita para facilitar a participação dos profissionais da UCI e do SU, uma vez que é uma forma de observação indireta e, que provavelmente se sentiriam mais confortáveis em responder ao questionário, pois isso assegura o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Em 1947, durante o Tribunal de Nuremberg, foram estipulados cinco princípios do Código de Ética de Nuremberga que devem ser respeitados ao longo do estudo: o direito à autodeterminação, à privacidade, ao anonimato, à proteção contra desconfortos e prejuízos, e o direito a um tratamento justo e equitativo (Associação Médica Mundial, 2013)

Esses princípios são complementares a diretrizes de outros documentos éticos, como a Declaração de Helsinque e o Relatório de Belmont, que definem direitos semelhantes relacionados ao respeito pela autonomia e dignidade humana, além de assegurar a justiça na pesquisa. Antes de iniciar a recolha de dados, é fundamental garantir que todas essas normas éticas sejam seguidas (ANEXO III- Compromisso de Honra e Declaração de Interesses e ANEXO IV- Consentimento Informado, Esclarecido e Livre) (Associação Médica Mundial, 2013) .

3.5 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

Terminada a colheita de dados, o investigador tem acesso às respostas a que posteriormente irá retirar as conclusões, a fim de elucidar a questão identificada no início do estudo (Vilelas, 2022).

Os dados foram submetidos a uma análise de estatística descritiva, a qual pode ser definida como um conjunto de práticas e normas que sintetizam as informações obtidas de uma amostra ou população, preservando a integridade e a precisão dessas informações (Vilelas, 2022).

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, utilizando tabelas de distribuição de frequências para as variáveis nominais e examinando algumas medidas como a média, desvio padrão, valor mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. Tendo em conta que algumas

questões são de natureza ordinal (1- Nunca a 5 – Sempre) estão expressadas através da escala de *likert* tendo sido favorecido o seu tratamento quantitativo.

Considerando que uma variável pode ser apresentada por um símbolo e que adota valores relativos a determinadas particularidades de uma população/amostra. Uma frequência absoluta pode ser definida como o número de vezes que esse valor aparece na amostra e frequência relativa é o quociente entre a frequência absoluta desse valor e o número total de acontecimentos de todos os valores da variável da amostra (Vilelas, 2022).

As informações obtidas, foram copiadas para uma base de dados e foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences® (IBM® SPSS), versão 28.0 para Windows 11.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

De forma a dar resposta aos objetivos específicos delineados anteriormente, segue-se a caracterização do perfil sociodemográfico e profissional da (Tabela 1), sendo constituída por 67 profissionais de saúde. Estamos perante uma amostra em que a maioria são do sexo feminino (77,6%), com uma idade média de 42,28 anos (desvio padrão 7,74), maioritariamente (55,2%) constituído por casados.

Em termos de habilitações académicas, a maioria da amostra (56,7%) possuem o grau de mestre. Verifica-se que 71,6% da amostra apresenta formação no âmbito de uma especialidade, sendo a enfermagem médico-cirúrgica e a de reabilitação as mais frequentes.

Relativamente às características profissionais, verifica-se que 7,5% são médicos. A restante amostra é constituída por enfermeiros (61,2%), enfermeiros especialistas (28,4%) e enfermeiros gestores (3,0%). No que diz respeito à duração da experiência profissional, a média é de 18,6 anos (desvio padrão de 8,06) e em termos do tempo de exercício no atual serviço a média é de 8,32 anos (desvio padrão de 6,82).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (n=67)

	n	%
Sexo		
Masculino	15	22,4
Feminino	52	77,6
Estado Civil		
Casado	37	55,2
Solteiro	13	19,4
União Marital	11	16,4
Separado	1	1,5
Divorciado	3	4,5
Viúvo	2	3
Habilitações académicas		
Licenciatura	29	43,3
Mestrado	38	56,7
Formação no âmbito de uma especialidade		
Não tem	19	28,4
C.S Primários	1	1,5
Cirurgia Cardio-Torácica	1	1,5
Cuidados Paliativos	1	1,5
Enfermagem Comunitária	6	9,0
Enfermagem de Reabilitação	9	13,4
Infantil e Pediátrica	2	3,0
Medicina Geral e Familiar	1	1,5
Medicina Intensiva	3	4,5
Médico-Cirúrgica	21	31,4
Saúde Materna e Obstétrica	2	3,0
Saúde Mental e Psiquiátrica	1	1,5
Categoria Profissional		
Enfermeiro	41	61,2
Enfermeiro Especialista	19	28,4
Enfermeiro Gestor	2	3,0
Médico	5	7,5
Idade:		
M = 42,28 anos (DP 7,74); Min:27; Max: 64		
Tempo de Exercício Profissional:		
M = 18,06 anos (DP 8,06); Min: 4; Max: 41		
Tempo de Exercício no Atual Serviço:		
M = 8,32 anos (DP 6,82); Min: 0; Max: 25		

Notas: n =Amostra; % =Percentagem; M =Média; DP =Desvio Padrão;

Comunicar em saúde é uma tarefa primordial para a criação de relações terapêuticas de segurança e eficientes entre o profissional de saúde e o doente/família (Sousa , 2021).

A Tabela 2 visa dar resposta ao segundo objetivo delineado, de forma a explorar a percepção da amostra quanto à preparação/formação recebida no âmbito do processo de comunicação de más notícias. A seguir, são destacados alguns pontos chave dos resultados:

Preparação e Formação: A maioria dos profissionais (62,7%) sente-se preparada para comunicar más notícias. No entanto, apenas 50,7% relataram ter recebido formação específica durante sua formação acadêmica. O interesse por formação contínua é baixo, com apenas 22,4% afirmando participar desse tipo de formação.

Transparência na Comunicação: Uma alta percentagem dos profissionais (85,1%) indicou que não evita comunicar a verdade completa sobre as más notícias, o que sugere um compromisso ético com a transparência, mesmo diante da possibilidade de agravar o estado emocional e físico do doente.

Modelos de Comunicação: Metade dos profissionais (50,7%) identificou-se com um modelo compartilhado na comunicação de más notícias, o que pode evidenciar uma preferência por uma abordagem que envolve o doente no processo.

Influência da Família: Os profissionais de saúde tendem a manter sua comunicação consistente, independentemente das solicitações da família para omitir informações.

Necessidade de Formação Contínua: Há um consenso entre os profissionais sobre a necessidade de mais investimentos em programas de formação contínua na transmissão de más notícias. Aproximadamente 74,6% reconhecem a utilidade de protocolos estruturados para essa comunicação.

Conforto Emocional: A maioria dos profissionais apresenta uma percepção negativa sobre o seu conforto ao lidar com as emoções do doente após a comunicação de uma má notícia, com 73,2% relatando sentimentos de "pouco conforto" ou "desconfortável".

Comunicação da Má Notícia: Em termos de quem recebe a má notícia primeiro, há uma leve preferência por comunicar aos familiares (44,8%), seguido pelos doentes (43,3%), com uma minoria optando por informar ambos simultaneamente.

Esses dados refletem não apenas a preparação dos profissionais, mas também as suas necessidades e desafios na prática da comunicação em contextos difíceis, ressaltando a importância de formação contínua e protocolos de atuação.

Tabela 2

Distribuição da amostra de acordo com a preparação/formação relativamente à comunicação de más notícias

	n	%
Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias?		
Sim	42	62,7
Não	25	37,3
Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias?		
Sim	34	50,7
Não	33	49,3
Ao longo da sua carreira tem feito formação contínua na área de comunicação de más notícias?		
Sim	15	22,4
Não	52	77,6
No exercício da sua profissão, procura não contar a verdade toda sobre o conteúdo da notícia a transmitir, sob pena de o estado físico e emocional do doente piorar?		
Sim	10	14,9
Não	57	85,1
Na sua opinião, qual o modelo com que mais se identifica, no que concerne à transmissão de uma má notícia?		
Modelo paternalista	6	9,0
Modelo informativo	27	40,3
Modelo partilhado	34	50,7
Enquanto profissional de saúde, já aconteceu mudar a sua comunicação com o doente por causa de um pedido da família? (por exemplo, passar de uma comunicação aberta e esclarecedora para uma comunicação com omissões de verdade?)		
Sim	27	40,3
Não	40	59,7
Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
Na sua opinião, considera o uso de protocolos de comunicação de más notícias		
Muito úteis	11	16,4
Úteis	39	58,2
Pouco úteis	13	19,4
Nada úteis	4	6,0
Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente, após a revelação de uma má notícia?		
Bastante confortável	2	3,0
Confortável	16	23,9
Pouco confortável	33	49,3
Desconfortável	16	23,9
No exercício da sua profissão, qual(ais) a(s) primeira(s) pessoa(s) a quem comunica a má notícia?		
Doente	29	43,3
Familiar	30	44,8
Doente e Familiar em Simultâneo	8	11,9

Notas: n = amostra; % = percentagem

Na Tabela 3, a análise das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no processo de transmissão de más notícias revela que lidar com as emoções do doente (M= 1,75 e DP= 1,01) e ser honesto sem privar o doente da esperança (M= 2,85 e DP= 1.62), são os principais desafios. Esta situação sublinha a complexidade emocional que envolve a comunicação de informações adversas em contextos de saúde.

Esses dois aspetos refletem a necessidade de empatia, sensibilidade e habilidades comunicativas por parte dos profissionais. Por outro lado, a garantia de envolvência dos amigos e familiares do doente é vista como uma tarefa relativamente menos difícil, o que pode indicar um reconhecimento da importância do suporte social no processo de encarar as notícias adversas. Essa diferença nas perceções de dificuldade pode sugerir que, enquanto a comunicação direta com o doente é carregada de responsabilidade emocional, o envolvimento de familiares e amigos pode ser mais intuitivo ou aceitável para os profissionais, que reconhecem o valor desse suporte no processo global de cuidado.

Como menos difícil para os inquiridos é envolver amigos e familiares do doente (M= 3,64 e DP=0,98)

Tabela 3

Distribuição da amostra de acordo com as dificuldades no processo de transmissão de más notícias

	Ordenação*	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Lidar com as emoções do doente	1º	1	4	1,75	1,01
Ser honesto com o doente, sem lhe tirar a esperança	2º	1	5	2,85	1,62
Envolver o doente ou um familiar na tomada de decisão	3º	1	5	3,13	1,17
Conseguir o tempo adequado para informar	4º	1	5	3,58	1,32
Envolver amigos e familiares do doente	5º	1	5	3,64	0,98

* Ações ordenadas de acordo com o grau de dificuldade: 1 (mais difícil) e 5 (menos difícil)

O exercício da comunicação de más notícias em contexto de saúde é uma tarefa delicada e, conforme os dados apresentados, revela algumas tendências comportamentais dos profissionais de saúde e as preferências dos doentes nesse processo. Tendo por base o quarto objetivo delineado, em que se procurou identificar na amostra as estratégias facilitadoras relativamente ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, destacam-se da análise da Tabela 4, como principais estratégias:

O desejo de informação sobre a má notícia (Média: 2,75; DP: 0,77), em que os doentes demonstram um nível médio de interesse em serem informados sobre o conteúdo das más notícias. A média de 2,75 sugere que, embora muitos doentes queiram estar cientes da situação, há uma diversidade de respostas que pode indicar algum desconforto ou resistência à informação completa em certos casos. No uso de linguagem acessível (Média: 3,60; DP: 0,55), a elevada média indica que os profissionais de saúde reconhecem a importância de usar uma linguagem clara e acessível. Isso mostra uma boa prática na comunicação, pois evita termos técnicos que podem ser confusos e ajuda os doentes a compreender melhor a situação, em que 62,7% dos inquiridos têm atenção a esta prática. Em relação à disponibilidade para responder a perguntas (Média: 3,52; DP: 0,61), a disposição dos profissionais para responder a perguntas e esclarecer dúvidas é um aspeto vital para a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente, 0 inquiridos responderam nunca e 38 inquiridos (56,7%) responderam sempre. A média de 3,52 revela um compromisso significativo nesse aspeto. Quanto à criação de um ambiente privativo e confortável, 53,7% dos inquiridos respondem sempre, isto revela uma elevada percentagem de profissionais que prioriza um ambiente seguro e confortável é um indicativo positivo de que a transmissão de más notícias é tratada com seriedade e sensibilidade. Este fator ambiental pode influenciar significativamente a receptividade do doente à má notícia.

Em relação à discussão de casos entre a equipa (Média: 3,21; DP: 0,69), o fato da existência das mesmas serem relativamente frequentes sugere um trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde, o que pode contribuir para a elaboração de uma abordagem mais adequada na comunicação de notícias difíceis. Por último, a relação com o doente (Média: 2,97; DP: de 0,82.), quando eles são questionados sobre o fato de que, como profissionais de saúde, procuram manter uma relação próxima com os doentes, mesmo sabendo que isso pode torná-los mais vulneráveis à dor da perda, eles tendem a responder de forma consistente, com uma média de 2,97 e um desvio padrão de 0,82.

Tabela 4

Distribuição da amostra de acordo com a frequência de comportamentos(estratégias) na transmissão de más notícias

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Na maioria das vezes		Sempre		Média	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%		
Considera que as discussões de caso entre os membros da equipa, ajudam quando tem de transmitir uma má notícia?	0	0,0	0	0,0	24	35,8	33	49,3	10	14,9	3,21	0,69
Quando tem de transmitir uma má notícia, prepara antecipadamente alguma estratégia?	4	6,0	4	6,0	19	28,4	30	44,8	10	14,9	2,57	1,02
No exercício da sua profissão, procura criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando tem de comunicar uma má notícia?	0	0,0	0	0,0	4	6,0	27	40,3	36	53,7	3,48	0,61
No exercício da sua profissão, procura evitar transmitir uma má notícia?	6	9,0	13	19,4	22	32,8	25	37,3	1	1,5	2,03	1,00
No exercício da sua profissão, verifica que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia?	0	0,0	3	4,5	21	31,3	33	49,3	10	14,9	2,75	0,77
Quando tem de comunicar uma má notícia, procura usar uma linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido?	0	0,0	0	0,0	2	3,0	23	34,3	42	62,7	3,60	0,55
Após a comunicação de uma notícia, procura responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao doente/ familiar de assimilar tudo o que foi transmitido?	0	0,0	0	0,0	5	7,5	24	35,8	38	56,7	3,52	0,61
Enquanto profissional de saúde, procura manter uma relação próxima com o doente, apesar de reconhecer que pode deste modo estar mais exposto à dor da perda, quando esta ocorre?	1	1,5	2	3,0	11	16,4	37	55,2	16	23,9	2,97	0,82

Nota: Escala de 1 – Nunca a 5 – Sempre

5. DISCUSSÃO

Transmitir uma má notícia, exige um cuidado sensível e custoso para os profissionais de saúde, esta técnica requer treino, sensibilidade e alguma experiência, de forma a causar a menor dor possível (Sousa , 2021) .

Para começar a discussão dos resultados vai-se caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra, explorar percepções sobre a formação recebida e identificar dificuldades e estratégias na comunicação de más notícias.

Os dados sociodemográficos e profissionais da amostra demonstram que a maioria dos inquiridos são mulheres, comparando com o estudo da autora do questionário utilizado aqui, em que o mesmo acontece, e também segundo os últimos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, que nos revela que os membros ativos são maioritariamente constituídos por elementos do sexo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A tabela da Ordem dos Enfermeiros (2023), também nos revela que existem um total de 59085 enfermeiros de cuidados gerais, 5466 de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e com a nova especialidade da pessoa em situação crítica existem 588 enfermeiros. A amostra deste estudo é constituída maioritariamente constituída por enfermeiros de cuidados gerais.

Em relação às percepções sobre a formação recebida, quase todos os inquiridos consideram que seria importante aumentar o investimento em programas de formação contínua que ajudem a melhorar as habilidades de comunicação ao lidar com este tipo de notícias e no que diz respeito a realizar formação contínua nesta área, apenas 22,4% respondeu afirmativamente.

No estudo realizado por Seixo (2015), esta refere que a relação de apoio é uma parte essencial da comunicação. É importante que os profissionais de saúde cultivem competências comunicativas para criar vínculos interpessoais com o doente e as suas famílias, especialmente ao dar notícias desagradáveis. Essas habilidades e atitudes devem ser baseadas em cuidados humanizados, em que deve haver disponibilidade para ouvir, entender a dor do doente, respeitar momentos de silêncio e mostrar empatia e outras práticas semelhantes.

Para a mesma autora, a formação contínua dos profissionais de saúde na transmissão de de más notícias, é uma habilidade essencial para a aquisição de competências nesta área, uma vez que no estudo realizado pela autora, a maior percentagem da equipa deteve formação nesta temática, durante o percurso académico, mas apenas 31% continuou a investir em formações.

A equipa mostra unanimidade ao se sentir preparada para a transmissão de más notícias e 50,7% afirmou ter tido formação específica sobre o procedimento de transmissão de más notícias no decorrer do percurso académico

Um outro estudo realizado, em que a comunicação é defendida como uma aptidão essencial de enfermagem, que se obtém e desenvolve, o autor acredita que o estágio precoce, na transmissão de más notícias, através de formação académica e no decorrer de toda a vida profissional integra uma base fundamental, no qual deve existir um investimento sério, zeloso e contínuo. Considera ainda, que a comunicação deve ser vista como um utensílio valioso que apoia a relação terapêutica que é estabelecida. Desta forma, os profissionais de saúde precisam deter saberes fundamentados em bases teóricas e devem obter competências de relações interpessoais, a fim de lidar de forma construtiva na transmissão de más notícias e na ajuda ao doente (Santos, 2017).

A formação profissional desempenha um papel crucial na preparação dos trabalhadores para enfrentar os desafios do setor de saúde, especialmente em um contexto em constante mudança e evolução. Ao promover competências técnicas e habilidades interpessoais, a formação contribui significativamente para a excelência no exercício da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Estas mudanças delimitam a necessidade de adaptação das estruturas educativas às novas exigências, meios e regulamentos aplicáveis, pesquisando novas respostas nas tecnologias disponíveis, ajustando os seus métodos e condutas, possibilitando que os novos desafios e requisitos colaborem para um sistema educativo mais próximo, de maior alcance, com melhor capacidade de ajuste e resposta (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Num estudo realizado por Agnese et al. (2022), verificou-se que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na comunicação de más notícias, mas existem muitas lacunas na sua formação e treino, o que dificulta a capacidade de executar essa tarefa. Portanto, é essencial fortalecer os esforços para desenvolver habilidades de comunicação em instituições educacionais e ambientes de trabalho. Além disso, a produção de conhecimento nessa área é limitada, sendo recomendado que novos estudos sejam realizados para expandir a discussão sobre a comunicação de más notícias pelos enfermeiros. Isso, por sua vez, ajudará a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e às suas famílias.

Em relação às dificuldades relatadas pelos enfermeiros, na comunicação de más notícias, enfrentar as emoções do doente e ser sincero com ele, sem remover a sua esperança são os aspetos considerados mais difíceis pelos profissionais da área da saúde inquiridos, no procedimento da

transmissão de uma má notícia. O que é considerado menos difícil é garantir a envolvimento dos amigos e familiares do doente.

Num estudo realizado por Quintino (2019), as principais dificuldades apontadas pelos enfermeiros do estudo incluem lidar com as emoções e sentimentos do doente/família gerenciar suas expectativas e esperanças, transmitir uma notícia completamente inesperada, iniciar a transmissão de uma má notícia e transmitir essa má notícia via telefone.

Em outro estudo, realizado por Lopes (2021), transmitir uma má notícia exige uma antecipada preparação e deve realizar-se em clima de convicção, dando a chance ao doente/família de lidar com a sua emoção, e deve existir por parte do profissional de saúde o estímulo essencial de forma que manifestem essas mesmas emoções e ao mesmo tempo manifestando toda a ajuda necessária.

Em relação às estratégias de transmissão de más notícias, com maior frequência média procura usar uma linguagem clara e acessível, de forma a evitar o uso de termos técnicos, para que o doente entenda as más notícias. Além disso, há uma disponibilidade para dar resposta a todas as perguntas e clarificar incertezas, permitindo que o doente ou familiar tenha tempo para processar todas as informações transmitidas.

Será importante salientar que 90% dos profissionais de saúde criam um meio com privacidade, estável e cómodo ao comunicar más notícias aos doentes, na maior parte do tempo. Também são relativamente frequentes as discussões de caso entre os elementos da equipa, ajudando quando tem de transmitir uma má notícia.

Num estudo de Quintino (2019), os participantes mencionaram com mais frequência três práticas: usar uma linguagem apropriada como o doente, fazer uma apresentação ao se dirigir à pessoa e respeitar a privacidade.

Lopes (2021), refere que no seu estudo que são distintas as estratégias utilizadas pelos enfermeiros e médicos ao transmitir más notícias: ser autêntico, demonstrar-se disponível, oferecer ajuda, ser explícito, oferecer bem-estar, ter empatia, usar uma expressão verbal agradável, entender os familiares e o historial do doente, pedir comparência da família e promover um ambiente calmo, com privacidade.

Quando confrontados se, enquanto profissionais, procuram preservar uma relação de proximidade com o doente, ainda que reconheçam que desta forma podem ficar mais expostos ao sofrimento de perda, se esta ocorrer, com maior frequência média respondem na maioria das vezes.

Para Seixo (2015), a comunicação terapêutica exige a criação de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente. Essa confiança é essencial, pois é por meio da comunicação que o profissional consegue entender as carências do doente e reconhecer quais as suas dificuldades.

Além disso, cerca de 74,6% dos participantes reconhecem que os protocolos de transmissão de más notícias são úteis.

Quando confrontados, se já tiveram situações em que tiveram de alterar a comunicação com o doente devido a um pedido familiar, e após análise dos resultados, constatou-se que a maioria nunca altera a comunicação.

Este pedido, por parte da família, em muitas culturas, existe um modelo de tomada de decisão centrado nas famílias, estas pedem aos profissionais que não revelem o diagnóstico aos doentes. Uma das razões para isto acontecer, pode ser o medo, de que o doente pratique suicídio ou morra antes por desespero ou falta de esperança, contudo, não existem evidências disso (Neto, 2019).

De forma que a comunicação criada seja eficaz, é imprescindível que todos os profissionais de saúde se dediquem a investir nas relações. A chance de a comunicação ser bem-sucedida aumenta na medida em que se analisa de forma crítica a realidade. Sendo assim, é fundamental que os profissionais de saúde, usem estratégias eficientes que favoreçam uma comunicação eficaz (Lopes, 2021).

É necessário, evidenciar a consciencialização do profissional de saúde para a utilização de guidelines, quando se transmite uma má notícia, de forma a que esta seja facilitada (Seixo, 2015).

No estudo de Lopes (2021), os profissionais referem que más notícias são informações desagradáveis, subjetivas, e têm uma carga negativa para a pessoa que as recebe. É um conhecimento que não vai de encontro às expectativas de quem as vai receber e que vai prejudicar a realidade e qualidade de vida. É uma notícia que gera sofrimento.

Relativamente às primeiras pessoas a quem se comunica a má notícia, em 44,8% das respostas é o familiar, em 43,3% o doente e em 11,9% o doente e o familiar em simultâneo.

Num estudo realizado por Santos (2017), a maior parte dos profissionais de saúde acreditam que os doentes detêm o direito de estarem infundavelmente esclarecidos em relação às más notícias, mas muitos deles referem que o doente não é a primeira pessoa a ser informada.

O comportamento com menor frequência média é procurar evitar a comunicação de uma má notícia. Apenas 1 inquirido afirmou evitar sempre esse comportamento. Com menor frequência está também a preparação antecipada de alguma estratégia antes de transmitir alguma má notícia.

No decorrer da prática profissional, constata-se que os doentes, com maior frequência média, na maioria das vezes, apresentam o desejo de serem esclarecidos sobre o tema das más notícias.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Esta investigação teve como finalidade cooperar na melhoria da práxis da transmissão de uma má notícia em situação de urgência e de intensivos, por meio dos saberes da práxis e das complicações neste procedimento, dos profissionais de enfermagem e de medicina. Para as conclusões do estudo, a amostra foi constituída por 67 profissionais de saúde, em que a maioria são do sexo feminino, com uma idade média de 42,28 anos e maioritariamente constituído por casados.

Em termos de habilitações académicas, a maioria da amostra possui o grau de mestre. Verifica-se que 71,6% da amostra apresenta formação no âmbito de uma especialidade, sendo a enfermagem médico-cirúrgica e a de reabilitação as mais frequentes.

Relativamente às características profissionais, verifica-se que 7,5% são médicos. A restante amostra é constituída por enfermeiros (61,2%), enfermeiros especialistas (28,4%) e enfermeiros gestores (3,0%). No que diz respeito à duração da experiência profissional, a média é de 18,6 anos e em termos do tempo de exercício no atual serviço a média é de 8,32 anos.

Com este estudo, constatou-se que a maioria dos profissionais (62,7%) se sentem preparados para comunicar más notícias. No entanto, apenas 50,7% relataram ter recebido formação específica durante sua formação académica. O interesse pela formação contínua é baixo, com apenas 22,4% afirmando participar desse tipo de formação. Salienta-se que formação contínua é fundamental no desenvolvimento do cuidado de enfermagem, uma vez que é produtora de procedimentos, e de posturas dos profissionais. A formação contínua é essencial na medida em que é influente para a evolução de competências comunicacionais, aprimorando assim a práxis dos profissionais no procedimento de transmitir de uma má notícia.

Para além de ter sido pesquisado sobre as dificuldades na transmissão de más notícias, também foram pesquisados os fatores que os profissionais consideram facilitadores e quais as estratégias para a agilização deste processo. É imprescindível que a transmissão de uma má notícia seja compreendida como um procedimento complicado com várias fases, e não só a circunstância da notícia em si, e o conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde, que estão diretamente envolvidos, é elementar para estimular as boas práticas.

A principal dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde no processo de transmissão de más notícias revela que lidar com as emoções do doente e ser honesto sem o privar da esperança, são os principais desafios. De seguida segue-se o envolvimento do doente/família na tomada de

decisão, o conseguir tempo para dar a informação e o mais fácil é envolver amigos e familiares do doente neste processo. Esta situação sublinha a complexidade emocional que envolve a comunicação de informações adversas em contextos de saúde.

As principais estratégias facilitadoras relativamente ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, são; o desejo de informação sobre a má notícia, em que os doentes demonstram um nível médio de interesse em serem informados sobre o conteúdo das más notícias. A média de 2,75 sugere que, embora muitos doentes queiram estar cientes da situação, há uma diversidade de respostas que pode indicar algum desconforto ou resistência à informação completa em certos casos. No uso de linguagem acessível, a elevada média indica que os profissionais de saúde reconhecem a importância de usar uma linguagem clara e acessível. Isso mostra uma boa prática na comunicação, pois evita termos técnicos que podem ser confusos e ajuda os doentes a compreender melhor a situação, em que 62,7% dos inquiridos têm atenção a esta prática. Em relação à disponibilidade para responder a perguntas, a disposição dos profissionais para responder a perguntas e esclarecer dúvidas é um aspeto vital para a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente, 0 inquiridos responderam nunca e 38 inquiridos responderam sempre. A média de 3,52 revela um compromisso significativo nesse aspeto. Quanto à criação de um ambiente privativo e confortável, 53,7% dos inquiridos respondem sempre, isto revela uma elevada percentagem de profissionais que prioriza um ambiente seguro e confortável é um indicativo positivo de que a transmissão de más notícias é tratada com seriedade e sensibilidade. Este fator ambiental pode influenciar significativamente a receptividade do doente à má notícia.

Em síntese, as respostas analisadas mostram a presença de fendas na comunicação do profissional da área da saúde aquando da necessidade de transmitir más notícias. É essencial médicos e enfermeiros fortaleçam a sua forma de comunicar e as aptidões relacionais entre pessoas, de forma a simplificar o procedimento da transmissão de más notícias, ao invés de usarem estratégias para se defenderem e afastarem, uma vez que isto constitui um obstáculo à comunicação eficiente.

As competências da transmissão de más notícias são uma componente fundamental na prestação do cuidar aos doentes em situações críticas. Durante este percurso, houve a possibilidade de cuidar deste doente e familiares, durante o processo de doença, com foco na oferta de cuidados de uma enfermagem especializada, centralizados nas carências do doente crítico e da sua família.

A elaboração deste relatório possibilitou o desenvolvimento de competências na transmissão de más notícias em situações de urgência e medicina intensiva, contribuindo fundamentalmente para uma conduta mais humanizada e eficiente e conseguiram-se atingir os objetivos que foram propostos inicialmente.

É importante identificar algumas limitações que fizeram parte deste estudo, como o tamanho da amostra, principalmente pelo reduzido número de médicos que participaram neste estudo, limitando assim a generalização dos resultados apontados. Em relação ao viés de resposta, os inquiridos podem ter dado respostas que consideram socialmente desejáveis, em vez de serem completamente honestos sobre suas experiências.

A falta de uniformidade de experiência em comunicação de más notícias entre enfermeiros e médicos pode afetar os resultados.

As principais dificuldades deste estudo, prende-se com a natureza emocional deste tema, o que dificultou a colheita de dados, já que muitos profissionais se sentem sobrecarregados ao discutir suas experiências. Devido ao tempo limitado e à rotina agitada dos profissionais de saúde, houve alguma dificuldade no preenchimento dos questionários.

De acordo com as conclusões apresentadas é pertinente a apresentação de algumas sugestões de trabalho a serem desenvolvidas futuramente, como a implementação programas de formação regular para profissionais de saúde, focando as habilidades de comunicação e empatia na transmissão de más notícias, a incentivação da realização de estudos interdisciplinares que envolvam enfermeiros, médicos e psicólogos para abordar a comunicação de forma holística e estabelecer mecanismos para recolher o feedback dos doentes sobre como as más notícias foram comunicadas, ajudando os profissionais a melhorar suas abordagens.

Futuramente os resultados obtidos serão apresentados nos locais de estágio realizados.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório retrata todos os aspetos da minha trajetória de aprendizagem, sendo que a reflexão sobre a prática foi fundamental para aprimorar meu desempenho profissional.

Neste relatório de mestrado, foram analisadas as competências comuns do enfermeiro especialista no contexto do estágio clínico, evidenciando a importância do desenvolvimento contínuo e da aplicação de habilidades avançadas para a promoção de cuidados de qualidade. A 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 competências, também foram desenvolvidas as competências específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

A realização dos estágios clínicos, mostrou-se uma experiência valiosa, não apenas pela diversidade técnica e relacional das equipas envolvidas, mas principalmente pela reflexão necessária sobre as diferentes abordagens no tratamento do doente em situação crítica. Esta vivência possibilitou a formulação e justificação de propostas que podem ajudar a aprimorar a qualidade dos cuidados prestados.

Na execução dos cuidados, foi adotada uma postura responsável e segura, especialmente ao abordar as questões e carências do doente e da família, assim como foi realizado trabalho em conjunto com as equipas multidisciplinares. Nesse contexto, ficou evidente a importância da comunicação entre profissionais para melhorar os resultados dos cuidados prestados.

Este relatório, abordou a comunicação de más notícias a doentes em situação crítica e sua família, com os objetivos de caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra, explorar a perceção sobre a formação recebida, identificar dificuldades enfrentadas e determinar estratégias facilitadoras nesse processo.

Ao término deste processo de formação, pode-se afirmar que estes objetivos inicialmente estabelecidos foram alcançados. Como tal, há um comprometimento a continuar a formação nas áreas de atuação com pessoas em situação crítica, de acordo com as novas evidências científicas, assim como, com o avanço tecnológico, uma vez que vou iniciar funções no Serviço de Medicina Intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agnese, B. L. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. *20(eRW6632.)*.doi:10.31744/einstein_journal/2022RW6632
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. Obtido de https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *5(4ªedi.)*, pp. 302-311. doi:<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bemposta, M., Fernandes, S., Fernandes, A., Afonso, S., Rodrigues, P., & Magalhães, C. (2024). Ativação da via verde coronária num serviço de urgência do norte de Portugal: Um estudo descritivo. (Revista de Enfermagem Referência, Ed.) *6(3, Supl. 1: e31282)*. doi:<https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282>
- Calsavara, V., Scorsolini-Comi, F., & Corsi, C. (2019). A Comunicação de Más Notícias em Saúde: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa. (1), pp. 92-102. doi:10.18065/RAG.2019v25.9
- Castanhola, A. (2019). Comunicação de Más Notícias pelos Médicos do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira: um estudo exploratório. [*Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre*]. uBibliorum. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.6/8914>
- DGS. (2017). Obtido de Norma 015/2017, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- DGS. (2017). Obtido de Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde Sépsis no Adulto: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>

- DGS. (2017). Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Associada à Intubação. Obtido de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- DGS. (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
- Diniz, S. (2021). Comunicação de más notícias como Cuidado Fundamental à pessoa em situação crítica e família - Intervenção especializada de enfermagem. *[Relatório de Estágio para Obtenção de Título de Mestre na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]*. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/44575>
- Galvão, A., Valfreixo, M., & Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura. *In Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional 2015*, pp. 247-262. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/12903>
- Gaspar, L. (2021). Urgências Respiratórias: Fisiopatologia Respiratória. Em N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 129-139). Lidel - Edições Técnicas Lda. .
- Gibello, J., & Tommaso, A. (2020). Comunicando Más Notícias Boletim do Instituto de Saúde. *21*(1), pp. 63-69. doi:10.52753/bis.v21i1.36728
- Haas, K., & Brust-Renck, P. (2022). A comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *volume 33*(e220006). doi:<https://doi.org/10.1590/0103-6564e220006>
- Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2020). Em *Medicina Interna de Harrison* (20ª ed.). AMGH Editora, Ltda.
- Lopes, A. (2021). A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE. *[Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola

- Superior de Saúde. Obtido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1363348>
- Malta, H., Fernandes, I., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias Perspetivada Segundo Meleis e Watson: Uma Revisão Narrativa. *Servir*, 2(04), e28390. doi:10.48492/servir0204.28390
- Martins, N. Q. B., Thomazini, M. G., Rodrigues, M. T., Matos, M. S., & Souto, R. R. (2023). Comunicação de más notícias através do protocolo SIPKES: Uma revisão bibliográfica. *Revista Master - Ensino*, 8(15). <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v8i15.414>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC.
https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. (16(2)), 61-65. doi:10.4103/0973-1075.68401
- Neto, R. (2019). Comunicação de Más Notícias. Obtido de https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7681/comunicacao_de_mas_noticias.htm
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; enunciados descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- 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, 128–155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2ª série(26), 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho. Diário da República, 2.ª série, n.º 137, 173-191. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Estatística de Enfermeiros. Obtido de https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F32785%2F2023_anuarioestatisticos_nacional.xlsx&wdOrigin=ROWSSELINK

Pereira, C. R. (2010). *Comunicando más notícias: Protocolo PACIENTE*. [Tese de doutoramento, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu]. <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/89f6fc8e-26bb-4136-8f89-4686965d83e9/content>

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos. (2017). Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Quintino, A. F. D. (2019). *Práticas, dificuldades e necessidades dos enfermeiros na comunicação de más notícias* [Relatório de estágio para obtenção de título de mestre na área de especialização pessoa em situação crítica, Escola Superior de Saúde de Leiria]. IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/4682>

Rabow, M., & McPhee, S. (1999). Beyond breaking bad news: How to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171(4), 260–263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/pdf/westjmed00314-0046.pdf>

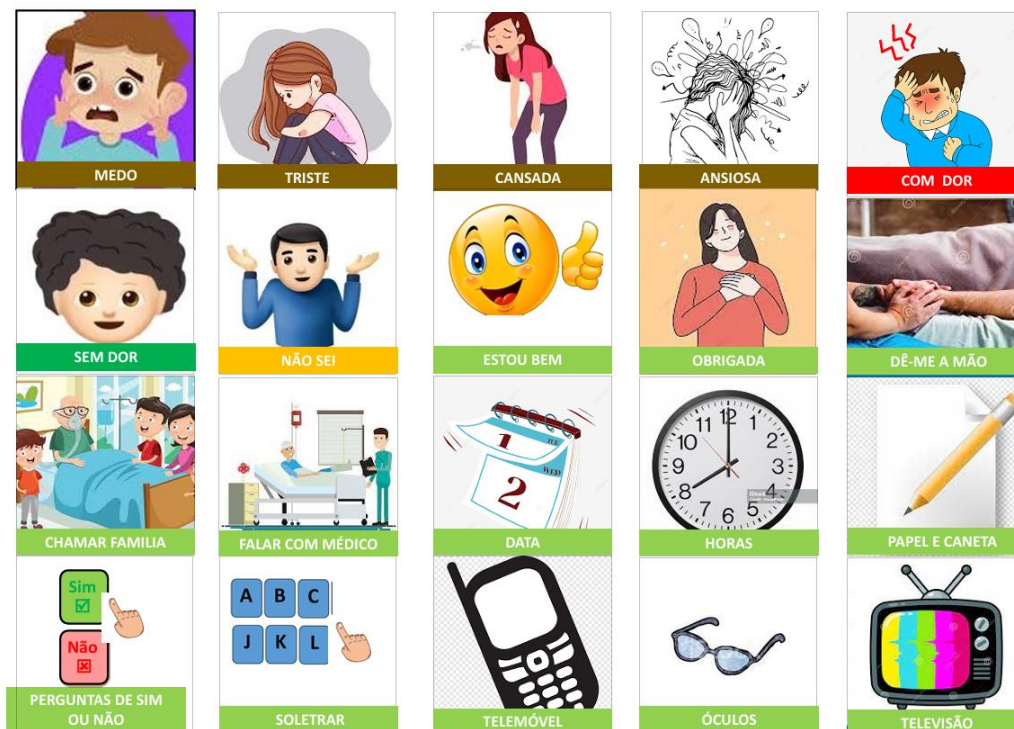
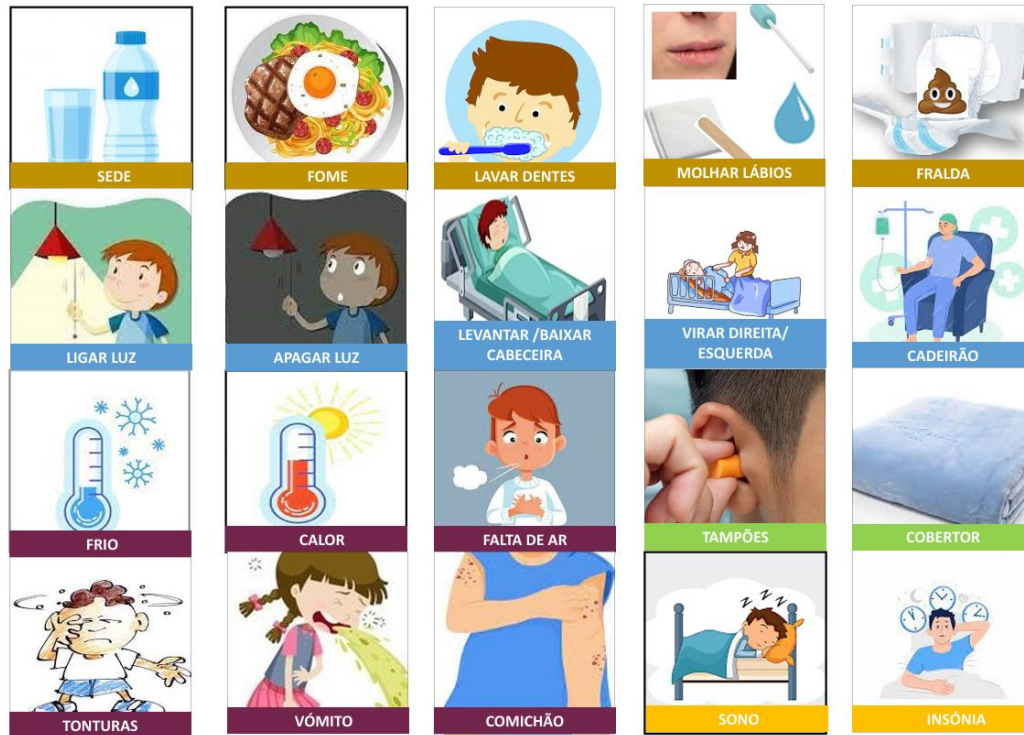
Regulamento de Competências, n.º429. (16 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Unidade Local de Saúde do Nordeste. (2022). *Relatório de gestão de contas*. https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2023/10/RGC_2022_-ULSNE.pdf

- Santos, A. P. (2017). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde* [Dissertação para obtenção do grau de mestre em enfermagem à pessoa em situação crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]. IC-Online. <https://iconline.iphttps://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3685/1/TESE%20FINAL%2bAna%20Paula%20Santos.pdf>
- Seixo, C. (2015). *Transmissão de más notícias de cuidados continuados integrados* [Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de mestre, Instituto Politécnico de Bragança, Escola de Saúde]. <http://hdl.handle.net/10198/12693>
- Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel. doi:10.13140/RG.2.1.3223.7686/1
- Sias, S., Silva, S., Rosado, J., & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). 13(e721), *New Trends in Qualitative Research*. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Silva, D., & Emídio, M. (2021). Comunicação de Más Notícias. Em N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 423-426). Lidel - Edições Técnicas, Lda. .
- Sousa , M. (2021). Acessos Vasculares. Em N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 77-86). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda. .
- Vilelas, J. (2022). *Investigação, O processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo, Lda.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Quadro de Comunicação



QUANTO?
 . ?
 . ?

ONDE?
 . ?

ESQUERDA **DIREITA**

FRENTE
TRAS

PIOR DOR POSSÍVEL 10
DOR MUITO SEVERA 8
DOR SEVERA 6
DOR MODERADA 4
DOR LEVE 2
SEM DOR 0

Onde estou?	Que dia é hoje?	É de dia ou de noite?	Quero falar com a minha família
O que me aconteceu?	Quanto tempo vou ficar aqui?	Que horas são?	Quero falar com o médico
Tenho falta de ar	Preciso mudar a fralda	Quero-me levantar	Tenho dor
Preciso ser aspirado	Dê-me a mão	Tenho sede	Tenho fome



Manual de utilização dos quadros de comunicação aumentativa e alternativa



A comunicação com os doentes desempenha um papel crucial de modo a facilitar a adaptação e colaboração destes durante o internamento e ao mesmo tempo prestar cuidados com qualidade e seguros. Em particular, os doentes internados nos cuidados intensivos, muitas vezes enfrentam restrições da sua capacidade de comunicação devido

á ventilação mecânica ou ao uso de dispositivos que dificultam a expressão verbal. Esta dificuldade em comunicar pode desencadear emoções negativas como o medo, stress, raiva, frustração, desânimo que terão impacto a curto, médio e longo prazo.

A Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) emerge como uma ferramenta valiosa de modo a estabelecer uma comunicação eficaz, tendo vários benefícios tanto para o doente como para os profissionais de saúde, sem esquecer os familiares.

A comunicação alternativa através de quadros visuais para interação com o doente em estado crítico, envolve considerar cuidadosamente as necessidades específicas desse grupo. A comunicação visual é uma ferramenta poderosa nesses cenários, permitindo que o doente expresse as suas necessidades e sentimentos quando a comunicação verbal não é possível.

Este quadro de comunicação foi elaborado com o propósito de ajudar doentes em contextos hospitalares a exprimirem as suas necessidades. Assim, os profissionais de saúde podem proporcionar maior conforto e bem-estar ao doente neste momento crítico. Acredita-se que quando o doente é capacitado a expressar os seus desejos, necessidades, preocupações e sentimentos aumenta-se a qualidade dos cuidados prestados e promove-se uma reabilitação mais otimizada.

Recomendamos que a impressão seja frente e verso e colorida. Deve ser plastificado para aumentar a durabilidade e permitir a higienização

Instruções para o uso dos quadros de Comunicação

1. Explique ao doente que esta é uma maneira alternativa de comunicar enquanto estiver com dificuldades na fala;
2. Mostre ao doente algumas das mensagens disponíveis no quadro e demonstre como utilizá-lo. Por exemplo indique que pode apontar para a palavra FRIJO, no quadro, se estiver com frio;
3. Mostre ao doente o quadro de mensagens e de soletração, explicando-lhe que poderá usar as letras para soletrar o que gostaria, como nomes, frases curtas, etc.;
4. Certifique-se que o quadro está sempre ao alcance do doente uma vez que a proximidade do doente facilitará a comunicação.

Se o doente não puder utilizar as mãos para apontar no quadro, pode-se ajudar na comunicação seguindo os passos seguintes:

1. Combinar com o doente a maneira de dizer “SIM”, como por exemplo piscar os olhos, olhar para cima, etc.;
2. Apontar para cada grupo de mensagens ou linhas e ir perguntando se o que pretende está naquele grupo ou linha;
3. Faça uma pausa entre cada grupo ou linha;
4. O doente irá responder com o “SIM” previamente estabelecido quando chegar ao grupo, linha da mensagem ou letra que ele pretende. Não há necessidade que ele responda “NÃO”;

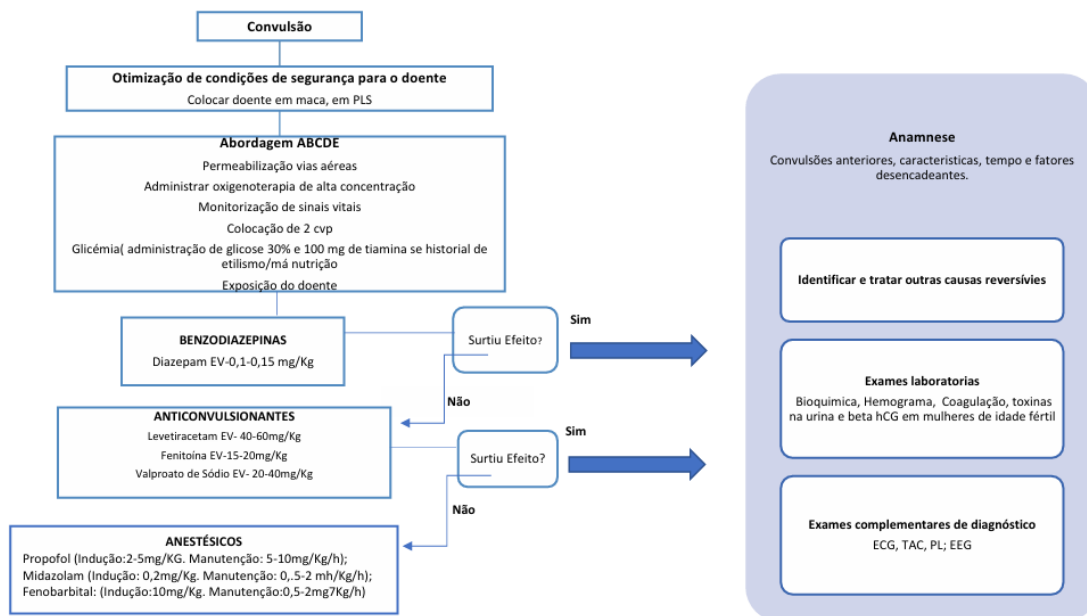
5. Por linha Se se utilizar o quadro de soletração, poderá tentar adivinhar a palavra após duas ou mais letras serem escolhidas. Pergunte ao doente se a palavra está correta.

[Caixa de Texto]

A	B	C	D	E	F	G	H	I
J	K	L	M	N	O	P	Q	R
S	T	U	V	W	X	Y	Z	
0	1	2	3	4	+	Sim ☑	Nova Palavra	
5	6	7	8	9	-	Não ☒	Começar de Novo	

APÊNDICE II – Protocolo à Pessoa em Crise Convulsiva no SU

Protocolo de Atuação na Crise Convulsiva no Adulto Serviço de Urgência



Protocolo elaborado no âmbito do mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica por: Enf. Patrícia Diz, Enf. Céu Silva e Enf. Norberto Silva

APÊNDICE III – Instrumento de Colheita de Dados - Questionário

Excelentíssimo(a) Enfermeiro(a):

Sou aluna do 2º Ano, do I Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, promovido pela Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Saúde e pretendo efetuar um estudo de investigação no âmbito de realização de projeto para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, subordinado ao tema: ***“COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS”***.

A utilização deste questionário tem como objetivo “Conhecer a perceção dos enfermeiros e médicos quanto ao processo de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência/Medicina Intensiva”:-

Solicita-se o seu contributo, respondendo às questões que surgem no presente instrumento de recolha de dados, sendo constituído por duas partes. Uma Primeira Parte visa a caracterização sociodemográfica e profissional do inquirido, enquanto a segunda parte visa auscultar sobre as dificuldades e estratégias facilitadoras no processo de comunicação de más notícias. O preenchimento demora cerca de 5 a 7 minutos.

Instruções para o preenchimento do questionário:

1. Leia de forma atenta todas as questões que lhe são colocadas, antes de responder;
2. Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso inviabilizaria uma análise apropriada dos dados;
3. O preenchimento do questionário, é individual;
4. Nas questões em que exista um quadrado deve indicar com uma cruz (X) a resposta que se adequa à sua situação; nas questões onde as respostas estão identificadas com uma letra, colocar um círculo (○) à volta da letra; nas questões em que se deparar com um traço (____), responder nitidamente, de maneira perceptível à questão que lhe é colocada, para que não fiquem incertezas sobre o seu propósito;
6. No final confirme se respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

As suas respostas são confidenciais e anónimas e só serão utilizadas para o progresso desta investigação. Em qualquer parte do questionário não é identificado o inquirido. Pode desistir do preenchimento a qualquer instante e sem qualquer prejuízo.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Caso precise de alguma explicação adicional,

e-mail: patricia-diz@hotmail.com; Tel.: 938617254

Os meus melhores cumprimentos

(Patrícia Vilela Diz)

Participação no Estudo – Depois de ler o texto introdutivo, considero-me informada(o),
e

Aceito participar no estudo

Não aceito participar no estudo

I. Parte- Variáveis Sociodemográficas

Idade: _____

Sexo:

Masculino

Feminino

Outro

Estado Civil:

Casado

Solteiro

União Marital

Separado

Divorciado

Viúvo

Outro

Habilitações Académicas e Profissionais: _____ -

Se formação no âmbito de uma especialidade, indique a área:

Categoria Profissional: _____

Ano em que Terminou o Curso: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

Tempo de Exercício no Atual Serviço: _____

II. Parte- Questionário

1) Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias?

Sim Não

2) Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias?

Sim Não

3) Considera que as discussões de caso entre os membros da equipa, ajudam quando tem que transmitir uma má notícia?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

4) Ao longo da sua carreira tem feito formação contínua na área de comunicação de más notícias?

Sim Não

5) Quando tem que transmitir uma má notícia, prepara antecipadamente alguma estratégia?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

6) No exercício da sua profissão, procura criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando tem de comunicar uma má notícia?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

7) No exercício da sua profissão, procura evitar transmitir uma má notícia?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

8) Na sua opinião, o que considera ser mais difícil, no processo de comunicação de más notícias?

___ Ser honesto com o doente, sem lhe tirar a esperança

___ Lidar com as emoções do doente

___ Conseguir o tempo adequado para informar

___ Envolver amigos e familiares do doente

___ Envolver o doente ou um familiar na tomada de decisão

(ordene as ações de acordo com o grau de dificuldade:1 (mais difícil) e 5 (menos difícil)).

9) No exercício da sua profissão, verifica que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

10) Quando tem de comunicar uma má notícia, procura usar uma linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

11) Após a comunicação de uma notícia, procura responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao doente/ familiar de assimilar tudo o que foi transmitido?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

12) No exercício da sua profissão, qual(ais) a(s) primeira(s) pessoa(s) a quem comunica a má notícia?

- A. Doente
- B. Familiar
- C. Doente e Familiar em simultâneo

(selecione uma única opção)

13) Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente, após a revelação de uma má notícia?

- ___ Bastante confortável
- ___ Confortável
- ___ Pouco confortável
- ___ Desconfortável

(selecione uma única opção)

14) Enquanto profissional de saúde, procura manter uma relação próxima com o doente, apesar de reconhecer que pode deste modo estar mais exposto à dor da perda, quando esta ocorre?

Sempre Na maioria das vezes Algumas vezes Poucas vezes Nunca

15) Na sua opinião, qual o modelo com que mais se identifica, no que concerne à transmissão de uma má notícia?

- ___ Modelo paternalista
- ___ Modelo informativo
- ___ Modelo compartilhado

(selecione uma única opção)

16) Na sua opinião, a tarefa de transmitir uma má notícia, é uma vocação que nasce com a pessoa?

- Sim Não

17) No exercício da sua profissão, procura não contar a verdade toda sobre o conteúdo da notícia a transmitir, sob pena de o estado físico e emocional do doente piorar?

- Sim Não

18) Enquanto profissional de saúde, já aconteceu mudar a sua comunicação com o doente por causa de um pedido da família? (por exemplo, passar de uma comunicação aberta e esclarecedora para uma comunicação com omissões de verdade?)

- Frequentemente Algumas vezes Esporadicamente Nunca

19) Na sua opinião, considera o uso de protocolos de comunicação de más notícias:

- ___ Muito úteis
- ___ Úteis
- ___ Pouco úteis
- ___ Nada úteis

(selecione uma única opção)

20) Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias?

- Sim Não

ANEXO I - Autorização para utilização de questionário

RE: Autorização utilização de questionário



Carina Pontes

Para: Você

Iniciar a responder com:

Perfeito!

Assim farei.

Ok.

Bom dia Estimada Patrícia ,

Pode utilizar sim o questionário .

Encontro-me à disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,
Carina Seixo

ANEXO II- Parecer da Comissão de Ética

Parecer da Comissão de Ética

Trabalho de Investigação

Título:

Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência e Medicina Intensiva: Dificuldades e Estratégias

Em reunião de 24/10/2023 foi deliberado pela CE emitir parecer *favorável* ao presente estudo, atendendo ao interesse científico do mesmo.

Considera-se oportuno que finalizado o trabalho seja remetido ao CA e CE.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da [REDACTED] E, E.P.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes

Evangelina da Natividade Camelo Bonifácio Correia da Silva

Carla Maria Perdigo Martins Grande

Maria Judite Ramos Marques

Ana Catarina Fernandes Pires

Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Reunio CA 2.11.2023

Autzei Vaz
Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente
Conselho de Administração

Presidente da Comissão de Ética



Dra. Maria de Jesus Machado Lopes


ANEXO III- Compromisso de Honra e Declaração de Interesses



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES


Declaro por minha honra que todas as informações prestadas sobre o estudo são verdadeiras. Declaro que o estudo respeita as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas) e da Organização Mundial de Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH).
Comprometo-me a respeitar todas as recomendações da CE e prestar todos os esclarecimentos adicionais necessários.
Comprometo-me ainda a entregar à C.E. o relatório final do estudo e a participar em eventuais atividades de divulgação dos resultados/aplicações do estudo que venham a ser desenvolvidas pela 


Bragança, 13 de Outubro de 2023


Patricia Videla Diz
(assinatura do investigador)



ANEXO IV- Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Designação do Estudo:

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

O Investigador responsável

Nome: Patrícia Vilela Dias Assinatura: [assinatura]

Identificação do participante:

Nome _____

BI/CC n.º _____

Participante/Representante legal

Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.

Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.

Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.

Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.


Data: ___/___/___ _____
(assinatura)

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC n.º _____ Grau de parentesco _____

Data: ___/___/___ _____
(assinatura)

ANEXO V – Comprovativo da Submissão do Artigo



The screenshot displays a web interface for managing submissions. At the top, there is a header with the title "Submissões" and navigation tabs for "Minha Fila" (containing a notification icon with the number 1) and "Arquivos". A green "Ajuda" button is located in the top right corner. Below the header is a section titled "Minhas Designações" which includes a search bar with a magnifying glass icon and the text "Pesquisar", and a blue "Nova Submissão" button. A table below this section contains one entry with the ID "38661", the author "Diz et al.", and the title "COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS". To the right of the title is a red "Submissão" button, and a downward arrow icon is visible on the far right of the row.

Minhas Designações		Pesquisar	Nova Submissão
38661	Diz et al. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS	Submissão	▼