

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em
situação crítica

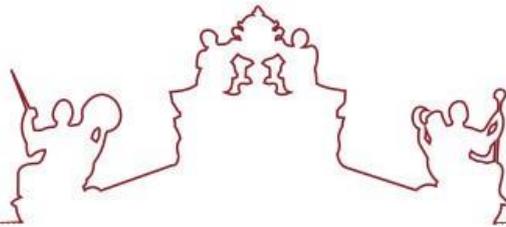
Relatório de Estágio

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos

Joana Rita dos Santos Russo

Orientador(es) | Isabel Bico

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

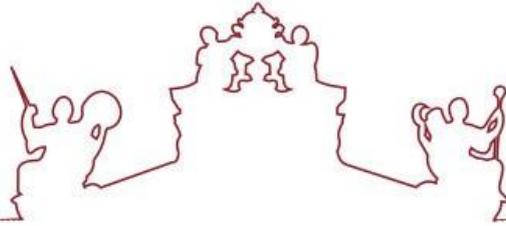
Relatório de Estágio

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos

Joana Rita dos Santos Russo

Orientador(es) | Isabel Bico

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Isabel Bico (Universidade de Évora) (Orientador)

Maria Dulce Dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) (Arguente)



*“Nada na vida deve ser temido, apenas compreendido.
Agora é hora de compreender mais para temer menos.”*

Marie Curie

O MEU AGRADECIMENTO

À professora Isabel Bico pela orientação, disponibilidade, compreensão e encorajamento ao longo de todo o percurso.

À Enfermeira Paula pela constante disponibilidade, motivação, orientação e empenho bem como pelo exemplo que é na prática clínica enquanto Enfermeira Especialista.

À Enfermeira Gestora, ao Diretor do serviço e aos colegas da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente pelo acolhimento e ajuda no desenvolvimento deste projeto.

Aos meus pais e irmã, pelos valores que me transmitiram e me permitem ser a Pessoa que sou e a Enfermeira que me tornei.

À Maria, companheira de jornada, pela ajuda, amizade, partilha e incentivo, sem o qual não seria possível chegar aqui.

E por fim, ao Dinis, pelo apoio incondicional, confiança, paciência, pelos desabafos e compreensão pelas ausências ao longo de todo este percurso.

A Todos o meu Muito Obrigada!

RESUMO

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos

A pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos apresenta muitas vezes impedimentos relativos à comunicação, sendo na maioria dos casos a comunicação realizada com a família. Este processo torna-se fundamental para a correta compreensão da situação clínica do doente e tomada de decisão, deste modo torna-se essencial desenvolver estratégias facilitadoras de comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos.

Para dar resposta a esta necessidade identificada, foi desenvolvida uma intervenção profissional *major* ao longo do estágio final, com o objetivo de promover a segurança e qualidade dos cuidados relativamente à família da pessoa em situação crítica internada em UCI, que experiencia um processo de transição saúde-doença.

Procede-se, também à análise e reflexão crítica e fundamento de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Comunicar; Más Notícias; Família; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRAT

Communication with the Family in the Intensive Care Unit

The person in a critical situation hospitalized in an intensive care unit, often presents communication impediments, and in most cases communication is carried out with the family. This process becomes fundamental for the correct understanding of the patient's clinical situation and decision making, thus it is essential to develop strategies that facilitate communication with the family in the intensive care unit.

In order to respond to this identified need, a major professional intervention was developed throughout the Final Stage, with the aim of promoting safety and quality of care for the family of the person in critical situation hospitalized in the ICU, who experiences a health-care transition process.

It also proceeds to the analysis and critical and grounded reflection of the entire process of acquisition and development of common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing – Person in Critical Situation.

Keywords: Communication; Bad News; Family; Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio.....	CXXXIII
Apêndice B– Proposta de Intervenção profissional Major.....	CLVII
Apêndice C – Análise SWOT.....	CLXXIX
Apêndice D – Questionário diagnóstico situação sobre comunicação com a família.....	CLXXXI
Apêndice E – Cronograma Final.....	CLXXXVIII
Apêndice F – Autorizações UCIP.....	CXC
Apêndice G – Protocolo Comunicação de Más Notícias.....	CXCV
Apêndice H – Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura.....	CCXV
Apêndice I – Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de boa prática.....	CCXIX
Apêndice J – Plano Sessão Formação.....	CCXLII
Apêndice K – Apresentação da Formação - Comunicação com a família em UCI.....	CCXLVII
Apêndice L – Questionário Avaliação da Sessão pelo formando.....	CCLXXXIII
Apêndice M – Resultados Questionário Avaliação da Sessão pelo formando.....	CCLXXXVII
Apêndice N – Participação Congresso EUSEM 2021.....	CCXCII
Apêndice O – Critérios para Manutenção e Remoção – Catéteres.....	CCXCVII
Apêndice P – Apresentação da formação - Critérios para Manutenção e Remoção – Catéteres.....	CCCXIII
Apêndice Q – Participação IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”.....	CCCXXII

Apêndice R – Participação formações Centro de Formação, Investigação e Conhecimento.....	CCCXXVII
Apêndice S – Póster - Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em Contexto de Emergência.....	CCCXXX
Apêndice T – Póster – <i>Benefit of Administering High-flow Nasal Oxygen Therapy for an Adult Patient</i>	CCCXXXIV
Apêndice U – Póster - <i>Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals</i>	CCCXXXIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução diária de internamento por COVID – 19 em UCI nos hospitais em Portugal Continental	28
Figura 2 – Representação da Teoria das Transições.....	37
Figura 3 – Consentimento informado.....	52
Figura 4 – Género.....	53
Figura 5 – Idade.....	53
Figura 6 – Habilitações literárias.....	54
Figura 7 – Área de especialização.....	54
Figura 8 – Anos de experiência	55
Figura 9 – Anos de trabalho em UCI	55
Figura 10 – Formação sobre a comunicação com a família e sobre comunicação de más notícias.....	55
Figura 11 – Nível de capacitação para a comunicação com a família.....	56
Figura 12 – Perceção dos enfermeiros quanto a evitar comunicar más notícias	56
Figura 13 – Conhecimento de protocolo de comunicação de más notícias.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Recursos Humanos UCIP.....	25
---------------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

Introdução	16
1. Apreciação do contexto clínico	20
1.1. Enquadramento.....	20
1.2. Estrutura, recursos físicos e materiais.....	22
1.3. Recursos humanos	24
1.4. Análise da população alvo	25
1.5. Análise da prestação de cuidados	27
2. Intervenção Profissional Major	30
2.1. Fundamentação conceptual e teórica	32
2.1.1. Teoria das transições	33
2.1.2. Qualidade em Saúde e Segurança do Doente	38
2.1.3. Comunicação com a família em UCI.....	41
2.2. Diagnóstico de situação	50
2.3. Objetivos	56
2.4. Planeamento e Execução.....	57
2.5. Avaliação e resultados	64
3. Análise Reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências.....	69
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre	71
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre.....	87
Conclusão.....	103
Bibliografia.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - e outros

n.º - número

p. - página

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CHU – Centro Hospitalar e Universitário

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa Situação Crítica

EEMIH – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EUSEM – *European Society For Emergency Medicine*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

IPM – Intervenção Profissional Major

ITLS – *International Trauma Life Support*

LA – Linha Arterial

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PNSD 2021-2026 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte de Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TISS - 28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TSR – Técnica de Substituição Renal

TSR – Técnica de Substituição Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UE – Universidade de Évora

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no plano de estudos do 2.º ano, do curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), criado através do Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio, difundido pela Universidade de Évora (UE) em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal (UE, 2016).

O presente documento, visa a descrição pormenorizada bem como a reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas no âmbito da unidade curricular Estágio Final, por forma a testemunhar o desenvolvimento e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, o que potenciará a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), bem como o grau de Mestre em Enfermagem.

Importa referir que devido a obtenção de creditação na unidade curricular Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrado no 1.º ano do plano de estudo do presente curso de Mestrado, a análise e reflexão do referido relatório versa apenas sobre o Estágio Final.

Assim, tendo em consideração o solicitado no início do estágio, procedemos à elaboração de um projeto de estágio (Apêndice A), onde projetámos as atividades a desenvolver, tendo como objetivo a aquisição das competências estabelecidas no Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como as Competências de Mestre em Enfermagem, definidas no documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), com enquadramento no Decreto-Lei n.º 65/2018 que altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Paralelamente à elaboração deste projeto de estágio, procedemos ao preenchimento e submissão do modelo T-005 à UE.

O estágio final desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), nível III, no Sul do país, no qual desenvolvemos uma Intervenção Profissional *Major* (IPM). Esta IPM incide sobre a comunicação com a família, nomeadamente na comunicação de más notícias e na comunicação diária com a família da pessoa em situação crítica internada em UCI. A referida IPM, insere-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e relaciona-se com a área da comunicação, acatando assim as recomendações do planeamento da unidade curricular.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis destaca o papel que o enfermeiro desempenha no alcance da estabilidade da pessoa que experiencia um processo de transição. A autora encara a teoria como um todo, tendo por base os processos de transição vivenciados ao longo da vida, analisando a natureza das transições, as suas condicionantes bem como os padrões de resposta dos indivíduos (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010), a comunicação humana é um “processo de comportamento baseado em um sistema de troca de símbolos em que o significado é transmitido e interpretado entre aqueles que interagem”¹ (p.20). Durante a hospitalização a comunicação ganha importância acrescida na medida em que é a base do estabelecimento de relações terapêuticas entre enfermeiro e família. É assim, esperado que o enfermeiro na interação com a família a experienciar um processo de transição saúde-doença, saiba implementar estratégias facilitadoras de comunicação e se torne pedra basilar neste processo.

Deste modo, a comunicação deve ser considerada pela equipa de enfermagem como um momento importante e decisivo na prática dos cuidados, os enfermeiros devem valorizar as queixas da família identificando as suas necessidades e respeitando as diferenças experienciadas pelos diferentes membros. Assim, um dos propósitos da comunicação passa por assistir a família a ultrapassar os sentimentos de ansiedade e angústia advindos da transição saúde-doença vivenciada, relativamente à pessoa em situação crítica internada em UCI.

¹ “Process of behavior based on a system behavioral process based on a system of shared symbols whereby meanings are conveyed and intergroup preted among social interactants” (Meleis, 2010, p.20).

Em situações de internamento em UCI, onde a presença de instabilidade hemodinâmica, alteração do estado de consciência e incapacidade de comunicar estão presentes na generalidade dos doentes, é a família, na maioria das vezes, quem recebe informações clínicas. Os profissionais de saúde devem ter presente que as informações fornecidas à família permitiram gerir a transição, definir estratégias e tomar decisões fundamentadas. Assim, entendemos que o apoio à família não requer apenas a discussão inicial de má notícia ou morte, mas também pressupõe a informação que é fornecida diariamente ao longo do internamento para adequação do plano de cuidados. A comunicação de más notícias não se trata de um evento único, devendo os profissionais de saúde capacitar as famílias para processar as informações fornecidas e oferecer os esclarecimentos necessários ao longo do internamento (Bumb et al., 2018).

Atendendo ao supracitado, constatámos que, na UCIP onde desenvolvemos o estágio, não existia uma uniformização por parte dos diversos membros da equipa durante a comunicação com a família, fosse a comunicação diária com a mesma ou a comunicação de más notícias. Conseguimos ainda auferir, a inexistência de um protocolo de comunicação de más notícias bem como a necessidade sentida pela equipa na sua criação. Deste modo, a IPM desenvolvida recaiu sobre a problemática da comunicação com a família, abarcando as duas áreas anteriormente referidas.

Para o presente relatório definimos como objetivo geral, executar uma análise crítica reflexiva sobre o processo formativo decorrido ao longo do estágio final e restante curso de mestrado, bem como a importância no desenvolvimento e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, competências comuns e específicas do EEEMC-PSC. Os objetivos específicos definidos visam elaborar uma apreciação do contexto clínico, descrever a IPM desenvolvida nas suas diversas etapas e por fim analisar criticamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, bem como a sua fundamentação, ao longo de todo o percurso formativo.

Posto isto, importa referir que o presente relatório se encontra dividido em três capítulos. O primeiro capítulo compreende a descrição e apreciação do contexto clínico onde desenvolvemos o estágio final bem como a IPM, optamos pela descrição do enquadramento institucional, estrutura, recursos humanos e físicos bem como, análise da gestão e prestação de cuidados. O segundo capítulo, diz respeito à apresentação da IPM desenvolvida, iniciámos

com uma breve fundamentação da problemática identificada, enquadramento teórico e conceptual onde definimos a teoria de médio alcance adotada, bem como conceitos centrais da linha de investigação em que nos situámos. Posteriormente, ainda no mesmo capítulo, procedemos à descrição e análises das várias etapas da metodologia de projeto, nomeadamente, diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e resultados. No terceiro e último capítulo, procede-se à análise crítica reflexiva e respetiva fundamentação, de todo o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista bem como competências de Mestre em Enfermagem. Findamos o presente relatório, com uma breve conclusão sobre todo o percurso.

Este documento encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português, com exceção das citações diretas de autores, e está elaborado segundo a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* 7ª edição.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O presente relatório reflete sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso académico do curso de mestrado. Percurso este, que foi enriquecido pelo estágio que desenvolvemos na unidade curricular Estágio Final. Deste modo, neste capítulo optámos pela breve elaboração do retrato e realidade do contexto clínico onde desenvolvemos o referido estágio.

1.1. Enquadramento

O Estágio Final decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) inserida num Centro Hospitalar e Universitário (CHU) no Sul do país. O CHU é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo a única instituição pública hospitalar na região.

O mesmo foi criado em 2017 e é composto por seis unidades de saúde com capacidade de internamento, por quinze lugares de hospitalização domiciliária e ainda pelos serviços de urgência básica. O mesmo assegura a prestação de cuidados de saúde a toda a região do Sul podendo ainda abranger os concelhos do Litoral Alentejano e Baixo Alentejo, dando resposta às necessidades de uma população de cerca de 467 475 habitantes, número este que poderá triplicar na época do verão pela afluência de turista à região (CHU, 2021; INE, 2021).

Relativamente aos recursos existentes, possui um total de 1003 camas, sendo possível atingir 1025 em situações de exceção. Na unidade onde desenvolvemos o estágio existem 592 camas no total. No que diz respeito aos recursos humanos, emprega um total de 4079 profissionais de diferentes áreas, nomeadamente, assistentes operacionais, assistentes técnicos, pessoal de enfermagem, pessoal de informática, pessoal em formação pré-carreira, pessoal médico, pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica, pessoal técnico superior de saúde e técnico superior entre outros (CHU, 2020;CHU 2021).

A principal missão do CHU é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em toda a região, compreendendo ainda a vertente de ensino e investigação em saúde. Assenta em valores como humanização, dedicação e empenho, competência, excelência e rigor, motivação e satisfação dos profissionais, trabalho em equipa multidisciplinar, respeito pelos princípios éticos, dignidade humana, direitos dos utentes e padrões de segurança e qualidade, entre outros (CHU, 2021).

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da referida unidade hospitalar é parte integrante da Rede de Referenciação em Medicina Intensiva, aprovada por despacho pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 10 de agosto de 2017, e reprovada a 18 de Agosto de 2020 pela Ministra da Saúde, que estabelece, na zona sul do país, quatro eixos de referenciação (Ministério da Saúde [MS], 2017, 2020). Assim, o SMI assume um papel fundamental pois tanto as valências médico-cirúrgica como as de apoio diagnóstico e terapêutico se encontram centralizadas nesta unidade, o que permite um potencial terapêutico definitivo em diversas áreas de atuação, através da capacidade de resposta perante patologias distintas (MS, 2017, 2020).

Os serviços assistenciais deste CHU encontram-se organizados em sete departamentos compostos por um médico, diretor e um ou dois enfermeiros gestores em funções de direção e um administrador. Os departamentos são: médico, cirúrgico, criança, adolescente e família, ginecologia, obstetrícia e reprodução humana, emergência, urgência e cuidados intensivos, psiquiatria e saúde mental e clínico de serviços tecnológicos e terapêuticos. Todos os serviços referentes às especialidades médicas contam também com uma direção médica e uma chefia de enfermagem (CHU, 2021).

O CHU em questão oferece a maioria dos recursos técnicos, humanos e especialidades, exceto no que respeita à Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica, Neuroradiologia de Intervenção, Terapia de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) e Unidade especializada em Queimados, servindo os Hospitais Centrais de Lisboa com referência secundária nestes casos (CHU, 2021).

Nesta estrutura organizacional o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos é constituído por 3 Serviços de Urgência enquadrados pelo Despacho n.º 10319/2014 do MS, integram também o referido departamento o SMI 1 e 2. O SMI 1, onde

correu o referido estágio é constituído por diversas valências, nomeadamente, sala de emergência, UCIP, constituído por 16 Camas de nível III, Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU), constituída 10 Camas de nível I/II e 2 Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação. De referir que o centro hospitalar dispõe também nos seus serviços clínicos de uma UCI Coronária, não integrada no SMI 1, com lotação de 6 camas.

A interação entre as referidas unidades/valências pressupõe a colaboração de diversos meios e recursos, o que permite uma abordagem integrada com o objetivo de potenciar a rapidez e eficácia dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

1.2. Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCI onde decorreu o estágio final é uma unidade nível III, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina intensiva, uma vez que possui diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutica diferenciados, bem como monitorização invasiva e substituição de funções vitais. Conta ainda, com presença de um médico subespecialista em medicina intensiva 24 horas por dia e uma equipa de enfermagem dedicada integralmente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Devido à conjuntura pandémica atual, o serviço neste momento encontra-se dividido em UCIP e UCI COVID. No início do referido estágio a estrutura da UCIP encontrava-se destinada à pessoa em situação crítica portadores de infeção por Sars-Cov-2 positivo, e os restantes utentes encontravam-se alocados à UCISU que foi transformada numa UCIP. Ao longo do tempo de permanência neste serviço, a UCI COVID foi alterando de local consoante as necessidades do CHU para resposta a esta pandemia, optámos assim, por realizar a descrição da unidade UCIP no seu espaço habitual.

A UCIP encontra-se no edifício principal, junto ao serviço de urgência (SU) estando dividida em zona clínica e zona não clínica. Na zona clínica existem um total de 16 camas, 14 das quais em *open-space* e 2 em espaço fechado, possuindo a possibilidade de alocar doentes em isolamento, dispendo de antecâmara, casa de banho adaptada e sistema de ar condicionado próprio, detêm ainda capacidade de gestão de pressões (positiva e negativa).

As zonas não clínicas compreendem o armazém de material de consumo clínico, armazém de material reutilizável, sala de sujos e sala de limpos, espaço de refeições/copa, sala multiusos que dispõe de material audiovisual para formações e reuniões, gabinete da enfermeira gestora, gabinetes médicos, gabinete de secretariado clínico, sala de acolhimento da família/pessoa significativa, wc homens e mulheres com capacidade para duche e zona de espera para as visitas.

A unidade do doente, que se encontra na zona clínica, é composta por diversos materiais que permitem fornecer suporte de funções vitais e monitorização invasiva e não invasiva, nomeadamente, ventilador com capacidade para ventilação não invasiva (VNI) e ventilação mecânica invasiva (VMI), oxigenoterapia simples e de alto fluxo, bombas e seringas infusoras, monitor de parâmetros vitais e material de consumo clínico. A unidade do utente permite ainda a realização de técnica de substituição renal (TSR) contínua ou intermitente.

Dependendo do estado clínico da pessoa em situação crítica internada neste serviço, existem ainda diversos meios de monitorização específicos, tais como, sistema *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO®), monitorização da pressão intracraniana (PIC) e o índice bis-espectral, que podem ser utilizados quando necessário.

A UCIP é dotada de três carros de urgência, um ecógrafo, máquina de gasimetria, monitores com sistema de telemetria e um armazém avançado de terapêutica, *Pyxis Medstation*®. O sistema informático utilizado é o B-ICU-Care®, que permite a planificação de cuidados de enfermagem bem como a sua documentação e ainda interligação de dado provenientes de outros sistemas informáticos em tempo real, como resultados de exames complementares de diagnóstico.

Relativamente à UCI COVID, a mesma alternou a sua capacidade entre 9 e 16 camas com a mesma estrutura e composição das restantes unidades descritas anteriormente.

1.3. Recursos humanos

Como já foi contextualizado anteriormente, as UCI de nível III, devem ser providas de recursos humanos dedicados e qualificados (MS, 2017, 2020). Assim, todos os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que desempenham funções neste serviço o fazem de forma dedicada à UCIP. Colaboram ainda com o serviço, médicos de outras especialidades e outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

Relativamente aos recursos humanos, seguidamente será apresentada a sua constituição na tabela n.º 1.

Tabela 1

Recursos humanos UCIP

Enfermeiros	
Gestora	1
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	13
Especialista em EMC- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	5
Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	5
Especialistas em Enfermagem Comunitária	3
Cuidados Gerias	31
Total	58
Médicos	
Especialistas em Medicina Intensiva	8
Outra Especialidade	5
Internos	4
Outros profissionais	
Assistentes operacionais	25
Fisioterapeutas	2
Administrativa	1

Nota: Fonte - Informação recolhida no documento do plano de integração do serviço UCIP do CHU elaborado em Maio de 2021.

A dotação segura de enfermeiros bem como o seu nível de qualificação e perfil de competências são aspetos fundamentais para a manutenção de segurança e qualidade nos cuidados, tornando-se assim crucial que se utilizem metodologias e critérios que permitem uma adequação dos recursos humanos às necessidades da população. O cálculo das dotações seguras não pode portanto limitar-se ao número de horas de cuidados prestados, mas deve sim conter aspetos como a estrutura do serviço, formação, investigação e competências profissionais (Regulamento n.º 743/2019).

De acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, o rácio enfermeiro/utente deve ser de acordo com a tipologia da UCI e no caso da UCI Nível III o rácio deverá ser de 1:1 (Valentim & Ferdinande, 2011). Na definição e criação das equipas das UCI, recomenda -se que metade da mesma seja constituída por enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da EMC-PSC (Regulamento n.º 743/2019). Podemos observar através dos dados fornecidos pelo serviço que a maioria dos enfermeiros a laborar no mesmo, são enfermeiros de cuidados gerais, o que não cumpre as recomendações nacionais e internacionais anteriormente referidas.

Assim, e considerando que o estágio se desenvolveu durante a atual pandemia por COVID-19, é possível constatar a deficiente resposta ao rácio recomendando, uma vez que na maioria dos turnos realizados o rácio enfermeiro/utente foi de 1:2. Por forma a dar resposta a esta lacuna foi atualizada, após o primeiro pico pandémico vivenciado em Portugal, e aprovada pela Ministra da Saúde a 18 de Agosto de 2020, a atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação – Medicina Intensiva, que pressupõe a criação de mais camas de UCI nível II e III, bem como a contratação de recursos humanos para dar resposta a necessidade reais da população (MS, 2020).

1.4. Análise da população alvo

O CHU é a instituição hospitalar pública responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a 467 475 habitantes em 16 concelhos na região Sul do País. Tendo em conta que se trata de uma área turística e de grande procura sazonal torna-se imprescindível

a referência às variações do número de habitantes alvo de possíveis cuidados de saúde por parte desta instituição (INE, 2021).

Os dados obtidos através diretor clínico do referido serviço, referem-se ao ano de 2019 e demonstram um total de 463 utentes tratados nestas instalações durante o referido ano. Dos mesmos cerca de 16,81% foram relativamente a admissões para cirurgia eletiva e 42,46% admitidos após cirurgia de urgência. Dos 463 doentes admitidos nestas UCIP, 22, 84% dizem respeito ao foro neurocrítico.

No ano de 2019 a taxa de ocupação média da referida UCIP foi de 73,01% com tempo médio de internamento de 9,16 dias e taxa de mortalidade de 28,08 %.

Por forma a fundamentar as questões anteriormente referidas relativamente ao rácio enfermeiro: doente e contrapondo os dados apresentados referentes à UCIP no ano de 2019, que nos demonstram uma taxa de ocupação baixa, optámos por apresentar alguns dados relativamente ao número de internamentos em UCI durante a pandemia COVID-19 em Portugal. Como apresentado na figura 1, podemos constatar que durante o período de 14 de Março de 2020 e 12 de Janeiro de 2022 em Portugal a taxa de ocupação por doentes COVID-19 em UCI foi elevada, sendo ainda importante referir a ocorrência de vagas pandémicas que provocaram alguns picos em que a lotação foi ainda superior. Deste modo, podemos concluir que a pandemia não só acarretou carga de trabalho adicional para os profissionais de saúde e para os serviços, como levou a défice no cumprimento do rácio enfermeiro: doente e das dotações seguras recomendadas para prestação de cuidados em UCI.

Os dados relativamente ao serviço onde desenvolvemos o estágio final, referentes ao ano 2020 ainda não se encontram disponíveis para apresentação, pelo que optámos por apresentar os dados anteriormente referidos, sendo que se tratam dos mais recentes disponíveis à data da redação deste relatório.

Figura 1

Evolução diária de internamento por COVID – 19 em UCI nos hospitais em Portugal Continental.

Número de Camas Ocupadas nas Unidades de Cuidados Intensivos

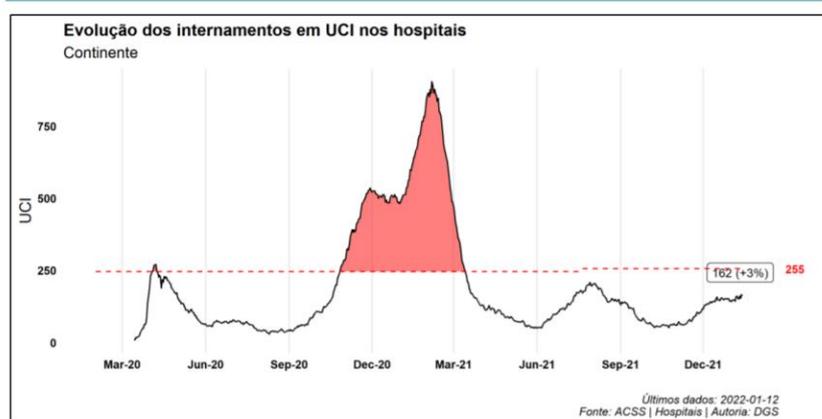


Figura 3. Evolução diária de doentes COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos nos hospitais, no Continente, entre 14/03/2020 e 12/01/2022.
Fonte: Hospitais; Autoria: DGS

Nota: Dados relativos ao período temporal de 14/03/2020 a 12/01/2022, Fonte – retirado de Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19, Relatório n.º 42 de 14 de Janeiro de 2022.

1.5. Análise da prestação de cuidados

Na referida UCIP, a prestação de cuidados é realizada por uma equipa multidisciplinar dedicada 24 horas por dia. Os enfermeiros encontram-se organizados por equipas de acordo com diversos critérios tais como a experiência profissional, detenção de título de especialista por parte da OE, competências na área de hemodiálise convencional, entre outros.

Devido à conjuntura atual, sobre a qual desenvolvemos o presente estágio, a equipa de enfermagem encontrava-se a realizar turnos de 12h maioritariamente (08h-20h30 – 20h-08h30) e alguns turnos de 8h (08h-16h; 15h30-00h; 23h30-08h).

Em cada turno, a coordenação do mesmo é assumida por um enfermeiro na maioria das vezes, especialista não obrigatoriamente em EMC, sendo designado como enfermeiro responsável de turno. A distribuição de trabalho ocorre no início do turno e é realizada pelo

enfermeiro responsável de turno, assumindo para além das funções de coordenação e gestão, a responsabilidade pela prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. O método de trabalho utilizado é o método individual, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de forma holística aos doentes que lhe são atribuídos em cada turno, sem impedimento do trabalho em equipa e interajuda sempre que necessário. A metodologia científica utilizada no processo de enfermagem tem por base o Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney.

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem é realizado através do instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), validado para a população Portuguesa e pensado para classificar a carga de trabalho de enfermagem em relação à gravidade da situação clínica do doente, mediante a avaliação de 28 itens, subdivididos em 7 categorias, nomeadamente atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas (Miranda, Riji, & Schaufeli, 1996; Moreno & Morais, 1997; Padilha et al., 2005). A cada item é atribuída uma pontuação, estimando que a cada ponto corresponde 10,6 minutos de trabalho de enfermagem (Miranda, Riji, & Schaufeli, 1996). Na UCIP em questão, o TISS-28 é preenchido diariamente pelo enfermeiro responsável pelo doente durante o turno da noite, tendo em consideração os dados relativos às 24 horas anteriores. Os dados do serviço, relativamente ao ano de 2019 demonstram que o TISS-28 para o serviço foi de 36,1, o que se inclui na classe III, onde os doentes são classificados como graves e com instabilidade hemodinâmica.

A equipa da UCIP é maioritariamente constituída por enfermeiros de cuidados gerais, estando a sua prática profissional regulada pelo Regulamento n.º 190/201, Regulamento do Perfil de Competências de Cuidados Gerais, tendo por base o enquadramento concetual e descritivo presente nos Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001), no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 1996) e na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b). Documentos estes que pela sua transversalidade à prática profissional dos enfermeiros, aplicam-se tanto aos enfermeiros de cuidados gerais como aos enfermeiros especialistas.

Relativamente aos cuidados de enfermagem especializados, os mesmos possuem enunciados descritivos próprios que orientam a sua *praxis* clínica, importando, referir que os enfermeiros especialistas em EMC se encontram enquadrados profissionalmente nos

Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 429/2018 que regulam respetivamente as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEEMC-PSC, que abordaremos detalhadamente em capítulo próprio.

Uma parte significativa dos elementos da equipa de Enfermagem da UCIP integra também a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH) estabelecida em 2015 nesta unidade hospitalar. A mesma segue as orientações enunciadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2010), sendo constituída por médico e enfermeiro com treino e competências diferenciadas para a atuação em emergência. A sua ativação ocorre em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) e deterioração do estado clínico dos doentes. Esta equipa encontra-se escalada e em dedicação exclusiva para as funções descritas anteriormente, sendo que no atual contexto pandémico devido à elevada carga de trabalho, a mesma foi solicitada para funções de colaboração no serviço UCIP e UCIP COVID sempre que necessário, não assumindo responsabilidade de forma integral pelos doentes mas auxiliando os restantes elementos da equipa na prestação de cuidados.

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

A intervenção profissional *major* (IPM) surge no âmbito de desenvolvimento e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem de EMC-PSC integrada nas atividades desenvolvidas no contexto da unidade curricular Estágio Final desenvolvido numa UCIP, surgindo integrada na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”.

De acordo com Damiani et al. (2013), as intervenções envolvem o planeamento “e a implementação de interferências (mudanças, inovações) – destinadas a produzir avanços, melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam – e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências.” (p.58). De acordo com os mesmos autores, o termo intervenção é utilizado em distantes áreas desde Psicologia, Medicina e Gestão.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) o planeamento em saúde define-se como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (p. 21).

A metodologia de projeto aplicada aos cuidados de saúde tem como objetivo principal a análise e resolução de problemas reais, através de diversas técnicas que permitem a colheita, obtenção e análise das informações recolhidas. O mesmo não se trata de um processo fixo, pois tem associado a si a capacidade flexível dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do tempo, podendo ser considerado como um processo dinâmico que se adapta ao longo das intervenções sempre que necessário. Uma vez que o mesmo não se baseia apenas na investigação, mas sim na tentativa de resolução de problemas, pode afirmar-se que se aproxima intimamente da investigação-ação, estabelecendo-se assim uma relação entre a teoria e a prática. A metodologia de projeto tem como características fundamentais a iniciativa e autonomia, autenticidade, complexidade e incerteza, o carácter prolongado e faseado. O mesmo é constituído por cinco fases, nomeadamente, elaboração de diagnóstico de situação, planeamento das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas e por fim avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al. 2010).

O enfermeiro baseia a sua prática diária no processo de enfermagem, que é considerado um processo de tomada de decisão e de pensamento crítico constituído por cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Potter et al., 2013). O mesmo assemelha-se às etapas da metodologia de projeto uma vez que ambos pretendem a identificação e resolução de problemas reais.

O método de resolução de problemas “envolve a identificação de um problema e os fatores que o determinam. O reconhecimento destes fatores pode ser usado para resolver o problema em causa. Este método está associado a uma estrutura de causalidade linear, inteiramente definida antes de se iniciar qualquer intervenção.” A resolução de problemas também pode ser “pensada como um dos conceitos centrais que integra a tomada de decisão, a par de outros como conhecer e avaliar o doente. No quadro de um modelo de tomada de decisão, a resolução de problemas é um processo contínuo.” (Magalhães, 2020, p. 22).

Segundo Magalhães (2020) os enfermeiros no “uso dos seus saberes” definiram ao longo do tempo as suas “áreas de interesse” e o seu “campo de intervenção nos cuidados de saúde”. Assim, a sua prática clínica tem sido reconhecida como “especificamente qualificada para oferecer soluções aos doentes.”. No âmbito das suas competências os enfermeiros intervêm de “forma imediata reorganizando as suas prioridades, quando as condições clínicas dos doentes se alterem.”. Se assim não for, e as situações clínicas “não forem rapidamente estabilizadas acentuam-se num curto período e agravam a situação clínica do doente.”. Deste modo, as agudizações podem acontecer “numa interdependência funcional dos diferentes sistemas da fisiologia humana, mas também das representações mentais e sociais de cada pessoa. Quando o equilíbrio interno do corpo humano é posto em causa, o corpo reage com alterações funcionais, manifestadas por sinais e sintomas que na ausência de intervenção podem evoluir para alterações estruturais.” (Magalhães, 2020, p.6).

De acordo com o Regulamento n.º429/2018, a pessoa em situação crítica é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” Deste modo os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica consideram-se altamente qualificados e “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 n.º429/2018, p.19363).

Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica podem deflectir de uma “ situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.”, deste modo a “assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata.” Assim, os cuidados de Enfermagem prestados à pessoa em situação crítica/família/cuidador exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação (...), de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”. Assim, perante situações de carácter urgente onde o doente/família/cuidador se encontrem a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica é exigido ao Enfermeiro Especialista em EMC-PSC a mobilização de “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (Regulamento n.º429/2018, p.19363).

Para o desenvolvimento da referida IPM, elegemos como guia orientador a metodologia de projeto que pressupõe a identificação de problemas reais em determinado contexto, bem como a implementação de estratégias e intervenções para a resolução dos mesmo, tornando-se assim peça fundamental do planeamento em saúde (Ruivo et al. 2010). Seguidamente apresentamos uma breve fundamentação conceptual e teórica acerca da temática referente ao IPM.

2.1. Fundamentação conceptual e teórica

Os modelos e as teorias de enfermagem são conceções que orientam a compreensão do pensamento crítico em enfermagem e dão sentido à *praxis* clínica, permitindo um

exercício exigente e fundamentado em pressupostos. As teorias de enfermagem são conjuntos de conceitos, definições e proposições que delineiam uma proposta de explicação racional de um acontecimento e conferem significado ao mesmo, facilitando a tomada de decisão clínica e posterior melhoria dos cuidados prestados (Alligood, 2014; Huitzi-Egilegor et al., 2014). Para a redação do presente relatório optámos por apresentar a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

2.1.1. Teoria das transições

A teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis et al. (2000), denominada Teoria das Transições, descreve que as pessoas/família vivenciam processos que se designam de Transições, pela influência que exercem na vida pessoal, familiar ou social dos mesmos. A teoria é composta pela natureza das transições, fatores facilitadores e inibidores das mesmas, pelos padrões de resposta e intervenções/terapêuticas de enfermagem.

Assim, a transição é entendida como uma passagem entre dois períodos de tempo estáveis que levam a mudanças que ocorrem ao longo do tempo e que podem provocar desequilíbrios, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações. As mesmas, requerem que os indivíduos incorporem novos conhecimentos, alterem comportamentos e definam as suas necessidades internas e externas que afetam o seu estado de saúde. As transições podem apresentar diversos tipos, nomeadamente, desenvolvimentais que são as que se relacionam com mudanças no ciclo vital, situacionais que se referem a acontecimentos que implicam alterações de saúde/doença e que ocorrem quando existe a passagem do estado de bem-estar para o de doença, e podem ainda ser organizacionais, que se relacionam como o ambiente, mudanças sociais, políticas e económicas. As mesmas apresentam ainda diferentes padrões, designadamente, simples ou múltiplas, sequencias ou simultâneas e relacionadas ou não relacionadas entre elas, são complexas, multidimensionais e possuem propriedades essenciais à experiência de transição, tais como, consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A consciencialização é uma característica que define a transição, pois encontra-se relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento da mesma, a sua ausência pode significar que a experiência de transição não foi iniciada. O empenho encontra-se relacionado com o processo de transição, na medida em que o indivíduo só pode envolver-se depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. A procura por informações e a proatividade são sinais de empenho. As transições acarretam mudanças e por forma a compreendê-las torna-se essencial identificar os seus significados, que devem ser explorados tendo em consideração as expectativas pessoais, familiares e sociais. As mudanças podem estar relacionadas com desequilíbrio ou eventos críticos que potenciam alterações na percepção, identidade, relações e rotinas do indivíduo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

As transições são ainda caracterizadas pelo espaço temporal, desde os sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança e estendem-se por períodos de instabilidade, confusão e *stress* até ao seu término onde é atingida novamente a estabilidade. Os eventos críticos encontram-se maioritariamente relacionados com a consciência de mudança e com a experiência de transição, e podem ocorrer em várias situações como o nascimento, a morte, a menopausa ou o diagnóstico de doença. Estes pontos de viragem, por se tratarem de períodos de maior vulnerabilidade para os indivíduos, exigem do enfermeiro conhecimento, experiência e atenção para auxiliar no autocuidado, para cuidar e para ser parte integrante do processo de transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Assim, para compreender as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante o processo de transição, torna-se essencial conhecer os seus condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade, uma vez que os mesmos podem facilitar ou dificultar este processo. Como condicionantes pessoais podemos considerar os significados atribuídos aos eventos que precipitam estas transições, as crenças e atitudes que se encontram relacionadas com a expressão de emoções. As condicionantes da sociedade e comunidade, tais como o apoio familiar, a representação social e os estereótipos podem também facilitar ou dificultar o processo de transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Assim, uma transição saudável é determinada por padrões intrínsecos ao indivíduo que se relacionam com os indicadores de processo e indicadores de resultados. Os

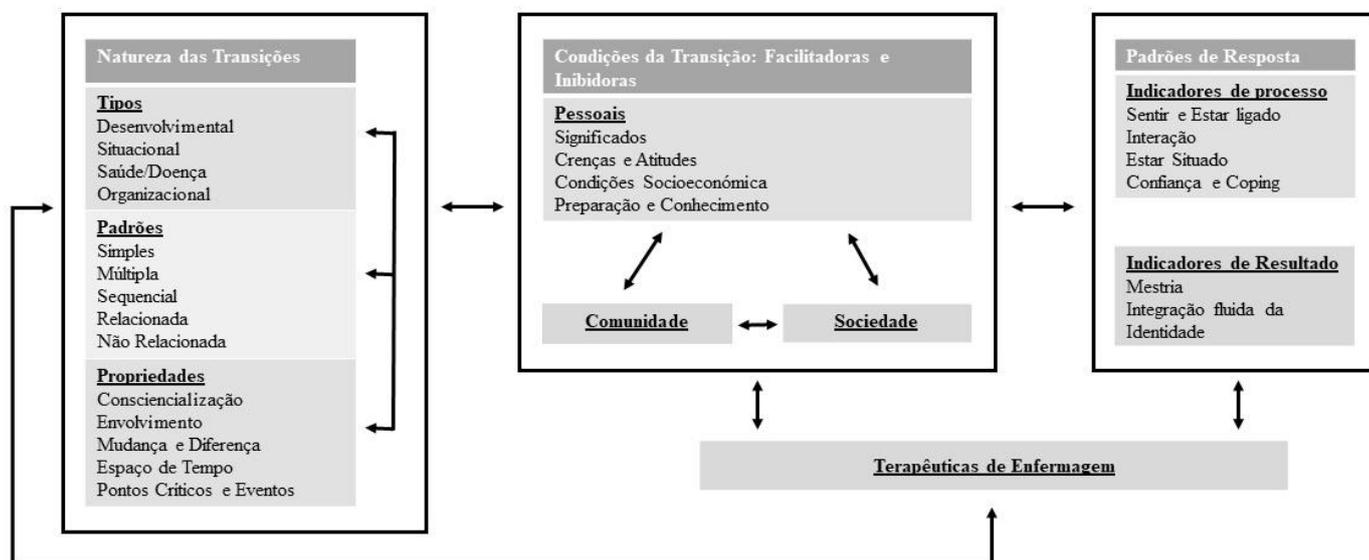
indicadores de processo compreendem sentir-se ligado a redes de apoio, interação com outros indivíduos na mesma situação ou com profissionais de saúde para adequar comportamentos de resposta, desenvolvimento de confiança e estratégias de *cooping*, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ultrapassar a transição. Por sua vez, os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas competências (mestria) e à reformulação da identidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Para potenciar um processo de transição saudável, com foco na prática de enfermagem humanizada, holística e técnico-científica, cabe ao enfermeiro determinar o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família em todo o ciclo vital, tendo em conta que as adaptações e dificuldades sentidas geram sentimentos de instabilidade e insegurança e são diferentes para os diversos indivíduos. As terapêuticas de enfermagem (intervenções de enfermagem) podem ser entendidas como uma ação contínua ao longo de todo o processo de transição, auxiliando quem a vivência com conhecimento e desencadeando respostas positivas às mesmas para garantir bem-estar. Assim à luz da teoria importa referir que as intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Na Teoria das Transições foi definida uma metodologia que permite compreender, sintetizar e avaliar as interações entre os vários elementos que compõem a transição. Esta metodologia foi criada tendo por base os conceitos centrais já definidos e explorados anteriormente, nomeadamente, natureza das transições, condições facilitadoras/inibidoras da transição e padrões de resposta, relacionando os mesmos com as terapêuticas/intervenções de enfermagem, como apresentamos na Figura 2.

Figura 2

Representação da Teoria das Transições.



Nota: Fonte - Traduzido e adaptado de Meleis et al. (2000); Meleis (2010)

A avaliação das teorias de enfermagem é considerada uma prática importante para a profissão e para a disciplina, pois facilita o seu aperfeiçoamento permitindo que as intervenções de enfermagem sejam focadas e orientadas para a prática baseada na evidência. Existem múltiplos autores que desenvolveram critérios para avaliar e analisar as teorias de enfermagem, sendo que optámos por apresentar os critérios desenvolvidos por Jacqueline Fawcett.

O primeiro passo na análise de uma teoria é classificar o âmbito da mesma (*scope*), determinando se a mesma é de grande ou médio alcance. As teorias de grande alcance têm um âmbito amplo, são inespecíficas e incorporam conceitos e proposições abstratos. Por sua vez, as teorias de médio alcance têm um âmbito limitado, são específicas e incluem um conjunto bem definido de conceitos e proposições, podendo ainda ser classificadas como descritivas, explicativas ou preditivas (Fawcett, 2005).

O contexto está relacionado com os conceitos e proposições dos metaparadigmas presentes na teoria, com os fundamentos filosóficos da teoria, com o modelo conceitual do qual a teoria deriva e com o conhecimento desenvolvido durante a construção da mesma.

Os conceitos de uma teoria são termos utilizados para explicar e descrever a teoria, enquanto as proposições são declarações que descrevem os conceitos ou expressam a relação entre os mesmos. A análise do conteúdo da teoria é centrada nos conceitos e proposições, verificando se as proposições se relacionam entre si (Fawcett, 2005).

Segundo Fawcett (2005), a avaliação das teorias de enfermagem deve ser focada em vários critérios: significância, consistência interna, parcimónia (*parsimony*), testabilidade, adequação empírica e adequação pragmática. A significância refere-se aos contextos onde a teoria se aplica bem como à sua importância para a disciplina de enfermagem. A consistência interna diz respeito à coerência entre todos os elementos, modelo conceptual, conceitos e pressupostos. Relativamente à parcimónia a mesma realça conteúdo da teoria, devendo ser clara e de fácil compreensão sem simplificar demasiado o fenómeno de estudo. A testabilidade demonstra-nos que a teoria deve ser passível de ser aplicada e utilizada na prática. Relativamente à adequação empírica, realça-se que as afirmações empíricas devem ser concordantes com a evidência existente sobre o fenómeno de estudo. Por fim, analogamente ao último critério que se refere à adequação pragmática, referir que a mesma se centra na utilidade da teoria na prática, devendo a mesma ser aplicável à prática diária de enfermagem (Fawcett, 2005).

Reportando para a teoria de Meleis et al. (2000), não foram encontradas avaliações realizadas por Jacqueline Fawcett, assim sendo, realizamos uma breve descrição tendo em consideração os critérios apresentados pela autora. Portanto, tendo em consideração os critérios enunciados por Fawcett (2005) para a avaliação de Teoria das Transições, de médio alcance, de Meleis et al. (2000), consideramos que relativamente à significância a mesma se encontra presente, pois tanto conceitos, como proposições e pressupostos se encontram explicitamente apresentados e apresentam importância para a disciplina de enfermagem. No que respeita à consistência interna, de salientar que os conceitos utilizados pelos autores se relacionam entre si, tornando desde modo a linguagem utilizada clara e consistente permitindo uma compreensão adequada da teoria. O critério de parcimónia apresenta-se também na teoria Meleis et al. (2000) uma vez que os conceitos se relacionam entre si e são apresentados de forma clara. Relativamente à adequação empírica e pragmática de referir que a teoria estuda um fenómeno para o qual existe evidência empírica e que é facilmente

aplicada à prática de enfermagem, abraçando o critério de testabilidade pois são vários os contextos de prática clínica onde a mesma foi aplicada e testada.

Após realizar a breve fundamentação apresentada e reportando para o contexto onde desenvolvemos a IPM, considerou-se que o modelo teórico que mais se adapta é o da teoria da Transição de Afaf Meleis, o qual refere a transição como uma mudança significativa na condição de saúde, pelo que a sua escolha se mostrou pertinente e adequada.

2.1.2. Qualidade em Saúde e Segurança do Doente

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde apesar de não ser um tema recente, tem ganho cada vez mais enfoque na atualidade tanto a nível nacional como internacional.

De acordo com o descrito na Constituição da República Portuguesa, Capítulo II, alínea d), do artigo 64º, na defesa pelo direito à proteção da saúde cabe ao estado “disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.” (Lei Constitucional n.º1/2005, p.4652). Também na lei de Bases de Saúde n.º 95/2019, Base 2, no que diz respeito aos direitos e deveres das pessoas, alínea b), ponto 1, todas as pessoas tem o direito de “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.” (Lei n.º95/2019, p. 56).

O conceito de qualidade em saúde tem sido estudado e apresentado por vários autores ao longo dos anos, nomeadamente Kathleen e Harris-Wehling (1991) definem qualidade em saúde segundo o *Institute of Medicine* (IOM) como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados em saúde de acordo com o conhecimento profissional. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) definiu a qualidade em saúde como a prestação de cuidados de saúde centrados no indivíduo, tendo

em consideração as suas características pessoais e sociais, a mesma deve ser eficaz, eficiente, acessível, equitativo e tendo como objetivo a melhoria dos resultados em saúde.

O IOM (2001) aquando da publicação do relatório *Crossing the Quality Chasm* enumerou vários componentes fundamentais para a qualidade em saúde, tais como, segurança, para evitar danos colaterais, acesso atempado para evitar atrasos que possam ser nocivos para o doente/prestador de cuidados, eficácia tendo por base a prática baseada na evidência e dirigida para os resultados, eficiência para evitar desperdício, e centrada no doente que se adapta às necessidades individuais.

O Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020 surge como elemento fundamental das políticas de saúde em Portugal alinhando-se com as recomendações e orientações emanadas pela OMS para a Europa, adotando um modelo concetual com quatro eixos, nomeadamente, cidadania, acesso, políticas saudáveis e qualidade (DGS, 2015a). De encontro ao Plano Nacional de Saúde surgem outros planos e estratégias de apoio ao atingimento das metas de saúde definidas, nomeadamente a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, criada através do Despacho n.º5613/2015, onde se designa que a “qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.” (Despacho n.º5613/2015 p.13551).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro refere que a segurança do doente se constitui com uma dimensão ou componente fundamental do direito à proteção da saúde e reforça ainda que o Estado enquanto seu promotor o garante através do SNS, das Administrações Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. Desta forma, a Lei assegura às pessoas o direito de aceder aos cuidados de saúde adequados à sua condição, com prontidão e no tempo considerado aceitável, tendo por base a evidência científica e as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

A ocorrência de incidentes relacionados com a segurança dos utentes durante a prestação de cuidados é uma realidade cada vez mais frequente na atualidade. Através do Despacho n.º 9390/2021 de 24 de Setembro de 2021, a DGS publicou o novo Plano Nacional

para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), no qual se apresentam os pilares, objetivos estratégicos, ações e metas do mesmo.

O PNSD 2021-2026 tem como principal objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde a nível hospitalar, domiciliário e através da telessaúde, sem descurar a cultura de segurança, a comunicação e a implementação de práticas seguras. O plano encontra-se estruturado em cinco pilares que dão suporte a vários objetivos estratégicos, sendo os mesmos a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/202).

No contexto do presente relatório, por forma a enquadrar a temática, importa referir que um dos pilares fundamentais do PNSD 2021-2026 se relaciona com a comunicação na medida em que “a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados (...)”, estando definido como objetivo estratégico “adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.” (Despacho n.º 9390/202, p. 101).

A OMS com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, recomenda que se implemente uma cultura de segurança que permita alterações comportamentais nos profissionais e nas organizações prestadores de cuidados, criando para isso o *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care* que tem como objetivo alcançar a maior redução de danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros através de sete feixes de ação.

Deste modo, é possível concluir que conceitos como segurança e a qualidade dos cuidados são inseparáveis, uma vez que a segurança se torna essencial para que os cuidados de saúde sejam prestados com qualidade. Enquadrando os referidos conceitos com o descrito pela OE tanto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), como no Código Deontológico (2015) e no Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a) é possível observar a importância que a qualidade e a segurança apresentam para a prestação de cuidados de enfermagem. Importa, ainda referir que tanto o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica como o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresentam diversas

competências relacionadas com a temática. No que se refere ao primeiro, Regulamento n.º140/2019, o Enfermeiro Especialista é responsável por garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Já no que diz respeito ao Regulamento n.º 429/2018, o EEEMC-PSC mobiliza “ conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (OE, 2018, p. 19363), “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.” (Regulamento n.º429/2018, p.19363) e “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica (...).” (Regulamento n.º429/2018, p.19364). Todas estas competências permitem reduzir danos em saúde e promovem a segurança do doente e por conseguinte aumentam a qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito ao serviço onde desenvolvemos o estágio, podemos constatar que a prestação de cuidados tem por base todos os regulamentos anteriormente descritos por forma a prestar cuidados de qualidade e em segurança. No que diz respeito à segurança do doente e profissional de saúde, o serviço utiliza o sistema nacional de notificação de incidentes – Notifica, criado através da norma n.º 015/2014 pela DGS. A plataforma caracteriza-se por ser anónima, confidencial e não punitiva, e permite a gestão de incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde. A sua finalidade é o reporte de incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes (DGS, 2014).

2.1.3. Comunicação com a família em UCI

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 o EEEMC - PSC:

1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde:

1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”;

1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º429/2018, p. 19363).

No ponto 2.4.6 do mesmo regulamento podemos afirmar que o enfermeiro especialista: “Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe.” (OE, 2018a, p. 19364).

Ainda e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no enunciado descritivo da satisfação do cliente, cabe ao EEEMC-PSC, “minimizar o impacto negativo na pessoa e família”, realizar uma “interpretação precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica”, promover a “gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e/ou falência orgânica” e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica.” (OE, 2017, p.6).

Assim, conseguimos depreender que faz parte das competências específicas do EEEMC-PSC adquirir, gerir, adaptar e demonstrar competências relacionais através da comunicação, o que comprova a adequação da temática e IPM em questão.

Em contexto de hospitalização a comunicação adquire importância acrescida pois surge de forma explícita ou implícita no estabelecimento de relações terapêuticas entre enfermeiros e família. Meleis (2010) afirma que a comunicação humana é um processo comportamental baseado num sistema de troca de símbolos em que o significado é transmitido e compreendido entre aqueles que interagem. Espera-se por isso que na interação com os membros da família que experiencia um processo de transição saúde-doença, os enfermeiros possam tornar-se essenciais, na medida em implementam estratégias facilitadoras de comunicação que permitam criar uma relação terapêutica.

O processo de transição de saúde-doença grave atinge não apenas a pessoa em situação crítica, mas causa ainda alterações nos membros da sua família, afetando de forma negativa a sua vivência cotidiana. A admissão de um doente em UCI altera integralmente a rotina da família, por tratar-se de uma transição repentina não é permitido aos seus integrantes uma adaptação a esta nova condição (Silva et al., 2021).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2018, p.63), a família define-se como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”. Para Fontes e Ferreira (2009, p. 34), “o termo família ou familiares representam todos aqueles que fazem parte do círculo afetivo do doente”.

De acordo com Hanson, 2005, a família é considerada como “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico.” (p.6). O mesmo autor refere ainda que a Enfermagem e a família devem ser entendidas como indissociáveis.

Ao longo dos anos várias foram as teóricas de Enfermagem que integraram nos seus conceitos os cuidados de enfermagem centrados na família. Martha Rogers refere que a família é vista como um campo de energia num sistema aberto em constante interação com o ambiente. A autora Betty Neuman entende a família em movimento, onde o principal objetivo da mesma é manter a estabilidade do seu núcleo. Na teoria do défice de autocuidado, de Dorothea Orem o principal papel desempenhado pela família prende-se no apoio que fornece aos seus elementos, no entanto a autora sugere que a prestação de cuidados não se dirige apenas a cada membro de forma individual mas sim enquanto membro da família (Hanson, 2005).

Na Teoria das Transições de Afaf Meleis, o conceito de família não aparece claramente definido, contudo a autora em vários momentos refere a importância da mesma enquanto suporte à pessoa a vivenciar um processo de transição, bem como como alvo da própria transição em si, como apresentámos no capítulo 2.1.1..

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela sua presença contínua e pelas competências demonstradas apresentam capacidade de avaliar a situação da família da pessoa em situação crítica internada em UCI, definindo posteriormente um plano de

cuidados que satisfaça as necessidades individuais dos mesmos. As estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros na interação com o doente/família podem gerar reações adversas nos indivíduos que recebem a informação. Estas reações são influenciadas pelo local, a forma e as estratégias utilizadas para a comunicação, deste modo o enfermeiro deve preparar-se atempadamente, organizando todas as informações e planeando as estratégias a utilizar por forma a minimizar possíveis reações adversas (Silva et al., 2021).

A comunicação define-se como “um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afetos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos” (Nunes, 2016, p.45)

Pereira, et al. (2013), referem que a comunicação é uma atividade humana básica, uma condição de vida e de ordem social através da qual se legitimam as relações e as interações. A comunicação é assim definida como a interação entre duas ou mais pessoas que enviam e recebem mensagens entre si. Desta forma, existe sempre um emissor e um recetor que influenciam e condicionam as comunicações de ambos através de troca de informação.

A comunicação em saúde entende-se como a utilização de estratégias comunicacionais, por forma a informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades tendo em conta a promoção da saúde. Este processo apresenta diversas finalidades, tais como, promover e educar para a saúde, evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças, prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, recomendar exames de rastreio, informar sobre as doenças e sobre a saúde, informar sobre exames médicos, receitar medicamentos e ainda recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado em doentes. Assim, em contexto hospitalar a comunicação torna-se essencial para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Teixeira, 2004; Hoorn et al., 2016; Sequeira, 2016).

De acordo com Phaneuf (2005), na comunicação existe um processo de troca que possui duas componentes principais: uma parte informativa que se relaciona com o domínio cognitivo, o quê da mensagem e uma parte afetiva que se relaciona à forma como a

comunicação é transmitida, o como. Deste modo, entende-se a comunicação como um processo de criação e de recriação da informação, de troca, de partilha de sentimentos entre indivíduos e através da qual aprendemos a compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções dos outros.

A comunicação pode ser entendida como verbal e não-verbal, a primeira pode entender-se como todas as palavras que são utilizadas durante a interação interpessoal. Por sua vez, a segunda refere-se às restantes formas de emissão de mensagem sem o uso da palavra, como: expressão facial, gestos, postura corporal, toque, o silêncio e a distância (Fontes, et al., 2017; Silva, 2012).

Os processos comunicacionais podem influenciar significativamente a avaliação que os doentes/famílias fazem da qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Assim, a comunicação em saúde apresenta três processos diferentes: transversal, que é relativa a várias áreas e contextos de saúde; central, que se identifica como a relação que o profissional de saúde estabelece com o doente durante a prestação de cuidados; e estratégica, que se relaciona com a satisfação dos doentes (Teixeira, 2004; Hoorn et al., 2016; Sequeira, 2016). Ainda Santos, et al. (2010) descrevem que a comunicação é um fator determinante da qualidade e segurança na prestação de cuidados em saúde, fazendo por isso parte integrante de diversos projetos de acreditação tanto na relação profissional-doente como profissional-profissional.

Chalifour (1989), foi o primeiro a mencionar que o enfermeiro deve desenvolver competências que lhe permitam desempenhar de modo adequado várias das suas intervenções relacionais com os seus utentes. O mesmo autor definiu ainda, como estratégias a utilizar nestas interações, o toque, o olhar, a distância, a expressão corporal, o tempo, a escuta e ainda os meios de comunicação. Le Boterf (1998) defende que o enfermeiro deve adquirir e deter algumas competências relacionais, que lhe permitam adequar a sua conduta nas diversas situações que enfrenta no exercício da sua prática clínica. Estas competências assentam nas características e capacidades individuais de cada enfermeiro para criar e manter relações positivas com os seus doentes, que lhe permitam adaptar-se às mais variadas situações bem como compreender e valorizar os outros.

A comunicação deve ser considerada pelos profissionais de saúde como um momento crucial e importante da prestação de cuidados, através da escuta ativa, identificando e valorizando as necessidades e/ou problemas da pessoa em situação crítica/família, com respeito pela suas crenças e valores. Um dos propósitos da comunicação passa por assistir a pessoa em situação crítica, bem como a sua família, a ultrapassar os sentimentos de ansiedade e angústia advindos da sua situação de doença (Mendes, 2016; 2018; 2020).

Pode considerar-se a comunicação clara e eficaz não apenas como o suporte da relação terapêutica, mas como uma estratégia que dá resposta à necessidade de informação presente na família da pessoa em situação crítica, uma vez que a importância atribuída à comunicação na relação enfermeiro-família é transversal, tanto na perspectiva do enfermeiro, como na perspectiva dos diferentes membros da família. A informação a transmitir deve ser cuidadosamente selecionada, clara, sensível e adequada respondendo às necessidades individuais de todos os elementos envolvidos (Lusquiños et al., 2019).

Comunicar em saúde consiste na utilização de estratégias de comunicação, que influenciam as decisões das pessoas e das comunidades, e que se baseiam em conhecimentos, atitudes e práticas para a promoção da saúde, tornando-se por isso imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Hoorn et al., 2016).

Bueno et al. (2018), refere que para além de utilizar as estratégias comunicacionais que permitam o desenvolvimento de relações terapêuticas é ainda importante saber o que priorizar. Um estudo desenvolvido por estes autores revela que as famílias priorizam informações sobre a taxa de sobrevivência, as sequelas esperadas e o impacto que elas causam no quotidiano dos seus familiares. Pretendem ainda saber, de que forma podem solicitar informação sobre o seu familiar internado, bem quais as opções de tratamento disponíveis e a utilidade de todos os dispositivos utilizados durante o internamento.

As famílias e os profissionais de saúde percebem os pedidos de informação de forma distinta, torna-se por isso essencial compreender que as necessidades informativas das famílias são distintas das percebidas pelos profissionais de saúde, sendo necessário um esforço adicional dos mesmos para compreender e suprir as necessidades da família (Bueno et al., 2018). Adequar a informação e a comunicação às perguntas e necessidades dos

familiares da pessoa em situação crítica não só melhora a percepção que os mesmos têm dos cuidados prestados ao utente, mas também os ajudará a enfrentar essa transição de forma saudável. Embora as necessidades de informação por parte dos familiares sejam elevadas, os mesmos não devem ser sobrecarregados com informações irrelevantes ou excessivamente complexas. A comunicação eficaz com familiares requer mais do que simplesmente abordar os tópicos certos, requer também a adequação da linguagem, do local e das estratégias a utilizar (Hoffmann et al., 2018).

As informações transmitidas aos familiares da pessoa em situação crítica tornam-se essenciais para capacitar os familiares acerca do estado clínico do seu familiar, uma vez que criam a base para fornecimento de informações mais complexas acerca de tratamentos e diagnóstico. Observa-se, que as informações solicitadas pelos familiares apresentam uma complexidade progressiva, uma vez que ao longo dos dias, as informações solicitadas vão sendo mais precisas e relacionadas com o estado atual do doente (Silva & Casarini, 2019).

Em internamento em UCI, onde os doentes apresentam instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência e/ou impossibilidade de comunicar são na maioria dos casos, os familiares que recebem informações clínicas nomeadamente, más notícias. Os profissionais de saúde devem ter presente a informação transmitida ajudará a família a gerir o processo de transição, definir estratégias e tomar decisões. A prestação de apoio à família não requer apenas a discussão inicial de má notícia ou morte, mas também pressupõe a informação que é fornecida diariamente ao longo do internamento para adequação do plano de cuidados. A comunicação de más notícias não se trata de um evento único, devendo os profissionais de saúde capacitar as famílias para processar as informações fornecidas e oferecer os esclarecimentos necessários para fomentar uma tomada de decisão consciente (Bumb et al., 2018).

Buckman (1992) define má notícia como qualquer informação que afeta de forma adversa e séria a perspetiva individual da pessoa sobre o seu futuro. Má notícia é igualmente qualquer informação de conteúdo desagradável relacionada com o doente e transmitida ao mesmo, ao seu cuidador ou à sua família, que envolve uma mudança drástica na perspetiva de futuro e/ou prognóstico de saúde. O conteúdo e contexto das más notícias estão associados geralmente a doença grave, morte e doença oncológica, embora não se limitem a estas situações. A comunicação de más notícias relaciona-se a situações que podem

modificar de forma negativa o futuro da vida das pessoas envolvidas, nomeadamente doente, família, comunidade. Desse modo, salienta-se a importância da qualidade do processo de comunicação de más notícias por todos os profissionais de saúde que compõem a equipa multidisciplinar, em todos os níveis de cuidados (Buckman, 1984; Fontes et al., 2017; Silva et al., 2021).

Segundo Silva (2012), a comunicação de más notícias pode considerar-se uma habilidade junto dos profissionais de saúde, quando fornecida de modo adequado pois a mesma influencia o processo de transição experienciado. A transmissão de más notícias de forma eficaz e adequada diminui os conflitos e ajuda a atingir a resolução de problemas (Fontes et al., 2017). O modo como se transmitem as más notícias varia ainda com a idade, sexo, cultura e educação, tanto do emissor como do recetor. A eficácia do processo de comunicação depende também da flexibilidade que o enfermeiro possui para adequar as estratégias comunicacionais a determinada circunstância (Silva, 2012).

Ao longo dos anos, por forma a auxiliar os profissionais de saúde na transmissão de más notícias, foram elaborados vários protocolos que permitem orientar e sistematizar a transmissão das mesmas, tentando minimizar o impacto para os doentes e a sua família, bem como para os profissionais de saúde (Calsavara et al., 2019). Pereira et al. (2013), referem que os protocolos podem ser considerados como guias, que se tornam essenciais, uma vez que descrevem considerações importantes a ter em conta e, permitem aliviar os sentimentos negativos, tanto para o doente/família como para o profissional de saúde. O conhecimento destes protocolos irá modificar atitudes, permitindo uma atuação mais segura e responsável, capacitando os profissionais nesta temática.

São vários os protocolos descritos na literatura, sendo que optámos por dar destaque ao protocolo *SPIKES* (*Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary*), uma vez que pensamos ser aquele que melhor se articula com a realidade apresentada, e sobre o qual recaí a nossa IPM.

O principal objetivo do protocolo *SPIKES* é capacitar os profissionais de saúde a comunicar más notícias, sendo muito utilizado na atualidade por ser didático e focar-se nos principais pontos da comunicação. É composto por seis passos: *Setting up* – preparar o local; *Perception* – perceção do doente/família em relação à sua condição; *Invitation* –

apresentação de possibilidades e alternativas; *Knowledge* – reconhecer emoções e sentimentos; *Explore emotions* – explorar as emoções do doente/família após a comunicação de má notícia; *Strategy and summary* – resumo de tudo o que aconteceu (Calsavara et al., 2019; Lino et al., 2011;).

O primeiro passo do protocolo – *Setting up* – consiste na preparação do ambiente de forma a proporcionar bem-estar, privacidade e conforto. O profissional de saúde deve estar atento à situação familiar do doente, bem como respeitar as suas crenças e valores questionando sempre se o doente pretende estar sozinho ou se deseja a companhia de um familiar. Preferencialmente este passo deve ocorrer numa sala fechada, mas na sua impossibilidade, devem fechar-se as cortinas da unidade do doente. O profissional de saúde deve sentar-se, manter contacto visual com o doente, fazer uso do toque terapêutico e não deve ser interrompido durante este período (Baile et al., 2000; Pereira et al., 2013).

O segundo ponto do protocolo – *Perception* – permite ao profissional de saúde entender a perceção do doente em relação à sua situação. Neste ponto, o profissional de saúde deve utilizar perguntas abertas de forma a avaliar o que o doente sabe, qual o grau de gravidade que entende e quais os sentimentos em relação à situação. Exemplos de questões abertas são: “O que é que já lhe foi transmitido acerca da sua situação clínica?”; “Sabe o porquê de ter realizado este exame?”. A partir das informações recolhidas, o profissional de saúde pode adaptar as informações que pretende transmitir aos conhecimentos que o doente já possui. Este é também um momento em que o profissional de saúde pode auferir se o doente se encontra num estado de negação em relação à sua condição de saúde (Baile et al., 2000; Pereira et al., 2013).

O terceiro passo deste protocolo – *Invitation* – permite obter informação sobre o desejo de informação por parte do doente/família. Neste momento os doentes e as suas famílias são questionadas acerca daquilo que pretendem saber. Existem doentes que pretende saber todos os detalhes acerca da sua condição de saúde, mas existem outros que preferem não o fazer. Se assim for, o profissional de saúde deve mostrar-se disponível para responder às questões mais tarde. Exemplos de perguntas a realizar nesta fase são: “Como gostaria que eu lhe desse informações sobre o resultado do último exame?” (Baile et al., 2000; Pereira et al., 2013).

O quarto ponto – *Knowledge* – é a fase onde a informação é fornecida ao doente e à sua família. O diálogo pode ser iniciado com uma frase do género: “Infelizmente, tenho uma má notícia para lhe dar” por forma a permitir que os intervenientes se preparem. A informação sobre a gravidade da situação e sobre o plano de cuidados a instituir deve ser dada de forma direta e o mais honesta possível. A linguagem a adotar deve ser clara, simples, sem termos técnicos específicos e que possam dificultar a sua compreensão. O profissional de saúde deve ainda confirmar se o doente/família entenderam a informação partilhada e se necessitam de esclarecimento adicional. Deve ser dado espaço e tempo suficiente para que a informação seja assimilada antes de se colocar novas questões (Baile et al., 2000; Pereira et al., 2013).

A quinta fase do protocolo – *Emotions* – consiste em fornecer uma resposta empática às emoções e reações do doente/família. As reações emocionais podem ser muito variadas, desde choro, silêncio, negação e até raiva, sendo por isso uma das fases mais difíceis da transmissão de más notícias. Neste momento o profissional de saúde deve oferecer apoio emocional, mostrando-se disponível para o doente para a sua família. Podem-se utilizar frases como: “Também gostaria que as notícias fossem melhores” e pode ser utilizadas estratégias como a escuta ativa e toque terapêutico (Baile et al., 2000; Pereira et al., 2013).

O último ponto deste protocolo – *Strategy and summary* – prevê que o profissional de saúde possa ajudar o doente a minimizar a sua ansiedade, resumindo todas as informações apresentadas, através de uma linguagem clara e simples, de forma a potenciar a compreensão e ajudar na formulação de um plano de cuidados com o mesmo. Durante o discurso, poderão ser utilizadas frases como: “O que lhe dissemos faz sentido para si?”; “Está esclarecido sobre os próximos passos?”; “Possui informações suficientes para tomar a sua decisão?” (Baile et al., 2000; Pereira et al., 2013).

2.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação comporta a primeira etapa do processo de metodologia e define-se como a elaboração de “um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” que visa a “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-

problema identificada”. É por isso um processo dinâmico, que exige constante atualização no decorrer do projeto por forma a ultrapassar obstáculos encontrados (Ruivo et al., 2010, p.10).

Nos primeiros dias de estágio na UCIP, tivemos oportunidade de consultar protocolos e normas de orientação clínica vigentes no serviço e conhecer alguns dos projetos de melhoria contínua a decorrer no momento. No início da segunda semana, durante reunião estruturada, de carácter informal com a enfermeira gestora, auferimos a necessidade de proceder à elaboração de protocolo de comunicação de más notícias e de um guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI, sendo a referida temática sido apresentada como proposta de IPM (Apêndice B).

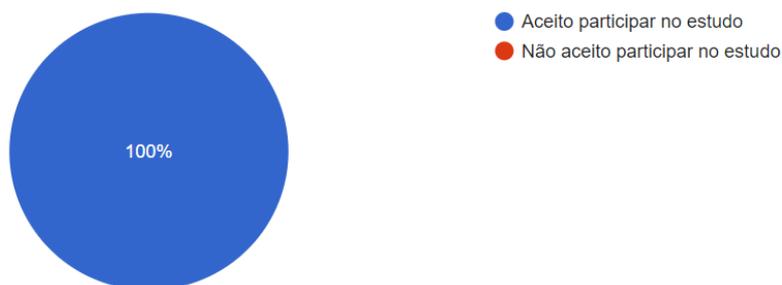
Por forma a analisar e validar o potencial do IPM, elaborámos uma análise SWOT – oportunidade, ameaças, forças e fraquezas – que é um dos métodos mais utilizados para a elaboração de diagnósticos de situação, segundo Ruivo et al. (2010) e que permite uma reflexão sobre os pontos positivos e negativos face ao problema e necessidade identificada (Apêndice C).

Simultaneamente à realização da análise SWOT (Apêndice C), procedemos à elaboração e aplicação de um questionários *online* aos enfermeiros do serviço, para auferir conhecimentos acerca da temática e pertinência da mesma. De acordo com Ruivo et al. (2010) o questionário permite objetividade e um fácil tratamento estatístico da informação, o que facilita a quantificação e a análise dos dados. O presente questionário encontra-se dividido em três partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e a aferição de conhecimentos da equipa. No momento da aplicação do questionário, obtivemos dados de que a equipa de enfermagem era composta por 58 elementos, a escolha da amostra da população em estudo trata-se de uma amostra não-probabilística, de conveniência, constituída por aqueles que aceitaram participar no mesmo, através do preenchimento do questionário (Apêndice D).

Relativamente ao número de respostas obtidas na aplicação do questionário podemos observar que, 27 elementos da equipa aceitaram responder ao referido questionário, tendo fornecido o seu consentimento (Figura 3).

Figura 3

Consentimento informado

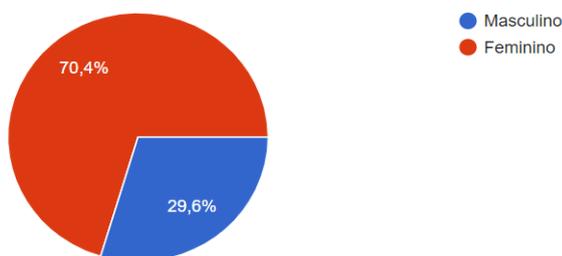


Nota: Fonte – A Própria

Relativamente aos inquiridos é possível observar que 70,4% é do sexo feminino (Figura 4) e que a maioria apresenta idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (Figura 5).

Figura 4

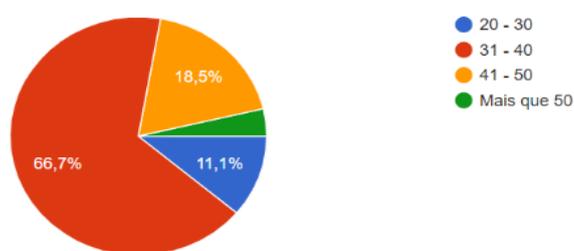
Sexo



Nota: Fonte – A Própria

Figura 5

Idade

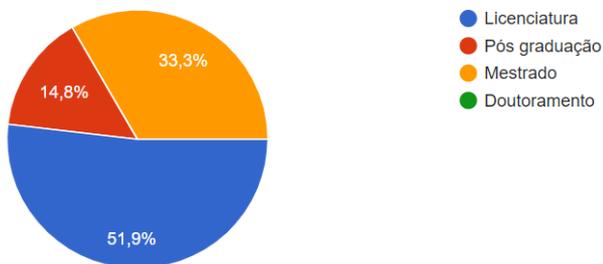


Nota: Fonte – A Própria

No que diz respeito à formação académica metade dos participantes possuem habilitações literárias ao nível da licenciatura (Figura 6), apenas 33,3% dos mesmos possuem mestrado na área da Enfermagem, sendo a área de maior especialização a EMC (Figura 7). Reforçando a ideia já referida anteriormente, onde a OE através do Regulamento n.º 743/2019 refere que por definição nas equipas das UCI, se recomenda que metade da mesma seja constituída por enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, podemos observar que na presente UCIP tal não se observa.

Figura 6

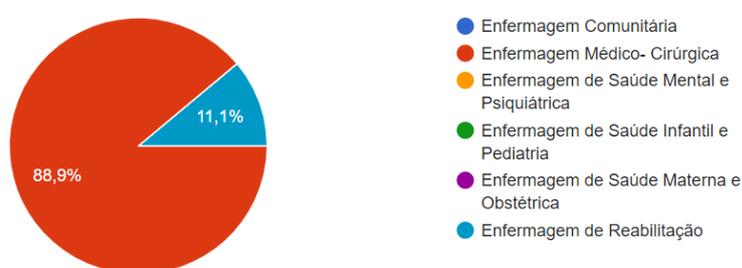
Habilitações literárias



Nota: Fonte – A Própria

Figura 7

Área de Especialização

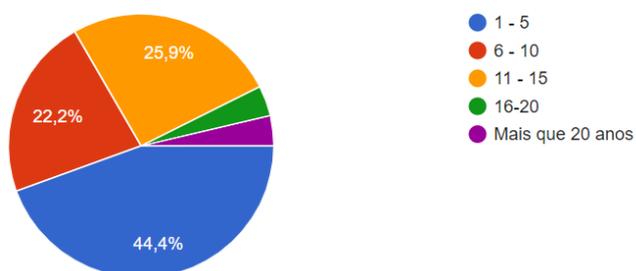


Nota: Fonte – A Própria

Relativamente ao tempo de experiência profissional, a maioria dos enfermeiros apresenta entre 11 e 15 anos de experiência profissional (Figura 8), sendo que a maioria dos elementos da equipa (44,4%) refere que exerce funções na UCIP entre 1 e 5 anos (Figura 9). Segundo Benner (2001), os enfermeiros que apesar dos anos de experiência, integram novos serviços podem situar-se no nível de iniciado por não se encontrarem familiarizados com os cuidados inerentes ao mesmo.

Figura 8

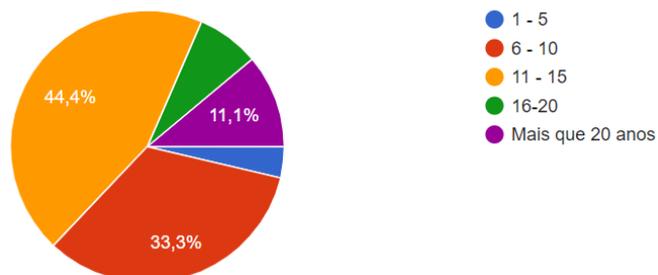
Anos de experiência



Nota: Fonte – A Própria

Figura 9

Anos de trabalho na UCIP

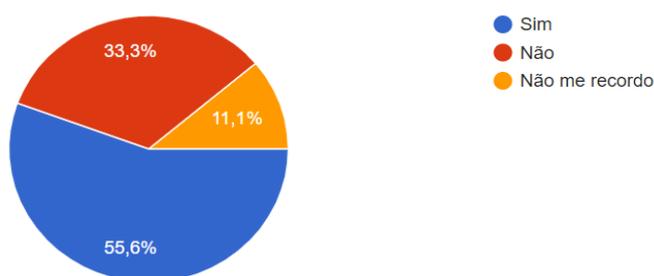


Nota: Fonte – A Própria

Quando questionados se durante o seu percurso académico obtiveram formação sobre comunicação com a família e comunicação de más notícias é possível observar que 55,6% dos participantes respondeu que sim (Figura 10).

Figura 10

Formação sobre a comunicação com a família e sobre comunicação de más notícias

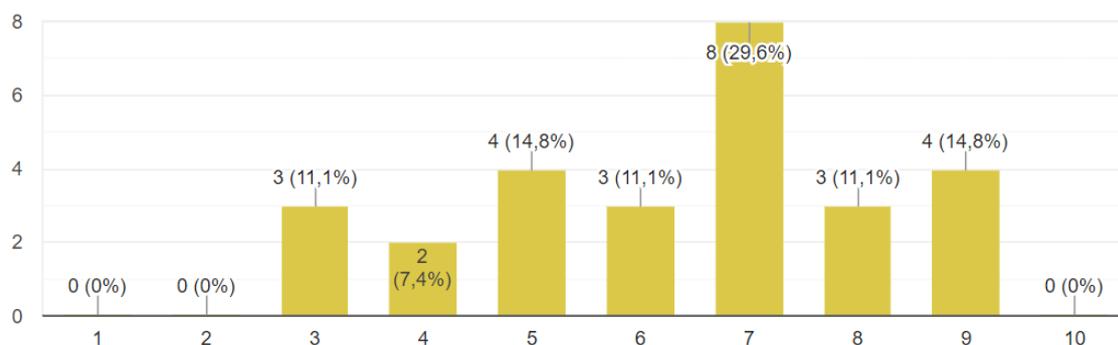


Nota: Fonte – A Própria

Quando inquiridos sobre como classificam o seu grau de capacitação para comunicar com a família, podemos concluir que os participantes apresentaram repostas díspares, no entanto a maioria das respostas situa-se entre o número 5 e 9 o que demonstra que os enfermeiros se sentem capacitados para a comunicação com a família (Figura 11).

Figura 11

Nível de capacitação para a comunicação com a família

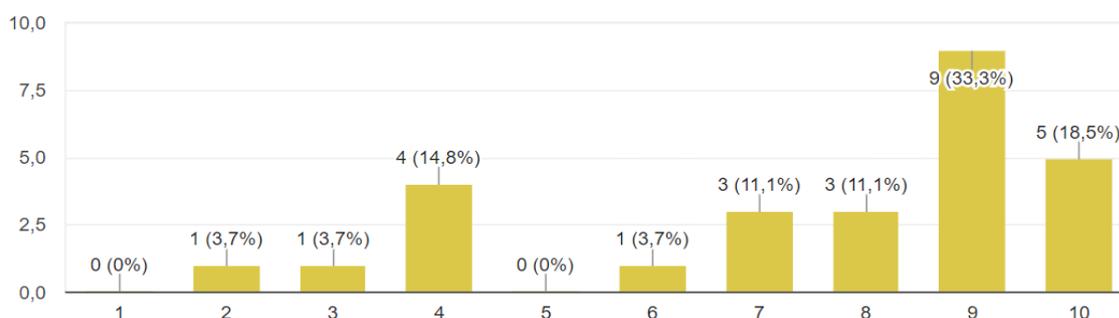


Nota: Fonte – A Própria

Relativamente à questão “No exercício da sua profissão, pretende evitar a comunicação com a família?”, sendo que 0 é “Evito Sempre” e 10 é “Nunca Evito”, a maioria dos enfermeiros refere não evitar a comunicação de más notícias (Figura 12).

Figura 12

Perceção dos enfermeiros quanto a evitar comunicar más notícias

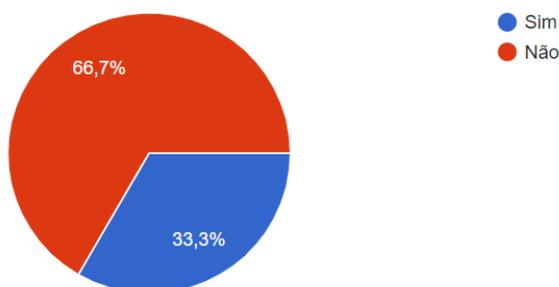


Nota: Fonte – A Própria

Por último, questionámos os participantes sobre se conhecem algum protocolo de comunicação de más notícias, sendo que 66,7% dos participantes responderam que não conhecem (Figura 13), o que demonstra a necessidade de formação na área e a pertinência da presente IPM

Figura 13

Conhecimento de protocolo de comunicação de más notícias



Nota: Fonte – A Própria

Assim, partindo da análise e interpretação dos resultados obtidos pelas ferramentas diagnósticas utilizadas, nomeadamente entrevista, análise SWOT e questionário definimos como situação-problema a ausência de protocolo de comunicação de más notícias bem como de guia orientador para a comunicação com a família em UCI. Optámos assim por trabalhar esta temática, por forma a uniformizar procedimentos entre os diferentes elementos da equipa.

2.3. Objetivos

De acordo com Ruivo et al. (2010, p.18), a identificação dos objetivos é entendida como o “ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento”, pois representam os resultados que pretendemos atingir, junto da população alvo, através da implementação de projetos. Os mesmos devem incluir vários níveis desde o geral até ao específico, devendo ser “claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ruivo et al., 2010, p.19).

Tendo em consideração os problemas e necessidades anteriormente identificados, definimos como objetivo geral:

- Colaborar no desenvolvimento do protocolo de comunicação de más notícias a implementar na UCIP do CHU onde se desenvolveu o estágio;
- Desenvolver um guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica internada na UCIP do CHU onde se desenvolveu o estágio.

Para atingimento do objetivo geral é necessário delinear objetivos específicos, como tal para a presente IPM definimos os seguintes:

- Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros sobre comunicação com a família em UCI e sobre a comunicação de más notícias;
- Construir uma proposta de protocolo de comunicação de más notícias;

- Construir uma proposta de guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI;
- Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação de más notícias à família do doente em UCI, com a utilização do protocolo de comunicação de más notícias;
- Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação diária com a família, com a utilização do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI.

2.4. Planeamento e Execução

O planeamento compreende a fase onde é delineado um plano detalhado do projeto, tendo em conta as estratégias a utilizar, a calendarização das mesmas, os recursos necessários e possíveis limitações. Após o planeamento decorre a fase de execução, onde se materializa as atividades idealizadas previamente (Ruivo et al. 2010). Uma vez que ambas se encontram relacionadas, optámos por descrevê-las em conjunto.

O cronograma entende-se como “um processo iterativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respectivas actividades a desenvolver durante o projeto” (Ruivo et al., 2010, p.20). Devido à dinâmica existente na IPM, elaborámos um cronograma inicial (Apêndice B) que apresentámos como proposta de ponto de partida, no entanto o mesmo sofreu várias modificações pelo que apresentamos também o cronograma final com o tempo exato onde as atividades e intervenções foram desenvolvidas (Apêndice E).

Entendendo a IPM como pertinente e sendo conhecedores das necessidades de autorização institucional para a realização e implementação da mesma, redigimos e endereçamos, uma proposta de IPM (Apêndice B), onde se incluíram o pedido de autorização à enfermeira gestora e diretor do serviço da UCIP (Apêndice F) do qual recebemos prontamente resposta favorável.

Após a validação da pertinência da respetiva IPM junto dos intervenientes bem como aferição das necessidades da equipa de enfermagem através de questionário, definimos as estratégias e atividades a desenvolver para atingimento dos objetivos específicos

anteriormente delimitados, bem como os recursos necessários e indicadores de avaliação que descreveremos seguidamente.

Objetivo

- **Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros sobre comunicação com a família em UCI e sobre a comunicação de más notícias;**

Atividade e estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação com a família em cuidados intensivos, nomeadamente comunicação de más notícias e comunicação diária;
- Elaboração de um questionário diagnóstico de situação adequado à temática;
- Validação do questionário pela docente orientadora de estágio e pela enfermeira gestora da UCIP;
- Envio do questionário *online* à equipa de enfermagem do serviço;
- Tratamento e análise dos dados recolhidos.

Recursos utilizados:

- Docente orientadora de estágio, enfermeira gestora e equipa de enfermagem;
- Bases de dados científicas e bibliográficas de fontes diversas.
- Computador, *Internet*, *Microsoft Office®Excel®*.

Indicadores de avaliação:

Assumiu-se como taxa relativa ao preenchimento dos questionários por parte da equipa de enfermagem de 50%.

Assume-se como justificação para a implementação do referido objetivo o descrito no capítulo 3.2. Diagnóstico de Situação anteriormente apresentado.

Objetivo

- **Construir uma proposta de protocolo de comunicação de más notícias;**

Atividade e estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação com a família em cuidados intensivos, nomeadamente comunicação de más notícias;
- Inclusão num grupo de trabalho previamente designado;
- Criação de proposta de protocolo de comunicação de más notícias em UCI;
- Discussão da proposta com os elementos do grupo de trabalho e com a docente orientadora de estágio;
- Revisão da proposta de acordo com as recomendações realizadas;
- Revisão da proposta com a enfermeira gestora;
- Formulação da proposta final de protocolo de comunicação de más notícias.

Recursos utilizados:

- Quatro elementos da equipa multidisciplinar para constituir o grupo de trabalho, docente orientadora, enfermeira gestora;
- Bases de dados científicas e bibliográficas de fontes diversas;
- Computador, *Internet*.

Indicadores de avaliação:

Apresentação da proposta final do protocolo de comunicação de más notícias, aprovado pela enfermeira gestora, no tempo definido em cronograma inicial.

Como já referido anteriormente, a comunicação de más notícias não se trata de um evento único, nem compreende apenas a notícia inicial de internamento ou de morte, mas compreende ainda a informação que é fornecida ao longo do internamento em UCI à família da pessoa em situação crítica internada. Deste modo, os enfermeiros devem ser capacitados para informar e auxiliar ambos no processamento da informação bem como na tomada de decisões de forma consciente e fundamentada (Bumb et al., 2018).

De acordo com Calsavara et al., 2019, por forma a auxiliar os profissionais de saúde na transmissão de más notícias, ao longo dos anos, foram elaborados vários protocolos que visam sistematizar e orientar a comunicação de más notícias, minimizando assim o impacto que as mesmas acarretam tanto para os profissionais de saúde como para os utentes e famílias.

Após inclusão no grupo de trabalho composto por três enfermeiras e uma médica da UCIP, já criado pela enfermeira gestora, foram definidas as respetivas responsabilidades dos vários elementos. Iniciámos posteriormente, pesquisa bibliográfica sobre a temática e foram realizadas várias propostas de protocolo de comunicação de más notícias apresentadas à docente orientadora e à enfermeira gestora da UCIP, conduzindo à versão final que foi apresentada à equipa (Apêndice G).

Objetivo

- **Construir uma proposta de guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI, por forma a uniformizar procedimentos;**

Atividade e estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação com a família em cuidados intensivos, nomeadamente comunicação diária;
- Elaboração de uma revisão sistemática da literatura sobre a influência da comunicação no estabelecimento de relação terapêutica com a família em UCI;

- Criação de guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI;
- Discussão da proposta com a enfermeira orientadora e com a docente orientadora de estágio;
- Revisão da proposta de acordo com as recomendações realizadas;
- Revisão da proposta com a enfermeira gestora;
- Formulação da proposta final do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI.

Recursos utilizados:

- Enfermeira orientadora, docente orientadora, enfermeira gestora;
- Bases de dados científicas e bibliográficas de fontes diversas;
- Computador, *Internet*.

Indicadores de avaliação:

Apresentação da proposta final do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI, aprovado pela enfermeira gestora, no tempo definido em cronograma inicial.

De acordo com vários autores, comunicar em saúde influencia as decisões das pessoas e das comunidades, uma vez que as estratégias comunicacionais podem comprometer o conhecimento da situação, alterar comportamentos e atitudes relativamente à tomada de decisão (Hoorn et al., 2016; Sequeira, 2016). Assim segundo Nunes (2016, p.45) a comunicação é essencial nomeadamente “nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afetos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos.”.

Assim o enfermeiro apresenta um papel determinante no estabelecimento de relações saudáveis com a pessoa em situação crítica/família, influenciando a sua tomada de decisão fundamentada e auxiliando na gestão de sentimentos e emoções.

Depois da apresentação da proposta de criação do referido guia à enfermeira gestora da UCIP e aprovação do mesmo, procedeu-se à realização de uma revisão sistemática da literatura com o propósito de auferir qual a influência da comunicação no estabelecimento de relação terapêutica com a família em UCI (Apêndice H). Após a realização da mesma, procedemos à elaboração do guia orientador para a comunicação diária com a família que apresentámos à enfermeira gestora e restante equipa de enfermagem da UCIP (Apêndice I).

Objetivo

- **Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação de más notícias à família do doente na UCI, com a utilização do protocolo de comunicação de más notícias;**
- **Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação diária com a família, com a utilização do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI.**

Atividade e estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação com a família em cuidados intensivos, nomeadamente comunicação diária e comunicação de más notícias;
- Elaboração de plano de sessão de formação sobre protocolo de comunicação de más notícias/guia orientador para a comunicação diária em UCI (Apêndice J);
- Elaboração de apresentação para formação sobre protocolo de comunicação de más notícias/guia orientador para a comunicação diária em UCI (Apêndice J);
- Avaliação da sessão de formação quanto aos conhecimentos adquiridos.

Recursos utilizados:

- Enfermeira orientadora, docente orientadora, enfermeira gestora;
- Bases de dados científicas e bibliográficas de fontes diversas;
- Computador, *Internet*, *televisão*.

Indicadores de avaliação:

Assumiu-se como taxa relativa à participação na sessão de formação 50% dos elementos da equipa de enfermagem.

Tal como descrito no Decreto-Lei n.º 71/2019 (p. 2642) de 27 de Maio no que diz respeito à formação profissional da Carreira de Enfermagem “a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação.”.

Decidimos realizar uma ação de formação sobre as temáticas referidas junto da equipa de enfermagem, por forma a divulgar o protocolo de comunicação de más notícias e o guia orientador para a comunicação com a família em UCI. Procedemos a elaboração de plano da sessão de formação (Apêndice J) onde apresentámos objetivos, recursos, métodos e tempo previsto de duração.

Para a divulgação da sessão pela equipa de enfermagem, obtivemos o apoio da enfermeira gestora da UCI, enfermeira orientadora de estágio e da enfermeira responsável pelo plano anual de formação do respetivo serviço, com a qual definimos o dia para a mesma, não obstante das restantes já agendadas.

Como instrumento de suporte foi criada uma apresentação em *Microsoft PowerPoint*® (Apêndice K), sendo que iniciámos a sessão com a apresentação dos objetivos, posteriormente apresentámos os dados colhidos com o questionário de diagnóstico de situação, seguida pela apresentação de protocolo de comunicação de más notícias e de guia orientador para a comunicação diária com a família e por fim avaliação da sessão.

Relativamente à avaliação da sessão, implementámos questionário *online* no final da sessão para auferir conhecimentos adquiridos sobre a temática bem como apurar a avaliação da equipa relativamente à organização, metodologia, formador, entre outros (Apêndice L).

2.5. Avaliação e resultados

Na metodologia de projeto, a fase da avaliação consiste num processo contínuo e que requer reflexão, composto por dois momentos uma vez que a avaliação do projeto se constitui tão importante quanto a avaliação do produto final. De acordo com Ruivo et al. (2010) “avaliar um projecto implica a verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente.” (p.26). Para realizar a avaliação podemos utilizar vários instrumentos, nomeadamente observação, entrevistas ou questionários, de acordo com a informação que pretendemos recolher (Ruivo et al., 2010).

Seguidamente procedemos à análise das atividades e estratégias escolhidas e a avaliação dos objetivos inicialmente delineados tendo por base os indicadores de avaliação predefinidos.

Objetivo

- **Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros sobre comunicação com a família em UCI e sobre a comunicação de Más Notícias;**

Indicadores de avaliação: Assumiu-se como taxa relativa ao preenchimento dos questionários de 50% dos elementos da equipa de enfermagem.

Relativamente à taxa de adesão por parte da equipa de enfermagem, o objetivo proposto inicialmente não foi atingido uma vez que apenas 47% dos elementos responderam ao questionário, no entanto frisámos que o valor se situou muito próximo objetivo inicial. Acreditamos que este aspeto poderá estar relacionado com o facto de a IPM ter sido

desenvolvida e implementada num estágio desenvolvido durante a pandemia COVID-19 em Portugal, o que alterou significativamente a dinâmica tanto do serviço como da equipa de enfermagem.

São vários os autores que defendem que a pandemia COVID-19 teve impacto negativo junto dos profissionais de saúde, pela elevada carga de trabalho, mudanças, incertezas e insegurança constante. Os enfermeiros desenvolveram sintomas como depressão, ansiedade, insónia, *stress* e *burnout* (Cabarkapa et al., 2021; Sanghera et al., 2020; Trumello et al., 2020;). Concluimos assim, que o possível desenvolvimento de sintomas descritos anteriormente, com a excessiva carga de trabalho e incumprimento das dotações seguras podem ser entendidas como possível causa para a baixa taxa de adesão por parte da equipa ao nosso pedido.

Objetivo

- **Construir uma proposta de protocolo de comunicação de más notícias;**

Indicadores de avaliação: Apresentação da proposta final do protocolo de comunicação de más notícias, aprovado pela enfermeira gestora, no tempo definido em cronograma inicial.

As estratégias definidas para o presente objetivo específico relativamente à criação de um protocolo de comunicação de más notícias, permitiram a sua elaboração e apresentação à enfermeira gestora bem como respetiva aprovação e divulgação pela equipa de Enfermagem (Apêndice G).

Objetivo

- **Construir uma proposta de guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI, por forma a uniformizar procedimentos;**

Indicadores de avaliação: Apresentação da proposta final do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI, aprovado pela enfermeira gestora, no tempo definido em cronograma inicial.

À semelhança do objetivo anterior, as estratégias definidas para o presente objetivo específico relativamente à criação de um guia orientador para a comunicação com a família em UCI permitiram a sua elaboração e apresentação à enfermeira gestora bem como respetiva aprovação e divulgação pela equipa de Enfermagem (Apêndice I).

Objetivo

- **Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI, com a utilização do protocolo de comunicação de más notícias;**
- **Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação diária com a família, com a utilização do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI.**

Indicadores de avaliação: Assumiu-se como taxa relativa à participação na sessão de formação 50%.

No que diz respeito à taxa de adesão por parte da equipa de enfermagem à sessão de formação proporcionada, o objetivo a que nos propusemos inicialmente não foi atingido uma vez que apenas 41,38% dos elementos da equipa de enfermagem assistiram a formação.

Relativamente ao número diminuto de participantes na sessão de formação, acreditamos que a justificação, à semelhança do referido anteriormente no primeiro objetivo apresentado, se prende com a pandemia COVID, uma vez que a mesma por todos os sentimentos negativos e carga excessiva carga de trabalho que acarreta para a equipa, potencia a desmotivação dos seus elementos.

Importa referir, contudo que, segundo o Artigo 109.º do Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”.

Ainda relativamente ao mesmo objetivo, após a realização da sessão de formação, procedemos à aplicação de questionário *online* para aferição de conhecimentos adquiridos bem como avaliação global da formação (Apêndice L).

Dos 24 participantes da formação, cerca de 62,5% dos mesmos procederam ao preenchimento do respetivo questionário, sendo notório, no que diz respeito à aquisição de conhecimentos que todas as respostas apresentaram valores superiores a 50%, o que demonstra uma boa aquisição de conhecimentos. Relativamente a organização da formação, recursos utilizados e formador, numa escala de 0 a 5, obtivemos uma avaliação global de 4,92, o que demonstrou eficácia da nossa parte. Os restantes resultados são apresentados para consulta em apêndice (Apêndice M).

De acordo com Ortega et al. (2015), a saúde é uma área em constante mudança potenciada pelos “avanços no conhecimento, através da pesquisa, introdução de novas tecnologias etc.” Por esta razão, é fundamental “que os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação acadêmica, tendo como objetivo oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas.” (p.405).

Durante a sessão formativa divulgámos aos elementos da equipa de enfermagem participantes, que o trabalho desenvolvido seria continuado pelo grupo de trabalho existente bem como a enfermeira gestora informou que o protocolo de comunicação de más notícias seria implementado de imediato.

Por forma a auferir o índice de aplicação do protocolo, definiu-se a realização de auditorias realizadas por elementos designados pela enfermeira gestora, com periodicidade mensal, não sendo possível devido ao curto período de tempo colhermos dados relativamente à sua implementação.

Conclui-se por fim que os objetivos definidos relativamente à IPM foram concretizados na sua maioria, demonstrando a sua apropriação ao tema bem como os prazos definidos para tal foram cumpridos.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, a aquisição e validação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos específico, no caso interessa referir o Regulamento n.º 429/2018, bem como a aquisição de competências comuns a todas as áreas de especialidade.

O presente capítulo pretende a reflexão sobre a aquisição de competências realizada ao longo do percurso académico, onde se fará referências às competências descritas no Regulamento n.º 140/2019, Regulamento n.º 429/2018 e ainda as competências que caracterizam o grau de Mestre descrita no Decreto-Lei n.º 65/2018 que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior. Referir ainda as competências de Mestre em Enfermagem, explanada no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015) onde se define que:

“O Mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (p.24).

Considerando, o exposto até ao momento e considerando a prática clínica como um dos fatores essenciais para o desenvolvimento de competências, tendo em consideração o nosso percurso profissional, importa agora referir que solicitámos relativamente ao Estágio em Enfermagem à PSC creditação que nos foi concedida pela UE. Assim, o processo de aquisição de competências agora abordado incide sobre intervenções desenvolvidas ao longo do Estágio Final bem como participação em eventos de pertinência para a área. No início do estágio elaboramos um projeto de estágio (Apêndice A) que nortearam as intervenções a desenvolver ao longo do mesmo para atingir os objetivos definidos.

Importa referir que optamos por realizar uma abordagem conjunta das competências comuns e competências específicas do EEEMCPSC com as competências de Mestre devido à sua transversalidade.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre

De acordo com o Regulamento n.º190/2019 competências comuns são aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

No início do referido estágio realizámos uma revisão de vários documentos que regem a profissão de Enfermagem, nomeadamente REPE (OE, 1996) e ainda Deontologia Profissional republicada nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, artigo 95.º ao 113.º, (Lei n.º 156/2015). Importa ainda mencionar que as matérias abordadas na Unidade Curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, foram fundamentais para o entendimento e enquadramento das diversas dimensões da responsabilidade inerente ao exercício da Enfermagem.

Tendo em consideração o artigo 8.º, ponto 1 do REPE, “no exercício das funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos seus direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (OE, 1996, p. 2661). Deste modo foi criado o Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado nos Estatutos da OE pela primeira vez em 1998 e que atualmente se inclui no Capítulo VI, da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, constituindo o modelo de autorregulação profissional que se aplica aos enfermeiros inscritos na OE.

De acordo com a OE (2015b), a deontologia é entendida como uma área do conhecimento que se preocupa com a correção da ação, investigando indicações práticas, eficazes, precisas e imperativas com vista a uniformizar o modelo de ação de um determinado indivíduo. A deontologia exprime os deveres e fornece orientações para a ação profissional permitindo aos indivíduos orientar-se, no agir, na tomada de decisão e posterior melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, a deontologia profissional pode ser entendida como um conjunto de normas que regem uma profissão e definem as boas práticas da mesma (OE, 2015b).

No artigo 97.º do Código Deontológico, podemos auferir que os enfermeiros têm o dever de “cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão.” (Lei n.º 156/2015, p. 73) de forma a “contribuir para a dignificação da profissão.” (Lei n.º 156/2015, p. 75). Ainda no artigo 100.º do mesmo documento, cabe ao enfermeiro “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão.”, “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.” e ainda “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.” (Lei n.º 156/2015, p. 78).

De acordo com Nunes (2008), a Enfermagem é uma profissão com uma construção social e histórica, onde ao longo dos anos se materializaram diversas componentes e valores em forma de código. Durante o desenvolvimento da profissão, os enfermeiros reconheceram os princípios e os valores essenciais para a sua prática, e construíram assim a sua profissionalização, visando sempre a dignidade da profissão e a excelência dos cuidados. A autora refere que a deontologia profissional se trata de algo construído a partir do interior da profissão, isto é, algo que é refletido, refutado e estruturado sobre a própria prática e não imposto por outros. Refere ainda, que se trata de uma profissão com finalidade moral sendo

por isso exigido que a mesma regule a sua atividade por uma ética profissional, designada como Código Deontológico do Enfermeiros.

Segundo Nunes (2004), importa referir a existência de um campo de reflexão próprio do agir em Enfermagem que nasce da prática profissional e da preocupação adjacente aos cuidados de saúde que são prestados. Nora et al. (2016) afirmam que os enfermeiros necessitam de procurar alternativas para resolução dos problemas éticos que são identificados na sua prática clínica, levando à tomada de decisão, que nem sempre é a ideal, mas que deve ser a menos prejudicial para ambas as partes. Os problemas éticos em Enfermagem são constituídos pela exigência que a dúvida e a incerteza trazem, nomeadamente no que diz respeito aos direitos, à vontade, à autonomia, à vulnerabilidade e à dignidade dos utentes.

Tendo o presente estágio sido desenvolvido em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente UCI, importa referir que a mesma requer “atuação segura, imediata e pautada pela consciência do seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa.” tendo em consideração que “as preocupações dos profissionais são as prioridades terapêuticas.” (Nunes, 2015, p. 188). Assim, entendemos a complexidade referente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e que em algumas circunstâncias, próprias desta complexidade, damos enfoque na correção dos desequilíbrios detetados não despendendo de tempo suficiente para refletir e fundamentar a tomada de decisão.

No Artigo 99.º, do código deontológico, podemos constatar que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei n.º 156/2015, p. 77).

Assim, ao longo do estágio, orientámos a nossa *praxis* clínica tendo em consideração os direitos humanos, responsabilidades profissionais, bem como princípios éticos de beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia tanto relativamente à pessoa em situação crítica como relativamente à sua família/convivente significativo. Procuramos ainda conservar a dignidade da pessoa/família alvo de prestação de cuidados, respeitando e promovendo privacidade e confidencialidade.

Durante o estágio, acreditamos que a maioria dos dilemas com os quais nos deparámos se prendem com a transmissão de informação, tendo merecido a nossa intervenção, nomeadamente na realização do guia orientador para a comunicação com a família em UCI. Pela complexidade inerente à UCI, nomeadamente no internamento de pessoa em situação crítica que requer VMI e devido a elevada instabilidade hemodinâmica, muitas vezes a atividade básica de vida comunicar encontra-se comprometida, sendo a informação fornecida maioritariamente à família.

No entanto, optámos por relatar um caso específico ocorrido durante o estágio, dizendo respeito à omissão de informações ao utente. Iniciamos com uma breve descrição da situação clínica: utente, sexo masculino, aproximadamente 30 anos, vítima de acidente rodoviário, do qual resulta fratura de vertebra torácica com posterior paraplegia. Foi solicitado à equipa médica e de enfermagem, pelos familiares do utente que esta informação não lhe fosse transmitida, nomeadamente que fosse agendada consulta com psicólogo e que a notícia fosse apenas transmitida quando a família entende-se que o utente se encontrava preparado.

Assim, importa referir que omissão de informação é uma prática realizada com alguma frequência no exercício profissional, pelo que é uma situação que muitos enfermeiros experienciam ao longo da sua prática. A omissão é o ato ou efeito de esconder do outro. Importa ainda referir que omitir é diferente de mentir (Oliveira & Amorim, 2013).

A ocultação de informação ao doente pode ser um fator negativo na construção de uma relação terapêutica. Além de prejudicar esta relação, a mentira ou a omissão de informação pode ser um aspeto influenciador da confiança na atuação dos profissionais de saúde. O direito à informação é um direito fundamental em contextos de saúde e não só, pois garante autonomia na tomada de decisão, flexibilidade de escolha e favorece a autodeterminação da pessoa, que sem a qual não existe respeito pela dignidade humana (Oliveira & Amorim, 2013).

De acordo com a Lei n.º12/2005 de 26 de janeiro, Lei da Informação Genética Pessoal e Informação em Saúde, no artigo 2.º, “a informação de saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.” (p.606).

A legislação vigente no que diz respeito à propriedade da informação de saúde refere que e toda a informação de saúde “incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação (...)”, mencionando também que “o titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial.” (Lei n.º12/2005 p. 607).

De acordo com a Lei n.º95/2019, Lei de Bases de Saúde, todas as pessoas têm o direito “a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar.” (p.56).

Fazendo a ponte para os cuidados de enfermagem, na Lei n.º156/2015 de 16 de setembro, artigo 105º do Código Deontológico, no que diz respeito ao dever da informação, o enfermeiro deve “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” bem como “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.” (p.8183).

O processo de doença acarreta diversas repercussões na vida da pessoa bem como nas suas famílias. A forma como este processo é vivenciado está intimamente ligado com a capacidade de comunicação estabelecida entre eles, bem como o envolvimento na tomada de decisão. A omissão de informação poderá ter efeitos nefastos na relação doente/família (Machado et al., 2019).

Segundo Lotra (2007), um dos pilares de confiança entre os enfermeiros e os doentes é a autonomia, que implica liberdade de escolha, privacidade e poder de tomada de decisão. O reconhecimento de autonomia no doente leva à capacitação, no que diz respeito aos processos de saúde e doença, sendo por isso fundamental que o enfermeiro o respeite.

Definimos conspiração do silêncio como o acordo implícito ou explícito, por parte de familiares/cuidadores e os profissionais de saúde, de forma a alterar a informação fornecida

ao utente sem ter em consideração o seu desejo. Poderá ser a ocultação de diagnóstico, ou do prognóstico ou da gravidade da situação. A omissão de informação elimina qualquer possibilidade de analisar a origem e o desenvolvimento da doença com a pessoa. A mesma pode ser motivada por diversas razões: evitar o sofrimento da pessoa, dificuldade de comunicação entre profissionais e família/pessoa, autoproteção dos profissionais de saúde, falta de capacitação em relação à transmissão de más notícias e entre outros (Machado et al., 2019).

Como enfermeiros advogamos que é necessário que o doente possua plena consciência da sua situação de saúde, para que possa decidir sobre o seu processo de tratamento e reabilitação. Não obstante, concordamos que é necessário também adequar a forma como transmitimos a informação, por forma a evitar falsas interpretações. No entanto em algumas situações optamos pela utilização de conspiração do silêncio o que contrapõem muitas questões éticas, deontologias e até legais como identificámos anteriormente. Esta situação foi alvo da nossa reflexão, tendo sido constituído como um dilema para nós, pelo que estudámos a legislação apresentada anteriormente e lemos vários enunciados sobre a temática, bem como recorremos à enfermeira orientadora, que por se tratar de uma enfermeira perita nos transmitiu conhecimentos acerca da situação e nos auxiliou na nossa reflexão. No final conseguimos entender a complexidade da gestão destes dilemas e entender que os mesmos não podem ser visto de forma generalizada e global, requerem do enfermeiro um olhar especializado e direcionado por forma a adquear as intervenções às reais necessidades do doente mantendo o respeito pela sua vontade e privacidade. Este foi apenas um dos exemplos que optámos por expor no presente relatório e que permitem concluir que fundamentamos as nossas decisões tendo por base os princípios ético-deontológicos e legais relevantes.

De acordo com Nunes (2013), a participação no projeto pressupõem o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos. Na concretização da IPM, já apresentada, também demonstrámos competências relacionadas com os princípios éticos da investigação, nomeadamente na solicitação de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) aquando da aplicação de questionário de diagnóstico de situação bem como a preservação de dados e anonimato dos participantes.

Desenvolvemos ainda as respetivas competências com a presença no Congresso *European Society For Emergency Medicine (EUSEM) 2021*, nomeadamente na sessão sobre *“Ethics in Emergency Medicine – Should they stay or should they go?”* em que pudemos aprofundar conhecimentos relacionados com a ética em contexto de emergência pré-hospitalar e intra-hospitalar, através da assistência a três palestras: *“Ethical essentials for emergency medical disaster responders”*, *“Logic or virtue? Ethics in the ED”* e *“Sick enough to die?”* (Apêndice N).

Tendo em consideração o explanado no presente subcapítulo, consideramos que as competências relacionadas com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal bem como a competência de mestre referente, foram adquiridas.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Tendo em conta o descrito no subcapítulo 2.1.2., a qualidade em saúde em Portugal foi assumida como eixo estratégico no Plano Nacional de Saúde. No seguimento da implementação de sistemas de qualidade a OE (2001) estabeleceu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que visam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e posterior melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos clientes.

Por forma, a desenvolver a presente competência, entendemos pertinente a revisão de alguns documentos, nomeadamente Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovado através do Despacho n.º 5613/2015, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 aprovado através do Despacho n.º 9390/2021 e *Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care* publicado pela OMS (2021), pois entendemos a qualidade como indissociável da segurança dos cuidados prestados. Importa no momento referir, a importância que as unidades curriculares Gestão em Saúde e Governação Clínica bem como Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde acarretaram para o conhecimento e entendimento destas estratégias.

Na prestação de cuidados e no exercício da profissão de Enfermagem, o enfermeiro procura um ambiente seguro. De acordo com a OE (2007), num “ambiente de prática profissional de qualidade, as necessidades e objectivos dos enfermeiros são cumpridos e os doentes são assistidos na satisfação dos seus objectivos individuais de saúde” (p.12). Assim importa referir que o ambiente da prática profissional influencia diversos fatores, nomeadamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, pois “um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática” (OE, 2007, p.25).

Como exemplo de procedimentos que adotámos, ao longo do estágio, para a promoção de um ambiente seguro e conseqüente segurança e qualidade dos cuidados foram a aplicação de escala de avaliação, nomeadamente Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, a Escala de Quedas de Morse para avaliação de risco de queda. Mediante a avaliação realizada, definimos um plano de cuidados com intervenções de enfermagem adequadas aos objetivos previamente definidos.

No que diz respeito à prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), para além da atualização sobre as normas, protocolos e *bundles* em vigor, elaborámos uma pesquisa bibliográfica sobre as indicações para a manutenção e remoção de dispositivos invasivos como cateter venoso periférico (CVP), cateter arterial (CA) e cateter venoso central (CVC) (Apêndice O), sobre a qual realizámos formação à equipa de enfermagem. Por forma a constituir uma ação de melhoria contínua da qualidade procedeu-se posteriormente ao pedido de atualização do sistema informático utilizado no serviço onde se desenvolveu o estágio para que esta intervenção fosse contemplada no plano de cuidados, evitando assim a presença de dispositivos desnecessários (Apêndice P).

Relativamente à segurança do doente, utilizámos estratégias que possibilitam a transição segura dos cuidados, através do registo minucioso de todas as intervenções de enfermagem realizadas, bem como a utilização da ferramenta ISBAR para o momento da passagem de turno. A ferramenta ISBAR permite a “padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.” (DGS, 2017a, p. 4).

Através do desenvolvimento da IPM apresentada no capítulo 2, foi também possível o desenvolvimento de competências neste domínio, uma vez que o reconhecimento de uma necessidade de serviço pode ser encaradas como uma oportunidade de melhoria. A criação de protocolo de comunicação de más notícias que permitirá nortear e uniformizar procedimentos diminuindo os riscos, aumentando a segurança dos cuidados e consequentemente a qualidade dos mesmos.

A formação dos profissionais, bem como a sua atualização contante é essencial no desempenho das suas funções e fundamentais para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega et al., 2015). Deste modo, ao longo do percurso desenvolvido, por forma a garantir uma prática baseada na evidência mais recente participámos em sessões de formação tais como Congresso EUSEM 2021 (Apêndice N) e IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde” (Apêndice Q).

Assim, consideramos que as competências relacionadas com o domínio da melhoria da qualidade e a competência de mestre anteriormente citada foram desenvolvidas e adquiridas.

- **Competências comuns do enfermeiro especialista:**

C – Domínio da Gestão dos Cuidados:

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

- **Competência de mestre:**

- 1- Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

Cientes da importância que o enfermeiro especialista exerce na gestão dos cuidados de saúde, e por forma a desenvolver as competências supracitadas, optámos por proceder à observação, análise e reflexão das funções assumidas pela enfermeira orientadora enquanto responsável de turno.

O enfermeiro responsável de turno deve “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço”, para que possa “antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Médico-cirúrgica, 2017, p.2).

No referido serviço onde desenvolvemos o estágio, constatámos que a designação do enfermeiro responsável de turno é realizada pela enfermeira gestora, tendo em consideração o grau de especialização e as competências demonstradas pelos enfermeiros que constituem a equipa. Assim, observámos que esta atribuição ocorria com maior frequência aos enfermeiros especialistas ou aos enfermeiros peritos, que pela sua experiência demonstraram competências e conhecimentos para o exercício das funções.

Benner (2001) caracterizou os enfermeiros peritos como os que tem a capacidade de identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas. E que através de uma compreensão intuitiva compreendem a situação no seu todo atuando de forma rápida e eficiente.

A enfermeira orientadora, com a qual desenvolvemos o nosso estágio, assumiu em vários turnos a função de responsável de turno, tendo este aspeto sido uma mais-valia para a partilha de conhecimento e experiência, que potenciou uma reflexão conjunta sobre a temática. Nos turnos que realizámos em que a enfermeira orientadora não desenvolveu estas funções, podemos ainda observar e refletir sobre formas de gestão e liderança distintas de outros elementos.

Os enfermeiros responsáveis realizam passagem de turno com o colega que os substitui, transmitindo informações sobre intercorrências resolvidas ou ainda a aguarda resolução, por forma a dar continuidade às mesmas. Uma das principais funções do enfermeiro responsável de turno é a distribuição de trabalho pelos enfermeiros e assistentes operacionais, assim no início de cada turno é definida a distribuição de trabalho pelos recursos humanos existentes, atendendo que em caso de necessidade ao longo do turno se procede a nova redistribuição.

Constatámos ao longo do estágio, que a distribuição da carga de trabalho pode ser potenciadora de conflitos entre os elementos da equipa. Neste sentido o estilo de liderança e estratégias de gestão de conflito utilizadas pelos enfermeiros responsáveis de turno, tornam-se importantes na medida em que auxiliam na resolução dos mesmos. Optamos por descrever, a estratégia utilizada pela enfermeira orientadora de estágio, por ser aquela que mais reflexão nos permitiu e com a qual nos identificámos. No início de cada turno, após a passagem de turno, a enfermeira orientadora, reunia com a equipa de enfermagem para expor aquele que considerava ser o plano de distribuição mais benéfico, contudo disponibilizava-se para ouvir a opinião dos colegas e proceder a alterações se assim o entendem-se enquanto equipa.

Para Cervo e Hutz (2017), o líder ao adotar uma relação transparente com aqueles com quem interage fortalece o vínculo de respeito e confiança entre profissionais. O estabelecimento de relação aberta e próxima permite uma cultura organizacional flexível e um ambiente de trabalho mais propenso a bem-estar psicológico. Para Strapasson & Medeiros (2009), a liderança transformacional é a que se relaciona com a área da saúde e tem como características principais a motivação e a comunicação individual, por forma a dar a entender a importância de cada um e fomentar uma relação de confiança no trabalho. Assim, o líder transformacional atua em parceria com a equipa para atingir os melhores resultados. À semelhança do que a enfermeira orientadora realizava nos seus turnos enquanto responsável de turno.

Para além dos conflitos relacionados com o plano de distribuição de trabalho, devido à complexidade da UCI, ao *stress* inerente à prestação de cuidados e à carga de trabalho excessivo podem ocorrer conflitos relacionados com outras situações, nomeadamente

prestação de cuidados, falta de recursos físicos ou humanos que devem ser também geridos pelo enfermeiro responsável de turno.

O conflito pode ser entendido como uma divergência de ideias ou interesses entre dois ou mais indivíduos, podendo ser encarado como uma fonte de deterioração das relações ou força de mudança. É entendido como uma situação de discussão, desavença, oposição e de luta de forças entre duas ou mais pessoas e pode ocorrer a partir de relacionamentos entre sujeitos que apresentam valores, crenças, formação ou metas de vida diferentes (Silva et al., 2018).

O processo de gestão de conflitos é fundamental sempre que aplicado com efetividade, quando o gestor deste processo é o enfermeiro este necessita de seguir alguns princípios indispensáveis ao sucesso da situação tais como: credibilidade, imparcialidade, ser conhecedor da situação, lealdade, flexibilidade nas suas atitudes, linguagem clara e ainda confidencialidade. Assim, são várias as estratégias de gestão de conflitos que podem ser implementadas, nomeadamente, a confrontação (na tentativa de resolução de problemas através de uma abordagem frontal entre ambos); abrandamento (que enfatiza os interesses comuns e procura minimizar as diferenças entre os sujeitos); negociação (onde cada um cede uma parte integrante na medida em que devem conciliar as suas diferenças); evitar o conflito (onde o gestor procura constituir equipas por afinidades de valores e crenças); retirada (quando o gestor evita o confronto em vez de o enfrentar); e ainda peso de autoridade (onde a última palavra é referida por uma autoridade competente) (Spagnol et al., 2010).

Silva et al. (2018) referem que é esperado, que o enfermeiro desenvolva competências na gestão de conflitos e que a sua vivência e o desenvolvimento de habilidades ajudem a liderar e a gerenciar as suas diversas atividades, garantindo assim maior qualidade na prestação de cuidados de saúde. Entendemos que através do método de observação e reflexão, foi possível adquirir as competências relacionadas com a temática, nomeadamente na gestão de conflitos.

Também o desenvolvimento da IPM descrita anteriormente nos permitiu desenvolver competências do domínio da gestão, pois foi necessária a identificação, gestão e otimização de recursos necessários bem como articulação com os recursos humanos para cumprimento do cronograma inicial estabelecido na fase de planeamento.

No que diz respeito à prática diária de cuidados, nomeadamente na tomada de decisões, optámos sempre por refletir conjuntamente com a enfermeira orientadora sobre as intervenções a implementar, por forma a desenvolver autonomia e segurança na prestação de cuidados. Importa referir, que devido à conjuntura pandémica sobre a qual se desenvolveu o estágio, que nos foi possível desenvolver competências na gestão de recursos físicos e humanos. Uma vez que, devido ao aumento de internamentos em UCI, descrito no capítulo 1.4., por doentes SARS-COV-2 positivo foi necessária uma constante adaptação e gestão de recursos físicos e humanos para resposta a esta situação de exceção.

A doença COVID -19 apresentou sintomas ligeiros em cerca de 80% dos infetados, sendo que os restantes 20% necessitaram de internamento hospitalar, dos quais, aproximadamente um quarto necessitou de internamento em UCI. Em Portugal, à semelhança do ocorrido um pouco por todo o mundo, o sistema de saúde foi forçado a revisar a resposta em situação de exceção e catástrofe. O crescimento do número de infetados com necessidade de admissões em UCI de nível III necessitou da expansão das UCI para novos espaços, aumentando dessa forma o número de camas disponíveis (Valente et al. (2020).

Tendo em consideração o exposto anteriormente, acreditámos ter desenvolvido e adquirido as competências do domínio da gestão de cuidados, bem como a competência de mestre supramencionada.

- **Competências comuns do enfermeiro especialista:**

- D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

- D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

- D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

- 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Tendo por base a Lei n.º156/2015 de 16 de setembro, artigo 109º do Código Deontológico, o enfermeiro procura “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e tem o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (p. 8078).

Deste modo, podemos concluir que o enfermeiro deve ter conhecimento de si, das suas aptidões, competências e limitações, por forma a refletir e evoluir de forma profissional.

De acordo com Phaneuf (2005) “a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos.” (p. 177).

Ao longo do estágio desenvolvemos competências que permitiram o fortalecimento do autoconhecimento, através da reflexão constante realizada sobre as nossas capacidades e limites pessoais e profissionais. Importa referir que o processo de autoconhecimento se iniciou desde muito breve, pois no início do estágio identificámos as várias áreas que assumimos como limitações à nossa prática, tais como a prestação de cuidados ao doente COVID-19, neurocrítico, entre outros. Identificámos estas limitações e discutimos as mesmas com a enfermeira orientadora, por forma a definir estratégias para as colmatar. Para tal, apostámos na realização de uma pesquisa aprofundada sobre as temáticas e procurámos esclarecer as nossas dúvidas com a equipa multidisciplinar, bem como solicitámos à enfermeira orientadora que nos fosse atribuído o utente com o qual sentíamos mais limitações, por forma a ver trabalhadas as mesmas com a sua supervisão.

O desenvolvimento de autoconhecimento e todo o processo reflexivo para aquisição do mesmo, tornaram-se ainda importantes para o desenvolvimento e estabelecimento de

relação terapêutica com a pessoa em situação crítica/família. O autoconhecimento surge como uma competência que auxilia os enfermeiros no estabelecimento de relação terapêutica. A partir do autoconhecimento, os enfermeiros reconhecem a sua vulnerabilidade pessoal e podem desenvolver aptidões que o auxiliam neste processo (Pereira & Botelho, 2014).

A experiência profissional adquirida ao longo dos anos de exercício profissional bem como a Unidade Curricular Relação de Ajuda exerceram influência neste processo de aquisição de competências, nomeadamente pela reflexão constante que permitiu aquisição de estratégias de gestão de conflitos, estratégias comunicacionais e ainda estratégias de *coping* que nos permitem atuar de forma assertiva e ponderada.

O enfermeiro especialista “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo--se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Assim ao longo do desenvolvimento do estágio e após identificarmos as limitações sentidas, procedemos à constante pesquisa da evidência científica mais recente por forma a aprimorar os nossos conhecimentos. De destacar que mobilizámos os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares Enfermagem Médico-cirúrgica I, II, III, IV e V bem como Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, pelos conteúdos abordados. De referir ainda, a mobilização de conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular Investigação em Enfermagem, na pesquisa de evidência científica atual. Para o planeamento das sessões de formação, não podemos esquecer de referir os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular Formação e Supervisão em Enfermagem.

Importa referir que ao longo do estágio tivemos a oportunidade de assistir a duas sessões de formação, desenvolvidas pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do referido CHU, denominadas “Como avaliar a fiabilidade de uma publicação científica” (Apêndice R) e “O ecossistema de produção científica: CIENCIAVITAE, SAPIENTIA E ORCID” (Apêndice R), que permitiram desenvolver conhecimentos na referida área.

O enfermeiro especialista “interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.”

(Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Neste sentido procedemos em coautoria, à realização e apresentação de Póster científico sobre as “Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em Contexto de Emergência” no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do qual merecemos a receção de menção honrosa (Apêndice S). Elaborámos ainda uma revisão sistemática da literatura já citada no capítulo 2. sob o título “Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura” (Apêndice H). Para além disso desenvolvemos ainda uma pesquisa bibliográfica com base nas evidências científicas mais recentes, sobre as indicações para manutenção de CVP, CVC e CA, que posteriormente apresentamos à equipa de enfermagem (Apêndice O). Deste modo, podemos concluir que os aspetos anteriormente referidos, se constituem como contributos que permitiram não apenas basear a nossa *praxis* clínica em padrões sólidos de conhecimentos, mas também permitiram a disseminação de evidência científica recente.

Por forma a mantermos a atualização de conhecimentos científicos recentes, optámos por participar em atividade formativas com relevância científica, nomeadamente EUSEM 2021 (Apêndice N) e IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Apêndice Q), onde para além de participarmos como assistência, apresentámos trabalhos científicos, nomeadamente no congresso EUSEM apresentámos póster científico, como autora principal, “*Benefit of Administering High-flow Nasal Oxygen Therapy for an Adult Patient*” (Apêndice T) e no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem fomos coautoras no póster científico “Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em Contexto de Emergência” (Apêndice S). Foram outros, os congressos onde realizámos a nossa inscrição, nomeadamente XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva que foi adiado fruto da pandemia para o mês de Abril.

O enfermeiro especialista “responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Neste sentido promovemos sessões de formação à equipa de enfermagem, nomeadamente Protocolo Comunicação de Más Notícias (Apêndice K), Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de boa prática (Apêndice K) e por último Cateter Venoso Central/Periférico e Cateter Arterial em Unidade de Cuidados Intensivos: Critérios para manutenção e remoção

(Apêndice O). Os mesmos permitiram a transmissão de conhecimentos com base em evidência científica recente à equipa de enfermagem.

Face ao mencionado no que diz respeito as competências referidas acreditamos que as mesmas foram alcançadas.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre

De acordo com o Regulamento n.º 190/2019 as competências específicas são definidas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (p.4745).

Assim, a OE para além do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, estabelece o Regulamento n.º 429/2018 que regula as competências do EEEMC-PSC, nomeadamente:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) 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.” (p.19359).

Tendo por base o definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica “os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica serão reconhecidos como elementos-

chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2017, p.11).

Adotando a metodologia utilizada anteriormente para a descrição, análise, reflexão e fundamentação relativamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do EEEMC-PSC serão abordadas paralelamente com as competências de mestre em Enfermagem, sempre que entendamos pertinente.

- **Competências específicas do EEEMCPSC:**

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

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

A pessoa em situação crítica é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são assim, consideradas altamente qualificadas e “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 n.º429/2018, p.19363).

À luz da teoria de Meleis et al. (2000), todos os processos de transição envolvem mudanças, que podem estar relacionadas a eventos críticos. Assim o cuidado à pessoa que experiencia estes processos de transição são o centro da nossa *praxis* clínica, iniciando-se no nosso local de trabalho bem como em todo o processo de aprendizagem caracterizado neste relatório.

Cabe ao enfermeiro especialista perante a pessoa em situação crítica/família a vivenciar processos de transição complexos de doença crítica ou falência multiorgânica,

mobilizar “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (Regulamento n.º429/2018, p. 19363).

Por forma a dar resposta ao supracitado, desenvolvemos competências na deteção rápida e resposta antecipatória perante processos de instabilidade. Como tal, optámos pelo uso da abordagem ABCDE, por se tratar de uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima que procura a identificação de lesões, bem como o seu tratamento com base na prioridade atribuída. Esta abordagem facilita a atuação do enfermeiro na avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica bem como a deteção precoce e priorização de eventuais problemas e resolução dos mesmos. A avaliação deve ser realizada pela seguinte ordem: A (*Airways*) – Vias Áreas com controlo da coluna cervical, B (*Breathing*) – Respiração e Ventilação; C (*Circulation*) – Circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) – Estado Neurológico; E (*Exposure*) – Exposição e controle da Temperatura. Esta abordagem permite uma avaliação rápida, completa e sistematizada (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012; Linders et al., 2020; *Resuscitation Council*, 2014; Smith & Bowden, 2017;).

Ao longo do estágio desenvolvido em UCI, utilizámos a abordagem ABCDE como ferramenta de avaliação da pessoa em situação crítica e ainda na sistematização e documentação dos cuidados prestados, na transição de cuidados realizada na passagem de turno. Para além disso, importa referir que no desenvolvimento do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI, optámos por utilizar a abordagem ABCDE em consonância com as atividades de vida diária de Roper, Longan e Tierney por forma a uniformizar a transmissão de informação por todos os elementos da equipa de enfermagem.

Ao longo do nosso percurso académico e profissional, foram desenvolvidas competências relacionadas com a prestação de cuidados de elevada complexidade, nomeadamente cuidados de enfermagem na entubação orotraquel, manutenção de via aérea artificial, gestão da VMI e VNI, colheita e interpretação de gasimetria arterial, oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, intervenções de enfermagem ao doente submetido a traqueostomia percutânea e broncofibroscopia, posicionamento de doente crítico, nomeadamente decúbito ventral em doente com patologia COVID-19, drenagem ventricular externa, otimização de pressão perfusão cerebral, avaliação de pressão venosa central e pressão intra-abdominal, intervenções de enfermagem na colocação, manutenção e remoção de cateter venoso

central e arterial, cuidados de enfermagem ao doente com dreno pleural, torácico e abdominal, realização de TSR e utilização de índice bispectral. Tentámos ao longo de todo o estágio aumentar o nosso conhecimento sobre as referidas temáticas através de evidência científica atual com pesquisa de bibliografia nas bases de dados científicas, e observação de enfermeira orientadora, que por se tratar de enfermeira perita na área nos permitiu a aquisição de vários conhecimentos e nos proporcionou momentos de reflexão e crescimento profissional.

Tivemos ainda a oportunidade de assistir à canulação de doente com COVID-19, para a realização de ECMO, o que se tornou num momento de novas aprendizagens com aquisição de conhecimentos e evolução profissional. Desenvolvemos ainda, competências no âmbito do transporte intra-hospitalar do doente crítico no acompanhamento ao serviço de radiologia ou bloco operatório, deste modo pudemos colocar em prática as recomendações provindas da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no que diz respeito ao planeamento e realização de transporte de doente crítico, nomeadamente que o mesmo deve ser realizado com acompanhamento de equipa médica e de enfermagem tendo por base aspetos como a coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento e documentação. A preparação do transporte passa por certificar a presença dos equipamentos médicos necessários bem como bateria suficiente para a deslocação, a preparação de fármacos suficientes bem como garantir a correta permeabilidade de todos os dispositivos invasivos. Para garantir todos os passos necessários, lemos os protocolos existentes e procedemos ao preenchimento da *check-list* desenvolvida pelo serviço para a preparação do transporte intra-hospitalar (Canellas et al., 2020; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Foi-nos ainda possível desenvolver conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma, através do aproveitamento positivo à unidade curricular Enfermagem Médico-cirúrgica IV, onde procedemos à realização de cursos de Suporte de Avançado de Vida (SAV) e *International Trauma Life Support* (ITLS). Igualmente ao longo do estágio pudemos desenvolver competências de SAV, nomeadamente na reanimação à pessoa internada em contexto de UCI vítima de PCR, o que nos permitiu colocar os conhecimentos adquiridos em prática. A título de exemplo deixamos ainda, o caso clínico de um doente vítima de acidente de velocípede com laceração da artéria femoral, ao qual foi

aplicado um torniquete em contexto pré-hospitalar, temática sobre a qual não possuíamos muitos conhecimentos, tendo para o efeito realizado reflexão com a enfermeira orientadora e posterior elaboração e apresentação de póster científico “Vantagens da utilização de torniquete para controlo da hemorragia ativa em contexto de emergência” (Apêndice S).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica internada em UCI devido a multiplicidade de patologias assume-se como complexa, sendo em momentos de maior instabilidade importante que toda a equipa multidisciplinar saiba como agir, atuando tempo por base os protocolos instituídos. Cabe ainda ao EEEMC-PSC a administração destes mesmos protocolos. A enfermagem tem procurado formas de incorporar a evidência científica à sua *praxis* clínica, como tal investigam instrumentos que possam facilitar o seu trabalho bem como de toda a equipa. Os protocolos podem considerar-se instrumentos facilitadores das práticas de enfermagem, uma vez que “são construídos com base nas melhores evidências disponíveis, de acordo com a realidade local, com a experiência dos profissionais e com a preferência dos clientes.” (Viera et al., 2020, p. 2). Assim entendemos que os protocolos permitem a prestação de cuidados adequados, eficazes e efetivos para a situação clínica, causando mais benefícios que danos, facilitando a tomada de decisão e proporcionando maior segurança a toda a equipa (Viera et al., 2020).

No decorrer do Estágio Final, deparámo-nos com a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos o que nos permitiu o desenvolvimento de competências nesta área. Desde o início do estágio, optámos por consultar os protocolos mais comumente utilizados na prática clínica diária por forma a preparar a nossa *performance* e atuarmos em conformidade. A título de exemplo, expomos vários protocolos como o controlo de glicémia, gestão de dor, agitação e *delirium*, normoterapia terapêutica no pós-PCR, TSR com anticoagulação com citrato, mais específico o protocolo de terapia fibrinolítica na hemorragia intraventricular, que tivemos a possibilidade de aplicar na prática clínica, e o protocolo de doação de órgãos que para além da consulta pudemos refletir com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar, uma vez que durante o estágio houve um doente referenciado como dador de órgãos.

De acordo com Parcker et al. (2019), a hemorragia intraventricular é uma “afecção com altas taxas de mortalidade, sendo a terapêutica com drenagem ventricular externa muito bem consolidada.” (p.458). Os mesmos autores referem ainda que a terapia

fibrinolítica intraventricular demonstra “uma boa adição ao manejo destes pacientes, diminuindo o tempo de permanência na UTI e o tempo de necessidade de drenagem ventricular externa, assim como agilizando a velocidade de resolução do coágulo.” (p.458).

A equipa multidisciplinar das UCI que atuam na doação e transplante de órgãos necessitam de conhecimentos e habilidades para conduzir este processo em todas as etapas, para que o mesmo seja rápido, ágil, efetivo e de qualidade por forma a evitar perdas de potenciais dadores ou problemas durante o processo (Senna et al. 2020).

Assim, podemos contatar que os protocolos terapêuticos são úteis para nortear e uniformizar a prestação de cuidados, acarretando ganhos e qualidade em saúde e que durante a nossa *praxis* clínica fazemos uso dos mesmos.

Cabe ao enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, fazer a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar (...), otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363). Neste sentido e sendo a dor considerada como o 5º sinal vital (DGS, 2003), considerámos pertinente o desenvolvimento de competências e conhecimentos relativos à temática.

Constatámos que a avaliação da dor na pessoa em situação crítica acarreta desafios extras pelas especificidades e complexidade das patologias inerentes, uma vez que a maioria das pessoas internadas em contexto de UCI apresentam alteração do estado de consciência e necessidade de VMI não sendo possível expressar a sua dor através da fala.

De acordo com Nunes (2008) no Guia Orientador de Boa Prática acerca da temática desenvolvido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, “cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados.” (p.7), do mesmo modo “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional.” (p.7), tornando-se impreterível “valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode (...) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (OE, 2008, p.8).

Ainda a DGS (2008), aquando do desenvolvimento do Programa Nacional de Controlo da Dor afirma que “deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal” (p.8).

Assim, devemos entender que o controlo e gestão da dor na pessoa em situação crítica envolve a avaliação, monitorização e implementação de intervenções interdependentes e dependes para o seu tratamento (Máximo & Puga, 2021).

De acordo com Teixeira & Durão (2016), a dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica bem como a sua “manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no serviço de urgência (SU) e unidade de cuidados intensivos (UCI), quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita” (p. 136). Os mesmos autores defendem ainda que a aspetos como dificuldade na comunicação, medo, ansiedade, alteração estado de consciência bem como alterações patológicas influenciam e agravam este processo.

Assim, por forma a garantir uma correta monitorização e avaliação da dor, o enfermeiro especialista deve demonstrar especial atenção a indicadores fisiológicos e comportamentos demonstrados pela pessoa em situação crítica com dor, os mesmos completam as escalas comportamentais da dor que se tratam de ferramentas indispensáveis. (Teixeira & Durão, 2016).

Deste modo, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica internada em UCI, procedemos à avaliação da dor através do uso de Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) no caso de doente com VMI e/ou alteração do estado de consciente, e escala numérica da dor, no caso de doente sem alteração do estado de consciência. A avaliação da escala de dor no contexto de UCI onde desenvolvemos o estágio é avaliada e registada de 2h-2h, a administração contínua de fármacos analgésicos é tida em consideração por toda a equipa multidisciplinar, no sentido de minimizar a dor inerente aos processos de doença e aos dispositivos invasivos utilizados no seu tratamento, ainda a administração de fármacos em bolús aquando da previsão de técnica ou procedimento que possa provocar dor antes da sua realização. Importa ainda referir as intervenções não farmacológicas adotadas pela equipa, como é o caso dos posicionamentos e massagem corporal.

Devido à complexidade dos internamentos em UCI, por vezes a administração de terapêutica analgésica torna-se ineficaz, sendo necessário a sua associação a fármacos sedativos.

De acordo com Máximo e Puga (2021), a sedação em UCI demonstrou implicações no prognóstico do doente, assim a sedação profunda e prolongada, foi substituída por protocolos de sedação ligeira na gestão da dor, do *delirium* e da agitação. O seu objetivo é o “conforto do doente e facilitação da administração de cuidados e realização de procedimento” (p. 157).

Existem diversos algoritmos de abordagem à pessoa em situação crítica com o objetivo de alívio da dor e promoção de conforto através do uso de sedação ligeira ou mesmo sem uso de sedação, por forma a permitir uma mobilização precoce do doente reduzindo a probabilidade de agitação, sendo o mais frequentemente encontrado na literatura a *Bundle ABCDEF*, que se constitui por: A – *Assessing pain*; B – *Both spontaneous awakening and breathing trials*; C – *Choice of Drugs*; D – *Delirium monitoring/management*; E – *Early exercise/mobility*; F – *Family empowerment* (Máximo & Puga, 2021). Na UCI onde desenvolvemos o estágio, pudemos constatar que a maioria das indicações contantes nesta *bundle* são aplicadas regularmente pela equipa de enfermagem bem como equipa multidisciplinar.

Posto isto, entendemos ter desenvolvido competências na gestão e controlo de dor associada ao internamento de pessoa em situação crítica em contexto de UCI.

Ao longo do estágio em UCI, para além da dor física vivenciada pela pessoa em situação crítica, deparámo-nos com algumas situações de desconforto emocional tanto pela pessoa em situação crítica com pela família/cuidador. Deste modo, procurámos desenvolver uma relação terapêutica que nos permite-se auxiliar o outro no processo de transição experienciado. Para tal realizámos pesquisa bibliográfica para entender e compreender as intervenções de enfermagem que contribuem para o estabelecimento de relação terapêutica enfermeiro – pessoa em situação crítica/família.

Segundo Phaneuf (2005) relação de ajuda por ser definida como “uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de

uma prova” (p. 324), permitindo ao indivíduo melhor compreensão e aceitação da sua situação, desenvolvendo competência que lhe permitem ser mais autónomo demonstrando “coragem diante de adversidades, e mesmo diante da morte.” (p. 324).

Fazendo uso dos conhecimentos desenvolvidos na Unidade Curricular Relação de Ajuda, reconhecemos a importância do estabelecimento de relação terapêutica por forma a identificar, compreender e auxiliar o outro na gestão e promoção de estratégias para a resolução de problemas potenciais ou existentes. Relativamente aos cuidados em fim de vida, procurámos atender as necessidades individuais do doente/família bem como os seus desejos respeitando crenças e valores e implementando medidas de resposta direcionadas para o controlo sintomático, prestação de apoio emocional e espiritual através de comunicação empática.

Segundo Ventura et al. (2019), a morte é um acontecimento singular, pelo que a sua experiência é única e a abordagem dos profissionais de saúde deve sempre depender dos princípios, valores e crenças do doente e da sua família. Por se tratarem de momentos de angústia e dor, devem ser tidos como eventos reflexivos para a melhoria das competências profissionais. Assim, apostámos sempre na reflexão conjunta com a enfermeira orientadora bem como com a restante equipa multidisciplinar por forma a desenvolver competências na área das estratégias facilitadoras de dignificação de processo de morte e luto.

Em contexto de UCI, a presença de familiar/cuidador apresenta diversos benefícios, nomeadamente diminuição de taxas de *delirium*, promoção de bem-estar e tranquilidade no doente e melhor aceitação do processo de doença. No caso dos doentes em final de vida, estes acompanhantes podem também auxiliar na compreensão de informações e de opções terapêuticas, potenciando uma tomada de decisão consciente. Durante a pandemia COVID-19, as visitas e a presença de famílias em UCI, foi proibida o que não só provocou aumento da taxa de ansiedade e *stress* nos doentes/famílias mas também acarretou sentimentos negativos para a equipa multidisciplinar. Como tal, foram desenvolvidas várias estratégias para promover a relação doente/família sem a exposição a risco de contaminação, nomeadamente visitas virtuais e telefonemas (Moraes et al., 2021).

O estágio por nos desenvolvido ocorreu em conjuntura pandémica, pelo que tivemos possibilidade de refletir e desenvolver competências relacionadas com o exposto

anteriormente. Uma vez, que o referido estágio se desenvolveu findados cerca de 16 meses do início da pandemia, as regras relativamente as visitas já não se encontram tão restritas e rigorosas como no seu início, contudo ainda não se encontram iguais a fase pré pandémica, pelo que foi necessário o desenvolvimento de competências na área.

No contexto de hospitalização em UCI a comunicação ganha importância acrescida, pois a mesma emerge de forma explícita ou implícita no estabelecimento de relações terapêuticas entre enfermeiros e família. De acordo com Meleis (2010, p.20) a comunicação humana pode ser entendido como “um processo de comportamento baseado em um sistema de troca de símbolos em que o significado é transmitido e interpretado entre aqueles que interagem” (p.20). Neste sentido, espera-se que na interação com a família que experiencia um processo de transição saúde-doença, os enfermeiros implementem estratégias facilitadoras de comunicação e se tornem essenciais neste processo.

Sendo este o foco de maior interesse por nós demonstrado, e tendo em consideração que a IPM desenvolvida se relaciona com a comunicação, nomeadamente comunicação de más notícias e comunicação diária com a família em UCI, interessa referir que desenvolvemos competências relacionadas com a temática. Através da elaboração do protocolo de comunicação de más notícias (Apêndice G) e ainda do guia orientador para a comunicação diária com a família em UCI. (Apêndice I), bem como da revisão sistemática da literatura “Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura” (Apêndice H) conseguimos auferir a importância que a comunicação desempenha no estabelecimento de relações terapêuticas com doente e família/cuidador.

Para além das estratégias anteriormente referidas importa salientar a utilização de estratégias comunicacionais adaptadas aos doentes com entubação endotraqueal que se encontrava consciente, nomeadamente através da escrita, compreensão da comunicação não-verbal, através do uso de gestos e expressões.

De acordo com o explanado até aqui, consideramos que foi adquirida a competência de cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

- **Competências específicas do EEEMCPSC:**

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

Tendo como ponto de partida o Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência.” (Lei n.º 156/2015, p. 8079).

A Lei n.º 27/2006, Lei de Bases da Proteção Civil, define catástrofe como um “acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (p.4696).

Nas últimas décadas pudemos assistir à ocorrência de catástrofes e desastre com maior frequência, o que causa um impacto drástico na vida dos indivíduos e comunidades, causando danos físicos, materiais e psicológicos irreversíveis (*International Council of Nurses [ICN], 2019*). A implementação de planos de emergência, que podem ser definidos como processos de preparação estruturada para futuras situações de contingência, tendo em consideração a manutenção da segurança pública, a diminuição de danos, a proteção da vulnerabilidade e a utilização eficiente de recursos (Alexander, 2015).

A capacidade de resposta por parte da equipa de emergência e das instituições hospitalares torna-se fundamental em situações de catástrofe. Os enfermeiros assumem papéis essenciais, atuando na resposta pré-hospitalar, na triagem, na prestação de cuidados, gestão de recursos humanos e materiais, entre outros (ICN, 2019).

Iniciámos as nossas atividades no âmbito de desenvolvimento de competências relacionadas com o tema, através da consulta do plano de resposta a catástrofe da unidade onde decorreu o estágio bem como o plano distrital e municipal referente a área geográfica, onde se desenvolveu o mesmo. Os conhecimentos adquiridos na unidade curricular Enfermagem Médico-cirúrgica III foram úteis e mobilizados no sentido de desenvolver competências na área, nomeadamente através do Decreto-Lei n.º 72/2013 que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro e a orientação n.º 007/2010 da DGS sobre a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde, onde é recomendado

a todas as unidades de saúde do sistema nacional a elaboração de um Plano de Emergência Médica.

Apesar de durante o estágio não termos tido oportunidade de colaborar em atividades de treino ou conceção de catástrofe ou emergência multivítimas, procurámos através de pesquisa e de assistência a palestra no Congresso EUSEM 2021 (Apêndice N) desenvolver estas competências, nomeadamente, *“Unexpected but unavoidable: the importance of stockpiling”*; *“Hospital Disaster Preparedness: the viewpoint of a Critical Care nurse and Hospital Disaster coordinator”*; *“Prehospital Management of the multitrauma patient”*.

Desenvolvemos também em coautoria um póster sobre “Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em Contexto de Emergência” que apresentamos no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, onde recebemos menção honrosa, tendo sido possível desenvolver competências neste vertente (Apêndice S).

Contudo o presente estágio, como referido diversas vezes ao longo do relatório foi desenvolvido em plena conjuntura pandémica por COVID-19, o que nos permitiu desenvolver competências em contexto real no que diz respeito a situações de exceção.

A velocidade de propagação do SARS-COV-2 a nível mundial e a fraca capacidade dos sistemas de saúde desencadearam uma crise de saúde pública. Até a data de 14 de Março de 2022, cerca de dois anos após o início da pandemia, foram registados um total de 6 043 094 de mortos e mais de 458 000 000 casos confirmados de COVID-19 (WHO, 2022). Como resposta ao número elevado de casos, Portugal adotou vários planos de alerta, contingência, calamidade e emergência por forma a conter a propagação do vírus, estes planos exigirem dos serviços de saúde e da proteção civil uma constante adaptação. Foi assim, criado o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença pelo novo coronavírus, publicado em 2020 que é “uma ferramenta estratégica de preparação e resposta a uma potencial epidemia pelo vírus SARS-CoV-2.” (DGS, 2020a, p. 1). O presente plano tem como referência “as orientações da Organização Mundial da Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, sendo o documento de referência nacional no que respeita ao planeamento da resposta a COVID-19.” (DGS, 2020a, p. 1).

Para resposta a estas adaptações e ao aumento de número de casos, os serviços foram reorganizados, o que aconteceu com a UCIP onde desenvolvemos o estágio. Para além da readaptação do espaço físico com a criação de mais cama, foi necessária uma redistribuição de equipamentos e o aumento de recursos humanos. Durante este período os serviços foram reforçados com equipamentos desconhecidos, com recursos humanos mobilizados de outros serviços e com a constante insegurança inerente a prestação de cuidados ao doente COVID-19. Estas medidas provocaram instabilidade nas equipas multidisciplinares, contudo todos os profissionais demonstraram dedicação e empenho para colmatar as mesmas.

Mao et al. (2020) acrescentam que em contexto de exceção, tal como a referida pandemia, aos enfermeiros, em especial aos enfermeiros especialistas, é-lhes exigido um conjunto de competências que podem ser agrupadas em oito domínios: preparação e planeamento, que correspondem às ações tomadas para aumentar a prontidão e confiança durante os eventos; comunicação; gestão de incidentes/estrutura de resposta às catástrofes ou emergências; segurança e proteção; avaliação/colheita de dados; intervenção; recuperação/medidas tomadas para facilitar a retoma da normalidade – mitigação; competências legais e éticas.

Foi-nos possível refletir em conjunto com a enfermeira orientadora acerca dos sentimentos de insegurança, medo, frustração e desmotivação que a pandemia acarreta, bem como pudemos aprimorar conhecimentos relacionados com condições de segurança, utilização de Equipamento de proteção individual (EPI) e prática de cuidados em situação de exceção, nomeadamente como atuar em situação de emergência no doente COVID, entre outros.

Importa referir ainda, a coautoria de póster científico desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-cirúrgica III, com apresentação no Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021), denominado “*Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals*” (Apêndice U), onde procurámos entender o impacto psicológico que pandemia COVID-19 acarreta para os profissionais de saúde.

Neste seguimento, acreditamos através de todo o percurso descrito ter desenvolvido competências no âmbito de situações de emergência, catástrofe e exceção.

- **Competências específicas do EEEMCPSC:**

3 — Maximiza a intervenção na prevenção 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.

De acordo com DGS (2009) as IACS são definidas como uma condição localizada ou sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos, que ocorre durante a hospitalização, para a qual não existe evidência que estivesse presente no momento da admissão e que corresponde às definições de infeção específicas quanto à sua localização. Ainda, segundo a WHO (2002), pode ser entendida como uma infeção que ocorre durante a prestação de cuidados hospitalares, que não se encontrava presente no momento da admissão. Segundo esta definição, são ainda incluídas nas IACS, as infeções que se manifestam após a alta ou as adquiridas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados.

Ao longo dos anos as IACS tem assumido relevância acrescida, com aumento da esperança média de vida e o avanço tecnológico, tem-se desenvolvido e utilizado técnicas mais invasivas que por conseguinte, crescem maiores riscos de infeção. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com contacto mais próximo, direto e permanente com o doente, por isso assumem um papel preponderante na prevenção de IACS.

Deste modo a OE através do regulamento n.º 429/2018, refere que o EEEMCPSC deve considerar o risco de infeção tendo em consideração os diversos contextos de atuação bem como a complexidade das mesmas e a “diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (p. 19364).

À semelhança do que realizámos relativamente as restantes competências, no início do estágio, optámos por rever documentos relacionados com a temática, nomeadamente, planos e relatórios de âmbito nacional e internacional, publicados no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) e pelo

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (DGS, 2007; DGS, 2017b; DGS, 2018; ECDC, 2018a; ECDC, 2018b), bem como as diretivas e normas emanadas pela DGS, relativas as *bundles* para prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2015c), prevenção de infeção do local cirúrgico (DGS,2015b), prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2017c) e prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017d).

Fazendo novamente a ponte à referida conjuntura pandémica na qual desenvolvemos o estágio, importa referir que foram criadas e publicadas pela DGS várias normas relativamente ao doente com COVID-19, que fomos lendo e acompanhando a sua atualização ao longo do tempo. Importa referir algumas como a prevenção e controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): EPI (DGS, 2020b), Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares (DGS, 2020c), Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19) (DGS, 2020d), Terapêutica nutricional no doente com COVID-19 (DGS, 2020e), Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares (DGS, 2022f), COVID-19: Procedimentos *post mortem* (DGS, 2020g) e COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO - Resposta em Medicina Intensiva (DGS, 2020h).

Para além de todas as recomendações referentes às precauções básicas de isolamento com o doente COVID-19, relemos também todas as normas e recomendações referentes aos restantes isolamentos. Para esta temática recorreremos ainda aos conhecimentos adquiridos no âmbito da unidade curricular Enfermagem Médico-cirúrgica V.

Simultaneamente à consulta dos documentos referidos anteriormente procurámos conhecer as normas e protocolos existentes no serviço, constatando que esta temática é considerada como problemática significativa para os elementos da equipa, existindo vários protocolos que cumprem as recomendações nacionais e internacionais. De salientar que na grande maioria dos protocolos existentes no serviço, mesmo os que não diretamente relacionados com a temática do controlo de infeção, foi possível observar a existência de capítulo com enfoque no uso de equipamento de proteção individual bem como higienização das mãos.

Na prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica, aplicámos os conhecimentos adquiridos anteriormente e procurámos cumprir as recomendações de boas

práticas na prevenção e controlo de IACS. Através da reflexão com a enfermeira orientadora bem como com a enfermeira elo de ligação do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA pudemos ver esclarecidas algumas dúvidas e incrementado o nosso raciocínio clínico relativamente a temática.

No âmbito do desenvolvimento das competências relacionadas com o controlo de IACS, realizámos uma pesquisa bibliográfica acerca da temática critérios para a manutenção de CVC, CVP e LA em UCI. O objetivo da referida pesquisa foi justificar a continuidade destes dispositivos na pessoa em situação crítica internada na UCIP, de forma a minimizar o tempo desnecessário de utilização dos mesmos, prevenindo infeções associadas à sua utilização. Esta pesquisa foi posteriormente utilizada como base para a atualização do aplicativo informático de registo de enfermagem acerca das intervenções relacionadas com a utilização dos referidos dispositivos (Apêndice O). Realizámos ainda uma sessão formativa junto da equipa de enfermagem acerca da temática (Apêndice P).

Referir ainda como atividade desenvolvida no âmbito das competências em questão, a realização de quatro turnos com a enfermeira elo de ligação com o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, onde auxiliámos na realização de auditorias no serviço, no âmbito da correta utilização de luvas, higienização das mãos, presença de adornos bem como presença e manutenção de dispositivos invasivos. Estes turnos permitiram a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no que diz respeito às responsabilidades relativas ao elemento elo de ligação com o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA. Os mesmos permitiram ainda a reflexão sobre a temática com uma enfermeira considerada perita na área.

Tendo por base o referido anteriormente, acreditámos ter desenvolvido e adquirido as competências referidas anteriormente.

Importa ainda referir e tendo em consideração o apresentado ao longo da reflexão sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEEMC-PSC, que consideramos desenvolvida também a sétima competência de mestre:

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio finaliza um ciclo de aprendizagem profissional com a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem, nomeadamente EMC-PSC, o mesmo reflete o nosso percurso ao longo de todo o curso onde procurámos articular e integrar todos os conteúdos e contributo das diferentes unidades curriculares, com base na evidência científica mais recente e na teoria de medio alcance identificada como referência, bem como no desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem, competências comuns e específicas de enfermagem especialista.

No que respeita ao campo de estágio onde desenvolvemos o Estágio Final, de referir a pouca experiência prévia na área de UCI e o desafio ao qual nos propusemos, que apesar das dificuldades se demonstrou uma mais-valia na aquisição de conhecimentos relativamente a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como no desenvolvimento de competências. A análise do enquadramento institucional, dos recursos disponíveis e da gestão e produção de cuidados da UCIP onde desenvolvemos o estágio, permitiu a perceção sobre as importantes componentes inerentes ao bom funcionamento de uma UCI.

Relativamente à concretização da IPM, que se caracterizou por um projeto de melhoria contínua dos cuidados, com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade na transmissão de más notícias bem como na comunicação diária com a família/cuidador da pessoa em situação crítica internada em contexto de UCI. Partimos da identificação e justificação da problemática em UCI, revisando conceitos importantes e articulando com o referencial teórico selecionado. Perante as necessidades identificadas e recorrendo à metodologia de projeto, delineámos um plano de intervenção com atividade e estratégias para colmatar as necessidades encontradas, fundamentado através de uma revisão sistemática da literatura e finalizando na elaboração e apresentação de proposta de protocolo de comunicação de más notícias e no guia orientador de boa prática para a comunicação com a família em UCI.

De salientar, que as propostas foram aceites e aprovadas pela enfermeira gestora, posteriormente apresentadas à equipa de enfermagem e implementadas como projeto de

melhoria contínua. Posto isto, consideramos a intervenção desenvolvida como uma mais-valia para o serviço, tendo sido desenvolvidas ferramentas importantes de uniformização de procedimentos o que permite o incremento da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica bem como família/cuidador em contexto de UCI. Devido à limitação cronológica não foi possível auferir a taxa de adesão por parte da equipa nem os resultados advindos da sua implementação, todavia a inclusão de elementos da equipa multidisciplinar no grupo de trabalho permitirá a continuidade da mesma.

Este percurso permitiu-nos o desenvolvimento de competências e habilidade através da pesquisa, reflexão e observação de enfermeiros peritos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como nos permitiu colmatar dificuldades e limitações pré-existentes.

A escolha da Teoria das Transições de Afaf Meleis demonstrou-se adequada na medida em que a IPM desenvolvida se relaciona com a comunicação e com a transmissão de informações referentes a processos de transição de saúde-doença experienciados pela pessoa em situação crítica internada em UCI, nomeadamente na comunicação com a família da mesma. Deste modo, a sua escolha revelou-se pertinente e acertada na medida em que a autora da teoria de médio alcance, define diversos conceitos e defende vários pressupostos que deram sustento à nossa prática, reflexão e ao desenvolvimento satisfatório da IPM.

O presente relatório contou também como a análise reflexiva de todo o percurso desenvolvido tanto no Estágio Final como em todo o percurso do mestrado em Enfermagem, no qual desenvolvemos conhecimentos e competências através do desenvolvimento de atividades com o intuito de alcançar as competências de mestre e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Ao longo desta reflexão crítica reflexiva, fizemos ponto de ligação com a evidência científica recente bem como com normas e regulamentos nacionais e internacionais que sustentam a nossa praxis clínica, para justificar o desenvolvimento e aquisição das referidas competências.

Perante o supramencionado, consideramos ter desenvolvido e alcançados os objetivos a que nos propusemos para o presente relatório, no que diz respeito à caracterização do local de estágio, apresentação da IPM desenvolvida e reflexão crítica

reflexiva sobre todo o percurso desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista bem como competências de mestre.

A posterior apresentação do mesmo em provas públicas encerrará um capítulo do nosso percurso formativo de extrema importância e que acarretou não apenas ganhos para o nosso desenvolvimento profissional como acarretou também ganhos essenciais para o nosso desenvolvimento pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, D. (2015). Disaster and Emergency Planning for Preparedness, Response, and Recovery. *Oxford Research Encyclopedia, Natural Hazard Science*: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.12>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists And Their Work* (8^o ed.). Elsevier: Mosby.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7^o ed.). APA.
- Baile, W. F., Buckman R., Lenzi R. G., Goble G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302 –311. <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (2^a ed.). Quarteto.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal*, 288,1597-15999. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>
- Bueno, V. J. M., Ovies, A., La Calle, G. & Lallemand, Z. C. (2018). Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Medicina Intensiva*, 42(6), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.05.004>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L. & Overcash, J. (2018). Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 21(5), 573-580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
- Cabarkapa, S., Nadjibai, S. E., Murgier, J. & Ng, C. H. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior & Immunity – Health*, 8, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>
- Calsavara, V. J., Scorsolini-Comin, F & Curyfolo, C. A. C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 25(1),92-102. <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9>

- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P. & Rabias, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 60(1), 541-556. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Centro Hospitalar Universitário (2020). Plano de Atividades e Orçamento 2020 (PAO 2020). <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>
- Centro Hospitalar Universitário (2021). Plano de Atividades e Orçamento. Triénio 2021-2023. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/PAO-2021-2023.pdf>
- Cervo, C.S. & Hutz, C.S. (2017). Liderança autêntica: da concepção teórica às implicações práticas, uma discussão integrada. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte, Zapata, D., Traver, A., Gondim, S., Alberton, G., Cervo. C., Hutz, C., Campos, I & Lousã E. Liderança e seus Efeitos. (pp. 91-111). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/17395/1/A%20influ%C3%Aancia%20da%20lideran%C3%A7a%20nos%20comportamentos.pdf>
- Chalifour, J. (1989). *La realtion d'aide eu soins infirmiers: Une perspective hilistique-humaniste*. Gâetan Morin Édites Itée.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy of Sciences. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Damiani, M. F., Rochefort, R. S., Castro, R. F., Dariz, M. R. & Pinheiro, S. S. (2013). Pesquisas do tipo intervenção pedagógica. *Cadernos de Educação*, 45, 57-67. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/3822/3074>
- Decreto – lei n.º 71/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: série I, n.º 101. <https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Decreto-lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Diário da República: série I, n.º 157. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Decreto-lei n.º 72/2013 do Ministério da Administração Interna (2013). Diário da República: série I, n.º 105. <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/05/10500/0319003199.pdf>.

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: série II, n.º 153. <https://dre.pt/application/file/a/55606657>

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: série II, n.º 102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República: série II, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Direção Geral da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2022). *Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19 – Relatório n.º 42*. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/20220114_Monitorizacao_Epidemia_COVID-19.pdf

Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 09/DGCG*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção Geral da Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção*. Relatório. <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp->

content/uploads/sites/2/2013/04/_images_centrodocs_normas_normas_IACS_IPI_IPIRelat_2009.pdf

Direção Geral da Saúde (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Ministério da Saúde. Orientação n.º 007/2010.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA Norma n.º 015/2014.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015a). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020.* <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015b). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Norma n.º 020/2015.* <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015c). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 022/2015.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma N.º 001/2017.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017.* https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde (2017c). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma n.º 019/2015.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2017d). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma n.º 021/2015.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018.* <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2020a). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença.* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2020b). *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual. Norma n.º 07/2020.* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/norma_07_2020-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2020c). *Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares. Orientação n.º 12/2020* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/orientacao_12_2020-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2020d). *Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19). Orientação n.º 13/2020.* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/orientacao_13_2020-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2020e). *COVID-19: Terapêutica nutricional no doente com COVID-19. Orientação n.º 21/2020.* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/orientacao_21_2020-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2020f). *COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Orientação n.º 38/2020.* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/orientacao_38_2020-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2020g). *COVID-19: Procedimentos post mortem. Norma n.º 02/2020.* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/norma_02_2020-pdf.aspx

- Direção Geral da Saúde (2020h). *COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO - Resposta em Medicina Intensiva. Norma n.º 05/2020.* https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/norma_05_2020-pdf.aspx
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018a). *Incidence and attributable mortality of healthcare-associated infections in intensive care units in Europe, 2008–2012.* <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/surveillance-report-HAI-Net-ICU-mortality-2008-2012.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018b). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units, Annual epidemiological report for 2016.* https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI_0.pdf
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131-135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Fontes, A. I. S. & Ferreira, A. C. O. S. (2009). Do Outro Lado da Porta... Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Sinais Vitais*, 85, 33-38. <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/439-revista-no-85-jullho-2009?start=5>
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz, M. R. (2017). Comunicação de más notícias: Revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-54. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusociência
- Hoffmann, M., Hool, A. K., Burgsteiner, H., Eller, P., Pieber, T. R. & Amrein, K. (2018). Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients: Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals. *Wiener Klinische Wochenschrift – The Central European Journal of Medicine*, 130, 645-652, <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1377-1>
- Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious mechanically. *Critical Care*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: Models and

- assessment structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 772-777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT*. Versão 2.0. 1ª Edição. INEM. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2011*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- International Council of Nurses (2019). *Patient safety: Global action on patient safety. 144th session of the World Health Organization Executive Board*. The World Health Organization headquarters.:https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_R12-en.pdf
- Kathleen, L. N. & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: A strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and the definition of quality of care. *Quality Review Bulletin*, 17(1), 6–9. [https://doi.org/10.1016/s0097-5990\(16\)30413-4](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30413-4)
- Le Boterf, G. (1998). *L'Ingénierie des compétences*. Éditions d'Organisation.
- Lei Constitucional n.º 1/2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República: série I-A, n.º 155. <https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>
- Lei n.º 12/2005 do Ministério da Saúde (2005). Diário da República: série I-A, n.º 18. <https://files.dre.pt/1s/2005/01/018a00/06060611.pdf>
- Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República (2006). Diário da República: série I, n.º 126. <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Lei n.º 95/2019 do Ministério da Saúde (2019). Diário da República: série I, n.º 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei n.º156/2015 da Assembleia da República (2015). Diário da República: série I, n.º 181. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

- Linders, M., Bruinink, L., Boode, W., Fluit, M. & Hogeveen, M. (2020). The ABCDE approach in critically ill or injured patients: A scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Resuscitation Journal*, 155 (1).
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.08.044>
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B. & Caprara A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (1), 52-57.
<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>
- Lotra, V. (2017) A conspiração do silêncio nas más notícias – o aparente obstáculo intransponível. *Revista Percursos*, 2(6), 10-15.
<https://hdl.handle.net/10400.26/9127>
- Lusquiños, A., Mendes, A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Atas CIAIQ2019*, 2(1), 1985-1994.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>
- Machado, J. C., Reis, H. F. C., Sena, E. L. S., Silva, R. S., Boery, R. N. S. O., Vilela, A. B. A. (2019). El Fenomeno de la conspiración del silencio en pacientes en cuidados paliativos: Una revisión integrativa. *Revista electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*, 36,1-12.
<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34235>
- Magalhães, M. D. D. C. (2020). *A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros*. [Tese de Doutoramento]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Mao, X., Yang, Q., Li, X., Chen, X., Guo, C., Wen, X. & Loke, A. (2020). An illumination of the ICN's core competencies in disaster nursing version 2.0: advanced nursing response to COVID-19 outbreak in China. *Journal of Nursing Management*, 29 (3), 412-420.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13195>
- Máximo, M. A. & Puga, A. (2021). Gestão da sedação em unidade de cuidados intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(4), 157-170.
<https://dx.doi.org/10.25751/rspa.24797>

- Meleis A. I., Sawyer L. M., Im E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range *Theory*. *Advances in Nursing Science*, 23 (1): 12-28. <https://www.doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mendes, A. P. (2016). Impact of critical illness news on the family: Hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(11), 180-177. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, A. P. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Atas CIAIQ2018.2(1)*, 203-212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Médico-cirúrgica (2017). Parecer conjunto N.º01/2017. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referência – Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>
- Miranda, D. R. , Rijk A. & Schaufeli, W. (1996) Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items - Results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 24(1), 64-73. <https://www.doi.org/10.1097/00003246-199601000-00012>
- Moraes, C. L. K., Tavares, D. C., Freitas, G. B. & Aued, G. P. (2021). A perspectiva dos enfermeiros sobre o acompanhamento na UTI em tempos de COVID-19. *Global Nursing Academy*, 2(2), 1-8. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200108>

- Moreno, R. & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 23(6), 640-644. <https://www.doi.org/10.1007/s001340050387>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. S. & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L. (2004). V Seminário de Ética de enfermagem: percursos e desafios. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 15 (1), 1-40. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe15/full-view.html>
- Nunes, L. (2008). IX Seminário de Ética, 10 Anos de Deontologia Profissional, 60 Anos de Direitos Humanos. Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31(1), 33-45. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1): 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?* Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Oliveira, P. & Amorim, P. (2013). Ética da mentira. *Filosofando: Revista de Filosofia da UUSB*, 1(2) 1-7. <https://periodicos2.uesb.br/index.php/filosofando/article/view/2132/1805>
- Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no trabalho=Cuidados de Qualidade*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*.
<https://forumEnfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/dor-guiaorientador-de-boa-pratica/download>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações* 2008. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization. https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards Zero Patient Harm in Health Care*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
- Ortega, M. C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H., Montesinos, M. J. L. & Soler, L. M. (2015). Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404-410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Cruz., D. A. L. M., Vattimo, M. F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M., Cruz, V. F. & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2), 229-233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Parcker, L. W., Menegon V. & Filho, G. D. A. (2019). Terapia fibrinolítica na hemorragia intraventricular: Relato de caso e revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, 29(2), 455-458. <https://jbnc.emnuvens.com.br/jbnc/article/view/1743/1595>
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: Artigo revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7 (1), 227 – 235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*, 18(2), 61-

73. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., Hall, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. Elsevier.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: Série II, n.º135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º184. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Resuscitation Council UK (2014). *The ABCDE approach - guidelines and guidance*. <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde-approach/>

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15(1), 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M., Manikandar Srinivas Cheruvu, A. B. & Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, 62 (1) 1-16. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98643/1/RUN%20-%20RPS%20-%20vol%20tematico10a06%20-%20p47-57.pdf>

Senna, C. V. A., Martins, T., Knih, N. S., Magalhães, A. L. P. & Paim, S. M. S. (2020). Fragilidades e potencialidades vivenciadas pela equipe de saúde no processo de transplante de órgãos: Revisão integrativa. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 22, 1-13. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58317>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

- Silva L. F. & Casarini K. A. (2019). Roteiro norteador de perguntas dos familiares: Um recurso de comunicação em UCI. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 20(2), 37-54.. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7213753>
- Silva, E., Mendes, A. & Antunes S. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>
- Silva, M. J. P. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf
- Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32 (14), 51-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- Spagnol, C. A., Santiago, G. R., Campos, B. M. O., Badaró, M. T. M., Vieira, J. S. & Silveira, A. P. O. (2010). Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, 44(3), 803-811. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300036>
- Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G.(2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 228-233. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200009>
- Teixeira, J. M. F. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 10, 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. *Análise Psicológica*. 22(3): 615-620. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>

- Silva, M. M., Teixeira, N. L. & Draganov, P. B. (2018). Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. *Revista de Administração em Saúde*, 18(73), 1-12. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.138>
- Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L. & Babore, A. (2020). Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17,1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 – Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Universidade de Évora (2016). Aviso n.º 5622/2016. Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. <https://files.dre.pt/2s/2016/05/084000000/1388113888.pdf>
- Valente, M., Oliveira, J., Barbosa, T., Ribeiro S., Nunez, D. Santos, A. & Pereira, I. (2020). Pandemia COVID-19 e o Doente Crítico: Experiência de Tratamento de doentes numa UCPA convertida em UCI versus doentes tratados em UCI. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 29(29), 62-67. <https://dx.doi.org/10.25751/rspa.20379>
- Valentim, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(1), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Ventura, G., Silva, B., Heinzen, K. V., Bellaguarda, M. L. R., Canever, B. P. & Pereira, V. P. (2019). Enfrentamiento de Enfermeros a la Muerte en el Proceso de Cuidado en la Sala de Emergencia. *Revista Electrónica: Enfermería actual em Costa Rica*, 37, 1-13. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0iNo.37.35525>
- Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Moraes, L. C., Blatt, C. R. & Caregnato, R. C. A. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: Revisão

integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>

World Health Organization (2002). *Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide* 2nd edition.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2022). Coronavirus (COVID-19) Dashboard.
<https://covid19.who.int/>

APÊNDICES

Apêndice A

Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
de Saúde
(Portalegre)



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Luízes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Projeto de Estágio

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Outubro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



Escola
Superior
Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Universidade de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Projeto de Estágio

Professora Orientadora:

Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

P. A. S. R. V.

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Outubro de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychological Association*

CHU – Centro Hospitalar Universitário

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMC – PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI – Equipa de Emergência Interna

EPE – Entidade Pública Empresarial

LA – Linha Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Pressão Intracraniana

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TSR – Técnica de Substituição Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação não Invasiva

ÍNDICE

Introdução	CXXVIII
Caracterização do Local de Estágio	CXXXI
Centro Hospitalar Universitário, EPE	CXXXI
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	CXXXII
Recursos Físicos e Materiais	CXXXII
Tabela 1	CXXXVII
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	CXXXVII
Tabela 2	CXXXIX
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	CXXXIX
Tabela 3	CXLI
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	CXLI
Tabela 4	CXLIII
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	CXLIII
Tabela 5	CXLV
Competência Específica do EEEMC – PSC	CXLV
Tabela 6	CXLIX
Competência Específica do EEEMC – PSC	CXLIX
Tabela 7	CLI
Competência Específica do EEEMC – PSC	CLI
Intervenção Profissional Major	CLIII
Conclusão	CLV
Bibliografia	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, no presente ano letivo 2021/2022, foi proposta a realização de um projeto inicial de estágio com o propósito de definir os objetivos gerais e específicos a atingir ao longo do mesmo, bem como a realização de um cronograma com as atividades proposta para tal.

O estágio em questão irá ser realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do Centro Hospitalar Universitário, EPE com início a 13 de Setembro de 2021 e com duração total de 388h, durante 18 semanas sob orientação clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) P. V. e orientação pedagógica da Professora Adjunta Isabel Bico.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação crítica, tanto médica como cirúrgica, mas potencialmente reversível, que carecem de monitorização e apoio das funções vitais e onde são prestados cuidados em horário contínuo por recursos humanos especializados (Administração Central dos Sistema de Saúde [ACSS], 2013).

Segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva as UCI podem ser classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas e valências disponíveis nas mesmas. A unidade nível I – Assegura, a monitorização não invasiva, apresenta capacidade de assegurar manobras de reanimação e articula-se com unidades de nível superior. A unidade de nível II – Apresenta capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, pode não apresentar meios complementares de diagnóstico e acesso a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas pelo que deve garantir articulação com unidades de nível superior. A unidade de nível III – Corresponde à unidade de cuidados intensivos que deve ser formada por equipas dedicadas e qualificadas, que apresenta acesso a meios de monitorização, terapêutica e diagnóstico necessários à pessoa em situação crítica e em que exista a presença física de um médico intensivista (Valentim & Ferdinande, 2011; Ministério da Saúde, 2015).

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), os cuidados de enfermagem especializados têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Para esse efeito, é exigida:

“a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no enunciado descritivo sobre os cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, cabe ao enfermeiro especialista saber identificar os focos de atenção e de instabilidade do doente, prestando cuidados de alta complexidade à pessoa a viver um processo de saúde/doença crítica e/ou de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

Torna-se por isso essencial para o enfermeiro especialista, desenvolver capacidade de diagnóstico precoce bem como de antecipação de complicações, gerindo através do uso de protocolos terapêuticos a situação de doença crítica, de forma a possibilitar ganhos em saúde para os doentes e suas famílias (OE, 2017).

Com vista a facilitar o processo de pensamento crítico e a prática clínica, os enfermeiros devem utilizar ferramentas que permitam a estruturação do seu pensamento e a planificação dos seus cuidados, tais como o processo de enfermagem. O processo de enfermagem é considerado um processo de tomada de decisão e de pensamento crítico, constituído por cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Potter et al., 2013).

Assim sendo, o presente trabalho tem como principal propósito a definição dos objetivos gerais e específicos a atingir durante o estágio final, bem como apresentar

atividades/estratégias a desenvolver e o cronograma das mesmas. Este trabalho será elaborado segundo as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição.

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O presente estágio irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do CHU. O mesmo foi selecionado pela proximidade à área residencial e pela preferência na instituição e necessidade de aquisição de competências técnico-científicas em contexto de cuidados intensivos. Seguidamente será apresentada uma descrição do serviço e do contexto clínico do mesmo.

Centro Hospitalar Universitário, EPE

O CHU é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo a única instituição pública hospitalar na região do Sul. Tendo sido criada pelo Decreto-Lei n.º 69/2013 e estruturada pelo Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto de 2017, que converteu o antigo Centro Hospitalar (CHA) em CHU (CHU, 2020).

O mesmo é composto por três unidades hospitalares, pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação e pelos Serviços de Urgência Básica (SUB) de Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António (CHU, 2020).

O CHU, EPE assegura a prestação de cuidados de saúde a toda a região podendo ainda abranger os concelhos do Baixo Alentejo e Litoral Alentejano, dando resposta às necessidades de uma população de cerca de 450.000 habitantes, número este que poderá triplicar na época do verão (CHU, 2020).

Relativamente aos recursos existentes, possui um total de 995 camas, sendo possível atingir 1025 em situações de exceção. Na unidade hospitalar existem 666 camas no total sendo que 30 são supletivas. No que diz respeito aos recursos humanos, emprega um total de 4079 profissionais de diferentes áreas, Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos, Pessoal de Enfermagem, Pessoal de Informática, Pessoal em formação pré-carreira, Pessoal Médico, Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, Pessoal Técnico Superior de Saúde e Técnico superior entre outros (CHU, 2020).

A principal missão do CHU, EPE é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em toda a região do e compreende também a vertente de investigação e ensino em saúde (CHU, 2020).

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP do CHU, é uma unidade nível III, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina intensiva, uma vez que possui diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutica diferenciados, bem como monitorização invasiva e substituição de funções vitais. Conta ainda com presença de um médico intensivista 24horas por dia.

Devido à conjuntura pandémica atual, o serviço neste momento encontra-se dividido em UCIP e UCI COVID. No início do referido estágio a estrutura da UCIP encontrava-se destinada a pessoa em situação crítica portadores de infeção por Sars-Cov-2 positivo e os restantes pacientes encontravam-se alocados à unidade de cuidados intermédios que foi transformada numa UCIP. Neste momento a UCI Covid foi transferida para outra estrutura, tendo a UCIP regressado ao seu local inicial, deste modo e tendo em conta que a estrutura física poderá ser alterada consoante as necessidades do CHU para resposta a esta pandemia, opta-se por realizar a descrição da unidade UCIP no seu espaço habitual.

Recursos Físicos e Materiais

A UCIP do CHU encontra-se localizada no 2º piso do edifício principal, junto ao serviço de urgência (SU) estando dividida em zona clínica e zona não clínica.

Na zona clínica existem um total de 16 camas, 14 das quais em *open-space* e 2 em espaço fechado, que possui a possibilidade de alocar pacientes em isolamento, dispendo de antecâmara, casa de banho adaptada e sistema de ar condicionado próprio, possuem ainda capacidade de gestão de pressões (positiva e negativa).

As zonas não clínicas compreendem o armazém de material de consumo clínico, armazém de material reutilizável, sala de sujos e sala de limpos, espaço de refeições/copa,

sala multiusos que dispõe material audiovisual para formações e reuniões, gabinete da enfermeira gestora, gabinetes médicos, gabinete de secretariado clínico, sala de acolhimento da família/pessoa significativa, wc homens e mulheres com capacidade para duche e zona de espera de visitas.

A unidade do doente, que se encontra na zona clínica, é composta por diversos matérias para suporte de funções vitais e monitorização invasiva e não invasiva, nomeadamente, ventilador com capacidade para ventilação não invasiva (VNI) e ventilação mecânica invasiva (VMI), oxigenoterapia simples e de alto fluxo, bombas e seringas infusoras, monitor de parâmetros vitais e material de consumo clínico. A unidade do paciente permite ainda a realização de técnica de substituição renal (TSR) contínua ou intermitente.

Dependendo do estado clínico da pessoa em situação crítica existem ainda diversos meios de monitorização específicos, tais como, sistema PiCCO[®], monitorização da pressão intracraniana (PIC) e o índice bis-espectral que podem ser utilizados.

A UCIP é dotada de 3 carros de urgência, um ecógrafo, máquina de gasimetria, monitores com sistema de telemetria e 1 armazém avançado de terapêutica, *Pyxis Medstation*[®]. O sistema informático utilizado é o B-ICU-Care[®], que permite a planificação de cuidados de enfermagem bem como a sua documentação e ainda interligação de dado provenientes de outros sistemas informáticos em tempo real.

A UCI COVID encontra-se neste momento no 3º piso do edifício principal e é constituída por 9 camas, divididas em duas salas, com a mesma estrutura e composição das restantes unidades dos doentes.

Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos, seguidamente será apresenta a sua constituição na tabela n.º 1. Informação que foi recolhida no documento do plano de integração do serviço UCIP CHU e que será posteriormente atualizada ao longo da elaboração do relatório final, com recurso a questionários implementados à equipa de enfermagem e validação com a enfermeira gestora do serviço.

Tabela 1*Recursos Humanos UCIP CHU*

Enfermeiros	
Gestora	1
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	13
Especialista em EMC- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	5
Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	5
Especialistas em Enfermagem Comunitária	3
Cuidados Gerias	31
Médicos	
Especialistas em Medicina Intensiva	8
Outra Especialidade	5
Internos	4
Outros profissionais	
Assistentes operacionais	25
Fisioterapeutas	2
Administrativa	1

Nota: Retirado do manual de integração do referido serviço.

OBJETIVOS ESTÁGIO FINAL

A unidade curricular Estágio final tem como principal objetivo desenvolver a prática clínica à pessoa e/ou família em situação crítica através dos conhecimentos obtidos ao longo do mestrado, fazendo uso de teorias e modelos conceituais para planejar cuidados seguros baseados na evidência científica mais recente, fazendo uso da comunicação interpessoal e relação terapêutica bem como aplicando os princípios de tomada de decisão suportados por princípios, valores e normas deontológicas. É ainda esperado que se desenvolva competências a nível dos planos de catástrofe e emergência, bem como controlo de infeção.

Tendo em consideração as competências EEEMC – PSC, pretende-se ao longo deste estágio dar resposta aos objetivos gerais e específicos que serão apresentados nas tabelas (1-7) seguintes, onde também irão constar as atitudes/estratégias/ atividades a desenvolver para a sua aquisição.

Assim sendo podem definir-se como objetivos gerais a atingir no presente estágio:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE);
- Desenvolver competências específicas do EEEMC – PSC;
- Adquirir conhecimentos técnico-científicos e relacionais durante a prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica em contexto de UCIP e UCI Covid.

Por forma a dar resposta aos objetivos gerais estabelecidos, definem-se objetivos específicos que se enumeram seguidamente:

- Promover condições de segurança e ambiente terapêutico seguro durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCIP e UCI Covid;
- Prestar cuidados de enfermagem assentes na responsabilidade profissional, ética e legal;
- Desenvolver competências de comunicação e relação terapêutica com família/pessoa em situação crítica, nomeadamente na comunicação de más notícias e comunicação diária com a família;

- Desenvolver competências na área de humanização de cuidados em contexto de UCIP;
- Compreender e implementar protocolos existentes no serviço;
- Desenvolver conhecimentos técnico-científicos que permitam a avaliação diagnóstica e juízo clínico para a tomada de decisão em intervenções face à pessoa em situação crítica submetida a VMI, VNI ou oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal;
- Desenvolver conhecimentos técnico-científicos que permitam a avaliação diagnóstica e juízo clínico para a tomada de decisão em intervenções face à pessoa em situação crítica com monitorização invasiva com linha arterial (LA), cateter venoso central (CVC), pressão intracraniana (PIC), entre outros;
- Desenvolver conhecimentos técnico-científicos que permitam a avaliação diagnóstica e juízo clínico para a tomada de decisão em intervenções face à nutrição da pessoa em situação crítica;
- Desenvolver conhecimentos técnico-científicos que permitam a avaliação diagnóstica e juízo clínico para a tomada de decisão em intervenções face à pessoa em situação crítica submetida a técnica de substituição renal.
- Desenvolver conhecimentos sobre emergência, exceção e situação de catástrofe;
- Compreender e implementar estratégias de prevenção de controlo de infeção.

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 — 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.

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746)

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
A1.1 – Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), bem como de outros documentos ético deontológicos orientador da prática de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica com respeito pelas crenças e valores;
A1.2 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica respeitando os seus valores e crenças religiosas, atendendo aos direitos humanos, com especial incidência no princípio da autonomia, privacidade e confidencialidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos sobre ética, deontologia e direito em enfermagem;
A1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências, éticas e deontológicas para a tomada de decisão fundamentada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão;
A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão de situações de complexidade tendo por base os direitos humanos, a ética, a deontológica e a responsabilidade profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados de enfermagem suportados pela Deontologia Profissional; • Promove a dignidade humana, defende os direitos humanos, promove respeito, confidencialidade e segurança da pessoa/família em situação;

<p>A2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da dignidade humana, durante todo o processo, tendo por base os direitos humanos e os principio de respeito pelo outro, potenciando a segurança do mesmo. • Identificação, conjuntamente com a equipa multidisciplinar, de possíveis riscos bem como definir estratégias de correção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica situações potenciais de risco para a pessoa/família e notifica a enfermeira orientadora; • Reflete sobre a tomada de decisão perante os cuidados prestados bem como potenciais riscos e estratégias de melhoria contínua.
--	---	---

Tabela 2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747)

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da estrutura física, organização, recursos materiais e humanos existentes através de observação bem como entrevistas informais com a enfermeira gestora, enfermeira orientadora e restante equipa; • Aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; • Demonstra conhecimentos sobre conceitos de qualidade em saúde;
B1.2 – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização dos conhecimentos tendo em conta a evidência científica atual; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamenta as práticas clínicas com recurso à evidência científica mais atual;
B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos protocolos da UCIP CHU bem como a sua implementação na prestação de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados de enfermagem respeitando os protocolos e normas da instituição e serviço;
B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos conhecimentos adquiridos, detetando dificuldades e procurando a sua correção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora um projeto através de diagnóstico de situação de acordo com as necessidades do serviço;
B2.3 – Lidera programas de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração no planeamento dos cuidados durante a prestação de cuidados, nomeadamente criação do mesmo no aplicativo informático B-ICU-Care®; 	

<p>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na realização de atividades de melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente na definição de uma intervenção maior e elaboração de um projeto de estágio; • Reflexão sobre as práticas clínicas, melhoria da qualidade de cuidados e a evidência científica mais recente com a enfermeira tutora; 	<ul style="list-style-type: none"> • Garante a privacidade, o respeito, a autonomia e a segurança durante a prestação de cuidados; • Identifica situações de melhoria para a prestação de cuidados e apresenta sugestões;
<p>B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de possíveis situações de riscos para a pessoa/família em situação crítica e auxilia na sua correção; • Promoção de um ambiente seguro durante a prestação de cuidados; • Envolvimento da pessoa/família em situação crítica na tomada de decisão sobre os cuidados a instituir; • Potenciar comunicação e relação terapêutica com pessoa/família em situação crítica; • Adotar medidas de segurança durante a prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa na gestão do risco clínico, minimizando o erro durante a prestação de cuidados; • Adota medidas de proteção individual e de grupo adequados à situação clínica detetada.

Tabela 3 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de relação interpessoal com a equipa multidisciplinar do serviço UCIP CHU; • Conhecimento da metodologia de trabalho do serviço bem como o Modelo Conceptual no qual assenta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o serviço bem como os recursos humanos e materiais disponíveis;
C1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão dos cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, nomeadamente tomada de decisão fundamentada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeia cuidados individualizados e centrados na pessoa/família em situação crítica em colaboração com a equipa multidisciplinar;
C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos sobre gestão de equipas, recursos e dotações seguras da UCIP junto da enfermeira orientadora e/ou enfermeira gestora; 	<ul style="list-style-type: none"> • Delineia cuidados tendo por base a tomada de decisão da pessoa em situação crítica/família;

<p>C2.2 – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação da enfermeira orientadora, enquanto chefe de equipa na distribuição de doentes e delegação de tarefas; • Observação da enfermeira orientadora, enquanto chefe de equipa na gestão de recursos físicos e materiais e na coordenação do turno; • Reflexão sobre as dinâmicas da UCIP CHU com a enfermeira orientadora; • Observar e refletir acerca das formas de liderança clínica adotadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados com base na segurança, confiança e autonomia da pessoa em situação crítica; • Compreende e assimila estratégias de liderança; • Compreende a gestão dos recursos humanos e materiais adotada no serviço; • Apresenta capacidade de organizar tarefas e definir prestação de cuidados com base nos recursos existentes; • Reflete acerca do papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados.
--	---	--

Tabela 4 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão acerca de capacidades de autoconhecimento pessoais e profissionais relevantes para a prática de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> Possui autoconhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro;
D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento de limites e capacidades pessoais, identificando fatores de melhoria para a prestação de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta capacidade de adaptação perante situações de conflito e complexidade;
D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> Gestão de <i>stress</i>, emoções e comportamentos perante a pessoa/família em situação crítica; Antecipação de potenciais situações de conflito bem como desenvolvimento de técnicas de resolução das mesmas; 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolve estratégias de resolução de conflitos; Atua de forma segura e autónoma perante situações de crise;
D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de competências de prestação de cuidados fundamentadas na evidência científica mais recente; 	<ul style="list-style-type: none"> Suporta a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com base na evidência científica mais recente;
D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a	<ul style="list-style-type: none"> Mobilização e aplicação de conhecimentos prévios à prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> Auxilia na realização e reformulação de normas e protocolos da UCIP CHU; Reflete sobre as atividades realizadas ao longo do estágio e identifica situações de melhoria;

<p>prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica relevante para a melhoria da prática clínica; • Reflexão acerca do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e pessoais; • Reunião com enfermeira orientadora, enfermeira gestora e professora para planeamento do estágio; • Avaliação das necessidades formativas do serviço junto da equipa através de entrevista informal e observação; • Participação em eventos formativos, tais como congressos que sejam uma mais-valia à prática clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica e identifica necessidades do serviço; • Participa em eventos formativos que sejam relevantes às atividades do estágio.
---	--	---

Tabela 5 - Competência Específica do EEEMC – PSC

1 – *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).*

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
<p>1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão dos critérios de referência para a UCIP; • Aquisição de conhecimentos sobre a gestão, manutenção e manuseamento dos equipamentos e dispositivos necessários para a avaliação e intervenção à pessoa em situação crítica, nomeadamente CVC, LA, ventilador e dispositivos de monitorização invasiva; • Aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; • Identificação de sinais de instabilidade face à pessoa em situação crítica; • Detecção precoce de complicações inerentes ao estado clínico da pessoa em situação crítica; • Avaliação e monitorização da prestação de cuidados, reformulando o plano de cuidados sempre que necessário; • Colaboração na prestação de cuidados complexos à pessoa em situação crítica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece os recursos e funcionamento da UCIP; • Demonstra conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; • Implementa intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica mais recente; • Planeia e presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de UCIP; • Identifica sinais e sintomas de instabilidade, antecipando a sua ocorrência; • Colabora na tomada de decisão junto da equipa multidisciplinar; • Realiza procedimentos de alta complexidade;

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de UCIP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza, avalia e regista alterações no estado geral da pessoa em situação crítica em contexto de UCIP; • Reflete sobre os cuidados prestados.
1.2 – Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos protocolos terapêuticos da UCIP, nomeadamente monitorização hemodinâmica, desmame ventilatório, entubação e extubação, VNI, traqueostomia percutânea, descanulação, pneumonia associada à ventilação (PAV), nutrição, insulino-terapia, hipotermia, aspiração de secreções e dor e <i>delirium</i>. • Planeamento, gestão e implementação de cuidados à pessoa em situação crítica, implementando protocolos terapêuticos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece os diferentes tipos de protocolos terapêuticos da UCIP CHU; • Implementa os protocolos terapêuticos e normas na prestação de cuidados; • Monitoriza a eficácia dos protocolos terapêuticos; • Deteta precocemente complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos e corrige.
1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos sobre sedação e analgesia que permite prestar cuidados à pessoa em situação crítica de forma segura; • Identificação de sinais sugestivos de dor e desconforto; • Gestão da dor, ansiedade e <i>delirium</i>; • Implementação e gestão de protocolos de sedação e analgesia durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece os analgésicos e sedativos mais frequentemente utilizados em UCIP; • Avalia escala de dor e <i>delirium</i>; • Demonstra competências e conhecimentos na identificação de sinais sugestivos de dor; • Gere a sedação e analgesia consoante as necessidades da pessoa em situação crítica;

	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição e implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor à pessoa em situação crítica em UCIP; • Monitorização e registo das respostas às intervenções realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece e implementa diferentes medidas não farmacológicas de alívio de dor em UCIP; • Monitoriza e regista resposta às medidas implementadas.
1.4 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos acerca de técnicas comunicacionais com a pessoa/família em situação crítica; • Implementação e promoção de estratégias facilitadoras de comunicação com a pessoa/família em situação crítica; • Adaptação das estratégias e técnicas comunicacionais utilizadas à complexidade do estado da pessoa/família em situação crítica; • Desenvolvimento de relação terapêutica de ajuda com a pessoa/família em situação crítica; • Realização de pesquisa científica e elaboração de um artigo científico acerca da comunicação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece comunicação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica; • Assiste a pessoa/família em situação crítica a gerir e expressar sentimentos e emoções; • Estabelece relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica; • Elabora artigo científico sobre a temática. • Elabora normativo acerca da comunicação diária com a família em UCIP; • Colabora na realização de protocolo de comunicação de más notícias com a equipa de enfermagem; • Realiza formação em serviço acerca da comunicação com a família no âmbito do projeto humanização de cuidados do serviço; • Reflete sobre as intervenções desenvolvidas como facilitadores de comunicação e
1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de normativo acerca da comunicação diária com a família no âmbito do projeto humanização de cuidados do serviço; • Colaboração na realização de protocolo de comunicação de más notícias; 	
1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.		

	<ul style="list-style-type: none">• Realização de formação em serviço acerca da temática;• Reflexão acerca das intervenções desenvolvidas como facilitadores de comunicação e desenvolvimento de relação de ajuda.	desenvolvimento de relação de ajuda com a pessoa/família em situação crítica.
--	---	---

Tabela 6 - Competência Específica do EEEEMC – PSC

2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o plano de emergência e catástrofe da UCP CHU; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o plano de resposta à catástrofe da UCIP;
2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em atividades de concepção, revisão ou treino do plano de emergência ou catástrofe caso as mesmas ocorram; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa em ações de treino do plano de catástrofe, caso as mesmas se proporcionem;
2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe.	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende a articulação entre as diferentes entidades, tanto distritais como municipais, perante uma situação de catástrofe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa o plano distrital e municipal para situações de emergência e catástrofe;
2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o processo de triagem utilizado em situação de catástrofe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece e compreende a articulação das diferentes entidades durante situações de emergência e catástrofe;
2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em ações de formação internas ou externas acerca da temática, caso existam; • Compreende as mudanças exigidas pela pandemia SARS- CoV-2 em contexto de UCIP; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa em ações de formação externa caso estas ocorram.
	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende as mudanças exigidas pela pandemia SARS- CoV-2 em contexto de UCIP; • Conhecimento das diversas estruturas afetas à UCIP para o tratamento de pessoas infetadas com SARS- CoV-2; 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados nas áreas dedicadas aos doentes suspeitos e confirmados com doença de SARS-CoV-2, nomeadamente UCI Covid; • Adquire competências na prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência, aquando da realização de turnos com a EMI;

	<ul style="list-style-type: none">• Realização de turnos com a Equipa de Emergência Interna (EMI) para aquisição de competências na área da situação de emergência;• Refletir com a enfermeira orientadora acerca da exigência destas mudanças e adequação dos recursos físicos e humanos as mesmas.	<ul style="list-style-type: none">• Reflete acerca da exigência da pandemia SARS-CoV-2.
--	---	---

Tabela 7 - Competência Específica do EEEMC – PSC

3 – Maximiza a intervenção na prevenção 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 (Regulamento n.º 429/2018, p. 19361).

Unidades de Competências	Atitudes/Estratégias/Atividade	Critérios de Avaliação
<p>3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento de conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das Comissões de Controlo de Infeção (CCI); • Revisão e leitura das recomendações nacionais, internacionais, e das <i>bundles</i> de cuidados com especial relevo para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos; • Pesquisa sobre os integrantes da PPCIRA na UCIP CHU; • Colabora como elo da PPCIRA da UCIP CHU; • Pesquisa as normas da PPCIRA relativas às UCIP;
<p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos sobre o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) na UCIP CHU; • Conhecimento do elo de ligação do PPCIRA no UCIP e colaborar com o mesmo na realização de tarefas relevantes para a temática, nomeadamente auditorias; • Implementação de normas de prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) definidas pela Direção Geral da Saúde (DGS) bem como aplicação de normas e protocolos da UCIP CHU; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica as normas e protocolos específicos de controlo de infeção existentes na UCIP CHU; • Aplica as normas e orientações da DGS na prestação de cuidados, nomeadamente <i>bundles</i>, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; • Participa em ações de formação, caso as mesmas se proporcionem; • Analisa e reflete sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

<p>Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Participação em ações de formação caso estas se realizem durante o período de estágio;• Reflexão sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica relativamente às medidas de prevenção e controlo de infeção em contexto de UCIP.	<p>relativamente às medidas de prevenção e controlo de infeção em contexto de UCIP.</p>
---	---	---

INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

Tal como explanado no planeamento da unidade curricular, tendo em consideração que é a investigação que sustenta a articulação entre as unidades curriculares Estágio Final e Relatório, foi proposto o desenvolvimento de uma Intervenção Profissional Major (IPM), que tenha por base uma das linhas de investigação da especialidade *Segurança e qualidade de vida, IACS no doente crítico e Autocuidado e gestão de regime terapêutico no doente crítico*.

Assim sendo, após reunião com a Enfermeira Gestora da UCIP, M. M. V., Enfermeira Tutora, P.V. e Professora Isabel Bico, foi reconhecida como área de necessidade do referido serviço, a criação de um normativo que defina a comunicação diária com a família da pessoa em situação crítica, bem como participação na criação o protocolo sobre comunicação de más notícias, documentos estes que irão ser incluídos no projeto Humanização de Cuidados: UCI de porta aberta. Para além da necessidade sentida no serviço para o desenvolvimento desta temática, a mesma é também de interesse próprio, no sentido em que foram definidos objetivos específicos a atingir e desenvolver no que diz respeito a esta competência. Esta IPM insere-se na área de investigação *Segurança e qualidade de vida*.

O projeto a desenvolver relativamente à IPM requer ainda reflexão e pesquisa sobre qual será a metodologia a adotar e estratégias a definir e será posteriormente apresentado em documento próprio.

Cronograma Inicial Proposto

Fases	Tempo	2021				2022		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
	Atividade							
Diagnóstico de situação	Reunião com a enfermeira chefe							
	Diagnóstico da necessidade							
	Análise SWOT							
	Pesquisa bibliográfica							
	Definição do objetivo geral							
	Construção de questionário aos profissionais de saúde							
	Aplicação de questionário aos profissionais de saúde							
	Recolha de dados							
Planeamento	Definição de objetivos específicos							
	Construção do cronograma do projeto							
	Definição das estratégias e atividades a desenvolver							
	Definição dos recursos necessários							
	Construção de proposta de projeto							
	Envio da proposta de projeto à Comissão de Ética							
Execução	Pesquisa bibliográfica							
	Revisão sistemática da literatura							
	Construção da norma							
	Reunião com a enfermeira gestora e orientadora para apreciação							
	Reformulação da norma (se necessário)							
	Preparação de sessão formativa							
	Divulgação/apresentação da norma através de ações formativas							
Avaliação	Análise dos objetivos delineados / Relatório de mestrado							

CONCLUSÃO

A elaboração do presente projeto de estágio permitiu organizar e refletir acerca dos objetivos para o Estágio Final, planeando as atividades, intervenções e estratégias a desenvolver para a sua obtenção. A delimitação de objetivos gerais e específicos permite estruturar as necessidades de aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências, tanto comuns quanto específicas da área de especialização.

Sendo este um período de aquisição de competências e ferramentas para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o presente documento tem a particularidade de ser dinâmico, podendo sofrer alterações ao longo das próximas semanas conforme forem surgindo novas necessidades e fragilidades.

Ressalva-se que o cronograma para a planificação das atividades a desenvolver apresentado, poderá sofrer alterações ao longo do estágio para suprir necessidades e constrangimentos encontrados. No que respeita às atividades a desenvolver para aquisição de competências ao longo do estágio, as mesmas não foram incluídas no cronograma uma vez que se irão desenvolver ao longo de todo estágio, não sendo por isso possível a sua previsão cronológica prévia.

Relativamente à IPM, tal como definido em capítulo próprio a mesma ainda não foi devidamente estruturada, contudo irá incidir na linha de investigação, *Segurança e qualidade de vida* e incidirá sobre a comunicação diária com a família incluída no projeto humanização dos cuidados, existente na UCIP do CHU.

A aquisição final dos objetivos será avaliada no relatório final, onde se pressupõe uma reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas, constrangimentos sentidos e estratégias utilizadas para a sua superação.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. República Portuguesa.

Centro Hospitalar Universitário (2020). Plano de Atividades e Orçamento 2020 (PAO 2020).

Ministério da Saúde (2015). *Avaliação Da Situação Nacional Das Unidades De Cuidados Intensivos*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., Hall, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. Elsevier.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: Série II, n.º135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Valentim, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(1), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

Apêndice B

Proposta de Intervenção profissional Major

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



E S
Escola
Superior
Saúde
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Universidade do Algarve
Escola Superior de Saúde
Dr. Luízes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de boa
prática**

Proposta de Projeto de Intervenção Profissional

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Outubro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



E S
Escola
Superior
de Saúde
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos

Proposta de Projeto de Intervenção Profissional

Professora Orientadora:

Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

P. A. S. R. V.

Enfermeira Gestora UCIP:

Enf.ª Gestora, Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica,

M. M. V.

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Outubro de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CHU – Centro Hospitalar Universitário

EMC – PSC – Enfermagem Médico- Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

Nota Introdutória	CLXII
Fundamentação do Projeto de Intervenção	CLXIII
Guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica: Breve enquadramento	CLXVI
Protocolo de Comunicação de Más Notícias: Breve enquadramento	CLXVII
Metodologia	CLXVIII
Objetivo.....	CLXVIII
Conteúdos e estratégias de intervenção.....	CLXVIII
Resultados esperados	CLXIX
Avaliação	CLXIX
Cronograma	CLXX
Bibliografia	Erro! Marcador não definido.
Apêndices	CLXXIII
Apêndice A – Pedidos de Autorização.....	CLXXIV

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, do ano letivo 2021/2022, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar Universitário (CHU), Entidade Pública Empresarial (EPE), será desenvolvido um projeto de intervenção profissional, sendo que o presente documento irá apresentar uma proposta de desenvolvimento do mesmo.

A comunicação é parte integrante das competências de um enfermeiro, sendo considerada uma ferramenta básica e fundamental para os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e nos seus familiares ou conviventes significativos. No decorrer de processos de doença crítica, é inevitável a existência de situações que possam provocar mudanças drásticas e negativas na vida do doente/família. Assim torna-se imperativo que o enfermeiro desenvolva competências na área de comunicação com a família/convivente significativo, seja esta a comunicação de más notícias ou seja a comunicação diária.

Deste modo, após reunião com a Enfermeira Gestora da UCIP, M. M. V. , Enfermeira Tutora, P. V. e Professora Isabel Bico, foi reconhecida como área de interesse de intervenção no referido serviço, a colaboração na criação de um protocolo de comunicação de más notícias, bem como na criação de um guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica, documentos estes que se irão incluir no projeto Humanização de Cuidados: UCI de porta aberta.

Esta proposta apresenta-se dividida em várias partes, inicialmente será apresentada uma breve fundamentação teórica que defina a pertinência da realização do mesmo bem como um breve enquadramento das propostas, posteriormente será explanada a metodologia a utilizar bem como um cronograma com as atividades predefinidas e por último, em apêndice, as autorizações a ser endereçadas à enfermeira gestora bem como diretor do serviço de Medicina intensiva 1 do CHU, EPE.

Este trabalho será redigido segundo as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição.

FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), no enunciado descritivo da satisfação do cliente, cabe ao enfermeiro especialista nesta área, “minimizar o impacto negativo na pessoa e família”, realizar uma “interpretação precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica”, promover a “gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e/ou falência orgânica” e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica” (OE, 2017).

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ponto 1.4, o enfermeiro:

Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde:

1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”;

1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º n.º 429/2018, p. 19360).

Meleis (2010), na Teoria das Transições refere que as pessoas/famílias vivem processos que se designam de Transição, pelo impacto que geram na sua vida pessoal, familiar ou social. Salienta-se que as Transições de saúde-doença, nomeadamente de doença aguda têm associado a si a ideia de finitude, limitação e imprevisibilidade da resposta terapêutica. Importa por isso, aos enfermeiros considerar a família no seu todo, enquanto

cliente, mas de modo particular cada um dos seus elementos bem como a forma como a situação o afeta particularmente.

Segundo Mendes (2018), a situação de doença crítica surge de forma inesperada na vivência quotidiana da família, estando associada a quaisquer fases do ciclo de vida. Trata-se de uma fase de extrema vulnerabilidade que fragiliza o presente e pode condicionar o futuro, tanto individual quanto coletivo. A situação de doença grave, atinge não só a pessoa em situação crítica, como causa também sofrimento na sua família, afetando de forma negativa a vivência quotidiana. Deste modo vários autores comprovam a ideia de que, a admissão de um doente em unidade de cuidados intensivos (UCI), transforma totalmente o dia-a-dia dos seus familiares/conviventes significativos, não permitindo muito tempo para se ajustarem a esta nova condição (Silva et al., 2021).

A família torna-se então fulcral na prestação de cuidados em UCI, logo segundo Lusquiños et al. (2019), a mesma emerge num novo papel, passando a desempenhar duas funções distantes, primeiro como recurso no cuidado à pessoa em situação crítica e segundo como cliente singular que necessita de cuidados.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela sua presença contínua e pelas competências demonstradas podem e devem avaliar a situação da pessoa em situação crítica/família bem como definir um plano de cuidados que satisfaça as necessidades dos mesmos (Silva et al., 2021).

Mendes 2020 citando Benner et al. (2011, p.7) afirma que se solicita aos enfermeiros “paciência, compreensão e elevada competência em comunicação, o que inclui escuta ativa e uma firme compreensão de modo a que o conteúdo possa ser simplificado e atualizado de várias maneiras para assegurar a compreensão da família”.

A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como sendo “um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo para tal a comportamentos verbais e não-verbais, podendo ser face a face ou utilizado meios tecnológicos, como por exemplo o telefone ou o computador” (OE, 2018, p.31).

A comunicação é uma atividade humana básica, uma condição de vida e de ordem social através da qual se legitimam as relações e as interações. A comunicação é assim

definida como a interação entre duas ou mais pessoas que enviam e recebem mensagens entre si. Desta forma, existe sempre um emissor e um recetor que influenciam e condicionam as comunicações de ambos através de troca de informação (Pereira, et al., 2013).

Segundo a DGS (2017), a centralidade da comunicação no desenvolvimento da enfermagem é reconhecida como essencial, visto que grande parte das suas intervenções assentam na comunicação com o doente, devendo esta ser completa, oportuna, explícita, inequívoca e no momento certo, de modo a ser entendida pelo doente de forma mais clara possível.

A importância atribuída à comunicação na relação enfermeiro-família é transversal, tanto na perspetiva do enfermeiro, como na perspetiva dos diferentes membros da família. A comunicação eficaz pode ser considerada como o suporte da relação terapêutica bem como, uma estratégia que dá resposta à necessidade de informação presente na família da pessoa em situação crítica. Esta informação deve ser cuidadosamente selecionada, clara e sensível, e deve surgir na altura adequada. Em algumas situações, nomeadamente na transmissão de más notícias, a ausência de comunicação irá levar ao silêncio, que neste caso também é suportado pela presença do enfermeiro assumindo igual importância para a família (Lusquiños et al., 2019).

Silva et al. (2021) referem que, a informação a ser dada aos familiares deve ser adequada perante a situação vivenciada e ao longo de todas as fases da doença, pois deste modo a ansiedade sentida é reduzida, o que permitirá à família a tomada de decisão sustentada e informada.

A comunicação de más notícias, em contexto de saúde, envolve a mudança no futuro do doente e do seu prognóstico, estando muitas vezes, associada à morte. Esta comunicação é modificadora do rumo da vida dos doente e dos seus familiares, tornando-se impreterível a forma e a qualidade como a mesma é partilhada. Assim pode definir-se comunicação de más notícias como a informação que é relacionada com o doente em causa, sendo esta transmitida ao mesmo ou à sua família, envolvendo sempre uma mudança na perspetiva do futuro e no prognóstico de saúde. Muitas vezes, o conteúdo desta informação está associado à morte, doenças graves e/ou agravamento da situação clínica. (Fontes et al., 2017).

A transmissão de más notícias é um momento de difícil receção e de emissão por parte dos profissionais de saúde, sendo desta forma considerada uma das problemáticas mais evidentes na relação interpessoal na prática clínica (Pereira et al., 2013).

O enfermeiro é agente ativo na comunicação de informações à pessoa em situação crítica, sua família/convivente significativo, sendo a habilidade de comunicação uma competência indispensável e essencial a ser adquirida na formação deste profissional, daí emerge a necessidade de aprofundamento da temática em questão e a presente proposta de intervenção major.

Guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica: Breve enquadramento

Segundo Mendes (2020), o evento de ter um familiar próximo doente gera na família um sentimento de incerteza e sofrimento. O desconhecimento e imprevisibilidade da situação tornam-se desafios diários com os quais a família tem de lidar, e é nesta nova realidade que a família constrói uma proximidade com as possíveis fontes de informação clínica, procuram nos momentos de comunicação com os enfermeiros que os mesmos entendam as suas necessidades e que se planeiem intervenções adequadas para as suprir.

É notório que os familiares que experienciam o internamento em UCI, nomeadamente pela primeira vez, solicitem juntos dos enfermeiros atenção redobrada, nomeadamente na perceção das mudanças vividas e no impacto futuro que as mesmas podem causar. O apoio à família não requer apenas a discussão inicial de má notícia ou morte, mas também pressupõe a informação que é fornecida diariamente ao longo do internamento, para adequação do plano de cuidados (Bumb et al., 2018).

Deste modo propõe-se a criação de um guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica, onde se definirá comunicação verbal e não-verbal, estratégias de comunicação a utilizar e onde se apresentará uma proposta de fluxograma a seguir aquando da comunicação diária com a família seja a mesma telefónica ou presencial. O guia será, posteriormente, apresentado em documento próprio

e definirá os pontos a seguir em todas as interações diárias com a família, tendo em consideração as atividades básicas de vida diária descritas no modelo teórico de *Nancy Roper* adaptadas à pessoa situação crítica, mediante a metodologia de abordagem clínica ABCDE.

Protocolo de Comunicação de Más Notícias: Breve enquadramento

A habilidade do profissional de saúde em comunicar uma má notícia pode gerar reações adversas nas pessoas que a recebem, de tal modo que as estratégias utilizadas bem como o local da transmissão deve ser preparado atempadamente. O internamento em UCI pressupõe barreiras comunicacionais com o paciente devido ao seu quadro clínico complexo, nomeadamente instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência. Nestas situações em que o paciente se encontra privado de comunicar, é a família quem recebe informações clínicas, nomeadamente más notícias (Bumb et al., 2018).

É impreterível que os enfermeiros entendam que a informação transmitida irá ajudar a família a gerir a situação presente bem como a definir estratégias para a tomada de decisão. O fornecimento de más notícias não se trata de um evento único, os enfermeiros devem capacitar as famílias para processar as informações fornecidas e oferecer os esclarecimentos necessários (Bumb et al., 2018)

A comunicação de más notícias esta relacionada com situações que podem modificar de forma negativa o futuro da vida das pessoas envolvidas, nomeadamente doente, família ou comunidade. Ressalta-se, por isso, a importância da qualidade no processo de comunicação de más notícias por todos os profissionais que compõem a equipa. (Fontes et al., 2017; S.ilva et al., 2021).

Deste modo, foi proposta a colaboração com o grupo de trabalho pré-existente, na criação do protocolo de comunicação de más notícias a implementar na UCIP 1 do CHU, EPE.

METODOLOGIA

5.1. Objetivo

Colaborar no desenvolvimento do protocolo de comunicação de más notícias a implementar na UCIP do CHU, EPE.

Desenvolver um guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica internada na UCIP do CHU, EPE.

5.2. Contexto Clínico

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário, EPE.

5.3. População- Alvo

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar Universitário.

5.4. Conteúdos e estratégias de intervenção

O projeto em análise será composto por três fases:

- Aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica, profissional/académica e aferição dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática bem como a necessidade de formação;
- Colaboração na criação de protocolo acerca de más notícias bem como a criação guia orientador para a comunicação diária com a família/convivente significativo;
- Realização de sessões de formação à equipa de enfermagem bem como apresentação do referido protocolo e guia orientador.

5.5. Resultados esperados

Aprovação do protocolo de comunicação de más e notícias e guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica para aplicação no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário.

5.6. Avaliação

Aplicação de questionário à equipa de enfermagem acerca da formação/formadores.

Realização de análise e reflexão de caso prático após implementação do protocolo de comunicação de más notícias utilizando.

CRONOGRAMA

Fases	Tempo	2021				2022		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
	Atividade							
Diagnóstico de situação	Reunião com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora							
	Diagnóstico da necessidade							
	Análise SWOT							
	Pesquisa bibliográfica							
	Definição do objetivo geral							
	Construção de questionário aos profissionais de saúde							
	Aplicação de questionário aos profissionais de saúde							
	Recolha de dados							
Planeamento	Definição de objetivos específicos							
	Construção do cronograma do projeto							
	Definição das estratégias e atividades a desenvolver							
	Definição dos recursos necessários							
	Construção de proposta de intervenção profissional							
	Envio da proposta de intervenção profissional							
	Envio da proposta de projeto à Comissão de Ética							
Execução	Pesquisa bibliográfica							
	Revisão sistemática da literatura							
	Colaboração na construção do protocolo de más notícias							
	Construção do guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica							
	Reunião com a enfermeira gestora e orientadora para apreciação							
	Reformulação da guia orientador (se necessário)							
	Preparação de sessão formativa							
	Apresentação do protocolo/guia orientador através de ação formativa							
Avaliação	Análise dos objetivos delineados / Relatório de mestrado							

BIBLIOGRAFIA

- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L. & Overcash, J. (2018). Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 21(5), 573-580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma N.º 001/2017*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz, M. R. (2017). Comunicação de más notícias: Revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-54. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Lusquiños, A., Mendes, A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Atas CIAIQ2019*, 2(1), 1985-1994. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>
- Meiles, A. I (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mendes, A. P. (2018). A interação enfermeiro-família na *experiência vivida* de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Atas CIAIQ2018*.2(1), 203-212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>
- Mendes, A. P.(2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*. 24(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: Artigo revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7 (1), 227 – 235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Silva, E., Mendes, A. & Antunes S. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>

6. Apêndices

Apêndice A – Pedidos de Autorização

Exma. Sra. Enfermeira Gestora
do Serviço de Medicina Intensiva 1
do Centro Hospitalar e Universitário, EPE

Joana Rita Santos Russo, Enfermeira, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 47018, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da comunicação diária com a família e comunicação de más notícias, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a criação de uma guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica bem como a colaboração na elaboração de um protocolo sobre comunicação de más notícias. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Isabel Maria Tarico Bico, docente da Universidade de Évora e sob orientação da Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica P. A. S. R. V., enfermeira nesta instituição.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica, profissional/académica e aferição dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática bem como necessidade de formação;
- Colaboração na criação de protocolo acerca de más notícias bem como a criação de um guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica
- Realização de sessões de formação à equipa de enfermagem bem como apresentação do referido protocolo e guia orientador.

Salienta-se que não se preveem custos acrescidos à instituição bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico desta natureza, bem como se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço de correio eletrónico joanarusso23@gmail.com.

Atentamente,

F., 30 de Outubro de 2021

(Joana Russo)

**Exmo. Sr. Diretor do Serviço
de Medicina Intensiva 1
do Centro Hospitalar Universitário, EPE**

Joana Rita Santos Russo, Enfermeira, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 47018, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da comunicação diária com a família e comunicação de más notícias, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a criação de uma guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica bem como a colaboração na elaboração de um protocolo sobre comunicação de más notícias. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Isabel Maria Tarico Bico, docente da Universidade de Évora e sob orientação da Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica P. A. S. R. V., enfermeira nesta instituição.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica, profissional/académica e aferição dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática bem como necessidade de formação;
- Colaboração na criação de protocolo acerca de más notícias bem como a criação de um guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica
- Realização de sessões de formação à equipa de enfermagem bem como apresentação do referido protocolo e guia orientador.

Salienta-se que não se preveem custos acrescidos à instituição bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico desta natureza, bem como se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço de correio eletrónico joanarusso23@gmail.com.

Atentamente,

F., 30 de Outubro de 2021

(Joana Russo)

Apêndice C

Análise SWOT

Fatores Internos

Forças

- Equipa multidisciplinar consciente da importância da promoção da segurança do doente e melhoria da qualidade dos cuidados;
- Ausência de protocolo em vigor sobre a comunicação de más notícias;
- Ausência de normativo acerca da comunicação diária com a família;
- Apoio e consentimento da Enfermeira Gestora da UCIP;
- Grupo de trabalho disponível para a minha inclusão e continuidade no projeto sobre comunicação de más notícias;
- Ausência de custos adicionais.

Fraquezas

- Risco de não adesão da equipa multidisciplinar,;
- Risco de desmotivação da equipa multidisciplinar, pela carga de trabalho excessiva;
- Falta de incentivos à participação nas ações de formação;
- Recursos humanos de Enfermagem limitados impedindo a participação nas ações de formação;
- Formação a realizar fora do horário laboral;
- Limitação temporal para a implementação de novas praticas.

Oportunidades

- Reforço da imagem positiva do contexto clínico e da organização hospitalar
- Prestação de cuidados humanizados;
- Respeito pelos direitos e necessidades individuais da pessoa em situação crítica/família;
- Melhoria significativa no estabelecimento de relação com a família do doente internado em UCIP;
- Melhoria na gestão de sentimentos da família/convivente significativo perante a situação grave de doença.

Ameaças

- Mudanças a nível da administração hospitalar bem como reestruturação organizacional;
- Resistência da equipa multidisciplinar à mudança de procedimentos de rotinas pré existentes;
- Limitação de recursos humanos bem como recursos materiais/físicos.

Fatores Positivos

Fatores Negativos

Fatores Externos

Apêndice D

Questionário diagnóstico situação sobre comunicação com a família

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Apreciação da Pertinência de Elaboração de Projeto de Intervenção na Área da Comunicação com a família em unidades de cuidados intensivos

Eu, Joana Rita Santos Russo, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica no âmbito das unidades curriculares Estágio Final e Relatório pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional: Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos. O presente questionário tem como objetivo auferir os conhecimentos dos Enfermeiros da unidade de cuidados intensivos do CHU acerca da temática em questão. Assim, a sua participação é de extrema importância para um diagnóstico de situação correto e fiável objetivando assim uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à família/pessoa em situação crítica em contexto de unidades de cuidados intensivos.

O presente questionário encontra-se dividido em duas partes, a caracterização sociodemográfica e profissional da população, posteriormente, aferição de conhecimentos acerca da temática.

O anonimato e confidencialidade dos dados obtidos é garantido e restringe-se ao contexto académico associado a este projeto. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto bem como abandonar a sua realização a qualquer momento.

Algum constrangimento relacionado com o mesmo, não hesite em contactar-me via email através do contacto: joanarusso23@gmail.com.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e mais informo que o tempo de resposta não excede os 10 minutos. Eu, Joana Rita Santos Russo, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica no âmbito das unidades curriculares Estágio Final e Relatório pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional: Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos. O presente questionário tem como objetivo auferir os conhecimentos dos Enfermeiros da unidade de

cuidados intensivos do CHU acerca da temática em questão. Assim, a sua participação é de extrema importância para um diagnóstico de situação correto e fiável objetivando assim uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à família/pessoa em situação crítica em contexto de unidades de cuidados intensivos.

O presente questionário encontra-se dividido em duas partes, a caracterização sociodemográfica e profissional da população, posteriormente, aferição de conhecimentos acerca da temática.

O anonimato e confidencialidade dos dados obtidos é garantido e restringe-se ao contexto académico associado a este projeto. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto bem como abandonar a sua realização a qualquer momento.

Algum constrangimento relacionado com o mesmo, não hesite em contactar-me via email através do contacto: joanarusso23@gmail.com.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e mais informo que o tempo de resposta não excede os 10 minutos.

1. Declaro ter lido e compreendido o propósito deste documento, tendo sido garantida a possibilidade de em qualquer altura, recusar a participação no estudo. Foi-me ainda garantida que a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, apenas se destinam a utilização para esta investigação e que me é garantida confidencialidade e anonimato pelo investigador/a

Aceito participar no estudo

Não aceito participar no estudo

2. Género

Masculino

Feminino

3. Idade

20 – 30

31 – 40

41 – 50

Mais que 50

4. Estado Civil

Solteiro (a) ou em união de factos

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

5. Formação académica

Licenciatura

Pós -Graduação

Mestrado

Doutoramento

6. Tem especialização na área de enfermagem?

Sim

Não

7. Qual a sua área de especialização

Enfermagem Comunitária

Enfermagem Médico- Cirúrgica

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enfermagem de Reabilitação

8. Tempo total de exercício profissional (anos completos)

1 – 5

6 – 10

11 – 15

16 – 20

Mais que 20 anos

9. Tempo de exercício profissional em unidade de cuidados intensivos (anos completos)

1 – 5

6 – 10

11 – 15

16 – 20

Mais que 20 anos

10. Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre comunicação com a família?

Sim

Não

Não me recordo

11. Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre comunicação de más notícias à família?

Sim

Não

Não me recordo

12. Como classifica o seu grau de capacitação para comunicar com a família?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pouco Capacitado

Muito Capacitado

13. No exercício da sua profissão, pretende evitar a c Como classifica o seu grau de capacitação para comunicar com a família?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Evito Sempre

Nunca Evito

14. Conhece algum protocolo de comunicação de más notícias?

Sim

Não

Qual? _____

Obrigada pela sua participação!

Link para preenchimento online:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexeBCt3gQDwmecwLSX8Z0ByCOqdguf3BivsWqFcKMONT5-Dw/viewform?usp=sf_link

Apêndice E

Cronograma Final

CRONOGRAMA FINAL

Fases	Tempo	2021				2022															
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março													
Atividade																					
Diagnóstico de situação	Reunião com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora																				
	Diagnóstico da necessidade																				
	Análise SWOT																				
	Pesquisa bibliográfica																				
	Definição do objetivo geral																				
	Construção de questionário aos profissionais de saúde																				
	Aplicação de questionário aos profissionais de saúde																				
	Recolha de dados																				
Planeamento	Definição de objetivos específicos																				
	Construção do cronograma do projeto																				
	Definição das estratégias e atividades a desenvolver																				
	Definição dos recursos necessários																				
	Construção de proposta de intervenção profissional																				
	Envio da proposta de intervenção profissional																				
	Envio da proposta de projeto à Comissão de Ética																				
Execução	Pesquisa bibliográfica																				
	Revisão sistemática da literatura																				
	Colaboração na construção do protocolo de más notícias																				
	Construção do guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica																				
	Reunião com a enfermeira gestora e orientadora para apreciação																				
	Reformulação da guia orientador (se necessário)																				
	Preparação de sessão formativa																				
	Formação sobre o protocolo/guia orientador																				
Avaliação	Análise dos objetivos delineados / Relatório de mestrado																				

Apêndice F
Autorizações UCIP

Exma. Sra. Enfermeira Gestora
do Serviço de Medicina Intensiva 1
do Centro Hospitalar e Universitário, EPE

Joana Rita Santos Russo, Enfermeira, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 47018, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da comunicação diária com a família e comunicação de más notícias, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a criação de uma guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica bem como a colaboração na elaboração de um protocolo sobre comunicação de más notícias. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Isabel Maria Tarico Bico, docente da Universidade de Évora e sob orientação da Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica, enfermeira nesta instituição.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica, profissional/académica e aferição dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática bem como necessidade de formação;
- Colaboração na criação de protocolo acerca de más notícias bem como a criação de um guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica
- Realização de sessões de formação à equipa de enfermagem bem como apresentação do referido protocolo e guia orientador.

Salienta-se que não se preveem custos acrescidos à instituição bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico desta natureza, bem como se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço de correio eletrónico joanarusso23@gmail.com.

Atentamente,



Faro, 30 de Outubro de 2021

Joana Russo

(Joana Russo)

Exmo. Sr. Diretor do Serviço
de Medicina Intensiva 1
do Centro Hospitalar Universitário () , EPE

Joana Rita Santos Russo, Enfermeira, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 47018, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da comunicação diária com a família e comunicação de más notícias, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a criação de uma guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica bem como a colaboração na elaboração de um protocolo sobre comunicação de más notícias. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Isabel Maria Tarico Bico, docente da Universidade de Évora e sob orientação da Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica enfermeira nesta instituição.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica, profissional/académica e aferição dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática bem como necessidade de formação;
- Colaboração na criação de protocolo acerca de más notícias bem como a criação de um guia orientador sobre a comunicação diária com a família/convivente significativo da pessoa em situação crítica
- Realização de sessões de formação à equipa de enfermagem bem como apresentação do referido protocolo e guia orientador.

Salienta-se que não se preveem custos acrescidos à instituição bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico desta natureza, bem como se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço de correio eletrónico joanarusso23@gmail.com.

Atentamente,

Faro, 30 de Outubro de 2021

Joana Russo

(Joana Russo)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joana Russo', with a large, stylized flourish at the end.

Apêndice G

Protocolo Comunicação de Más Notícias

PROTOCOLO COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS

1. Introdução

A comunicação define-se como “um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afetos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos” (Nunes, 2016 p.45).

Comunicar em saúde consiste na utilização de estratégias de comunicação que influenciam as decisões das pessoas e das comunidades, e que se baseiam em conhecimentos, atitudes e práticas para promover a saúde. No âmbito hospitalar, a comunicação é imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Hoorn et al., 2016; Sequeira, 2016).

A comunicação deve ser considerada pelos profissionais de saúde como um momento crucial e importante dos cuidados, através da escuta ativa, identificando e valorizando as necessidades e/ou problemas da pessoa em situação crítica/família, com respeito pela suas crenças e valores. Um dos propósitos da comunicação passa por assistir a pessoa em situação crítica, bem como a sua família, a ultrapassar os sentimentos de ansiedade e angústia advindos da sua situação de doença (Mendes, 2016; Mendes, 2018; Mendes 2020).

Em situações de internamento em unidade de cuidados intensivos, onde existe instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência e/ou comunicacionais na maioria dos clientes, é na maioria dos casos a família quem recebe informações clínicas, nomeadamente, más notícias. Desta forma, os profissionais de saúde devem ter presente que esta informação irá ajudar a família a gerir a situação, definir estratégias e tomar decisões. O apoio à família não requer apenas a discussão inicial de má notícia ou morte, mas também pressupõe a informação que é fornecida diariamente ao longo do internamento para adequação do plano de cuidados. A comunicação de más notícias não se trata de um evento único, devendo os profissionais de saúde capacitar as famílias para processar as informações fornecidas e oferecer os esclarecimentos necessários (Bumb et al., 2018).

A habilidade do profissional de saúde em comunicar uma má notícia pode gerar sentimentos negativos nas pessoas que a recebem, pelo que a forma, o local e as estratégias utilizadas na comunicação devem ser preparadas e ponderadas atempadamente. A comunicação verbal e a não verbal são formas de emissão da mensagem e a habilidade em utilizá-las na comunicação de más notícias é uma importante competência a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde.

Ao longo dos anos, por forma a auxiliar os profissionais de saúde na comunicação de más notícias, foram elaborados vários protocolos que permitem orientar e sistematizar a comunicação das más notícias, tentando minimizar o impacto para os clientes e família/convivente(s) significativo(s), bem como para os profissionais de saúde (Calsavara et al., 2019).

2. Conceitos

A comunicação deriva do termo latim *Communicare* e representa partilhar, conferenciar e tornar comum. A comunicação é um processo ativo, complexo e contínuo, através do qual as pessoas transmitem e recebem informação, procurando a compreensão entre os integrantes (Sequeira, 2016).

Buckman (1992) define má notícia como qualquer informação que afeta de forma adversa e séria a perspetiva individual da pessoa sobre o seu futuro. Má notícia é igualmente qualquer informação de conteúdo desagradável relacionada com o cliente e transmitida ao mesmo, ao seu cuidador ou à sua família, que envolva uma mudança drástica na perspetiva de futuro e ou prognóstico de saúde. O conteúdo e contexto das más notícias estão associados geralmente a doença grave, morte e doença oncológica, embora não se limitem a estas situações. A comunicação de más notícias relaciona-se a situações que podem modificar de forma negativa o futuro da vida das pessoas envolvidas – cliente, família, comunidade. Desse modo, salienta-se a importância da qualidade do processo de comunicação de más notícias por todos os profissionais de saúde que compõem a equipa multidisciplinar, em todos os níveis de cuidados (Buckman, 1984; Fontes et al., 2017; Silva et al., 2021).

A comunicação de más notícias pode considerar-se uma competência dos profissionais de saúde se for transmitida de modo adequado, uma vez que a comunicação de más notícias é um momento significativo/marcante na vida do cliente e família/convivente(s) significativo(s)

A comunicação de más notícias de forma eficaz e adequada diminui os conflitos e ajuda a atingir a resolução de problemas (Fontes et al., 2017; Silva et al., 2021).

3. Definição

A comunicação de más notícias pode ser muito angustiante e stressante para os profissionais de saúde. Torna-se de extrema importância que após a sua realização, o profissional reserve tempo para refletir sobre as suas próprias reações e sentimentos, de modo a desenvolver mecanismos de resposta e melhorar as suas competências relacionais com os intervenientes na relação terapêutica (Pereira et al., 2013).

O modo como se transmitem as más notícias varia ainda com a idade, sexo, cultura e educação, tanto do emissor como do recetor. Assim, a eficácia do processo de comunicação depende também da flexibilidade do profissional para utilizar cada técnica ajustada a cada circunstância (Silva, 2012).

A comunicação de más notícias deve atender a quatro objetivos fundamentais (Baile et al., 2000), nomeadamente:

- 1.** Reunir toda a informação sobre o cliente e situação de saúde, permitindo determinar o conhecimento, as expectativas e preparação dos intervenientes para escutar a má notícia;
- 2.** Transmitir informações clínicas de forma inteligível, de acordo com as necessidades e desejos do cliente/família/convivente(s) significativo(s);
- 3.** Prestar apoio ao cliente/família/convivente(s) significativo(s), utilizando competências comunicacionais apropriadas que reduzam o impacto emocional provocado pela má notícia;
- 4.** Definir uma estratégia ou plano de cuidados em parceria.

Nas últimas décadas, têm sido desenvolvidos vários modelos baseados na evidência e adaptados para a prática clínica no que se refere à comunicação de más notícias (Bumb,

Keefe, Miller & Overcash, 2017). Um dos modelos mais amplamente representados na literatura científica é o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000), adaptado do protocolo de Buckman (1992). Este protocolo apresenta considerações importantes para auxiliar no alívio da angústia associada à comunicação de más notícias tanto junto dos cliente/família/convivente(s) significativo(s), como dos profissionais de saúde (Calsavara et al., 2019). O protocolo SPIKES é, segundo Baile et al. (2000), constituído por seis etapas. O termo “SPIKES” consiste numa mnemónica que serve de estrutura para a comunicação de más notícias (Tabela n.º 1).

Tabela n.º 1

Mnemónica SPIKES (Baile et al., 2000)

Mnemónica	Etapas	Objetivos
S	<i>Setting up</i>	Preparação e escolha do local mais adequado (Etapa 1)
P	<i>Perception</i>	Perceber o que o recetor da má notícia (já) sabe (Etapa 2)
I	<i>Invitation</i>	Perceber o que o recetor da má notícia quer saber (Etapa 3)
K	<i>Knowledge</i>	Compartilhar a informação (Etapa 4)
E	<i>Emotions</i>	Responder às emoções e às perguntas do recetor da má notícia de forma empática (Etapa 5)
S	<i>Strategy and Summary</i>	Planear o futuro e sintetizar a discussão (Etapa 6)

Nota: Fonte – A Própria

Com vista a facilitar a sua implementação e compreensão as etapas do protocolo SPIKES, serão resumidas num cartão de bolso a disponibilizar à equipa (Anexo 2).

4. Procedimento

As orientações para a operacionalização de cada uma das etapas do protocolo SPIKES são apresentadas abaixo (Baile et al., 2000).

Etapa 1 – Preparação e escolha do local mais adequado

- ✓ O profissional de saúde deverá preparar-se a si próprio, assim como o ambiente físico onde irá comunicar a má notícia.
- ✓ A informação clínica a ser partilhada deve ser revista e o profissional de saúde deverá preparar-se mentalmente para a resposta emocional e perguntas expectáveis por parte do cliente/família/convivente(s) significativo(s).
- ✓ O ambiente influencia positiva ou negativamente a comunicação da má notícia, pelo que deverá ser utilizada uma sala adequada para a comunicação da má notícia, que proporcione privacidade e conforto. Se não for possível, fechar as cortinas em redor do cliente. Evitar fontes de distração e favorecer a discussão.
- ✓ O profissional deverá adotar uma atitude recetiva, cumprimentar a pessoa, posicionar-se ao mesmo nível do recetor da má notícia, manter o contacto visual, evitar barreiras arquitetónicas entre os interlocutores e dar espaço ao outro e usar o toque terapêutico. É fundamental gerir o tempo e evitar as interrupções.
- ✓ Nos casos de restrição de tempo ou interrupções esperadas informar à priori ao cliente/família/convivente(s) significativo(s) sobre essa situação.
- ✓ Ter presente que embora a informação partilhada seja triste dá a oportunidade ao cliente/família/convivente(s) significativo(s) de planear(em) o futuro.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Familiarizar-se previamente com a informação clínica relevante;
- Proporcionar privacidade;

- Envolver outras pessoas significativas (no caso da má notícia ser dirigida apenas ao cliente);
- Cumprimentar e fazer apresentações;
- Avaliar se o momento é adequado (Questões-chave: “Como está?”; “Como se encontra/sente hoje?”).
- Manter contacto visual;
- Gerir o tempo e evitar interrupções.

Etapa 2 – Perceber o que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) (já) sabe /Avaliar a perceção

- ✓ O profissional de saúde deve determinar o nível de compreensão e perceção do cliente/família/convivente(s) significativo(s) sobre a situação de saúde, antes de fornecer qualquer informação.
- ✓ Antes de informar, o profissional deve fazer perguntas abertas.
- ✓ Com base nas respostas obtidas, o profissional de saúde poderá corrigir informações incorretas, adaptar as informações aos conhecimentos que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) já possuem e determinar o nível de aceitação da situação de saúde.
- ✓ Este é também um momento em que o profissional de saúde pode auferir se o cliente se encontra num estado de negação em relação à sua condição de saúde.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Perguntar, antes de informar (Questões-chave: “O que sabe sobre a situação de saúde até ao momento?”; “O que lhe foi transmitido da última vez que obteve informações?”; “Qual é o seu entendimento sobre a informação que lhe foi transmitida até ao momento? O que é que já lhe foi transmitido acerca da sua situação clínica?”; “Sabe o porquê de ter realizado este exame?”);
- Promover a escuta ativa;

- Concentrar-se no discurso narrativo do familiar, sem descurar a comunicação não verbal.

Etapa 3 – Perceber o que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) quer saber

- ✓ O profissional de saúde deve fazer perguntas primeiro e só depois informar o cliente/família/convivente(s) significativo(s) sobre a situação de saúde. Embora a maioria dos recetores expressem o desejo em obter informações clínicas completas, nem todos o fazem.
- ✓ Respeitar a vontade expressa e responder a quaisquer perguntas ou esclarecimentos solicitados.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Perguntar, antes de informar (Questões-chave: “Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde?”; “O que pretende saber?”; “O que é importante falar hoje?”);
- Demonstrar recetividade para responder a perguntas (Questões-chave: “De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?”; “Gostaria de ver clarificado algum aspeto em particular?”; “Existem dúvidas?”).

Etapa 4 – Compartilhar a informação

- ✓ Antes de compartilhar a informação, o profissional de saúde deverá alertar para a comunicação de uma má notícia, de modo a evitar o choque e favorecer o processamento da informação.
- ✓ A linguagem a adotar deverá ser adequada conforme o nível de literacia do cliente/família/convivente(s) significativo(s), devendo ser ponderada a utilização de termos técnicos. Sempre que possível, evitar metáforas, eufemismos ou franqueza em excesso.

- ✓ A informação deve ser transmitida de forma fracionada, dando espaço ao cliente/família/convivente(s) significativo(s) para assimilar o que lhe é dito e, simultaneamente, verificar a compreensão.
- ✓ As expressões inoportunas são desaconselhadas (e.g., de momento não temos mais nada para oferecer), pois os objetivos terapêuticos são individuais e únicos (e.g., o alívio e controlo de sintomatologia pode ser um objetivo e passível de ser realizado).
- ✓ Ter em atenção a comunicação verbal (i.e., palavras, entoação de voz e ritmo do discurso) e não verbal (i.e., movimento dos olhos, expressão facial, linguagem corporal).
- ✓ Deve ser dado espaço e tempo suficiente para que a informação seja assimilada antes de se colocar novas questões.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Enviar um sinal de alerta (“tiro de aviso”) (Afirmarções-chave: “Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias.”, “Infelizmente, as notícias que tenho para lhe dar não são boas.”, “Infelizmente, tenho más notícias para lhe contar.”; “Receio que as notícias não sejam as melhores”);
- Ponderar a utilização de termos técnicos;
- Informar de forma direta e honesta, mas com sensibilidade;
- Transmitir a informação de forma fracionada;
- Evitar expressões inoportunas (e.g., “De momento não temos mais nada para oferecer.”).

Etapa 5 – Responder às emoções e às perguntas do cliente/família/convivente(s) significativo(s) de forma empática

- ✓ Responder às emoções do cliente/família/convivente(s) significativo(s) é um dos maiores desafios na comunicação das más notícias com o qual os profissionais de

saúde são confrontados. As respostas emocionais são individuais e únicas, logo variáveis entre indivíduos e circunstâncias.

- ✓ O profissional de saúde deve oferecer apoio e demonstrar uma atitude empática. Além disso, é necessário dar tempo para que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) expresse as suas emoções, e só depois continuar a conversa.
- ✓ Se, porventura, a pessoa ficar em silêncio optar por utilizar perguntas abertas para tentar perceber o que a pessoa está a pensar ou a sentir.
- ✓ É importante identificar se a emoção manifestada está relacionada a notícia transmitida, pelo que se devem fazer questões.
- ✓ Por último, e depois de dar tempo ao cliente/família/convivente(s) significativo(s) para expressar os seus sentimentos, deixá-lo entender que o profissional de saúde associou a emoção manifestada à informação transmitida.
- ✓ O profissional de saúde deve oferecer apoio, mostrando-se disponível para o cliente para a sua família.

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Observar qualquer emoção manifestada (e.g., silêncio, choro, negação, raiva, descrença, tristeza, choque);
- Identificar a emoção manifestada (Questão-chave: “Quais os sentimentos que esta notícia lhe provoca?”).
- Identificar a causa da emoção (Questão-chave: “Eu consigo ver que a notícia que lhe transmiti está a causar-lhe sofrimento”).
- Deixar que a emoção manifestada seja associada à informação transmitida.

Etapa 6 – Planear o futuro e sintetizar a discussão

- ✓ Perante uma má notícia, a existência de um plano concreto para o futuro diminui os níveis de ansiedade.
- ✓ Nesta etapa, os profissionais de saúde deverão realizar um resumo da informação transmitida numa linguagem que cliente/família/convivente(s) significativo(s) compreendam, clarificar as dúvidas e discutir o plano de cuidados.
- ✓ Nesta etapa devem ser criadas estratégias para a resolução de problemas que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) possam expressar e assegurar a continuidade dos cuidados através da formulação de um plano de cuidados conjunto

Aspetos úteis a ter em consideração nesta etapa:

- Realizar um resumo final da informação transmitida, utilizando uma linguagem adequada;
- Clarificar dúvidas;
- Discutir o plano de cuidados;
- Ajudar a criar estratégias para a resolução de problemas;
- Assegurar a continuidade dos cuidados (e.g. (e.g., transmitir disponibilidade e apoio, transmitir informação sobre formas de contacto e horário de visitas, agendar contacto futuro).
- Durante o discurso, poderão ser utilizadas frases como: “O que lhe dissemos faz sentido para si?”; “Está esclarecido sobre os próximos passos?”; “Possui informações suficientes para tomar a sua decisão?”

Com vista a facilitar a sua operacionalização, as etapas do protocolo SPIKES apresentam-se resumidas numa *checklist* (Anexo 1).

Registos

- ✓ Fazer o registo das reuniões com a família no parâmetro “visitas” disponibilizado no sistema de informação/programa de gestão clínica B-ICU CARE/B-SIMPLE.

Avaliação

- ✓ A avaliação será realizada através de auditorias planeadas periodicamente e com pré-aviso, onde se procederá à observação aleatória de reuniões com família/convivente(s) significativo(s), e, respetiva, verificação da utilização do protocolo SPIKES em situações de comunicação de más notícias.
- ✓ As auditorias serão realizadas com frequência mensal por elementos da equipa a designar pela enfermeira gestora, que cumprem os normativos emanados para o efeito.
- ✓ Um outro elemento importante para a avaliação do protocolo será a consulta dos registos informáticos no sistema de informação/programa de gestão clínica B-ICU CARE/B-SIMPLE, pelo que será necessário fazer o registo das reuniões com a família na secção das “visitas”. Pretende-se que o protocolo seja aplicado e registado nas intervenções de enfermagem no sistema de informação/programa de gestão clínica B-ICU CARE/B-SIMPLE, pelo menos com 80% de famílias informadas utilizando o referido protocolo.

5. Bibliografia

- Anderson, R., Bloch, S., Armstrong, M, Stone, P. & Low, J. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33(8), 926-41. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
- Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., Emídio, M. & Mota L. (2018). Perspetiva das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 1(1), 109-18. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.36>
- Baile, W., Buckman R., Lenzi R. G, G, Beale, E. & Kudelka, A. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–11. <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bicho, D. (2013). *Comunicação de más notícias em contexto de saúde*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15365/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20de%20M%C3%A1s%20Noticias%20em%20contextos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Blanckenbruga, P., Hofmanna, M., Rief, W., Seifartb, U., Seifartc, C. (2020). Assessing patients preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Education and Counseling*, 103, 1623-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.0360738-3991/>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*. 288,1597-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L. & Overcash, J. (2018). Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 21(5), 573-580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>

- Calsavara, V., Scorsolini-Comin, F & Curyfolo, C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 25(1), 92-102. <http://doi.org/10.1865/RAG.2019v25.9>
- Campos, D. (2020). *Comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no Serviço de urgência* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34033>
- Collini, A., Liver, A. & Oliver A. (2021). Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department. *BMJ*. 38, 151-4. <https://doi.org/10.1136/emermed-2020-210141>
- Costa, A. (2014). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/Relatorio%20Estagio%2B Apendices%20-%20vers%C3%A3o%20grava%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Coutinho, F. & Ramessur, A. (2016). Uma visão geral do ensino de comunicação de más notícias no curso de Medicina: será uma aula teórica adequada para abordar o tema? *Acta Medica Port*. 29(12), 826-31. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7909>
- Cruz, C. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn Tratamento*, 21(3), 106-8. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Dean, A. & Willis, S. (2016). The use of protocol in breaking bad news: Evidence and ethos. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(6), 265-71. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.6.265>
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9495), 312-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz, M. R. (2017). Comunicação de más notícias: Revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-54. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>

- Gay, E., Pronovost, P., Bassett, R. & Nelson, J. (2009). The intensive care unit family meeting: Making it happen. *Journal of Critical Care*, 24(4), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2008.10.003>
- Gebhardt, C., Gorba, C., Oechsle, K., Vehling, S., Koch, U. & Mehnert, A. (2017). Breaking Bad News to Cancer Patients: Content, Communication Preferences and Psychological Distress. *Psychoter Psych Med*, 67(7), 312-321. <https://doi.org/10.1055/s-0043-113628>
- Gorniewiczza, J., Krishnanb, K., Bishopa, T., Tudivera, F. & Langa, F. (2017). Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. *Patient Education Council*, 100(4), 655-66. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.008>.
- Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious mechanically. *Critical Care*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Keera, R., Deschepperb, R., Huyghensc, L. & Bilsend, J. (2019). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2199-207. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.017>
- Lino, C., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, & Caprara A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-7. <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>
- Lusquiños, A., Mendes, A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Atas CIAIQ2019*, 2(1), 1985-94. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nurs Stand*, 23(31), 51-6. <https://doi.org/10.7748/ns2009.04.23.31.51.c6934>
- Mendes, A. (2016). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Rev Bras de Enferm*, 71(11), 170-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

- Mendes, A. (2016). Sensibility of professionals to information needs: Experience of the family at the intensive care unit. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na *experiência vivida* de doença crítica: o cuidado centrado na família. *Atas CIAIQ2018*, 2(1), 203-212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>
- Mendes, A. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Monteiro, D. & Quintana, A. (2016). A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324221>
- Motta, V. (2019). *Comunicação de notícias difíceis: efeito de intervenção educativa em unidades de terapia intensiva*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34169>
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?* Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Peel, N. (2003). The role of critical care nurse in the delivery of bad news. *British Journal of Nursing*, 12(16), 966-71. <https://doi.org/10.12968/bjon.2003.12.16.11443>
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: Artigo revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7 (1), 227 – 235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>

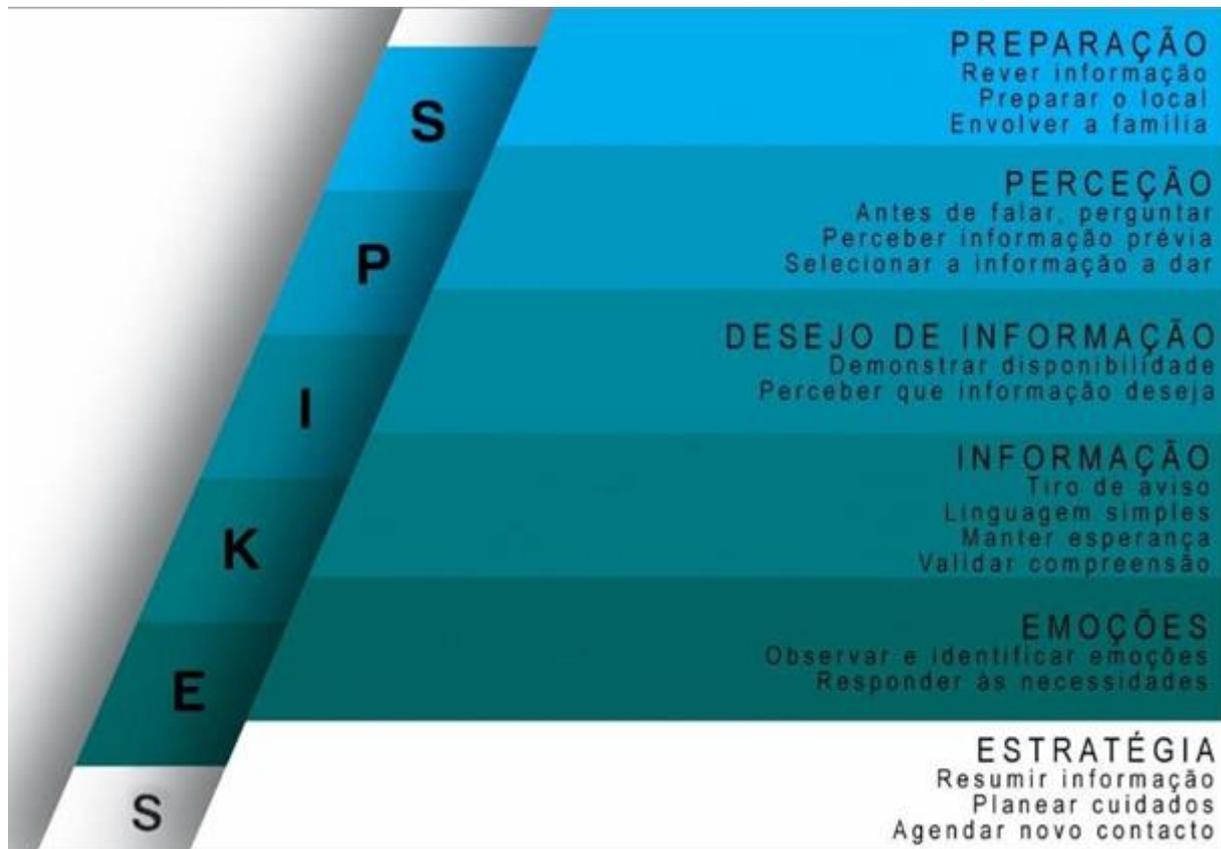
- Rosenzweig, M. (2012). Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *Nurse Practice*, 37(2), 1-4. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000408626.24599.9e>
- Santos, K., Gremigni, P., Casu, G, Zaia, V. & Montagnal E. (2021). Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. *BMC Medical Education*, 21(196), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02636-5>
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Silva, E., Mendes, A. & Antunes S. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>
- Silva, R. (2020). Comunicação de más notícias à família do doente crítico em contexto de unidade de cuidados intensivos. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33510>
- Silveira, F., Botelho, C. & Valadão, C. (2017). Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *São Paulo Medicine JI*, 135(4), 323-31. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>
- Sweeney, C., O'Sullivan, E. & McCarthy, M. (2015). Keeping it real: exploring an interdisciplinary breaking bad news role-play as an integrative learning opportunity. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 15(2), 14-32. <https://doi.org/10.14434/josotl.v15i2.13262>
- Warrillow, S., Farley, K. & Jones, D. (2015). Ten practical strategies for effective communication with relatives of ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 41, 2173–2176 <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3815-0>

Anexo 1 – Checklist das etapas da comunicação de más notícias (protocolo SPIKES)

Etapas	Cumprimento	
	Sim	Não
Etapa 1 – Preparação e escolha do local		
- Familiarizar-se previamente com a informação clínica relevante.		
- Proporcionar privacidade.		
- Envolver outras pessoas significativas (se aplicável);		
- Cumprimentar e fazer apresentações;		
- Avaliar se o momento é adequado (Questões-chave: “Como está?”; “Como se encontra/sente hoje?”)		
- Manter contacto visual;		
- Gerir o tempo e evitar interrupções.		
Etapa 2 – Perceber o que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) (já) sabe	Sim	Não
- Perguntar, antes de informar (Questões-chave: “O que sabe sobre a situação de saúde até ao momento?”; “O que lhe foi transmitido da última vez que obteve informações?”; “Qual é o seu entendimento sobre a informação que lhe foi transmitida até ao momento?”)		
- Promover a escuta ativa.		
- Concentrar-se no discurso narrativo, sem descurar a comunicação não verbal.		
Etapa 3 – Perceber o que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) quer saber	Sim	Não
- Perguntar, antes de informar. (Questões-chave: “Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde?”; “O que pretende saber?”; “O que é importante falar hoje?”)		
- Demonstrar recetividade para responder a perguntas. (Questões-chave: “De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?”, “Gostava de ver clarificado algum aspeto em particular?”; “Existem dúvidas?”)		
Etapa 4 – Compartilhar a informação	Sim	Não
- Enviar um sinal de alerta.		

(Afirmações-chave: “Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias”; “Infelizmente, as notícias que tenho para lhe dar não são boas”; “Infelizmente, tenho más notícias para lhe contar”)		
- Ponderar a utilização de termos técnicos.		
- Informar de forma direta e honesta, mas com sensibilidade.		
- Transmitir a informação de forma fracionada.		
- Evitar expressões inoportunas (e.g. “De momento não temos mais nada para oferecer.”).		
Etapa 5 - Responder às emoções e às perguntas do c/família/convivente(s) significativo(s) de forma empática	Sim	Não
- Observar qualquer emoção manifestada (e.g., silêncio, choro, negação, raiva, descrença).		
- Identificar a emoção manifestada. (Questão-chave: “Quais os sentimentos que esta notícia lhe provoca?”)		
- Identificar a causa da emoção. (Afirmção-chave: “Eu consigo ver que a notícia que lhe transmiti está a causar-lhe sofrimento.”)		
- Deixar que a emoção manifestada seja associada à informação transmitida.		
Etapa 6 – Planear e sintetizar	Sim	Não
- Realizar um resumo final da informação transmitida, utilizando uma linguagem adequada.		
- Clarificar dúvidas.		
- Discutir o plano de cuidados.		
- Ajudar a criar estratégias para a resolução de problemas.		
- Assegurar a continuidade dos cuidados (e.g., transmitir disponibilidade e apoio, formas de contacto e horários de visitas, agendar contacto futuro).		

Anexo 2 – Cartão bolso plastificado: protocolo SPIKES



Apêndice H

Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura

RESUMO

Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura

Joana Russo¹, Paula Vala², Isabel Bico³

¹Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal

²Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Faro

³Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal <https://orcid.org/0000-0002-3868-2233>

Enquadramento: A comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos é crucial para o desenvolvimento de relação terapêutica enfermeiro-família. A inclusão da família na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos apresenta benefícios para o utente, pois não só permite uma tomada de decisão consciente e fundamentada por parte da família como apresenta ganhos em saúde.

Objetivo: Explorar como a comunicação influencia o estabelecimento de relação terapêutica enfermeiro-família em unidade de cuidados intensivos.

Métodos: Realizou-se pesquisa na plataforma EBSCO através da equação booleana: *communication AND intensive care unit AND family AND nurse* e pesquisa livre na plataforma *Google Scholar* com as palavras-chave: *communication, intensive care unit, family, nurse, information, breaking news*. Período temporal de 2018 a 2021. Após análise e aplicação das grelhas de avaliação de *Joanna Briggs Institute*, incluem-se nesta revisão um total de 10 artigos.

Resultados: O cuidado centrado na família apresenta benefícios para a segurança do doente e na prestação de cuidados de enfermagem individualizados. A comunicação com a família deve-se realizar de forma clara, assertiva e simples. Os familiares necessitam de receber informação clínica atualizada e de acordo com o seu grau de literacia. O uso de comunicação eficaz com os membros da família, e dos recursos tecnológicos disponíveis, permite diminuir os níveis de ansiedade e *stress* presentes nesta fase de transição de saúde-doença crítica.

Conclusão: A comunicação é uma competência inerente à prática de cuidados de enfermagem influenciando diretamente o estabelecimento de relação terapêutica enfermeiro-família em UCI. A formação específica na área bem como a criação de protocolos, normas e diretrizes permitiram o uso de estratégias comunicacionais eficazes junto das famílias o que levará a uma maior capacitação das mesmas para tomada de decisão fundamentada.

Descritores: *Communication; Intensive care unit; Family; Nurse, Information; Breaking news*

ABSTRAT – Influence of communication on the nurse-family relationship in an intensive care unit: Systematic review of the literature

Background: Communication with the family in the intensive care unit is crucial for the development of a nurse-family therapeutic relationship. The inclusion of the family in the provision of care to the person in a critical situation hospitalized in an intensive care unit presents benefits, allows a conscious and informed decision-making by the family, and presents gains for the patient.

Objective: Explore how communication influences the establishment of a nurse-family therapeutic relationship in an intensive care unit.

Methods: A search was carried out on the EBSCO platform using the Boolean equation: communication AND intensive care unit AND family AND nurse, and was performed a free search on the Google Scholar platform with the keywords: communication, intensive care unit, family, nurse, information, breaking news. Time period from 2018 to 2021. After analyzing and applying the Joanna Briggs Institute critical appraisal tools, a total of 10 articles are included in this review.

Results: Family-centered care has benefits for patient safety and the provision of individualized nursing care. Communication with the family must be clear, assertive and simple. Family members need to receive up-to-date clinical information, in consideration their level of literacy. Effective communication with family members as well as technology resources help to reduce the level of anxiety and stress present in this critical health-illness transition.

Conclusion: Communication is an inherent competence in the practice of nursing care and directly influences the establishment of a nurse-family therapeutic relationship in the ICU.

Specific training in the area as well as the creation of protocols, norms and guidelines allowed the use of effective communication strategies with families, which will lead to a greater capacity of them for decision making.

Keywords: Communication; Intensive care unit; Family; Nurse, Information; breaking news

Apêndice I

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de boa prática

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica
2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de boa
prática**

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Janeiro de 2022

CCXX

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de boa prática

Professora Orientadora:

Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

P. A. S. R. V.

Enfermeira Gestora UCIP:

Enf.ª Gestora, Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica,

M. M. V.

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Janeiro de 2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

CHU– Centro Hospitalar Universitário

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

Introdução	CCXXIV
Fundamentação teórica.....	CCXXVI
Guia orientador de boa prática	CCXXX
Procedimento	CCXXXIII

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, do ano letivo 2021/2022, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário (CHU), Entidade Pública Empresarial (EPE), apresentámos como proposta de intervenção profissional major a elaboração de um guia orientador ao nível de estratégias comunicacionais que orientará a informação a transmitir à família diariamente acerca da evolução clínica da pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos (UCI). O presente documento apresentará o referido guia de orientação onde se definem estratégias comunicacionais a utilizar na interação enfermeiro-família.

Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) a comunicação é considerada uma ferramenta básica e fundamental para os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e nos seus familiares. É esperado que o EEEMCPSC apresente a capacidade de gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

No contexto de hospitalização a comunicação ganha importância acrescida na medida em que emerge de forma explícita ou implícita no estabelecimento de relações terapêuticas entre enfermeiros e família. Assim Meleis (2010, p.20) afirma que a comunicação humana pode ser compreendida como um comportamento que se baseia numa ideologia de troca de informação, em que o significado da mesma é transmitido e interpretado entre os intervinientes deste processo. Espera-se por isso que na interação com a família que experiencia um processo de transição saúde-doença, os enfermeiros ao implementar estratégias facilitadoras de comunicação com os mesmos se tornem essenciais neste processo.

A comunicação deve ser considerada pela equipa de enfermagem como um momento decisivo e importante dos cuidados, com enfoque na escuta e valorização das queixas da

família, na identificação das suas necessidades e no respeito pelas diferenças entre membros. Deste modo, um dos propósitos da comunicação passa por assistir a família a ultrapassar os sentimentos de ansiedade e angústia advindos da transição saúde-doença vivenciada.

Para a realização deste trabalho, recorreu-se à evidência científica mais recente com a pesquisa livre em bases de dados como a EBSCO e *Google Scholar*. Este trabalho será elaborado segundo as normas da *American Psychological Association (APA)*, 7.^a edição.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Teoria das Transições desenvolvida por Meleis refere que os indivíduos/famílias vivem processos que se designam de Transições, pelo impacto que geram na vida pessoal, familiar ou social. As transições são entendidas como resultantes de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes e podem ser de diferentes tipos, desenvolvimentais, aquelas que se relacionam com mudanças no ciclo vital, situacionais, as que se referem a acontecimentos que implicam alterações de papéis, de saúde/doença, as que ocorram quando existe a passagem do estado de bem-estar para o estado de doença e organizacionais, aquelas que estão relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas e económicas. As mesmas podem ainda ser consideradas como simples ou múltiplas, sequencias ou simultâneas e relacionadas ou não relacionadas entre elas (Meleis, 2010).

Deste modo, a mudança pode estar relacionada com eventos críticos, que levam a alterações de perceções, identidades, relações e rotinas. Estes eventos podem associar-se a mudanças de consciência e relacionar-se com situações como a morte ou diagnóstico de doença grave. Estas mudanças exigem do enfermeiro experiência, conhecimento e sensibilidade uma vez que correspondem a uma fase de grande vulnerabilidade para os integrantes (Meleis, 2010).

As transições relacionam-se ainda com condicionantes pessoais, como os significados atribuídos aos eventos que as precipitam, as crenças e valores culturais, o estatuto socioeconómico e o conhecimento prévio da situação. Assim, o enfermeiro necessita de compreender o crescimento e desenvolvimento do indivíduo e da sua família ao longo do processo, entendendo que as adaptações a estas novas situações geram instabilidade. Unicamente tendo em consideração todos estes fatores, se poderá alcançar um processo de transição saudável, humanizado, partilhado, holístico e científico (Meleis, 2010).

De salientar que as Transições de saúde-doença, particularmente a de doença aguda têm associado a si a ideia de finitude, limitação e imprevisibilidade da resposta terapêutica. Neste sentido, no decorrer do processo de transição, as intervenções de enfermagem são entendidas como uma ação interativa e contínua, que devem oferecer conhecimento e capacitação adequada aos seus intervenientes, desencadeando respostas positivas aos

processos de transição que permitiram restaurar o bem-estar do indivíduo Assim sendo, os enfermeiros devem considerar a família no seu todo, enquanto cliente, mas de modo particular cada um dos seus elementos bem como a forma como a situação o afeta particularmente (Meleis, 2010).

A situação de doença grave, atinge não só a pessoa em situação crítica, como causa também sofrimento na sua família, afetando de forma negativa a vivência quotidiana da mesma. Deste modo, a admissão de um doente em UCI transforma inteiramente o dia-a-dia dos seus familiares/conviventes significativos, por se tratar de uma transição abrupta e rápida não permite tempo para a adaptação a esta nova condição. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela sua presença contínua e pelas competências apresentadas podem e devem avaliar a situação da família da pessoa em situação crítica internada em UCI bem como definir um plano de cuidados que satisfaça as necessidades individuais dos mesmos (Silva et al., 2021).

A habilidade do profissional de saúde em comunicar com a família pode gerar reações adversas nos indivíduos que rececionam a informação. Estas reações podem ser desencadeadas tendo por base o local, a forma e as estratégias utilizadas para a comunicação. Deste modo a mesma deve ser preparada atempadamente, preparando todas as informações e planeando as estratégias a utilizar.

Segundo Phaneuf (2005), durante a comunicação existe um processo de troca que detêm duas componentes principais: uma parte informativa que se relaciona com o domínio cognitivo, o quê da mensagem e uma parte afetiva que se relaciona à forma como a comunicação é transmitida, o como. Assim, a comunicação é um processo de criação e de recriação da informação, de troca, de partilha de emoções entre indivíduos e é através da comunicação que aprendemos a compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções dos outros.

Podem definir-se duas principais estratégias de comunicação a verbal e não-verbal. A primeira pode entender-se como todas as palavras que são utilizadas durante a interação interpessoal. Por sua vez, a segunda refere-se às restantes formas de emissão de mensagem sem o uso da palavra, como: expressão facial, gestos, postura corporal, toque, o silencio e a distância (Fontes, et al., 2017; Silva, 2012).

Foi Chalifour (1989), o primeiro a referir que o enfermeiro deve desenvolver competências que lhe permitam desempenhar de modo adequado várias das suas intervenções relacionais com os seus utentes. O mesmo autor definiu como estratégias a desenvolver junto do outro, o toque, o olhar, a distância, a expressão corporal, o tempo, a escuta e ainda os meios de comunicação. Já Le Boterf (1998), refere que o enfermeiro deve adquirir e reter algumas competências relacionais que permitam adequar o seu comportamento relativamente às diversas situações que enfrenta no seu exercício profissional. Estas competências assentam nas características e capacidades individuais de cada enfermeiro para estabelecer e manter relações positivas com os seus utentes, de modo a que lhe permitam adaptação a variadas situações bem como compreender e valorizar os outros.

A importância atribuída à comunicação na relação enfermeiro-família é transversal, tanto na perspetiva do enfermeiro, como na perspetiva dos diferentes membros da família. Assim, pode considerar-se a comunicação clara e eficaz não apenas como o suporte da relação terapêutica, mas como uma estratégia que dá resposta à necessidade de informação presente na família da pessoa em situação crítica. Esta informação deve ser cuidadosamente selecionada, clara e sensível, e deve surgir na altura adequada respondendo as necessidades indivíduos de todos os elementos envolvidos (Lusquiños et al., 2019).

No âmbito hospitalar, a comunicação é imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Assim, comunicar em saúde consiste na utilização de estratégias de comunicação, que influenciam as decisões das pessoas e das comunidades, e que se baseiam em conhecimentos, atitudes e práticas para a promoção da saúde (Hoorn et al., 2016).

Bueno et al. (2018), refere que para além de melhorar a forma de comunicar também é preciso saber o que priorizar. Um estudo desenvolvido por estes autores revela que as famílias priorizam a sobrevivência, as sequelas e o impacto que elas causam. Pretendem, ainda saber qual a forma como receberam informação sobre o seu familiar internado, bem quais as opções de tratamento disponíveis e a utilidade de todos os dispositivos utilizados nesse tratamento.

Os resultados do estudo desenvolvido pelos mesmos autores demonstra que as famílias e os profissionais de saúde percebem os pedidos de informação de forma distinta. Torna-se por isso essencial compreender que as necessidades informativas das famílias são distintas das entendidas pelos profissionais de saúde e que será necessário um esforço dos mesmos para suprir as necessidades da família. As famílias entenderam que os médicos são os que deveriam responder a questões relacionadas com prognóstico, sequelas e diagnóstico, já os enfermeiros parecem mais capacitados para esclarecer questões relacionadas ao cuidado, sensações, ambiente e regras institucionais (Bueno et al., 2018)

Adequar a informação e a comunicação às perguntas e necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica não só melhorará a percepção que os mesmos têm dos cuidados prestados ao utente, mas também os ajudará a enfrentar essa transição de forma saudável.

Comunicar com familiares de pessoa em situação crítica apresenta desafios devido para os profissionais de saúde nomeadamente limitação de tempo, sentimentos negativos e fraca literacia em saúde de alguns familiares. Contudo, embora as necessidades de informação dos familiares sejam altas, os mesmos não devem ser sobrecarregados com informações irrelevantes ou excessivamente complexas. A comunicação eficaz com familiares requer mais do que simplesmente abordar os tópicos certos, requer também a adequação da linguagem, do local e das estratégias a utilizar (Hoffmann et al., 2018).

Silva & Casarini (2019) desenvolveram um estudo qualitativo que pretendeu elaborar um guia de perguntas para comunicação em UCI, que partiu de dúvidas e questões identificadas por familiares e profissionais de saúde.

Foram identificados dois principais eixos temáticos, o primeiro que reúne perguntas que representam necessidades de informações relacionadas com o primeiro contacto com a UCI, nomeadamente estrutura, equipa, funcionamento, visitas, entre outros. E o segundo eixo relacionado com as dúvidas sobre os pacientes que reúne perguntas relacionadas com as necessidades de informação relativas aos diagnósticos, evolução clínica, tratamento e previsão de permanência na UCI (Silva & Casarini, 2019).

Neste segundo eixo importa referir para a elaboração deste guia orientador, que os familiares demonstraram necessidade de conhecimento acerca de acontecimentos diários tais como: aparência física, alimentação, hábitos de sono, mobilização e dependência de

equipamentos médicos tais como ventilador. Estas informações tornam-se essenciais para capacitar os familiares acerca do estado clínico do seu familiar, uma vez que criam a base para fornecimento de informações mais complexas acerca de tratamentos e diagnóstico (Silva & Casarini, 2019).

Observa-se, que as informações solicitadas pelos familiares de pessoa em situação crítica internada em UCI apresentam uma complexidade progressiva, uma vez que ao longo dos dias, as informações solicitadas vão sendo mais precisas e relacionadas com o estado atual do paciente (Silva & Casarini, 2019).

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Apresentamos o guia orientador de boa prática para a comunicação diária com a família da pessoa em situação crítica internada em UCI, partindo de uma adaptação do roteiro de perguntas norteadoras da comunicação em UCI desenvolvido por Silva & Casarini (2019). As questões apresentadas seguidamente pretendem seguir uma sequência de informações solicitadas pelos familiares ao longo do internamento em UCI. O mesmo pretende contribuir para a organização, planeamento e identificação de informações a serem transmitidas por forma a capacitar os familiares da pessoa em situação crítica do seu atual estado de saúde, pelo que as seguintes perguntas devem ser lidas antes do contacto com o familiar por forma a preparar o profissional de saúde para eventuais perguntas dos familiares.

Tabela 1

Guia orientador para a comunicação diária com a família

1. Como é composta a UCI? (nesta pergunta pretende-se dar resposta à caracterização da equipa, organização do serviço e normas de funcionamento.)
2. Qual o motivo da transferência/ internamento do utente na UCI?
3. Qual a previsão de tempo de internamento em UCI?
4. Como tenho acesso a informações sobre o meu familiar? Como posso contactar a equipa de enfermagem e a equipa médica?
5. Quais reações posso esperar observar no meu familiar quando o visitar? (Nível de consciência, comunicação, entre outros)
6. O meu familiar sentiu dor/ainda está a sentir dor?
7. Como estão as funções vitais e cognitivas do utente? (Respira sozinho? Está consciente? Consegue comunicar? Consegue ouvir-me?)
8. Para que servem os aparelhos e fios ligados ao utente?
9. O meu familiar pode morrer? Pode apresentar alguma sequela irreversível?
10. Quais as hipóteses de recuperação?
11. Qual a doença que o utente tem? O que causou esta situação?
12. Porque é alimentado por sonda? Quanto tempo irá durar esta situação?
13. O meu familiar tem algum dispositivo ligado a ele para além do que eu vejo? (cateter, sondas, drenos, entre outros)

14. É normal a aparência do utente mudar de dia para dia? (relacionada com a aparência física, presença de edema, entre outros)
15. Quais os procedimentos necessários para o seu tratamento? E como os mesmos se processam?
16. Que medicamentos estão a ser administrados e para que servem?
17. Quais as medidas instituídas para controlar a transmissão de infeção?
18. Como funciona o regime de visitas aos utentes internados?

Nota: Fonte - adaptado de Silva & Casarini (2019)

O procedimento seguidamente elaborado para além de ter por base o roteiro de perguntas desenvolvido por Silva & Casarini (2019) teve por base a abordagem ABCDE para auxiliar a esquematização da informação bem como Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney.

Segundo o modelo de Roper, Logan e Tierney, as doze atividades de vida diárias que relatam o quotidiano do indivíduo são: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura corporal; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir a sexualidade; dormir; e morrer. O presente modelo de atividades de vida diárias irá definir o plano de cuidados de enfermagem e permitirá que o mesmo seja personalizado e individualizado e consentirá ao utente resolver ou suportar os problemas reais ou potenciais relacionados com as atividades de vida diária (Roper et al., 2001).

Procedimento

Se presencial, para além da preparação atendida da informação a transmitir, preparar o local, nomeadamente gestão do serviço com os restantes colegas para promover a privacidade e o conforto de todos (ex: Fechar as cortinas) e iniciar a conversa com a nossa apresentação.

Se telefonicamente, preparar atempadamente todas as informações a transmitir, despendendo de tempo necessário para a comunicação eficaz e iniciar a conversa com a nossa apresentação.

Exemplo:

Bom dia/ Boa tarde, o meu nome é J. e sou a enfermeira responsável pela prestação de cuidados ao Sr./Sra. X.

Iniciar a conversa com uso da ferramenta *Ask-Tell-Ask*:

- *ASK*, o profissional de saúde inicia a comunicação através de uma questão acerca de um tema;
- *TELL*, o profissional de saúde transmite a informação que pretende, dando tempo ao doente para assimilar e compreender a mesma;
- *ASK*, o profissional de saúde irá questionar o doente acerca da sua compreensão em relação à informação transmitida, solicitando que o mesmo a resuma;

Exemplo:

ASK – “O que lhe disseram relativamente à situação do seu familiar? O que sabe sobre o prognóstico e opções de tratamento?”

TELL – “Gostávamos de lhe dar mais informações e rever algumas medidas que podemos oferecer.” “Estamos preocupados que tenha ocorrido um agravamento clínico....”

ASK – “Sabemos que é muita informação nova. Com quem irá falar sobre esta situação? Que informação lhe irá transmitir?” “Tem outras questões?”

Proposta de informação a transmitir ao familiar da pessoa em situação crítica internada em UCI:

Tabela 2

Proposta de informação a transmitir ao familiar da pessoa em situação crítica internada em UCI

Atividade de Vida	Sugestões	Exemplo
A – Via Aérea/nível de consciência	<ul style="list-style-type: none"> • Acordado/Sedado • Ventilado/Máscara facial/Cânula nasal 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu familiar ainda se encontra sedado; • O seu familiar esta consciente mas apresenta-se confuso; • Respira de forma espontânea/Não respira de forma espontânea
B – Padrão respiratório/ Atividade de vida diária Respiração	<ul style="list-style-type: none"> • Respira de forma espontânea/Necessita do ventilador ou dispositivo de auxílio 	<ul style="list-style-type: none"> • Não respira de forma espontânea e está conectado ao ventilador; • Respira de forma espontânea mas tem um dispositivo que auxilia, ex: máscara facial, cânula nasal de alto fluxo

C – Padrão circulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Tensão arterial • Traçado cardíaco e frequência cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • A hemorragia abdominal/ cerebral/ entre outras encontra-se controlada; • A tensão arterial e o ritmo cardíaco estão estáveis.
D – Neurológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Se consciente encontra-se confuso/ agitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Está confuso, não sabe onde está; • Apresenta períodos de confusão, mas sabe o seu nome e onde está.
E – Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade de vida diária – Manutenção de um ambiente seguro; • Atividade de vida diária – Comunicação (consegue comunicar?); • Atividade de vida diária – Comer e beber (Consegue comer sozinho? Que alimentação tem? Sonda Nasogástrica /Alimentação parentérica?) • Atividade de vida diária – Eliminar (Tem sonda vesical? Evacuou?) • Atividade de vida diária – Cuidados de higiene e vestuário (Cuidados de higiene (banho, barba, cabelo); 	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar de consciente ainda se encontra com tubo orotraquel, pelo que não consegue comunicar através da fala, mas comunica pela escrita; • Está a ser alimentado por uma sonda nasogástrica; • Urina através de uma sonda vesical e já teve trânsito intestinal ontem. • Tomou banho na cama, lavamos o cabelo e aparámos a barba. • Recebeu a visita do enfermeiro especialista

	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade de vida diária – Controlar a temperatura do corpo (febre); • Atividade de vida diária – Mobilidade (fez levantar? Teve apoio do enfermeiro especialista em reabilitação/fisioterapia); • Atividade de vida diária – Dormir/sono (consegue dormir, precisa de medicação?); • Atividade de vida diária – Morrer (Qual o prognóstico da doença?) 	<p>em reabilitação/fisioterapia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O prognóstico mantém-se o mesmo, trata-se de uma doença grave e que requer tempo para podermos fornecer mais respostas.
--	--	--

Nota: Fonte a própria

Exemplo:

Bom dia Sr. U. o meu nome é J. e sou a enfermeira responsável pela prestação de cuidados à Sra. X. O que lhe disseram relativamente à situação do seu familiar ontem?

Gostaria de informá-lo que a Sra. X ainda se encontra sedada e que não consegue respirar de forma espontânea pelo que se encontra conectada ao ventilador. A hemorragia abdominal encontra-se controlada e a tensão arterial e o ritmo cardíaco estável. Como está sedada é como se tivesse a dormir profundamente, não recebe os estímulos externos que lhe enviamos e por isso não consegue comunicar connosco, mas não parece sentir dor. Está a ser alimentada por uma sonda que vai até ao estômago e que coloca uma preparação líquida que contem todos os nutrientes necessários para a nutrição da Sra. X. Urina através de uma sonda vesical e ainda não teve trânsito intestinal desde que foi internada. Tomou banho na cama e lavamos o cabelo. Recebeu a visita do enfermeiro especialista em reabilitação Y. que realizou exercícios de reabilitação respiratória. Desde ontem não houve alterações significativas, o prognóstico mantém-se o mesmo, trata-se de uma doença grave e que requer tempo para podermos fornecer mais respostas.

Sabemos que é muita informação nova. Tem outras questões que gostaria de colocar?

Outras Ferramentas

Seguidamente apresentamos outras estratégias comunicacionais possíveis de utilizar na transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica internada em UCI:

NURSE:

- N – *Naming*, nomear uma emoção permite ao profissional de saúde demonstrar sensibilidade em relação às emoções do doente.
- U – *Understanding*, será realizada uma validação junto do doente acerca das emoções que nomeou o que irá permitir ao profissional uma compreensão dos sentimentos e emoções, o que permite dar respostas empáticas.
- R – *Respecting*, refere-se à atitude de respeito demonstrada em relação aos sentimentos do doente, que é realizada de forma não-verbal.
- S – *Supporting*, o profissional irá demonstrar o seu apoio e oferecer estratégias para gerir sentimentos e emoções, sendo nesta fase em que se fornecem informações sobre os recursos disponíveis que poderão auxiliar nesta fase.
- E – *Exploring*, o profissional irá demonstrar interesse e dar oportunidade ao doente para partilhar as suas emoções e sentimentos.

Tell Me More:

- Esclarecer informações junto do familiar da pessoa em situação crítica internada em UCI, através da abordagem às suas emoções e à forma como compreende o problema existente.
- Esta estratégia passa por identificar, durante o diálogo com o outro, que existe um problema, mostrando-se disponível para o discutir, utilizando expressões que permitam a abertura para o diálogo, como: “Diga-me mais sobre...”.

CONCLUSÃO

A comunicação é uma competência essencial para a prática de cuidados de enfermagem seguros e eficazes. A capacitação dos enfermeiros com estratégias e ferramentas comunicacionais apresenta ganhos em saúde, uma vez que indivíduos mais bem informados apresentam níveis de literacia mais elevados o que levará a uma maior simbiose e colaboração na elaboração de planos de cuidados individualizados para os doentes. Para além disso apresentam também maior capacidade de gerir emoções e tomada de decisão fundamentada.

A planificação dos cuidados facilita a construção de um processo mental sobre as necessidades sentidas pela família da pessoa em situação crítica. A recolha de dados junto dos mesmos permitirá a elaboração de diagnósticos de enfermagem bem como planificação de intervenções de enfermagem atendendo as reais necessidades da família o que permitirá a obtenção de resultados esperados mais rapidamente.

A comunicação em saúde apresenta grande complexidade e acarreta um impacto desmedido juntos dos familiares, pelo que o local, a forma e as estratégias utilizadas devem ser preparadas atempadamente. É essencial a utilização de uma abordagem sistematizada que possibilite a transmissão de informação de cariz negativo e positivo, pois a capacitação dos indivíduos permite uma transição mais suave e plena neste processo de saúde-doença, diminuindo o impacto causando juntos os intervenientes.

Os enfermeiros devem ser agentes de ação e mudança das práticas, desmistificando a necessidade de alicerçar à prática a evidência mais recente e obtendo os resultados mais benéficos para o utente e para a sua família. Assim alicerçando à evidência descrita nos estudos mais recentes a utilização do pensamento crítico conjuntamente com as ferramentas descritas neste guia será possível o estabelecimento de relação terapêutica enfermeiro-família, tornando a família no foco de cuidados.

O estabelecimento de relações terapêuticas enfermeiro-família eficazes tem por base uma comunicação empática, assertiva, clara e simples. O presente guia serve de ferramenta de auxílio para a preparação da comunicação com a família realizada na UCI, todavia cabe a

cada profissional através do recurso ao seu juízo crítico adequar o mesmo às necessidades reais presentes na pessoa em questão.

BIBLIOGRAFIA

- Bueno, V. J. M., Ovies, A., La Calle, G. & Lallemand, Z. C. (2018). Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Medicina Intensiva*, 42(6), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.05.004>
- Chalifour, J. (1989). *La reallion d'aide eu soins infirmiers: Une perspective hilstique-humaniste*. Gäetan Morin Édites Itée.
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz, M. R. (2017). Comunicação de más notícias: Revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-54. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Hoffmann, M., Hool, A. K., Burgsteiner, H., Eller, P., Pieber, T. R. & Amrein, K. (2018). Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients: Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals. *Wiener Klinische Wochenschrift – The Central European Journal of Medicine*, 130, 645-652, <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1377-1>
- Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious mechancally. *Critical Care*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Le Boterf, G. (1998). *L'Ingénierie des compétences*. Éditions d'Organisation.
- Lusquiños, A., Mendes, A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Atas CIAIQ2019*, 2(1), 1985-1994. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: Série II, n.º135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *The Roper Logan Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone Publications.

Silva L. F. & Casarini K. A. (2019). Roteiro norteador de perguntas dos familiares: Um recurso de comunicação em UCI. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 20(2), 37-54.. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7213753>

Silva, E., Mendes, A. & Antunes S. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>

Apêndice J

Plano Sessão Formação

Plano sessão de Formação

Tema: Protocolo Comunicação de más notícias

Serviço:	UCIP CHU	Local:	Sala de formação UCIP
Data e Hora:	28/01/2022 – 14h30	Duração:	45 minutos
Público-Alvo:	Equipa de enfermagem da UCIP		
Formador:	Aluna Especialidade EMCPSC- Joana Russo	Orientadores:	Enf ^a . P.V. Professora Isabel Maria Tarico Bico
Recursos materiais:	Computador / Projetor		
Objetivos:			
Gerais:	- Apresentar protocolo de comunicação de más notícias		
Específicos:	<ul style="list-style-type: none"> - Definir comunicação, comunicação em saúde e comunicação de más notícias; - Apresentar protocolo de comunicação de más notícias, SPIKES e a sua aplicação prática; - Apresentar <i>check-list</i> de avaliação e processo de auditoria; - Avaliar conteúdos programáticos e respetiva formação. 		
	Conteúdo	Metodologia	Duração
Introdução:	- Apresentação da formação e do contexto da sua realização	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento:	- Definição de comunicação, comunicação em saúde e comunicação de más notícias;	Expositivo e interrogativo	25 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do protocolo de comunicação de más notícias - SPIKES; -Apresentar processo de auditoria interna. 		
Conclusão:	<ul style="list-style-type: none"> - Pontos-chave da formação; - Esclarecimento de dúvidas e sugestões. 	Expositivo e interrogativo.	10 minutos
Avaliação:	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário <i>online</i> aos participantes 	Interrogativo	5 minutos

Plano sessão de Formação

Tema: Comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos: guia orientador de boa prática

Serviço:	UCIP CHU	Local:	Sala de formação UCIP
Data e Hora:	28 de Janeiro de 2022 – 15h30	Duração:	25 minutos
Público-Alvo:	Equipa de enfermagem da UCIP		
Formador:	Aluna Especialidade EMCPSC- Joana Russo	Orientadores:	Enf ^a . P. V. Professora Isabel Maria Tarico Bico
Recursos materiais:	Computador / Projetor		
Objetivos:			
Gerais:	- Apresentar guia orientador para a comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos		

Específicos:	- Apresentar, sucintamente, o guia orientador para a comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos.		
	Conteúdo	Metodologia	Duração
Introdução:	- Apresentação da formação e do contexto da sua realização	Expositivo	2,5minutos
Desenvolvimento:	- Apresentação do guia orientador para a comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos; - Aplicabilidade na prática.	Expositivo e interrogativo	15minutos
Conclusão:	- Pontos-chave da formação; - Esclarecimento de dúvidas e sugestões.	Expositivo e interrogativo.	5minutos
Avaliação:	- Discussão com o grupo de participantes	Interrogativo	2,5minutos

Plano sessão de Formação

Tema: Cateter Venoso e Cateter Arterial em Unidade de Cuidados Intensivos: Critérios para manutenção e remoção

Serviço:	UCIP CHU	Local:	
Data e Hora:	28 de Janeiro de 2022 – 16h00	Duração:	15minutos
Público-Alvo:	Equipa de enfermagem da UCIP		
Formador:	Aluna Especialidade EMCPCS- Joana Russo	Orientadores:	Enfª. P.V. Enfª F. R.

			Professora Isabel Maria Tarico Bico
Recursos materiais:	Computador / Projetor?		
Objetivos:			
Gerais:	- Identificar critérios para manutenção e remoção de cateteres venosos e artérias no doente internado na UCIP;		
Específicos:	- Definir sucintamente infeções associadas aos cuidados de saúde; - Identificar fatores de melhoria na atualização do aplicativo informático de registo de enfermagem acerca das intervenções relacionadas com a utilização dos referidos dispositivos		
	Conteúdo	Metodologia	Duração
Introdução:	- Apresentação da formação e do contexto da sua realização	Expositivo	2,5minutos
Desenvolvimento:	- Definição de infeções associadas aos cuidados de saúde; - Apresentação de sugestões de melhoria na atualização do aplicativo informático de registo de enfermagem B-ICU-Care.	Expositivo e interrogativo	7,5minutos
Conclusão:	- Pontos-chave da formação; - Esclarecimento de dúvidas e sugestões.	Expositivo e interrogativo.	2,5minutos
Avaliação:	- Discussão com o grupo de participantes	Interrogativo	2,5minutos

Apêndice K

Apresentação da Formação - Comunicação com a família em UCI

PROTOCOLO COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

ELABORADO POR:

Aluna Especialidade EMC- PSC
Joana Russo, M47018

Enf.ª P. R.

Enf.ª P. V.

Enf.ª S. L.

Dra. S. C.

VALIDADO POR:

Enf.ª Gestora M.V.

PROFESSORA ORIENTADORA:

Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

28 de Janeiro, 2022

1

MESTRADO EM ENFERMAGEM
em Associação



SUMÁRIO

1. Objetivos da sessão
2. Diagnóstico de situação
3. Breve fundamentação teórica
4. Protocolo de comunicação de más notícias
5. Registo, auditoria e avaliação
6. Conclusão

2

1. OBJETIVOS DA SESSÃO

3

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIÇÃO



OBJETIVOS DA SESSÃO

- Definir comunicação, comunicação em saúde e comunicação de más notícias;
- Apresentar protocolo de comunicação de más notícias, SPIKES e a sua aplicação prática;
- Apresentar *check-list* de avaliação e processo de auditoria;
- Avaliar conteúdos programáticos e respetiva formação.

4

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

5

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSISTÊNCIA



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

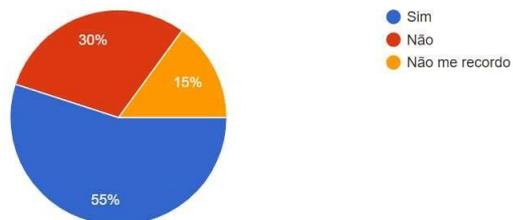
- Observação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados;
- Realização de entrevista informal com a Enfª Gestora Maria Manuel Vieira;
- Implementação de um questionário de diagnóstico de situação junto da equipa de enfermagem.

6

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

10. Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre comunicação com a família?

20 respostas



7

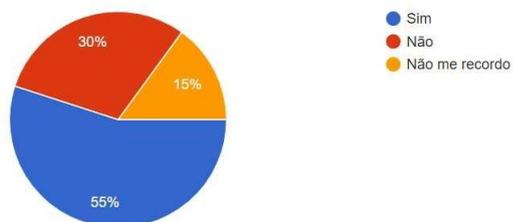
MESTRADO EM ENFERMAGEM



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

11. Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre comunicação de más notícias à família?

20 respostas

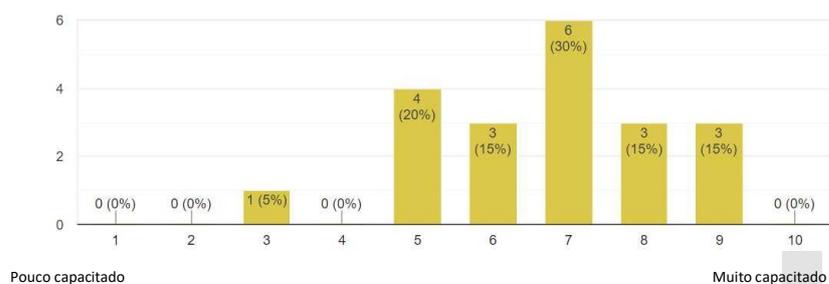


8

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

12. Como classifica o seu grau de capacitação para comunicar com a família?

20 respostas

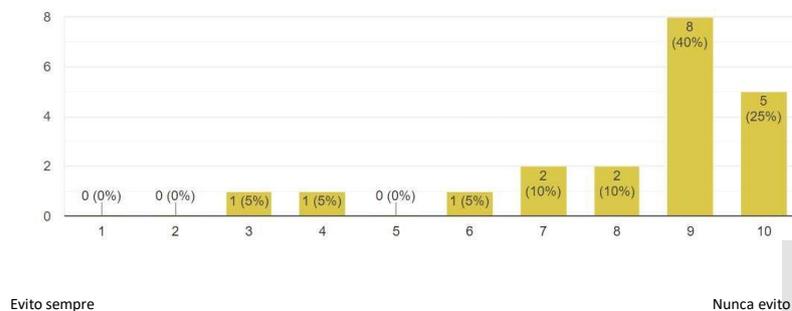


9

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

13. No exercício da sua profissão, pretende evitar a comunicação com a família?

20 respostas

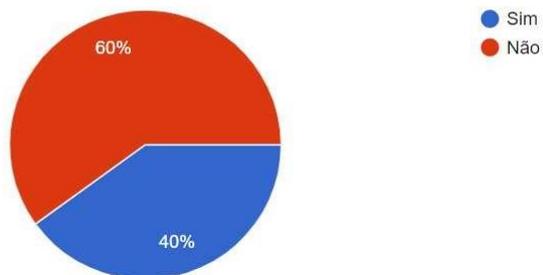


10

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

15. Conhece algum protocolo de comunicação de más notícias?

20 respostas



11

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Qual o protocolo de comunicação de más notícias que conhece?

8 respostas

SPIKES

protocolo SPIKES

12

3. BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

COMUNICAÇÃO

Elemento básico da vida interpessoal e social;



Processo ativo, complexo e contínuo, através do qual as pessoas transmitem e recebem informação;



Comunicação pode ser verbal e não verbal;



Comunicamos por gestos, silêncios, expressões, sons, entre outros.



COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Conjunto de estratégias que influenciam as decisões das pessoas e das comunidade.

É imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Auxilia a pessoa em situação crítica bem como a sua família a ultrapassar sentimentos de ansiedade e angústia.

(Hoorn *et al.*, 2016; Sequeira, 2016; Mendes, 2016; Mendes, 2018; Mendes 2020) 15

MÁ NOTÍCIA

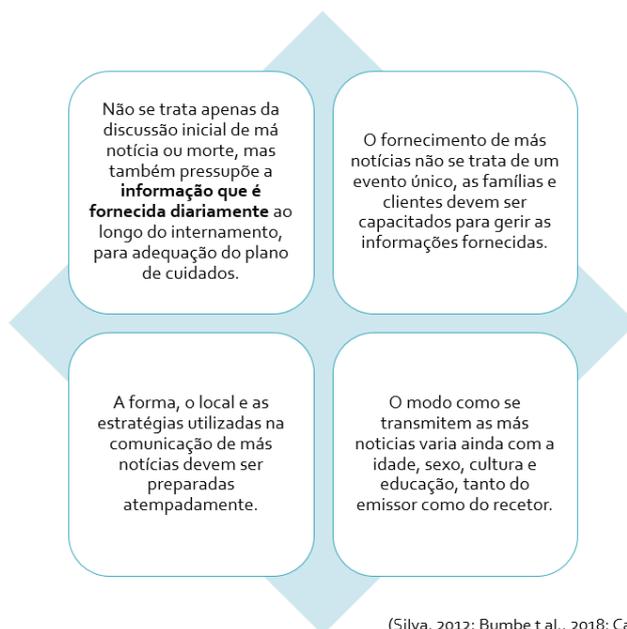
Buckman (1992) define má notícia como qualquer informação que afeta de forma adversa e séria a perspectiva individual da pessoa sobre o seu futuro.

Envolve uma mudança drástica na perspectiva de futuro e ou prognóstico de saúde.

O conteúdo e contexto das más notícias estão associados geralmente a doença grave, morte e doença oncológica.

(Baile *et al.*, 2000); Fontes *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021) 16

TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS



(Silva, 2012; Bumbel et al., 2018; Calsavara et al., 2019) 17

OBJETIVOS FUNDAMENTAIS NA TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS

- Reunir toda a informação sobre o cliente e situação de saúde, permitindo determinar o conhecimento, as expectativas e preparação dos intervenientes para assimilar a má notícia;
- Transmitir informações clínicas de forma inteligível, de acordo com as necessidades e desejos do cliente/família/convivente(s) significativo(s);
- Prestar apoio ao cliente/família/convivente(s) significativo(s), utilizando competências comunicacionais apropriadas que reduzam o impacto emocional provocado pela má notícia;
- Definir uma estratégia ou plano de cuidados em parceria.

(Baile et. al, 2000) 18

PROTOCOLO SPIKES

Mnemónica	Etapas	Objetivos
S	<u>Setting up</u>	Preparação e escolha do local mais adequado (Etapa 1)
P	<u>Perception</u>	Perceber o que o recetor da má notícia (já) sabe (Etapa 2)
I	<u>Invitation</u>	Perceber o que o recetor da má notícia quer saber (Etapa 3)
K	<u>Knowledge</u>	Compartilhar a informação (Etapa 4)
E	<u>Emotions</u>	Responder às emoções e às perguntas do recetor da má notícia de forma empática (Etapa 5)
S	<u>Strategy and Summary</u>	Planear o futuro e sintetizar a discussão (Etapa 6)

Tabela 1 – Mnemónica SPIKES (Baile *et al.*, 2000)

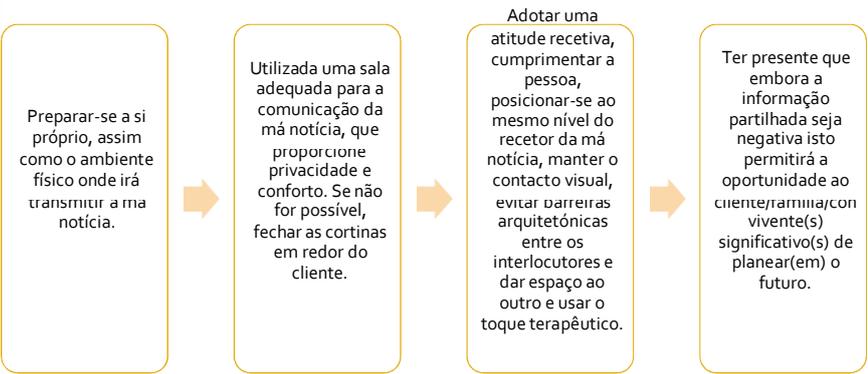
4. PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

	PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	N.º: /.../CH DATA:	FOLHA 1/15 Versão 1
ASSUNTO:	PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	ELABORADO POR: Aluna Especialidade EMC- Joana Russo Enf.º P: Enf.º P: Enf.º S: Dra. Sil	Em:
		VALIDADO POR: Enf.º Iv	Em:
DIVULGAÇÃO:	MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares	APROVADA PELO CA:	Em: /2021
ENTRADA EM VIGOR:	IMEDIATA		
SUBSTITUI:	Sem antecedentes	A REVER:	
PALAVRAS-CHAVE:			

ETAPA 1 – PREPARAÇÃO E ESCOLHA DO LOCAL MAIS ADEQUADO

Deverá:



ETAPA 1 – PREPARAÇÃO E ESCOLHA DO LOCAL MAIS ADEQUADO

Aspetos úteis:

- Familiarizar-se previamente com a informação clínica relevante;
- Proporcionar privacidade;
- Envolver outras pessoas significativas (no caso da má notícia ser dirigida apenas ao cliente);
- Cumprimentar e fazer apresentações;
- Avaliar se o momento é adequado (Questões-chave: “Como está?”, “Como se encontra/sente hoje?”);
- Manter contacto visual;
- Gerir o tempo e evitar interrupções.

(Baile et al., 2000) 23

ETAPA 2 – AVALIAR A PERCEÇÃO



Determinar o nível de compreensão e percepção sobre a situação de saúde, antes de fornecer qualquer informação.



Deve fazer perguntas abertas.



Com base nas respostas obtidas, poderá corrigir informações incorretas, adaptar as informações aos conhecimentos já existentes e determinar o nível de aceitação da situação de saúde.



Este é também o momento em que o profissional de saúde pode auferir se o cliente se encontra num estado de negação em relação à sua condição de saúde.

(Baile et al., 2000) 24

ETAPA 2 – AVALIAR A PERCEÇÃO

Aspectos úteis:

Perguntar, antes de informar.

Promover a escuta ativa.

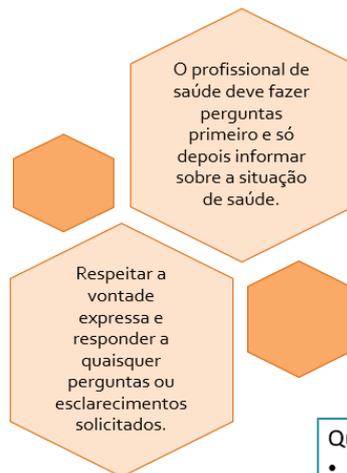
Concentrar-se no discurso narrativo do familiar, sem descuidar a comunicação não verbal.

Questões-chave:

- O que sabe sobre a situação de saúde até ao momento?;
- O que lhe foi transmitido da última vez que obteve informações?;
- Qual é o seu entendimento sobre a informação que lhe foi transmitida até ao momento?;
- O que é que já lhe foi transmitido acerca da sua situação clínica?;
- Sabe o porquê de ter realizado este exame?

(Baile et al., 2000) 25

ETAPA 3 – PERCEBER QUAL A INFORMAÇÃO QUE QUEREM RECEBER



Questões-chave:

- Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde?;
- O que pretende saber?;
- O que é importante falar hoje?.

Questões-chave:

- De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?;
- Gostaria de ver clarificado algum aspeto em particular?;
- Existem dúvidas?.

(Baile et al., 2000) 26

ETAPA 4 – COMPARTILHAR A INFORMAÇÃO

Antes de fornecer a informação, deverá alertar para a comunicação de uma má notícia, de modo a evitar o choque e favorecer o processamento da informação.

A linguagem a adotar deverá ser adequada conforme o nível de literacia da pessoa, devendo ser ponderada a utilização de termos técnicos.

As expressões inoportunas são desaconselhadas (e.g., de momento não temos mais nada para oferecer), pois os objetivos terapêuticos são individuais e únicos (e.g., o alívio e controlo de sintomatologia pode ser um objetivo e passível de ser realizado).

A informação deve ser transmitida de forma fracionada, dando espaço para assimilar o que lhe é dito e, simultaneamente, verificar a compreensão.

(Baile et al., 2000)

27

ETAPA 4 – COMPARTILHAR A INFORMAÇÃO

Aspetos úteis:

Enviar um sinal de alerta/Afirmações-chave:

- Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias;
- Infelizmente, as notícias que tenho para lhe dar não são boas.
- Infelizmente, tenho más notícias para lhe contar;
- Receio que as notícias não sejam as melhores.

Informar de forma direta e honesta, mas com sensibilidade.

(Baile et al., 2000)

28

ETAPA 5 – RESPONDER ÀS EMOÇÕES E ÀS PERGUNTAS DE FORMA EMPÁTICA

Deve oferecer apoio e demonstrar uma atitude empática. Além disso, é necessário dar tempo para a expressão de emoções, e só depois continuar a conversa.

Se, porventura, a pessoa ficar em silêncio optar por utilizar perguntas abertas para tentar perceber o que a pessoa está a pensar ou a sentir.

Deixá-lo entender que o profissional de saúde associou a emoção manifestada à informação transmitida.

(Baile et al., 2000) 29

ETAPA 5 – RESPONDER ÀS EMOÇÕES E ÀS PERGUNTAS DE FORMA EMPÁTICA

Aspetos úteis:

Questão-chave: Quais os sentimentos que esta notícia lhe provoca?

Observar qualquer emoção manifestada;

(e.g., silêncio, choro, negação, raiva, descrença, tristeza, choque, entre outros)

Identificar a emoção manifestada;

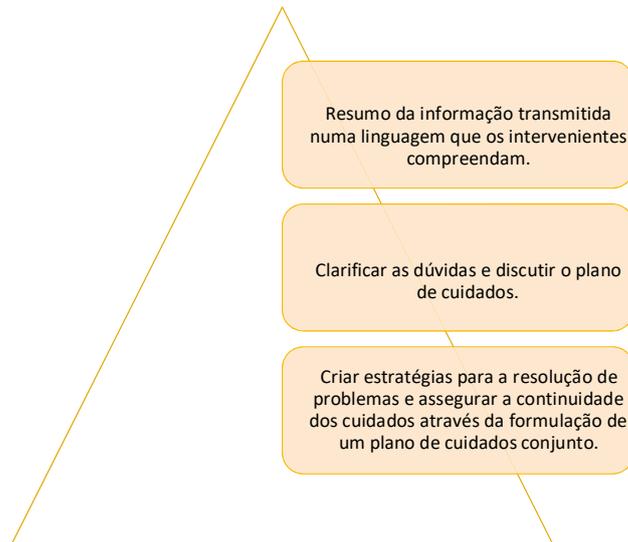
Identificar a causa da emoção;

Questão-chave: Eu consigo ver que a notícia que lhe transmiti está a causar-lhe sofrimento.

Deixar que a emoção manifestada seja associada à informação transmitida.

(Baile et al., 2000) 30

ETAPA 6 – PLANEAR O FUTURO E SINTETIZAR A DISCUSSÃO



(Baile et al., 2000) 31

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



ETAPA 6 – PLANEAR O FUTURO E SINTETIZAR A DISCUSSÃO

Aspetos úteis:

Assegurar a continuidade dos cuidados:

- Transmitir disponibilidade e apoio;
- Transmitir informação sobre formas de contacto e horário de visitas;
- Agendar contacto futuro.

Durante o discurso, poderão ser utilizadas frases como:

- O que lhe dissemos faz sentido para si?;
- Está esclarecido sobre os próximos passos?;
- Possui informações suficientes para tomar a sua decisão?.

(Baile et al., 2000) 32

5. REGISTO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

33

REGISTO

Fazer o registo das reuniões com o cliente/família/convivente(s) significativo(s) no parâmetro “visitas” disponibilizado no sistema de informação/programa de gestão clínica B-ICU CARE/B-SIMPLE.

(Baile et al., 2000) 34

AVALIAÇÃO

Auditorias, planeadas periodicamente e com pré-aviso, onde se procederá à observação aleatória de reuniões.

As auditorias serão realizadas com a frequência a definir, por elementos da equipa a designar pela enfermeira gestora.

Após o presente momento de formação, será realizada auditoria diagnóstica pelos elementos do grupo.

Consulta dos registos informáticos. Pretende-se que o protocolo seja aplicado e registado nas intervenções de enfermagem no sistema de informação/programa de gestão clínica B-ICU CARE/B-SIMPLE, pelo menos com 80% de famílias informadas utilizando o referido protocolo.

35

CHECK-LIST DE AUDITORIA

Anexo 1 – Checklist das etapas da comunicação de más notícias (protocolo SPIKES)

Etapas	Cumprimento	
	Sim	Não
Etapa 1 – Preparação e escolha do local		
- Familiarizar-se previamente com a informação clínica relevante.		
- Proporcionar privacidade.		
- Envolver outras pessoas significativas (se aplicável);		
- Cumprimentar e fazer apresentações;		
- Avaliar se o momento é adequado (Questões-chave: “Como está?”; “Como se encontra/sente hoje?”)		
- Manter contacto visual;		
- Gerir o tempo e evitar interrupções.		
Etapa 2 – Perceber o que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) (já) sabe		
- Perguntar, antes de informar (Questões-chave: “O que sabe sobre a situação de saúde até ao momento?”; “O que lhe foi transmitido da última vez que obteve informações?”; “Qual é o seu entendimento sobre a informação que lhe foi transmitida até ao momento?”)		
- Promover a escuta ativa.		
- Concentrar-se no discurso narrativo, sem descurar a comunicação não verbal.		
Etapa 3 – Perceber o que o cliente/família/convivente(s) significativo(s) quer saber		
- Perguntar, antes de informar. (Questões-chave: “Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde?”; “O que pretende saber?”; “O que é importante falar hoje?”)		
- Demonstrar receptividade para responder a perguntas. (Questões-chave: “De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?”, “Gostava de ver clarificado algum aspeto em particular?”; “Existem dúvidas?”)		

36

CHECK-LIST DE AUDITORIA

Etapa 4 – Compartilhar a informação	Sim	Não
- Enviar um sinal de alerta. (Afirmações-chave: "Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias"; "Infelizmente, as notícias que tenho para lhe dar não são boas"; "Infelizmente, tenho más notícias para lhe contar")		
- Ponderar a utilização de termos técnicos.		
- Informar de forma direta e honesta, mas com sensibilidade.		
- Transmitir a informação de forma fracionada.		
- Evitar expressões inoportunas (e.g. "De momento não temos mais nada para oferecer.").		
Etapa 5 - Responder às emoções e às perguntas do c/família/convivente(s) significativo(s) de forma empática	Sim	Não
- Observar qualquer emoção manifestada (e.g., silêncio, choro, negação, raiva, descrença).		
- Identificar a emoção manifestada. (Questão-chave: "Quais os sentimentos que esta notícia lhe provoca?")		
- Identificar a causa da emoção. (Afirmação-chave: "Eu consigo ver que a notícia que lhe transmiti está a causar-lhe sofrimento.")		
- Deixar que a emoção manifestada seja associada à informação transmitida.		
Etapa 6 – Planear e sintetizar	Sim	Não
- Realizar um resumo final da informação transmitida, utilizando uma linguagem adequada.		
- Clarificar dúvidas.		
- Discutir o plano de cuidados.		
- Ajudar a criar estratégias para a resolução de problemas.		
- Assegurar a continuidade dos cuidados (e.g., transmitir disponibilidade e apoio, formas de contacto e horários de visitas, agendar contacto futuro).		

37

6. CONCLUSÃO

38

CONCLUSÕES

- A comunicação de más notícias de forma **eficaz** e adequada **diminui os conflitos** e ajuda na **resolução de problemas** junto de clientes e famílias;
- Má notícia não se trata apenas da comunicação da notícia de morte ou de doença inicial, mas sim da **informação que é fornecida diariamente** ao longo do internamento, para adequação do plano de cuidados.
- Protocolo SPIKES ferramenta útil para profissionais de saúde que auxíla na comunicação eficaz de más notícias.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, R., Black, S., Armstrong, M., Stone, F., & Law, J. (2013). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end of life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 27(1), 94-104. <https://doi.org/10.1177/1472752812459700>

Apoalona, A., Moreira, B., Silva, D., Carriço, F., Oliveira, J., Enríquez, M., & Mendes, A. (2019). Perspetiva das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 1(1), 109-118. <https://doi.org/10.2478/26867-2019-0001>

Baile, W., Bachner, P., Lantz, E., Ober, G., Beale, E., & Finkler, A. (2005). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient-physician encounter. *Journal of Palliative Care*, 21(2), 90-93. <https://doi.org/10.1177/0969733005268672>

Bicho, D. (2013). Comunicação de más notícias em contexto de saúde. [Dissertação de Mestrado]. Repositório Universidade de Évora. <https://repositorio.upevora.pt/handle/10174/10000>

Blanchard-Ross, P., Hoffman, M., Biele, W., Seifried, U., Seifried, C. (2016). Assessing patients preferences for breaking bad news according to the SPIKES Protocol. *Journal of Palliative Medicine and Care*, 30(1), 45-50. <https://doi.org/10.1177/0898010115591292>

Buchman, R. (2014). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 349, s199-199. <https://doi.org/10.1136/bmj.f199>

Burck, M., Kavel, J., Miller, L., & Courcoul, J. (2010). Breaking Bad News: An evidence based review of communication models for oncology nurses. *Cancer Journal*, 16(4), 379-386. <https://doi.org/10.1007/s12032-010-9196-0>

Cabral, V., Soares-Carino, F., & Coimbra, C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 1(1), 109-118. <https://doi.org/10.2478/26867-2019-0001>

Campos, D. (2016). Comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no Serviço de urgência [Dissertação de Mestrado]. Repositório Coimbra. <https://repositorio.ucp.pt/handle/document/10000>

Callin, A., Lamy, A., & Oliver, A. (2012). Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 28, 1-6. <https://doi.org/10.1136/med-2011-020000>

Carla, A. (2011). Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/document/10000>

Cassidy, F., & Ramirez, A. (2015). Uma Visão Geral do Ensino de Comunicação de Más Notícias no Curso de Medicina: Será Uma Adá. *Teoria e Prática da Enfermagem*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.2478/26867-2015-0001>

Choi, C., & Park, R. (2016). Comunicação de más notícias: O protocolo SPIKES. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(1), 105-111. <https://doi.org/10.1007/s12248-016-9248-4>

Dean, A., & White, S. (2010). The use of protocol in breaking bad news: Evidence and ethics. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijpn.2010.05.001>

Felbunfeld, L., & Jenkins, V. (2012). Communicating bad, sad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 379, 304-309. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)11111-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)11111-1)

Ferreira, C., Mendes, D., Simões, M., & Lata, M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1029-1037. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-20160005>

Gao, C., Pinesco, P., Gassini, P., & Barker, J. (2010). The intensive care unit family meeting: Making it happen. *Journal of Critical Care*, 25, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcc.2009.12.001>

Gelhardt, C., Gerlich, C., Oetche, S., Krah, H., & Mehnert, A. (2013). Breaking Bad News to Cancer Patients: Context, Communication. *Palliative Medicine*, 27(1), 94-104. <https://doi.org/10.1177/1472752812459700>

Gomes, L., Friskney, B., Birkens, T., Todorova, F., & Latta, F. (2013). Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a structured approach. *Palliative Medicine*, 27(1), 94-104. <https://doi.org/10.1177/1472752812459700>

Harris, S., Ebers, P., Gibes, A., & Turner, A. (2010). Communicating with conviction matterably. *Critical Care*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/cc9834>

King, R., Chakraborty, R., Bhargava, K., & Bland, J. (2013). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: An ethnographic study. *Palliative Medicine*, 27(1), 94-104. <https://doi.org/10.1177/1472752812459700>

King, C., Argento, K., Oliveira, R., Falcão, B., Caspary, A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 33-37. <https://doi.org/10.1590/s0140-67362011000100005>

King, C., Argento, K., Oliveira, R., Falcão, B., Caspary, A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 33-37. <https://doi.org/10.1590/s0140-67362011000100005>

Leopoldo, A., Mendes, A., & Ribeiro, M. (2019). O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Atas CMA2019, 4(1), 105-109. <https://doi.org/10.2478/26867-2019-0001>

McGee, D. (2005). Communicating bad news to patients: A reflective approach. *Nursing Standard*, 19(1), 54-57. <https://doi.org/10.1093/nstd/19.1.54>

Mendes, A. (2015). Impact of critical illness news on the family: Hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 180-179. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-20140001>

Mendes, A. (2016). Sensibility of professionals to information needs: Experience of the family at the intensive care unit. *Textos Contextos Enfermagem*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.2478/26867-2016-0001>

Mendes, A. (2018). A comunicação de enfermagem familiar na perspectiva crítica de observação: O cuidado centrado na família. *Atas CMA2018*, 3(1), 109-114. <https://doi.org/10.2478/26867-2018-0001>

Mendes, A. (2019). A família na doença crítica e o impacto de medicações importantes no processo de comunicação enfermagem-família. *Enfermagem Acta*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.2478/26867-2019-0001>

Monteiro, D., & Quintana, A. (2010). A comunicação de más notícias na UTE: Perspetiva dos médicos. *Revista Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26(1), 1-9. <https://doi.org/10.11606/S1678-9569.20100001>

Motta, V. (2010). Comunicação de Notícias Difíceis: Efeito de intervenções educativas em unidades de terapia intensiva. [Dissertação de Mestrado]. Repositório Coimbra. <https://repositorio.ucp.pt/handle/document/10000>

Nunes, L. (2010). É quando avo não poder decidir? Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Lisboa, Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/handle/document/10000>

Pavel, N. (2010). The role of critical care nurse in the delivery of bad news. *British Journal of Nursing*, 19(10), 506-510. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.02844.x>

Pereira, A., Fortes, L., & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: Artigo revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(1), 147-159. <https://doi.org/10.17965/2013.v7n1.p147-159>

Poonawalla, M. (2011). Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *Nurse Practice*, 15(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12032-011-9248-4>

Santos, F., Caspary, P., Caspary, C., Zito, Y., & Marçal, E. (2015). Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. *BMC Medical Education*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0401-4>

Santos, M., Góis, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 41-47.

Sequeira, C. (2010). Comunicação Clínica Relação de Ajuda. Lisboa, Portugal: Lidel.

Silva, E., Mendes, A., & Antunes, S. (2015). Interações de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa de literatura. *Investigação em Saúde em Saúde*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.2478/26867-2015-0001>

Silva, E. (2016). Comunicação de Más Notícias à Família do Doente Crítico em Contexto de Unidades de Cuidados Intensivos. [Dissertação de Mestrado]. Repositório Coimbra. <https://repositorio.ucp.pt/handle/document/10000>

Silveira, F., Rocha, C., & Valente, J. (2011). Breaking bad news: Doctors' skills in communicating with patients. *São Paulo Medical Journal*, 125(1), 339-339. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000100005>

Sweney, C., O'Sullivan, E., & Carthy, M. (2011). Keeping it real: Exploring an intended (but) breaking bad news role-play as an integrative learning opportunity. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 15(1), 14-34. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5840.2011.00310.x>

Watters, S., Farley, E., & Jones, D. (2013). Temporal strategies for effective communication with relatives of ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 28(10), 579-584. <https://doi.org/10.1177/1078298313501105>

DÚVIDAS



41

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



42

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE
Unidade de Faro

ELABORADO POR:
M47018, Joana Rita Santos Russo

VALIDADO POR:
Enf.ª Gestora, Especialista Enfermagem
Médico-Cirúrgica,

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

PROFESSORA ORIENTADORA:
Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

28 de Janeiro, 2022

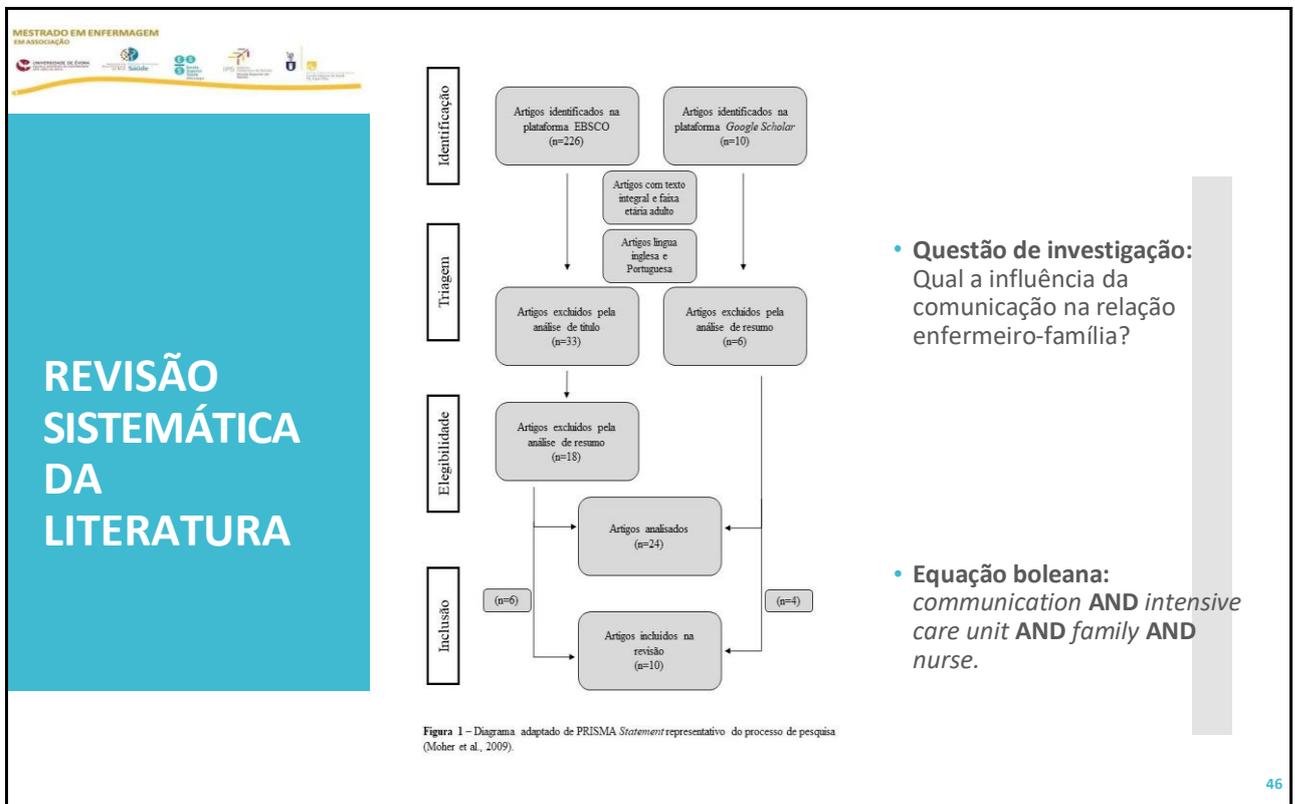
43

OBJETIVOS DA SESSÃO

- Apresentar sucintamente, o guia orientador para a comunicação com a família em unidade de cuidados intensivos.

44

BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Doença grave atinge não apenas o cliente mas também a sua família.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com mais competências para avaliar as necessidades da família.

As famílias necessitam de informações para vivenciarem os processos de saúde-doença crítica.

(Meleis, 2010; Hoorn et al., 2016; Bueno et al., 2018; Silva et al., 2021) 47

BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os profissionais de saúde percebem os pedidos de informação de forma distinta dos familiares.

Necessário um esforço dos mesmos para suprir as necessidades da família.

Os familiares não devem ser sobrecarregados com informações irrelevantes ou excessivamente complexas.

A comunicação eficaz requer também a adequação da linguagem, do local e das estratégias a utilizar.

(Meleis, 2010; Hoorn et al., 2016; Bueno et al., 2018; Silva et al., 2021)

48

GUIA ORIENTADOR PARA A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM UCI

49

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM UCI: GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica
2021/2022

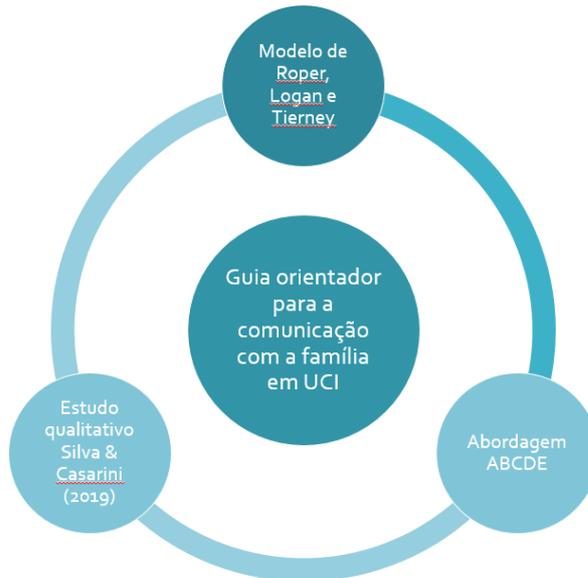
Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Comunicação com a Família em Unidade de Cuidados Intensivos: Guia orientador de
boa prática

50

GUIA ORIENTADOR PARA A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM UCI



51

ESTUDO QUALITATIVO SILVA & CASARINI (2019)

Guia de perguntas para comunicação em UCI, que partiu de dúvidas e questões identificadas por familiares e profissionais de saúde.

I Eixo

Informações relacionadas com o primeiro contacto com a UCI: estrutura, equipa, funcionamento e visitas.

- Como funciona o regime de visitas aos utentes internados?
- Como é composta a UCI?
- Como tenho acesso a informações sobre o meu familiar? Como posso contactar a equipa de enfermagem e a equipa médica?

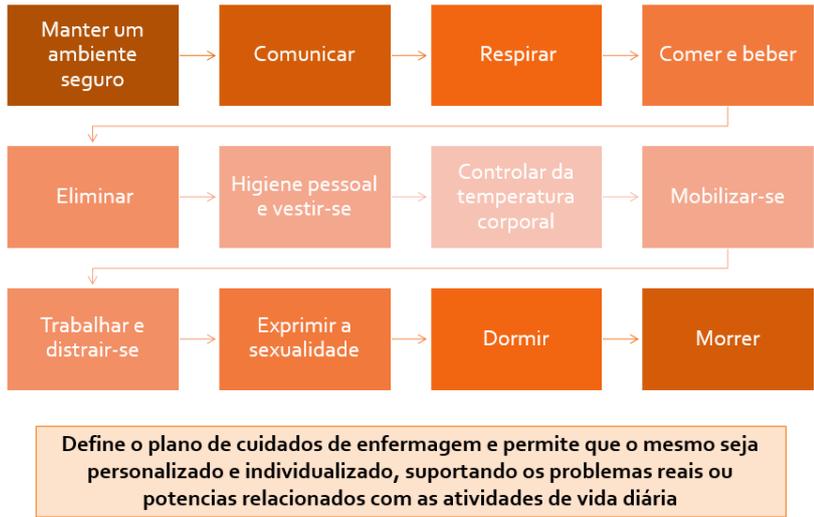
II Eixo

Dúvidas sobre diagnósticos, evolução clínica, tratamento e previsão de permanência na UCI.

- Qual o motivo da transferência/internamento do utente na UCI?
- Qual a previsão de tempo de internamento em UCI?
- Para que servem os aparelhos e fios ligados ao utente?
- Porque é alimentado por sonda? Quanto tempo irá durar esta situação?
- O meu familiar tem dor? Respira sozinho? Está consciente? Consegue comunicar? Consegue ouvir-me?

52

MODELO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY



(Roper et al., 2001)

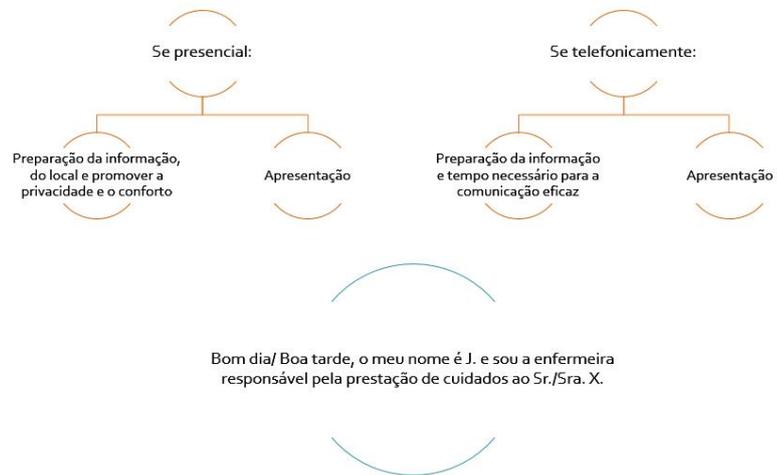
ABORDAGEM ABCDE



PROCEDIMENTO

55

PROCEDIMENTO



56

PROCEDIMENTO

Atividade de vida diária	Sugestão	Exemplo
B – Padrão respiratório/ Atividade de vida diária Respiração	<ul style="list-style-type: none"> Respira de forma espontânea/Necessita do ventilador ou dispositivo de auxílio 	<ul style="list-style-type: none"> Não respira de forma espontânea e está conectado ao ventilador; Respira de forma espontânea mas tem um dispositivo que auxilia, <u>ex</u>: máscara facial, cânula nasal de alto fluxo

PROCEDIMENTO

Atividade de vida diária	Sugestão	Exemplo
C – Padrão circulatório	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia Tensão arterial Traçado cardíaco e frequência cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> A hemorragia abdominal/ cerebral/ entre outras encontra-se controlada; A tensão arterial e o ritmo cardíaco estão estáveis.

PROCEDIMENTO

E Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade de vida diária – Eliminar (Tem sonda vesical? Evacuou?) • Atividade de vida diária – Cuidados de higiene e vestuário (Cuidados de higiene (banho, barba, cabelo); • Atividade de vida diária – Controlar a temperatura do corpo (febre); • Atividade de vida diária – Mobilidade (fez levante? Teve apoio do enfermeiro especialista em reabilitação/fisioterapia); • Atividade de vida diária – Dormir/sono (consegue dormir, precisa de medicação?); • Atividade de vida diária – Morrer (Qual o prognóstico da doença?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Urina através de uma sonda vesical e já teve trânsito intestinal ontem. • Tomou banho na cama, lavamos o cabelo e aparámos a barba. • Recebeu a visita do enfermeiro especialista em reabilitação/fisioterapeuta; • O prognóstico mantém-se o mesmo, trata-se de uma doença grave e que requer tempo para podermos fornecer mais respostas.
---------------	---	--

63

EXEMPLO

Bom dia Sr. U. o meu nome é J. e sou a enfermeira responsável pela prestação de cuidados à Sra. X. O que lhe disseram relativamente à situação do seu familiar ontem?



Gostaria de informá-lo que a Sra. X ainda se encontra sedada e que não consegue respirar de forma espontânea pelo que se encontra conectada ao ventilador. A hemorragia abdominal encontra-se controlada e a tensão arterial e o ritmo cardíaco estável. Como está sedada é como se tivesse a dormir profundamente, não recebe os estímulos externos que lhe enviamos e por isso não consegue comunicar connosco, mas não parece sentir dor. Está a ser alimentada por uma sonda que vai até ao estômago e que coloca uma preparação líquida que contem todos os nutrientes necessários para a nutrição da Sra. X. Urina através de uma sonda vesical e ainda não teve trânsito intestinal desde que foi internada. Tomou banho na cama e lavamos o cabelo. Recebeu a visita do enfermeiro especialista em reabilitação Y. que realizou exercícios de reabilitação respiratória. Desde ontem não houve alterações significativas, o prognóstico mantém-se o mesmo, trata-se de uma doença grave e que requer tempo para podermos fornecer mais respostas.



Sabemos que é muita informação nova. Tem outras questões que gostaria de colocar?

64

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

69

AVALIAÇÃO
DA SESSÃO



• <https://form.dragnsurvey.com/survey/r/8cce65bb>

70

Apêndice L

Questionário Avaliação da Sessão pelo formando

Avaliação da sessão pelo formando

Avaliação de conhecimentos

1. Quantos passos possui o protocolo SPIKES?

5	
6	
7	
8	

2. Na Etapa 4 - Compartilhar a informação, devemos utilizar frases com “Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias”?

SIM	
NÃO	

3. A etapa número 2 diz respeito a:

Avaliar a perceção	
Preparação e escolha do local mais adequado	
Preparação e escolha do local mais adequado	
Planear o futuro e sintetizar a discussão	

4. Qual a etapa em que poderá utilizar perguntas como: Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde? O que pretende saber?

Etapa 1	
Etapa 2	

Etapa 3	
Etapa 4	
Etapa 5	
Etapa 6	

Conteúdos programáticos e métodos

	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					

Formador(es)/a(s)

	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões					
Documentação e bibliografia suficiente e adequada					
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões					

Organização

	1	2	3	4	5
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Horário das sessões					
Condições de acessibilidade					

Avaliação global da ação de formação

	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
Como classifica globalmente esta sessão					

Sugestões de melhoria:

--

Obrigada pela sua participação!

Link de acesso online: <https://form.dragnsurvey.com/survey/r/8cce65bb>

Apêndice M

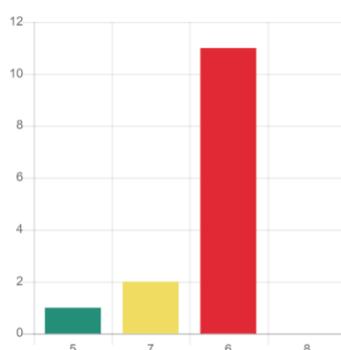
Resultados Questionário Avaliação da Sessão pelo formando

Avaliação da sessão pelo formando

Obtivemos um total de 15 respostas ao questionário implementado após a realização da sessão de formação. Sendo o total de participantes na sessão de formação de 24, obtivemos uma taxa de resposta de 62,5% dos mesmos ao nosso questionário.

Avaliação de conhecimentos

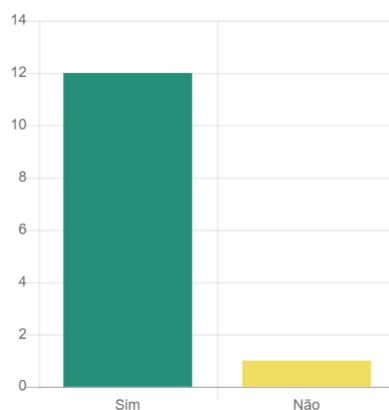
5. Quantos passos possui o protocolo SPIKES?



Resposta correta: 6 passos
78,57%

Nota: Fonte – A Própria

6. Na Etapa 4 - Compartilhar a informação, devemos utilizar frases com “Lamento dizer-lhe, mas não tenho boas notícias”?



Resposta correta: Sim
92,31%

Nota: Fonte – A Própria

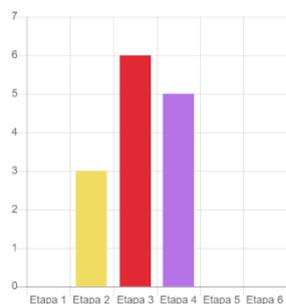
7. A etapa número 2 diz respeito a:



Resposta correta: Avaliar a percepção
100%

Nota: Fonte – A Própria

8. Qual a etapa em que poderá utilizar perguntas como: Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde? O que pretende saber?



Resposta correta: Etapa 3
43,86%

Nota: Fonte – A Própria

Conteúdos programáticos e métodos

	Média
Conteúdos da ação de formação	4.77
Estrutura dos conteúdos	4.69
Interesse/utilidade dos conteúdos	4.69

Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	4.54
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	4.77

Nota: Fonte – A Própria

Formador(es)/a(s)

	Média
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação	4.85
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões	4.69
Documentação e bibliografia suficiente e adequada	4.85
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões	4.85

Nota: Fonte – A Própria

Organização

	Média
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	4.77
Horário das sessões	4.54
Condições de acessibilidade	4.85

Nota: Fonte – A Própria

Avaliação global da ação de formação

	Média
Concretização dos objetivos propostos	4.92

Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	4.92
Como classifica globalmente esta sessão	4.92

Nota: Fonte – A Própria

<u>Sugestões de melhoria:</u>
Sem Respostas

Nota: Fonte – A Própria

Apêndice N

Participação Congresso EUSEM 2021



EACCME

European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Certificate

15th European Congress of Emergency Medicine

Lisbon, Portugal, 27/10/2021-31/10/2021

has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®)
for a maximum of **31** European CME credits (ECMEC®s).

Each medical specialist should claim only those credits that he/she actually spent in the educational activity.

Joana RUSSO
Portugal

Live educational activities occurring outside of Canada, recognised by the UEMS-EACCME® for ECMEC® credits are deemed to be Accredited Group Learning Activities (Section 1) as defined by the Maintenance of Certification Program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

has been awarded **31** European CME Credits (ECMEC®s)
for his/her attendance at this event

Session Schedule

Wednesday, October 27th
Thursday, October 28th
Friday, October 29th
Saturday, October 30th

Sunday, October 31st

	Auditorium 1	Auditorium 2	Auditorium 8	Room 5A+B	Auditorium 7	Room 3A+B	Room 3C	Room 5C	Exhibition Hall	
08 ⁰⁰	The WHO Academy									
09 ⁰⁰	Paediatric Trauma - Guide to difficult decisions in everyday	Emergency Ultrasound- The devil's advocate session	Emergency Medicine and COVID - What about us?	Imaging in Emergency Medicine - Perspectives of	Emergency Medicine in Portugal	Innovative talks	Head trauma and head and neck CT	Prehospital care and trauma	Sim cup	
10 ⁰⁰										
11 ⁰⁰	Controversies in Anticoagulation and Management of Life-Threatening	Emergency nursing - The international perspective	True stories from the Emergency Department - The must	Infectious diseases in the Emergency Department - General new	Emergency Medicine in Portugal - challenges at the brink of	Wellbeing and leadership	Eye examination and hearing loss assessment	Out of hospital care and trauma		Coffe Break
12 ⁰⁰										
13 ⁰⁰										
14 ⁰⁰	Resuscitation - What if you need to step beyond the guidelines	The Stadium of Sound - Ultrasound gameshow	Disaster Medicine	Obstetric Emergencies - Always a challenge - common	Emergency Medicine in Portugal - Medical Expertise in Difficult	Outside the boundaries - Mission possible for the impossibles	Electrolytes	New studies in interventional treatments		
15 ⁰⁰										Coffe Break
16 ⁰⁰	Education and Simulation - The only way to become better and	Resuscitation	Toxicology - Treatment of intoxicated patients	True stories from the court room - Why do things	Emergency Medicine in Portugal - Emergency Department Organization	I have something to tell you- Rather listen - It's	Approach to headache - Thunderclap etc - as a case	Managing febrile children and spotlight on COVID		
17 ⁰⁰										
18 ⁰⁰										
19 ⁰⁰										

Session Schedule

Wednesday, October 27th

Thursday, October 28th

Friday, October 29th

Saturday, October 30th

Sunday, October 31st

	Auditorium 1	Auditorium 2	Auditorium 8	Room 5A+B	Auditorium 7	Room 3A+B	Room 3C	Room 5C	Exhibition Hall
08 ⁰⁰	Keynote Lecture -								
09 ⁰⁰	Soft factors, hard facts and new concepts in resuscitation	Use of NIV in pulmonary and cardiovascular emergencies	Ethics in Emergency Medicine- should they stay or should they go?	Minor Trauma in the Emergency Department - Not spectacular,	Paediatric emergencies - The classic diseases	Innovative talks	Chest trauma and chest / abdominal CT	New prognostic and predictive factors to determine treatment	
10 ⁰⁰									Coffee Break 2 -
11 ⁰⁰	Wellbeing in Emergency Medicine - How to avoid becoming	From common symptoms to the correct diagnosis in	Emergency Medicine and COVID - The disease that is	Toxicology - Common knowledge	Paediatric emergencies - Yes or no - difficult questions, but	Research Panel	Broken hearts - AV block, tamponade, other conduction and	What's new in CPR and resuscitation	
12 ⁰⁰									
13 ⁰⁰									
14 ⁰⁰	Pain management in the Emergency Department - Little secrets of	Endocrine emergencies	Black box belly	New Guidelines in Emergency Medicine - The scientific	Updates in Paediatric infections diseases	Dealing with crisis - And with crisis we think of CRISIS	Nasty bugs - Erysipelas, Fourniers, Periorbital cellulitis, Tetanus,	Clinical polices for better patient management	
15 ⁰⁰									Coffee Break 3 -
16 ⁰⁰	Haematologic and oncologic emergencies	Cardiovascular emergencies - Listen to THE experts	Nursing research	Disaster medicine	Paediatric Emergencies	FOAMED Panel	Fluids vasopressors and blood loss - case based discussion	From Prehospital to EMS to Out of Hospital	
17 ⁰⁰									
18 ⁰⁰									
19 ⁰⁰									

Session Schedule

Wednesday, October 27th

Thursday, October 28th

Friday, October 29th

Saturday, October 30th

Sunday, October 31st

	Auditorium 1	Auditorium 2	Auditorium 8	Room 5A+B	Room 3A+B	Room 3C	Room 5C	Exhibition Hall
08 ⁰⁰	Keynote lecture -							
09 ⁰⁰	The way to the European curriculum in POCUS?	Cardiovascular emergencies - Heart, aorta and switching the lights off	Airway management in the Emergency Department - From children to	Spinal trauma in the Emergency Department	Young Doctors in Emergency Medicine - Listen once more - It's still	Environmental trauma, frostbite, heatstroke, electrocution, poisoning (non	Optimising ultrasound and managing infectious diseases	
10 ⁰⁰								Coffee Break 6 -
11 ⁰⁰	Controversies in the prehospital management of trauma patients	Neurologic emergencies - Learn from the masters	Innovations in emergency ultrasound	Digital Emergency Medicine - COVID lead to non-touching medicine	Young Doctors in Emergency Medicine	What's new in paediatrics	Management and organisation of Emergency Departments	
12 ⁰⁰	The ABC of bruising in							
13 ⁰⁰	Closing Ceremony							
14 ⁰⁰								
15 ⁰⁰								
16 ⁰⁰								
17 ⁰⁰								
18 ⁰⁰								
19 ⁰⁰								

Apêndice O

Critérios para Manutenção e Remoção – Cateteres

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
de Saúde
Portalegre



IPS
INSTITUTO
POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de
Saúde



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE COIMBRA
Escola Superior de Saúde
Dr. Luízes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Cateter Venoso e Cateter Arterial em Unidade de Cuidados Intensivos: Critérios para
manutenção e remoção**

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Novembro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
Saúde
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Universidade Politécnica do Centro
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Cateter Venoso Central/Periférico em Unidade de Cuidados Intensivos: Critérios para
manutenção e remoção**

Professora Orientadora:

Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

P. A. S. R. V.

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

M. F. R. F.

Discentes:

M47018, Joana Rita Santos Russo

Novembro de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CDC – *Center for Disease Control and Prevention*

CHU – Centro Hospitalar Universitário

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – *European Center for Disease Control and Prevention*

IACS – Infeções Associadas a Cuidados de Saúde

LA – Linha Arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

Introdução	CCCII
Fundamentação Teórica	CCCIV
Infeção Associada aos Cuidados de Saúde	CCCIV
Cateter Venoso Periférico	CCCIV
Cateter Venoso Central	CCCIV
Proposta para atualização de aplicativo B-ICU-CARE	CCCVIII
Validar critério de inserção de CVP:	CCCVIII
Validar critério de remoção de CVP:	CCCVIII
Validar critério de inserção de CVC:	CCCVIII
Validar critério de inserção de LA:	CCCVIII
Conclusão.....	CCCIX
Bibliografia.....	Erro!
Marcador não definido.	

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, no presente ano letivo 2021/2022, a decorrer na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário (CHU), foi proposto a realização de uma pesquisa bibliográfica acerca da temática critérios para a manutenção de cateter venoso central (CVC) e cateter venoso periférico (CVP) em unidade de cuidados intensivos (UCI). O objetivo da presente pesquisa será justificar a continuidade destes dispositivos na pessoa em situação crítica internada na UCIP, de forma a minimizar o tempo desnecessário de utilização dos mesmos, prevenindo infeções associadas à sua utilização. Esta pesquisa será utilizada, futuramente, como base para a atualização do aplicativo informático de registo de enfermagem acerca das intervenções relacionadas com a utilização dos referidos dispositivos.

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é competência do mesmo maximizar “a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.4).

As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) são definidas como uma condição localizada ou sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos, que ocorre durante a hospitalização, para a qual não existe evidência que estivesse presente no momento da admissão e que corresponde às definições de infeção específicas quanto à sua localização (DGS, 2009). Pode ser entendida como uma infeção que ocorre durante a prestação de cuidados hospitalares, que não se encontrava presente no momento da admissão. São incluídas nas IACS as infeções que se manifestam após a alta ou as adquiridas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados (WHO, 2002).

Quando comparado com outros internamentos hospitalares, o serviço de medicina intensiva demonstra ser aquele que representa maior risco de infeção uma vez que se trata de um serviço especializado que dispõe de equipamentos específicos, recursos humanos

altamente qualificados e acessos a tecnologia de diagnóstico e terapêutica sofisticada. Estas características fazem com que as UCI sejam considerados locais de alta complexidade e onde a probabilidade de existência de IACS é mais elevada o que gere impacto na qualidade de vida do doente bem como aumenta a taxa de mobilidade e mortalidade (Borges et al., 2018).

Para a realização deste trabalho, recorreu-se à evidência científica mais recente com a pesquisa livre em bases de dados como a EBSCO e *Google Scholar*. Este trabalho será elaborado segundo as normas da *American Psychological Association (APA)*, 7.^a edição.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

As IACS podem ser definidas como uma infeção que se desenvolve nas primeiras 48h após a admissão do doente, que apresenta um ou mais dos seguintes critérios, administração de terapêutica via endovenosa, tratamento de ferida, presença num hospital ou clínica de hemodiálise nos últimos 30 dias, tenha sido submetido a quimioterapia nos últimos 30 dias, tenha sido hospitalizada num lar/unidade de cuidados continuados/hospital nos últimos 90 dias (CDC, 2015). Pode ainda ser definida como infeção adquirida pelos profissionais de saúde no exercício das suas funções (WHO, 2011).

Segundo dados da *World Health Organization* (WHO), do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e do *European Center for Disease Control and Prevention* (ECDC), as IACS apresentam-se atualmente como as infeções mais frequentes a nível mundial, realçando que cerca de 10% dos doentes internados em hospitais em algum momento durante o internamento desenvolvem uma IACS. Para a WHO atualmente, em cada cem doentes internados em hospitais, sete nos países desenvolvidos e dez nos países em desenvolvimento, adquirem pelo menos uma infeção no decurso do internamento. Estas infeções contribuem não apenas para o aumento da mortalidade e morbilidade mas também acarretam consequências socioeconómicas, podem ser consideradas como a principal ameaça à segurança do doente e à qualidade dos cuidados prestados (Borges et al, 2018; Wichmann et al., 2018).

Cateter Venoso Periférico

Os utentes internados em hospitais requerem pelo menos uma via endovenosa periférica para administração de fluídos, fármacos ou colheitas sanguíneas. A taxa de complicações associadas à sua utilização é muito elevada, nomeadamente pelo risco de infeção e pela dificuldade na execução da técnica em alguns pacientes. Podem ainda ser

consideradas como potenciais complicações o deslocamento do dispositivo causando infiltração subcutânea dos fármacos o que é doloroso para o doente (Keogh, & Mathew, 2019; Oliveira et al., 2019).

O cateter venoso periférico é na sua maioria das vezes a forma mais rápida, segura e eficaz de obter um acesso venoso. As suas principais funções são a colheita sanguínea, a administração de fluidoterapia, fármacos e derivados sanguíneos (Keogh, & Mathew, 2019).

Segundo o CDC (2011), o CVP deve:

- Ser removido assim que a sua utilização não seja necessária;
- Ser substituído apenas no prazo de 72-96h após a sua colocação, evitando substituições de rotina;
- Ser removido no máximo até 48h e substituído por um local diferente, sempre que o mesmo seja colocado numa situação de emergência;
- Ser removido quando apresenta sinais inflamatórios no local de inserção ou quando apresenta sinais de mau funcionamento.

De acordo com os mesmos autores deve considerar-se o uso de cateteres centrais de inserção periférica sempre que se prevê a necessidade de terapia intravenosa superior a 6 dias

Cateter Venoso Central

O CVC é um dispositivo médico invasivo de acesso à circulação venosa central, pode ser colocado na veia femoral, jugular ou subclávia, sendo esta última preferencial. No tratamento à pessoa em situação crítica em UCIP tornou-se prática diária e imprescindível. Assim, o enfermeiro apresenta um papel fundamental na gestão deste dispositivo não podendo por isso apenas cingir-se ao seu manuseamento técnico, mas deve procurar conhecer protocolos e normas institucionais e de órgãos exteriores sobre o tema (Pereira et al., 2021).

Segundo a Norma 022/2015, é necessário implementar várias intervenções no momento da colocação do cateter venoso central por forma a prevenir a ocorrência de IACS, sendo a primeira a avaliação da necessidade de colocar cateter venoso central bem como registar a razão da sua necessidade.

O CVC tem como principais funções (CDC (2011); WHO (2011); Bell & O'Grady, 2017; Uemura, et al., 2018; Adriana et al., 2021):

- Administração de terapêutica endovenosa (fármacos ionotrópicos, vasopressores, entre outros);
- Administração rápida de fluidoterapia;
- Administração de derivados sanguíneos;
- Administração de quimioterapia;
- Administração de suporte nutricional, como alimentação parentérica;
- Realização de técnica de substituição renal contínua e intermitente;
- Monitorização hemodinâmica de pressão venosa central e débito cardíaco;
- Colheitas sanguíneas frequentes.

A sua utilização poderá ainda ser necessária sempre que punção venosa periférica não seja exequível.

Segundo CDC (2011), os CVC não devem ser substituídos rotineiramente nem devem ser removidos apenas pelo aparecimento de febre no doente, a sua remoção deve ser ponderada em equipa tendo em consideração o estado e informação clínica do doente.

São vários os riscos associados à utilização do CVC, contudo cabe aos profissionais responsáveis pela sua colocação ponderar os prós e contras da sua utilização, tendo sempre presente que se trata de um dispositivo muito útil no tratamento da pessoa em situação crítica internada em UCI. Sendo o enfermeiro um elemento imprescindível na prevenção de ocorrência de infeções associadas ao seu manuseamento (Adriana et al., 2021).

Linha Arterial

A colocação do cateter arterial em doentes em estado crítico é fundamental para a monitorização de tensão arterial em UCI, uma vez que se trata de um método fiável e preciso de monitorização hemodinâmica. A monitorização da tensão arterial faz-se através da colocação de um cateter numa artéria e a sua posterior conexão a um sistema com alta pressão. Habitualmente as artérias utilizadas para a realização desta técnica são a artéria radial, femoral ou braquial (Azeredo & Oliveira 2013; Oliveira et al., 2021).

A sua utilização torna-se essencial em situações clínicas, em que o utente apresenta instabilidade hemodinâmica, tais como presença de ritmo cardíacos irregulares, como a fibrilação auricular, terapêutica com fármacos vasopressores ou cirurgia major, uma vez que nestas situações a monitorização não invasiva torna-se insuficiente. Para além destas situações, a colocação do cateter arterial é também realizada quando existe a necessidade de acesso rápido a colheitas sanguíneas recorrentes, podendo as amostras serem utilizadas para realização de gasimetria arterial ou testes laboratórios (Azeredo & Oliveira 2013; Oliveira et al., 2021).

PROPOSTA PARA ATUALIZAÇÃO DE APLICATIVO B-ICU-CARE

Validar critério de inserção de CVP:

- Administração de terapêutica endovenosa quando não existe necessidade de inserção de CVC;
- Necessidade de acessos venosos periféricos adicionais ao CVC para administração de terapêutica endovenosa;
- Gestão de compatibilidades medicamentosas.

Validar critério de remoção de CVP:

- Utilização desnecessária;
- Colocação de CVC;
- Colocação superior a 96h;
- Colocação em situação de emergência (máximo 48h);
- Presença de sinais inflamatórios no local de inserção;
- Presença de sinais de mau funcionamento.

Validar critério de inserção de CVC:

- Administração de terapêutica endovenosa;
- Administração de hemoderivados;
- Administração de quimioterapia;
- Realização de técnica de substituição renal contínua ou intermitente;
- Monitorização hemodinâmica em doente crítico;
- Aporte nutricional com alimentação parentérica;
- Impossibilidade de colocação de CVP.

Validar critério de inserção de LA:

- Monitorização hemodinâmica em doente crítico;
- Colheitas sanguíneas frequentes (gasimetria e testes laboratoriais).

CONCLUSÃO

A taxa de ocorrência de IACS, associada a dispositivos invasivos, como o CVP, CVC e LA tem aumentado significativamente, o que acarreta aumento da taxa de mortalidade e morbidade associada aos cuidados de saúde, comprometendo deste modo significativamente a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

A utilização de CVP, CVC e LA na pessoa em situação crítica internada em UCI é imprescindível e demonstra apresentar diversos benefícios, nomeadamente, administração de terapêutica, fluidoterapia e aporte nutricional bem como a monitorização hemodinâmica no caso do CVC/LA. Contudo é de extrema importância, ter presente que a sua utilização também acarreta riscos para o utente, devendo por isso a sua utilização ser devidamente justificada e fundamentada, sempre que a mesma se torne desnecessária deve o dispositivo em questão deve ser removido rapidamente.

Assim, o enfermeiro exerce um papel fundamental na prevenção e controlo de infeções associadas ao manuseamento de CVP, CVC e LA, devendo possuir conhecimento da evidência científica mais recente, bem como *guidelines* e protocolos existentes. Deve fazer uso do seu juízo reflexivo no manuseamento dos referidos dispositivo, nomeadamente na manutenção de técnica asséptica na administração de fármacos, na substituição de sistemas, realização de tratamento de penso e ainda na vigilância de aparecimento de sinais inflamatórios no local de inserção do mesmo.

Deste modo, conclui-se que tanto o CVP, o CVC e a LA apresentam risco para o doente, mas no caso da pessoa em situação crítica estes riscos são sobrepostos pelos benefícios sendo por isso a sua utilização muitas vezes solicitada. Cabe assim, aos profissionais de saúde possuírem conhecimentos técnico-científicos que fundamentem o seu uso ponderado e responsável.

BIBLIOGRAFIA

- Azeredo, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*.
- Bell, T., & O'Grady, N. (2017). Prevention of central line-associated bloodstream infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(3), 551-559. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.05.007>
- Borges, L., Souza, T. & Spolidoro, F. (2018). Atuação do enfermeiro frente ao risco de infecção com cateter venoso central na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem em Evidência*, 2(1), 1-14. http://repositorio.unifafibe.com.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/45/2_018_LCB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Surveillance definitions for specific types of infections*. <http://admin.inicc.org/media/2015-CDCNHSN-ALLDA-HAI-Definitions.pdf>
- Crivelaro, N., Contrin, L., Beccaria, L., Frutuoso, I., Silveira, A. & Werneck, A. (2018). Adesão da enfermagem ao protocolo de infecção de corrente sanguínea. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, 12(9), 2361-2367. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234886p2361-2367-2018>
- Direção Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 022/2015*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção*. http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/04/_images_centrodocs_normas_normas_IACS_IPI_IPIRelato_2009.pdf

- Keogh, S. & Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/literature-review-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_qut.pdf
- Oliveira, F., Meneses, L., Caetano, J., Silva, V., Oliveira, M. & Machado, J. (2015). Avaliação das práticas de adesão à higienização das mãos relacionadas com linhas vasculares em uma unidade de terapia intensiva. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 3(4), 55-61. <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00520>
- Oliveira, A., Basto, M., Braga, L., Sena, C., Melo, M. & Parreira, P. (2019). Nursing practices in peripheral venous catheter: Phlebitis and patient safety. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0109>
- Oliveira, R., Neto, J., Alves, M., Alves, K., Guedes, Y., Meneses, A., Sousa, J., Anjos, A., Silva, G. & Almeida, T. (2021). Pressão arterial invasiva: Conhecimento teórico dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4), 1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e6941.2021>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: Série II, n.º135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Pereira, A., Andrade, A., Teles, W., Silva, M., Torres, R., Barros, Â., Azevedo, M., Debbo, A., Morais, A., Silva, M., Calasans, T. & Junior P. (2021). Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos relacionados aos cateteres venoso central: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18826> 1
- Uemura, I., Satoki, I. & Kawaguchi, M. (2018). A aplicação desnecessária de cateterização venosa central em pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 68(4), 336-343. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.006>
- Wichmann, D., Campos, C., Ehrhardt, S., Kock, K., Weber, C., Rohde, H. & Kluge., S. (2018). Efficacy of introducing a checklist to reduce central venous line associated bloodstream infections in the ICU caring for adult patients. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 2-6. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3178-6>

World Health Organization (2002). *Prevention of hospital acquired infections: A practical guide*. 2nd edition. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67350>

World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: A systematic review of the literature*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1

Apêndice P

Apresentação da formação - Critérios para Manutenção e Remoção – Cateteres

CATETER VENOSO CENTRAL/PERIFÉRICO E CATETER ARTERIAL EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: CRITÉRIOS PARA MANUTENÇÃO E REMOÇÃO

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Professora Orientadora:
Professora Adjunta Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Discente:
M47018, Joana Rita Santos Russo

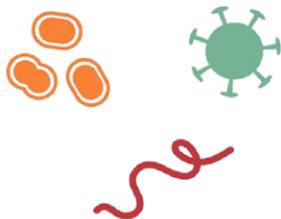
28 de Janeiro, 2022

Objetivos da Sessão:

- Definir sucintamente infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Identificar critérios para manutenção e remoção de cateteres venosos e arterias no paciente internado na UCIP;
- Identificar fatores de melhoria na atualização do aplicativo informático de registo de enfermagem acerca das intervenções relacionadas com a utilização dos referidos dispositivos.

Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

Condição localizada ou sistêmica que resulta de uma reação adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos, que ocorre durante a hospitalização, para a qual não existe evidência que estivesse presente no momento da admissão e que corresponde às definições de infecção específicas quanto à sua localização (DGS, 2009).



Pode ser entendida como uma infecção que ocorre durante a prestação de cuidados hospitalares, que não se encontrava presente no momento da admissão. São incluídas nas IACS as infecções que se manifestam após a alta ou as adquiridas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados (WHO, 2002).

3

Cateter Venoso Periférico (CVP)

PRINCIPAIS FUNÇÕES



- ✓ Acesso rápido e seguro a um acesso venoso;
- ✓ Colheitas de sangue;
- ✓ Fluidoterapia, fármacos e derivados sanguíneos.

(Keogh, & Mathew, 2019)

4

Cateter Venoso Central (CVC)

PRINCIPAIS FUNÇÕES



- ✓ Administração de terapêutica endovenosa (fármacos ionotrópicos, vasopressores, entre outros);
- ✓ Administração rápida de fluidoterapia;
- ✓ Administração de derivados sanguíneos;
- ✓ Administração de quimioterapia;
- ✓ Administração de suporte nutricional, como alimentação parentérica;
- ✓ Realização de técnica de substituição renal contínua e/ou intermitente;
- ✓ Monitorização hemodinâmica de pressão venosa central e débito cardíaco.

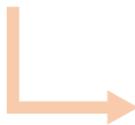
Não devem ser substituídos rotineiramente nem devem ser removidos apenas pelo aparecimento de febre no doente, a sua remoção deve ser ponderada em equipa tendo em consideração o estado e informação clínica do mesmo.

(CDC (2011); WHO (2011); Bell & O'Grady, 2017; Uemura, et al., 2018; Adriana et al., 2021)

5

Cateter Arterial (CA)

PRINCIPAIS FUNÇÕES



- ✓ Instabilidade hemodinâmica, como presença de ritmo cardíacos irregulares, como a fibrilação auricular, terapêutica com fármacos vasopressores ou cirurgia major;
- ✓ Acesso rápido a colheitas sanguíneas recorrentes.

(Azeredo & Oliveira 2013; Oliveira et. al, 2021)

6

Proposta para atualização de sistema de informação/programa de gestão clínica B-ICU CARE/B-SIMPLE

The screenshot displays a software interface for clinical interventions. On the left, a list of interventions is shown under the heading 'Intervenções'. The intervention 'Validar critério de inserção do cateter urinário' is highlighted with a red box. A red arrow points from this box to the 'Manhã (08:00-16:00)' option in the 'Frequência' section of the intervention details. Another red arrow points from the 'Manhã' option to the 'Data/Hora prevista de administração' field, which is set to '05-dez-2021 08:00'. A modal window titled 'Validar critério de inserção do cateter urinário' is open, showing a list of criteria to be validated, such as 'Alívio da obstrução / retenção urinária' and 'Medição de débito urinário em doente crítico'. A text box at the bottom left contains a suggestion.

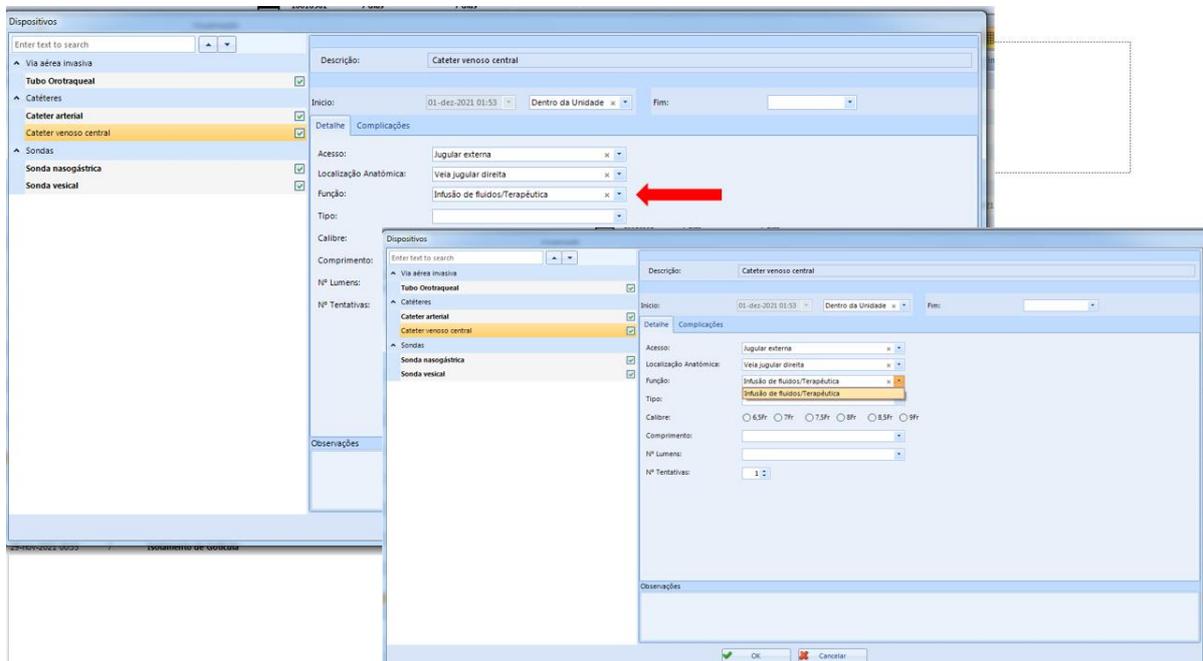
Sugestão:
 À semelhança do que acontece com o dispositivo sonda vesical no mesmo horário, introdução do parâmetro para o CVP, CVC e CA de forma a validar critério para inserção, manutenção e remoção.

Validar critério de inserção de CVC:

- Administração de terapêutica endovenosa;
- Administração de hemoderivados;
- Administração de quimioterapia;
- Realização de técnica de substituição renal contínua ou intermitente;
- Monitorização hemodinâmica em doente crítico;
- Aporte nutricional com alimentação parentérica;
- Impossibilidade de colocação de CVP.

(CDC (2011); WHO (2011))

9



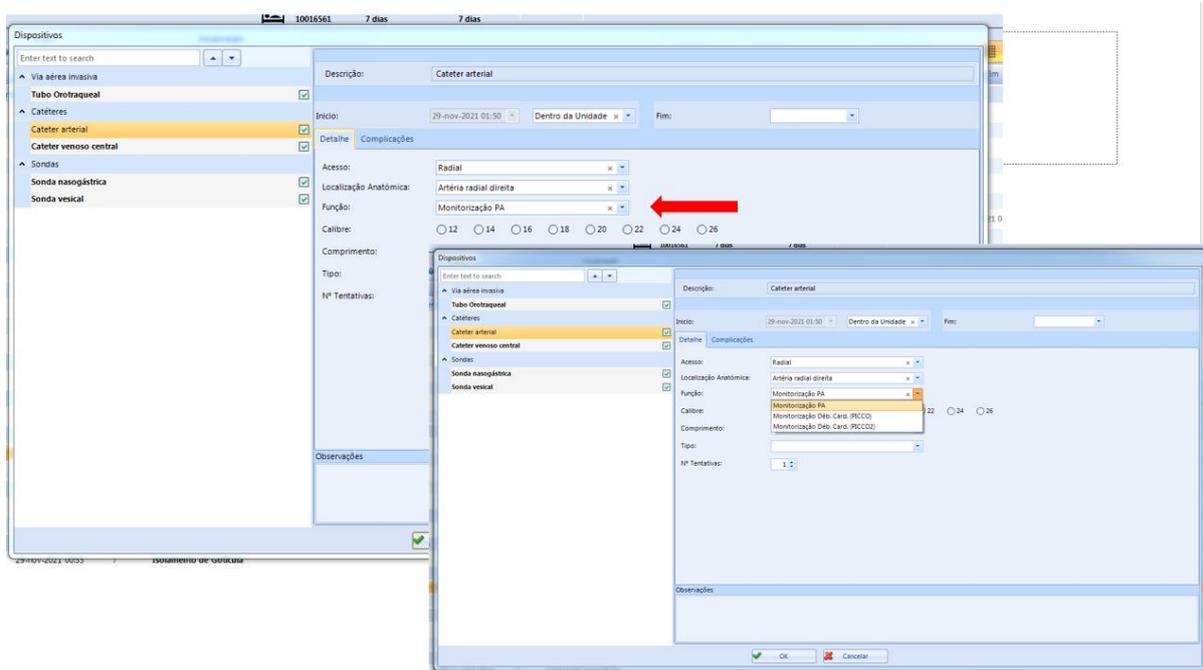
The screenshot shows a software interface for configuring a medical device, specifically a Central Venous Catheter (CVC). The interface is in Portuguese and displays various fields for patient information, device details, and insertion criteria. A red arrow points to the 'Função' (Function) field, which is set to 'Infusão de fluidos/terapêutica' (Fluid/therapeutic infusion). The 'Localização Anatómica' (Anatomical location) is set to 'Veia jugular direita' (Right jugular vein). The 'Tipo' (Type) field is set to 'Infusão de fluidos/terapêutica'.

Validar critério de inserção de CA:

- Monitorização hemodinâmica em doente crítico;
- Colheitas sanguíneas frequentes (gasimetria e testes laboratoriais).

(Keogh, & Mathew, 2019)

11



Validar critério de inserção de CVP:

- Administração de terapêutica endovenosa quando não existe necessidade de inserção de CVC;
- Necessidade de acessos venosos periféricos adicionais ao CVC para administração de terapêutica endovenosa;
- Gestão de compatibilidades medicamentosas.

Validar critério de remoção de CVP:

- Utilização desnecessária;
- Colocação de CVC;
- Colocação superior a 96h;
- Colocação em situação de emergência (máximo 48h);
- Presença de sinais inflamatórios no local de inserção;
- Presença de sinais de mau funcionamento.

(CDC (2011))

13

Referências Bibliográficas

- Azeredo, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*.
- Bell, T., & O'Grady, N. (2017). Prevention of central line-associated bloodstream infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(3), 551-559. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.05.007>
- Borges, L., Souza, T. & Spolidoro, F. (2018). Atuação do enfermeiro frente ao risco de infecção com cateter venoso central na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem em Evidência*, 2(1), 1-14. http://repositorio.unifafibe.com.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/45/2_018_LCB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Surveillance definitions for specific types of infections. <http://admin.incc.org/media/2015-CDCNHSN-ALLDA-HAI-Definitions.pdf>
- Crivelaro, N., Contrin, L., Beccaria, L., Frutuoso, I., Silveira, A. & Werneck, A. (2018). Adesão da enfermagem ao protocolo de infecção de corrente sanguínea. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, 12(9), 2361-2367. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a23488a02361-2367-2018>
- Direção Geral da Saúde (2015). "Feixe de intervenções" de Prevenção de infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma nº 022/2015 de 16 de Dezembro de 2015. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde, 1-36. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. Relatório. http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/04/_images_centrodcs_normas_normas_IACS_IPI_IPIRelat_2009.pdf
- Keogh, S. & Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. *Australian Commission on safety and Quality in Health Care*. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/literature-review-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_qut.pdf
- Oliveira, F., Menezes, L., Caetano, J., Silva, V., Oliveira, M. & Machado, J. (2015). Avaliação das práticas de adesão à higienização das mãos relacionadas com linhas vasculares em uma unidade de terapia intensiva. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 3(4), 55-61. <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00520>
- Oliveira, A., Basto, M., Braga, L., Sena, C., Melo, M. & Parreira, P. (2019). Nursing practices in peripheral venous catheter: Phlebitis and patient safety. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0109>
- Oliveira, R., Neto, J., Alves, M., Alves, K., Guedes, Y., Menezes, A., Sousa, J., Anjos, A., Silva, G. & Almeida, T. (2021). Pressão arterial invasiva: Conhecimento teórico dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4), 1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e6941.2021>
- Pereira, A., Andrade, A., Teles, W., Silva, M., Torres, R., Barros, Á., Azevedo, M., Debbo, A., Morais, A., Silva, M., Calasans, T. & Junior P. (2021). Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos relacionados aos cateteres venoso central: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18826>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018) Diário da República, 2ª Série – N.º 135, Ministério da Saúde, Lisboa.
- Uemura, I., Satoki, I. & Kawaguchi, M. (2018). A aplicação desnecessária de cateterização venosa central em pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 68(4), 336-343. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.006>
- Wichmann, D., Campos, C., Ehrhardt, S., Kock, K., Weber, C., Rohde, H. & Kluge, S. (2018). Efficacy of introducing a checklist to reduce central venous line associated bloodstream infections in the ICU caring for adult patients. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 2-6. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3178-6>
- World Health Organization. (2011). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: A systematic review of the literature. Geneva: Autor. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/780135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2002). Prevention of hospital acquired infections: A practical guide. 2nd edition. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67350>

14

Dúvidas



15

Obrigada pela sua participação!

16

Apêndice Q

Participação IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem
Especializada: Um Valor em Saúde



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **JOANA RITA SANTOS RUSSO**, participou **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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


Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Auxiliar

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA Moderador: António Borges

Ana Paula Silva “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”

Ricardo Faria “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-”

Isabel Faia “Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review”

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)

“ECMO: Pandemic experiences through the eyes of na ECMO specialist nurse”

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado” Ana Paramos “A esperança na intervenção especializada junto do adolescente”

IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE

Débora Querido “A promoção da vinculação -um valor em saúde”

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)

“Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia”

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado “Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária”

Sónia Coelho “As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia” Maria do Céu Pires “Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia”

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

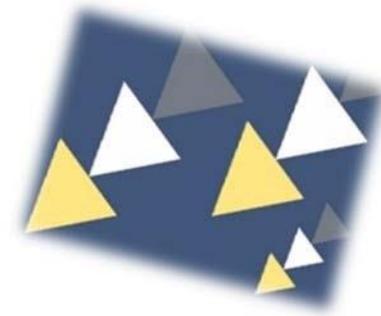
Profª Doutora Lislaine Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)

"Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação"

16:15 – Lançamento do Livro “25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis”

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



Apêndice R

Participação Formações Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que Joana Rita Santos Russo, Aluna da Especialidade de Enfermagem, frequentou a Formação em Serviço "Como avaliar a fiabilidade de uma publicação científica" (Webinar), na qualidade de formando, realizada a 7 de Dezembro de 2021 da Unidade Hospitalar de ... do Centro Hospitalar Universitário, com a duração de 1 hora.

14 de Dezembro de 2021

Verónica Teixeira



Coordenação do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que Joana Rita Santos Russo, Aluna da Especialidade de Enfermagem, frequentou a Formação em Serviço "O ecossistema de produção científica: CIENCIAVITAE, SAPIENTIA E ORCID" (Webinar), na qualidade de formando, realizada a 6 de Dezembro de 2021 da Unidade Hospitalar de ... do Centro Hospitalar Universitário, com a duração de 1 hora e 30 minutos.

14 de Dezembro de 2021

Verónica Teixeira



Coordenação do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Apêndice S

Póster - Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em
Contexto de Emergência

PÓSTER

Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em Contexto de Emergência

Maria Bilro¹, Joana Russo¹, Maria Céu Marques², Isabel Bico³

¹Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal

²Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, *Comprehensive Health Research Centre (CHRC)*, Portugal

³Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal <https://orcid.org/0000-0002-3868-2233>

Resumo

Introdução: Os acidentes rodoviários, de trabalho e ataques terroristas, dão origem à ocorrência de emergências médicas de origem traumática com hemorragias graves, maioritariamente das extremidades corporais. Este tipo de hemorragias tem indicação para a aplicação de torniquete. Os mesmos são considerados dispositivos essenciais de primeiros socorros e o seu uso em hemorragias das extremidades tem sido cada vez mais usual.

Objetivos: Pretende-se com esta revisão identificar as boas práticas de utilização do torniquete em contexto de emergência hospitalar e pré-hospitalar bem como os seus benefícios.

Materiais e Métodos: A presente revisão trata-se de uma revisão sistemática de eficácia, uma vez que pretende avaliar a eficácia de uma intervenção quando a mesma é realizada de forma apropriada. O período temporal selecionado foi de 2017 a 2021 por forma a selecionar os estudos mais recentes acerca da temática. Após elaboração da pergunta de investigação, tendo por base a metodologia PICO, foi realizada pesquisa na plataforma EBSCO, com seleção das bases de dados *business Source Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text*. Foram encontrados inicialmente um total de 92 artigos, fazendo uso da equação booleana *tourniquet AND emergency department OR prehospital AND hemorrhage*. Os

critérios de inclusão definidos foram: texto integral, paciente adulto, língua inglesa e portuguesa. Como critérios de exclusão, definiram-se as revisões sistemáticas da literatura e estudos com crianças. Assim, com recurso ao Modelo PRISMA para esquematização da seleção de artigos, após a leitura de títulos e resumos procedeu-se à análise de 12 artigos, que após serem analisados na íntegra, 5 foram excluídos pela falta de pertinência ou pela não resposta à questão de investigação. Os restantes 7 artigos foram classificados através das tabelas da *Joanna Briggs Institute*, tratando-se de estudos experimentais, quase-experimentais e observacionais.

Resultados: Os estudos analisados demonstraram que os torniquetes apresentam eficácia em salvar vidas quando utilizados precocemente, devendo para isso, a sua utilização no pré-hospitalar ser equacionada. Foi ainda notória a existência de uma correlação entre a diminuição da taxa de mortalidade e a ocorrência de choque hemorrágico quando o torniquete é aplicado eficazmente. Por sua vez, o uso de torniquete quando comparado com a compressão inguinal manual demonstrou menor eficácia na diminuição do fluxo sanguíneo no membro inferior. Verificou-se também a existência de maior taxa de sucesso (92,2%) na aplicação de torniquetes de combate quando comparados com outros torniquetes comerciais ou improvisados. Foi ainda observado que os doentes com indicação para torniquete que esperam até à entrada de unidade de trauma para a sua colocação apresentaram maior taxa de choque hemorrágico e maior necessidade de transfusão de hemoderivados na primeira hora. Foi ainda possível analisar, que a preferência pelo uso de torniquete em relação a outras técnicas, bem como a sua eficácia, está relacionado com o tipo de lesão encontrada.

Conclusão: Conclui-se que o torniquete apresenta benefícios significativos para a vítima de lesão traumática quando aplicado precoce e eficazmente, contudo no caso de lesão dos membros inferiores, a compressão inguinal manual parece apresentar maiores benefícios. É notório ao longo dos diversos estudos, que o eficiente uso do torniquete está relacionado com diminuição da necessidade de transfusão de hemoderivados bem como o desenvolvimento de choque hemorrágico. De salientar ainda, a falta de formação dos profissionais para o uso destes dispositivos, o que por sua vez acarreta taxas de sucesso mais baixas no controlo de hemorragia ativa utilizando esta técnica.

Palavras-Chave - Torniquete, serviço de urgência, hemorragia, pré-hospitalar



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Maria Pinheiro de Bilro, em coautoria com Enfermeiras Joana Russo, Maria Céu Marques e Isabel Bico, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 40** com o tema **“Vantagens da Utilização de Torniquete para Controlo da Hemorragia Ativa em Contexto de Emergência”**, recebeu **Menção Honrosa**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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


Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Amélia Simões Figueiredo, **PhD, MEd, RN**
Professora Auxiliar

Apêndice T

Póster - Benefit of Administering High-flow Nasal Oxygen Therapy for an Adult Patient

PÓSTER

Benefícios da administração de oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal no doente adulto

Joana Russo¹, Maria Bilro¹, Pedro Mendes¹

¹Enfemeiro Generalista, Serviço de Urgência, Portimão, Portugal

Resumo

Enquadramento: A oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal (OAFCN) é um recurso terapêutico em crescente utilização atualmente. Esta modalidade muitas vezes, é desconhecida pelos profissionais de saúde, o que pode comprometer a prestação de cuidados e o prognóstico do paciente. Daí advém a necessidade de compreender as vantagens associadas à sua instituição.

Objetivo: Identificar quais os benefícios da administração de oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal no doente adulto.

Métodos: Esta revisão teve por base os estudos existentes entre 2017 e 2021, na plataforma EBSCO, com seleção das bases de dados MEDLINE e COMPLEMENTARY INDEX. Foram identificados 102 artigos, dos quais se incluíram 11 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Resultados: Foram identificados como benefícios da administração de OAFCN o alívio dos sintomas de desconforto respiratório, melhoria da oxigenação, diminuição do espaço morto, melhoria da *compliance* pulmonar, preservação da humificação da mucosa nasal, prevenção de atelectasias, criação de um efeito de pressão positiva nas vias aéreas melhorando assim o recrutamento alveolar e conseqüentemente a tolerância geral do paciente. Esta técnica permite ainda ao paciente alimentar-se e comunicar de forma autónoma, promovendo o seu conforto e bem-estar. Quando comparada com outras técnicas de administração de oxigenoterapia de alto fluxo, demonstrou ser mais bem tolerada pelos pacientes. Foram ainda observadas melhorias significativas a nível da frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC) bem como melhoria da saturação periférica de O₂ (SpO₂). Ao analisar a sua precoce implementação nas enfermarias foi possível observar uma diminuição muito significativa nas transferências ou internamentos

em unidade de cuidados intensivos (UCI) bem como a necessidade proceder a ventilação não invasiva (VNI) ou ventilação invasiva (VI).

Conclusão: A administração de OAFCN demonstrou ter vários benefícios para o paciente adulto, tais como prevenção e promoção da sua autonomia e conforto, melhoria significativa no trabalho respiratório e trocas gasosas potenciado assim melhores prognósticos e diminuindo níveis de mortalidade.

Palavras-chave: Cânula Nasal, Oxigenoterapia, Insuficiência respiratória, Adulto, Paciente

Abstract

Background: The use of a high-flow nasal cannula oxygen therapy (HFNO) for therapeutic purposes is increasing. Knowing the advantages in administering HFNO by health professionals can result in an improvement in the patient's prognosis and also in the care which is provided. Hence, the need has arisen to understand the advantages associated with its implementation.

Purpose: To recognise related benefits in the administration of HFNO on adult patients.

Method: This review was based on existing studies undertaken between 2017 and 2021, on the EBSCO platform, selected from databases MEDLINE and COMPLEMENTARY INDEX. We included 11 of the 102 articles identified, according to inclusion and exclusion criteria previously established.

Results: Benefits of administering HFNO have been identified in the relief of respiratory distress symptoms, improving oxygenation, improving lung compliance, preserving humidification of the nasal mucosa, preventing atelectasis, creating a positive pressure effect on the pathways, thus improving alveolar recruitment and consequently the general tolerance of the patient. This technique also allows the patient to feed and communicate autonomously, promoting comfort and well-being. When compared to other techniques for administering high-flow oxygen therapy, it has responded with the same quality level and is better tolerated by patients. Significant improvements were also observed in terms of respiratory rate (RR) and heart rate (HR) as well as improvement in peripheral O₂ saturation (SpO₂). When analysing its early implementation in the wards, it was possible to observe a

very significant decrease in the transfer rate of these patients to specialized units or intensive care units (ICU), it was also observed that, after application, the need to proceed with non-invasive ventilation (NIV) or invasive mechanical ventilation (IMV), decreased.

Conclusion: The administration of HFNO has proven to have several benefits for the adult patient, such as prevention and promotion of the patient's autonomy and comfort, significant respiratory system improvement and gas exchange, thus enhancing a better prognosis and decreasing mortality and morbidity rates.

Keywords: Nasal Cannula, Oxygen Therapy, Respiratory Failure, Adult, Patient



EUSEM LISBON 2021
27-31 OCTOBER

THE EUROPEAN EMERGENCY MEDICINE CONGRESS



www.eusem.org

Joana Russo
Hospital Particular do Algarve
Emergency service
Estrada Principal N 51

8500-130 Portimão
Portugal

CERTIFICATE OF PARTICIPATION

MCO Congrès certifies:

Joana Russo

attend the congress: **EUSEM 2021**

which was held from 27 October 2021 to 31 October 2021

in Lisbon Congress Centre - Lisboa

as: Free Paper Speaker

YOUR PARTICIPATION

Your participation: Poster Displayed

Authors: Joana RUSSO, Maria BILRO, Pedro MENDES

For the session: - Benefit Of Administering High-Flow Nasal Oxygen Therapy For An Adult Patient.

Date scheduled: from 00:00 to 00:00

Lisboa, 26 November 2021

SAS MCO CONGRES
Villa Gaby, 285 Corniche J.F Kennedy
13007 Marseille
Tel. : 04 95 09 38 00 - Fax : 04 95 09 38 01
Siret : 383 730 181 00054 APE 8230Z
TVA Intracomm. FR84 383 730 181 .

MCO Congrès - SAS au capital de 37 000 euros
SIRET 383 730 181 00054 Marseille - APE 8230Z - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE FR84 383 730 181
RCS 383 730 181 RCS Marseille

CCCXXXVIII

Apêndice U

Póster - *Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals*

PÓSTER

Impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde

Joana Barreiros¹, Joana Russo¹, João Tavares¹, Maria Bilro¹ Mariana Pereira²

¹Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal

²Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS); Centro de Investigação Interdisciplinar Aplicada em Saúde (CIAS), Portugal

Resumo

Enquadramento: A pandemia COVID-19 exigiu por parte dos profissionais de saúde, uma mudança nas suas práticas e uma resposta em contexto de crise de elevada exigência. As mudanças inerentes desencadearam um efeito nefasto sobre o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde da linha da frente, sendo assim necessário avaliar o impacto e desenvolver estratégias de melhoria.

Objetivo: Identificar o impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde.

Métodos: Esta revisão teve por base os estudos existentes entre 2020 e 2021, na plataforma EBSCO, com seleção das bases de dados MEDLINE e COMPLEMENTARY INDEX. Foram identificados 130 artigos, dos quais selecionaram-se 8 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Resultados: Os estudos demonstraram que todos os profissionais de saúde que prestaram cuidados durante a pandemia COVID-19 experienciaram vários sintomas psicológicos, sendo os mais comuns: *stress*, ansiedade, depressão, insónia e stress pós-traumáticos.

Conclusão: Identificados os principais sintomas associados ao impacto psicológico da pandemia nos profissionais de saúde, é consensual a necessidade de encontrar estratégias para promover a saúde mental. É notória a ainda insuficiente evidência científica sobre a evolução da temática ao longo do tempo (os estudos utilizados foram realizados na fase precoce da pandemia) e os tipos de intervenções realizadas perante as necessidades psicológicas dos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Impacto, COVID-19, SARS-CoV-2, Profissionais de saúde, Pandemia

Abstract

Background: The pandemic demanded a rapid change in the ways of responding to the population needs, leading to constant changes in the procedures and in healthcare professionals. The inherent changes lead to a nefarious effect on the psychological well-being of frontline healthcare professionals.

Objective: To map the psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals.

Method: This review was based on the existing studies between 2020 and 2021, on the EBSCO platform, with selection of the MEDLINE and COMPLEMENTARY INDEX databases. 130 articles were included. 8 articles were selected according to the inclusion and exclusion established criteria.

Results: The studies demonstrated that every healthcare professional that provided care during the COVID-19 pandemic, experienced several psychological symptoms, the most common ones being stress, anxiety, depression, insomnia, and post-traumatic stress.

Conclusion: it was possible to observe the psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals, highlighting the need to find strategies to promote mental health. The weak scientific evidence on the evolution of the subject over time (the studies used were carried out in the early phase of the pandemic) and the types of interventions carried out in the face of the psychological needs of health professionals are notorious.

Keywords: Impact, COVID-19, SARS-CoV-2, Healthcare workers, Pandemic

CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Russo** apresentou a comunicação intitulada *“Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals”* no Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021)/International Congress on 21st Century Literacies, que se realizou online, nos dias 15 e 16 de julho, no Instituto Politécnico de Portalegre.

Portalegre, 16 de julho de 2021

O Presidente do Instituto Politécnico de Portalegre



Albano António de Sousa Varela e Silva

Registo INT_SC/2021/11097



Praça do Município, 11 | 7300-110 Portalegre | T +351 245 301 500 | F +351 245 330 353 | E geral@ipportalegre.pt

www.ipportalegre.pt