



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**A SIMULAÇÃO EM ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS COM OS FAMILIARES DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Maria Albertina Álvaro Marques



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Maria Albertina Álvaro Marques

**A SIMULAÇÃO EM ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS COM OS FAMILIARES DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

VII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Prof. Doutora Aurora Pereira

Maio de 2021

RESUMO

Cuidar do familiar da pessoa em situação crítica exige que os enfermeiros tenham como competência central a comunicação como estratégia do cuidar.

Em situações críticas para promover uma assistência de qualidade ao familiar, a comunicação torna-se essencial, na medida em que, promove interação, permitindo à pessoa desenvolver autonomia e maior confiança, reduzindo o nível de ansiedade e aumentando a sua adesão à nova realidade vivenciada. Neste sentido, um programa educacional teórico/prático com recurso a simulação, em comunicação com o familiar da pessoa em situação crítica, permite aos estudantes/enfermeiros aperfeiçoar as capacidades cognitivas, psicomotoras e socio-afetivas, minimizando a ocorrência de erros, aumentando a sua confiança dotando-o de competências comunicacionais.

Assim, colocamos as seguintes questões de investigação: Que competências comunicacionais devem desenvolver os enfermeiros para comunicar com os familiares da pessoa em situação crítica?; Quais os contributos da simulação para o desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica? Com os seguintes objetivos: analisar a evidência científica produzida relativamente à simulação no desenvolvimento das competências comunicacionais dos profissionais de saúde com os familiares da pessoa em situação crítica; construir um programa educativo de comunicação para enfermeiros para treino de competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica, em contexto de simulação. Com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro, de forma a permitir uma comunicação efetiva com o familiar da pessoa em situação crítica.

Metodologia: Realização de uma *scoping review* de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute e a construção e validação do programa educativo de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica para desenvolvimento de competências comunicacionais em contexto de simulação. Recorreu-se à técnica de Delphi e índice de validade de conteúdo, para validação do programa educativo através de peritos especialistas na área. Foram respeitados todos os princípios éticos e legais.

Principais Resultados: verificámos através da *scoping review* que a implementação de programas de simulação de desenvolvimento de competências comunicacionais, ajuda a desenvolver habilidades organizativas, cognitivas e socio-afetivas que integram as competências comunicacionais de profissionais de saúde. Foi efetuada a construção e validação de um programa educativo para desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica, o qual apresentou elevados níveis de concordância de conteúdo.

Conclusão: um programa educativo que utilize a simulação como estratégia de ensino promove aprendizagem de competências comunicacionais do enfermeiro, respondendo às necessidades de aquisição e gestão de padrões de alta qualidade na prática clínica.

Palavras-Chave: simulação; competências comunicacionais; familiares da pessoa em situação crítica; programa educativo.

ABSTRAT

Caring for the family member of a person in a critical situation requires nurses to have communication as a care strategy as a core competence.

In critical hypotheses to promote quality care to the family, communication becomes essential, as promotion, allowing the person to develop autonomy and greater confidence, provide the level of anxiety and increase their adherence to the new reality experienced. In this sense, a theoretical/practical educational program simulated in communication with the relative of the person in a critical situation, allows students/nurses to improve cognitive, psychomotor and socio-affective resources, minimizing the occurrence of errors, increasing their confidence by providing them of communication skills.

Thus, we pose the following research questions: What communication skills should nurses develop to communicate with the relatives of people in critical situations?; What are the contributions of the simulation to the development of communication skills for nurses with the relatives of the person in a critical situation? With the following objectives: analyze the scientific evidence related to simulation in the development of communication skills of health professionals with the critical person's family members; build an educational communication program for nurses to train communication skills with the relatives of the person in a critical situation, in a simulation context. With contributing to contribute to the development of communication skills of nurses, in order to allow an effective communication with the relative of the person in a critical situation.

Methodology: Carrying out a scoping review according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute and the construction and validation of an educational communication program with relatives of a person in a critical situation for the development of communication skills in a simulation context. The Delphi technique and content validity index were used to validate the educational program by experts in the field. All ethical and legal principles were respected.

Main Results: we verified through scoping review that the implementation of simulation programs for the development of communication skills helps to develop organizational, cognitive and socio-affective skills that integrate the communication skills of health professionals. The construction and validation of an educational program for the

development of the nurses' communication skills with the relatives of the person in a critical situation was carried out, which showed high levels of content agreement.

Conclusion: an educational program that uses simulation as a teaching strategy promotes the learning of communication skills for nurses, responding to the need to acquire and manage high quality standards in clinical practice.

Key words: simulation; communication skills; family members of the person in critical condition; educational program.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação pautou-se pela persistência e trabalho árduo, num processo de avanços e retrocessos que só foi possível concluir com a incalculável ajuda de pessoas a quem gostaríamos de manifestar os nossos sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Aurora Pereira, nossa orientadora, pela sua orientação, disponibilidade, incentivo e acompanhamento ao longo deste percurso;

À Coordenação de Curso e Professores do VII Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelos contributos prestados durante todo o percurso formativo;

Aos Peritos que aceitaram participar neste estudo pela oportunidade que nos deram de contribuir com os seus saberes;

À Direção da ESS/IPVC pelo incentivo à concretização do curso;

À amiga Manuela Cerqueira, Jacinta Pisco e Vânia Linhares pelo apoio e partilha de saberes na realização do estudo;

Aos Amigos que viveram connosco de perto este período desafiante da nossa vida, pela sua motivação constante.

À Família pelo apoio incondicional demonstrado através do afeto e compreensão.

SIGLAS e ACRÓNIMOS

4C's – Cliente; Custo; Conveniência; Comunicação

ASCEND - Anticipation, Aummary, Concerns elicited, Exploration/Explanation, Next steps, Documentation

CIPE – Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

JBI - Joanna Briggs Institute

NURSE - Naming ; Understanding; Respecting; Supporting; Exploring

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBLI - Practice-based learning and improvement

PICO – Participantes, Intervenção, Comparação e Outcome

RSL - Revisão Sistemática de Literatura

SPIKES - Setting up; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary

UC - Unidades Curricular(es)

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I –A SIMULAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS NA INTERAÇÃO ENFERMEIRO E FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	17
CAPÍTULO 1: A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	18
1.Breve abordagem a modelos de ensino	18
2. Simulação uma metodologia de ensino interativa para o desenvolvimento de competências	20
CAPÍTULO 2: A COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	28
1.Os familiares da pessoa em situação crítica. Um foco de enfermagem.....	28
2. Contextos de intervenção à pessoa em situação crítica. Implicações no cuidar em enfermagem.....	32
3.Comunicar com familiares em contextos críticos.....	34
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	43
CAPÍTULO 1: DESENHO DE ESTUDO	44
CAPÍTULO 2: FASE I – REVISÃO DA LITERATURA: <i>SCOPING REVIEW</i>	48
1.METODOLOGIA	49
1.1. Questão e Objetivos da <i>Scoping Review</i>	50
1.2. Critérios de inclusão e exclusão	52
1.3. Definição da estratégia de pesquisa e identificação dos estudos	53
Identificação.....	55
Eligibilidade	55
Inclusão	55
Seleção	55
1.4. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	56
1.5. Extração de dados	58
2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	59
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
CAPÍTULO 3: FASE II - PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM CONTEXTO DE SIMULAÇÃO	75
1. METODOLOGIA	76

1.1. Construção do Programa Educativo de Comunicação com os Familiares da Pessoa em Situação Crítica para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação ...	77
1.2. Validação do programa educativo	80
1.2.1. Caracterização do grupo de peritos	82
1.2.2. Procedimento de recolha de dados	85
1.2.3. Procedimento de tratamento dos dados e análise dos resultados.....	86
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE VALIDAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS.....	88
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE VALIDAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS	95
CAPÍTULO 4: CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	114
ANEXOS	115
ANEXO I - JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES	116
ANEXO II - Questionário de Regulação Emocional de J. Gross & O. John (2003)	117
ANEXO III – Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Kang & Shaver, 2004)	118
APÊNDICES	119
APÊNDICE I- JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-experimental Studies - Resultados	120
APÊNDICE II – Quadro matriz de caracterização global dos peritos	121
APÊNDICE III - Questionário	123
APÊNDICE IV - Resultados do questionário de validação do programa educativo	127
APÊNDICE V – Programa Educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica: contexto de simulação.....	129
APÊNDICE VI – Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação	132
APÊNDICE VII – Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação.....	134
APÊNDICE VIII – Sugestões de melhoria efetuada pelos peritos	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1 - Esquema das principais etapas metodológicas.....	47
Fig.2 - Diagrama de fluxo PRISMA de informação para o processo de revisão sistemática de literatura (adaptado).....	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Protocolos NURSE, SPIKES, ASCEND	40
Quadro 2- Critérios para construção da questão de revisão segundo estratégia PICO.....	51
Quadro 3- Critérios de inclusão.....	52
Quadro 4- Estratégia de pesquisa para identificação dos estudos	54
Quadro 5 - Apresentação dos estudos por score de qualidade metodológica.....	56
Quadro 6 - Apresentação dos estudos da RSL.....	57
Quadro 7 – Síntese dos estudos da RSL: objetivos, tipo de estudo, participantes e contexto, intervenção, resultados	59
Quadro 8 - Intervenções formativas apresentadas nos estudos da RSL.....	62
Quadro 9 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos Peritos (N=9).....	84
Quadro 10 - Resultados do Questionário de Validação do Programa	88

INTRODUÇÃO

Na atualidade, os cuidados de enfermagem cada vez mais, são dirigidos não só à pessoa doente, mas a todo o núcleo familiar envolvente, alargando a sua intervenção para o cuidado da pessoa em situação crítica e família. Se isto, é uma premissa que existiu desde sempre na enfermagem, quando nos referimos aos familiares da pessoa em situação crítica, esta deveria ter um realce especial, na medida em que, a esmagadora maioria das vezes, são tomados de surpresa pelo impacto das informações, que nem sempre são favoráveis, causando grande sofrimento psicológico-emocional.

Por definição 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”, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) e conforme expresso no Regulamento n.º 429/2018 - Perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Efetivamente, este conceito, transmite de imediato a noção de sofrimento humano. O confronto com a terminalidade, a ideia da finitude, a vulnerabilidade da condição humana são aspetos que originam grande preocupação, stress, e até, um enorme sofrimento aos familiares, nomeadamente emoções, percepções, sentimentos, com os quais não sabem lidar.

Numa análise rápida e simples aos últimos dados do INE, verificámos que foram realizados 7,6 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em 2017 (INE, 2019), 81,9% por doença e 10,6% por lesões provocadas por acidente, pelo que se depreende que serão muitos os familiares a precisar de ajuda/intervenção.

Nos cuidados intensivos em Portugal Continental, nomeadamente nas unidades polivalentes, a média da taxa de ocupação é de 75,6% (Penedo, 2016). Através deste indicador, infere-se mais uma vez, a existência de um número de familiares que necessitam de ser informados, esclarecidos, ouvidos, acarinhados, apoiados, isto é, necessitam da intervenção do enfermeiro. Esta dimensão epidemiológica e sociológica que envolve a pessoa em situação crítica prediz uma noção de multidimensionalidade de intervenção, como condição facilitadora junto da pessoa em situação crítica e dos familiares.

Conforme temos vindo a referir, os familiares da pessoa em situação crítica experienciam eles próprios dor e sofrimento, considerada condição de vulnerabilidade, e por isso com necessidades emergentes. O enfermeiro no exercício das suas funções, segundo o artigo

81 do código deontológico, deve pautar-se pelo respeito dos valores humanos (OE, 2003, p.51), onde o respeito pela dignidade da pessoa humana deve ser eixo estruturante da sua intervenção, qualquer que seja a pessoa sujeita dos seus cuidados.

É óbvio, que o drama vivido pelos familiares da pessoa em situação crítica não é exclusivo dos contextos dos serviços de urgência, serviços de emergência, serviços de cuidados intensivos, mas é nestes contextos, que esta realidade é mais frequentemente vivida. O grau de instabilidade fisiopatológica apresentada pela pessoa em situação crítica, associado a um cenário marcadamente tecnológico dos serviços em causa, exige que os enfermeiros possuam elevadas competências técnico-científicas e humanas para poder intervir ao longo de todo o processo de doença que é complexo. Exige ainda, elevadas competências comunicacionais para lidar com a família, que também carece da sua ajuda, de forma eficaz e num curto espaço de tempo. Sá, Botelho e Henriques (2015), referem que cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência.

Assim, dada a relevância desta dimensão da intervenção em contexto do cuidar em saúde, o enfermeiro deve possuir um conjunto de competências que não se esgotem nas técnico-instrumentais, mas que se estendam para as competências comunicacionais, como se pode constatar no Regulamento n.º190/2015 - Perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais - no domínio da prestação e gestão de cuidados, em que enuncia o dever de estabelecer comunicação e relações interpessoais eficazes. Esta competência é também, uma das exigências para o enfermeiro especialista que deve demonstrar competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permitam adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto, conforme expresso no Regulamento n.º 429/2018 - Perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Partindo destes pressupostos, formar enfermeiros requer um conjunto de estratégias de ensino/aprendizagem que vão muito para além do ensino exclusivamente teórico e assente num paradigma transmissivo, para dar resposta às múltiplas competências que devem desenvolver.

No contexto da formação em saúde temos acompanhado as mudanças que se tem dado na sociedade e no mundo, decorrentes das alterações sociodemográficas, alterações do perfil patológico, a evolução tecnológica e científica e o progresso da qualidade dos

cuidados de enfermagem. Assim, para fazer face a estas exigências, o recurso a novas ou renovadas metodologias de ensino tem sido um constante desafio para as entidades formativas, quer sejam instituições de ensino superior, quer sejam estruturas de formação não académica e simultaneamente para os próprios docentes/formadores.

. Trata-se de um processo dinâmico que consiste na criação de uma situação clínica hipotética representativa de uma realidade autêntica, que permite ao estudante/formando realizar práticas profissionais em ambiente controlado e seguro. Martins (2017), considera que atualmente a simulação é uma estratégia pedagógica fundamental na formação de profissionais de saúde, ao nível graduado, pós-graduado e ao longo da vida, com impacto em várias dimensões, que vão desde a satisfação do estudante à segurança da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. De facto, já a OMS recomenda desde 2013, que profissionais de saúde e estabelecimentos de ensino devem usar simulação com estratégia de ensino aprendizagem dos seus estudantes (WHO, 2013).

Em enfermagem exige-se o desenvolvimento de uma grande variedade de competências as quais necessitam de muito treino para estarem definitivamente consolidadas, tal como as competências comunicacionais.

Efetivamente, desenvolver competências comunicacionais de enfermeiros e de outros profissionais da saúde, tem sido sempre uma grande aposta, quer dos estabelecimentos de ensino superior, quer das instituições de saúde que frequentemente disponibilizam cursos neste âmbito, cientes de que há ainda muita necessidade de desenvolvimento de competências comunicacionais que possibilitem uma relação enfermeiro/pessoa doente/família mais efetiva. Hoje, afirma-se que os processos de comunicação eficazes levam a ganhos em saúde, nomeadamente o incremento da qualidade de vida dos utentes (Teixeira, 2004).

Perante o exposto e aliado ao facto de lidarmos há longa data, quer com as necessidades e fragilidade dos familiares da pessoa em situação crítica enquanto enfermeira, quer com a necessidade dos estudantes em desenvolver as competências comunicacionais enquanto docente, quer ainda a nossa afinidade pela simulação no ensino de enfermagem, ficámos despertas para estas questões e para a necessidade de intervir nesta área. Consideramos assim, ser de enorme interesse desenvolver conhecimento no âmbito da simulação como

estratégia de ensino aprendizagem no desenvolvimento de competências em enfermagem, designadamente as comunicacionais.

Neste sentido, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Quais os contributos da simulação para o desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica?
- Que competências comunicacionais devem desenvolver os enfermeiros para comunicar com os familiares da pessoa em situação crítica?

Partindo dos pressupostos apresentados e com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro, de forma a permitir uma comunicação efetiva com o familiar da pessoa em situação crítica, definiram-se os seguintes objetivos:

- Analisar a evidência científica produzida relativamente à simulação no desenvolvimento das competências comunicacionais dos profissionais de saúde com os familiares da pessoa em situação crítica.
- Construir um programa educativo de comunicação para enfermeiros para treino de competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica, em contexto de simulação.

O estudo estrutura-se em 2 partes. A primeira, estruturada em capítulos, diz respeito ao enquadramento conceptual onde são apresentados os conceitos centrais designadamente, simulação como estratégia pedagógica para o desenvolvimento de competências comunicacionais e a comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica como cuidado de enfermagem. A segunda parte diz respeito à fase empírica, a qual se estrutura em quatro capítulos. No capítulo 1 apresentamos o desenho de estudo e abordamos as considerações éticas da investigação. No Capítulo 2 refere-se à Fase I, relativa à revisão sistemática da literatura, em que apresentamos detalhadamente todas as etapas da sua realização, desde a metodologia à apresentação e síntese dos resultados. O capítulo 3 diz respeito à Fase II, relativa à construção do programa educativo de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica, onde descrevemos detalhadamente a metodologia utilizada desde o processo de construção à respetiva validação. Por fim, o capítulo 4, relativo às conclusões e perspetivas futuras.

**PARTE I –A SIMULAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS
NA INTERAÇÃO ENFERMEIRO E FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Nesta parte realizamos o enquadramento teórico que suporta o estudo. Nela desenvolvemos conceitos centrais onde abordamos os aspetos que integram a simulação enquanto estratégia pedagógica a utilizar no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, a comunicação enquanto ferramenta de cuidado na intervenção junto dos familiares da pessoa em situação crítica, não deixando de abordar o que entendemos por contextos de saúde críticos.

CAPÍTULO 1: A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Em pleno século XXI, a discussão a respeito das questões de ensino/aprendizagem continua atual. Repensam-se as práticas pedagógicas, questionam-se os modelos utilizados, os resultados de aprendizagem obtidos. Há necessidade de construir ambientes de formação favoráveis, onde o docente se preocupe com a situação individual dos seus estudantes e, conseqüentemente, o sucesso escolar.

Na atualidade, face à sociedade do conhecimento, face ao progresso tecnológico, face à realidade do mundo do trabalho, é imprescindível inverter definitivamente o ponto de vista tradicional sobre a formação e o ensino em enfermagem, na perspectiva de construção de práticas formativas inovadoras.

Neste sentido, apresentamos de seguida o marco teórico referente a modelos e estratégias pedagógicas que sustentam o presente estudo.

1. Breve abordagem a modelos de ensino

Vivemos numa sociedade em constante transformação. Nas instituições de ensino, especialmente em sala de aula, nos processos de ensino-aprendizagem essa tendência tem-se verificado, ainda que nem sempre com o dinamismo desejado.

No ensino superior, as instituições gozam de ampla autonomia pedagógica para decidirem as metodologias de ensino (Portugal, 2007). Sabe-se, contudo, que o modelo tradicional de ensino está ainda enraizado nos diferentes tipos de instituições, o que demonstra o

conservadorismo patente no ensino. Mizukami (2016), caracteriza o modelo de ensino tradicional como um processo sistemático de transmissão de informação, relação vertical professor/aluno de autoridade intelectual/moral, ambiente escolar muito restritivo, em que o principal objetivo consiste em ministrar grande quantidade de conceitos, em vez de se preocupar com o desenvolvimento a qualidade do poder analítico e reflexivo dos estudantes. O modelo tradicional é, de facto, um modelo conservador, em que o professor é transmissor de conhecimentos e os estudantes meros espectadores. O professor é o único protagonista e a interação professor/estudante é precária, razões pelas quais o modelo é insuficiente para o desenvolvimento de um ensino/aprendizagem de qualidade. Como refere Duarte (2018, p.9), *“Infelizmente, nas escolas, predominam as aulas expositivas, que pouco proporcionam a participação ativa do aluno”*. Normalmente catalogado como um modelo genericamente desinteressante, aborrecido e desmotivador para a maioria dos estudantes, não contribui, portanto, para o sucesso escolar que se desejava.

No entanto, afortunadamente, outros modelos de ensino promotores de participação ativa dos estudantes, vão ganhando o seu espaço. Referimo-nos, designadamente, ao modelo construtivista de ensino e às metodologias de ensino inovadoras em que o estudante assume um papel ativo da sua aprendizagem, ao contrário do que acontece no modelo tradicional em que o seu papel é passivo.

O modelo construtivista de ensino baseado na premissa de que a construção do conhecimento acontece por meio das interações entre os sujeitos e o meio, o estudante assume o papel de protagonista da sua aprendizagem. Como refere Fava (2014), o construtivismo é uma filosofia de aprendizagem que advoga que é o estudante que constrói o seu conhecimento através da sua interação com mundo em que vive. A aprendizagem consiste no processo de ajustamento dos modelos mentais à acomodação de novas experiências. Mais do que simplesmente fixar ideias e conteúdos emanados pelo docente, o estudante é estimulado a conceber e a desenvolver as suas próprias ideias.

Estamos convictos, tal como Chahuán-Jiménez (2009), que os contextos académicos devem promover, através das suas metodologias e estratégias pedagógicas, uma aprendizagem baseada no construtivismo do conhecimento, em que o envolvimento do professor no processo de ensino/aprendizagem é fundamental, convertendo-se num facilitador e

orientador das aprendizagens, assim como a participação ativa dos estudantes, neste processo, gerando o seu próprio conhecimento.

Relativamente às metodologias de ensino inovadoras, caracterizam-se principalmente, por aproximar o espaço escolar a ambientes similares à realidade, aliam as novas tecnologias às práticas da docência, preconizam uma maior participação do estudante e o professor deixa de ser a peça central.

O progresso cultural e científico a que assistimos e, a crescente afirmação das novas tecnologias tem proporcionado um incremento tecnológico nas práticas pedagógicas, trazendo dinamismo ao processo de ensino/ aprendizagem, abrindo caminho aos modelos de ensino mais ativos, mais participados e inovadores, propiciando novos estímulos aos estudantes, maior envolvimento com os conteúdos programáticos, assim como, um maior protagonismo na sala de aula.

Ressaltamos, que independentemente de existirem modelos de ensino mais propícios a melhores resultados de aprendizagem uns do que outros, todos eles têm vantagens e desvantagens, pelo que não existe uma metodologia de ensino melhor ou mais eficiente. Há, porém, algumas que são mais adequadas à proposta da instituição de ensino, ou ao tipo de curso lecionado, isto é, às suas necessidades. Neste sentido, são os objetivos pedagógicos definidos e os conteúdos programáticos selecionados, que influenciam a escolha das metodologias/estratégias de ensino a utilizar pelos docentes na sua aula.

Assim, tendo em conta a natureza da profissão de enfermagem, caracterizada por competências científicas, técnicas e humanas altamente qualificadas, exige para a formação de enfermeiros, metodologias de ensino inovadoras e interativas que valorizem e facilitem o treino de habilidades, como seja o recurso à estratégia pedagógica de simulação.

2. Simulação uma metodologia de ensino interativa para o desenvolvimento de competências

A simulação não sendo uma novidade metodológica no ensino em enfermagem, efetivamente ela é cada vez mais uma realidade nas instituições de ensino de enfermagem. Na opinião de Costa (2017), hoje em dia a simulação clínica, considerada uma metodologia

de ensino interativa e inovadora, pode melhorar o conhecimento, o desempenho clínico e os níveis de confiança, proporcionando um ambiente educativo seguro.

Mas então, o que significa simulação? Na literatura verifica-se alguma diversidade terminológica tais como: simulação, simulação clínica, simulação em saúde, práticas simuladas. As respetivas definições são, umas mais resumidas outras mais alargadas, contudo, todas mostram a mesma linha de compreensão do conceito. Palés Argullos e Gomar Sancho (2010), definiram a simulação como sendo um método de treino que utiliza a representação artificial com suficiente autenticidade de uma circunstância de vida real com um objetivo de favorecer o processo de aprendizagem simulando um cenário clínico mais ou menos complexo.

Segundo o Healthcare Simulation Dictionary o termo simulação é definido como: *uma técnica em que um determinado conjunto de condições é criado ou replicado para se assemelhar a situações autênticas que replicam a vida real; pode incorporar uma ou mais modalidades para promover, melhorar ou validar o desempenho de um participante* (Lopreiato, 2016, p.34).

Simulação em saúde é definida, no Healthcare Simulation Dictionary como *“uma técnica que cria uma situação ou ambiente para permitir que as pessoas experimentem uma representação de um evento real de saúde/doença com o objetivo de treino de competências, aprendizagem, avaliação, testagem, ou para obter compreensão de sistemas ou ações humanas; A aplicação de uma atividade de simulação para treino, avaliação, pesquisa ou integração de sistemas para a segurança do doente”* (Lopreiato, 2016, p.15).

Efetivamente, a aprendizagem através da experiência constitui um processo ativo, em que o formando a partir do treino *in situ*, desenvolve as suas habilidades técnicas, mas também, outras capacidades, tais como: pensar criticamente, resolver problemas, propor soluções e discutir. Ferreira e Carvalho (2015), referem que a simulação promove uma aprendizagem significativa que alia os conhecimentos teóricos aos práticos, permitindo aos estudantes construir um pensamento crítico-reflexivo.

Uma das vantagens do recurso à simulação como estratégia de ensino/aprendizagem, é a possibilidade que esta permite de repetição de treinos e práticas num ambiente controlado isento de riscos, o que vai permitir que o estudante desenvolva a autoconfiança. De facto,

esta dimensão é algo muito presente nos estudantes ou profissionais recém-formados, sendo que o treino simulado vai ajudar na aquisição desta competência, especialmente se o treino simulado tiver um elevado grau de realismo, isto é, simulação de alta fidelidade.

Segundo o Dicionário de simulação, a simulação de alta-fidelidade refere-se a experiências de simulação que são extremamente realistas e fornecem um alto nível de interatividade e realismo para o estudante. Pode ser aplicado a qualquer modo ou método de simulação; por exemplo: humano, manequim, treinador de tarefas ou realidade virtual (Lopreiato, 2016, p.15).

Segundo o dicionário de simulação, a simulação de baixa fidelidade, não precisa ser controlado ou programado externamente para o aluno participar; exemplos incluem estudos de caso, desempenho de papéis ou instrutores de tarefas usados para apoiar alunos ou profissionais na aprendizagem de uma situação ou prática clínica (Lopreiato, 2016, p.21).

A aprendizagem através das práticas simuladas, permite que o estudante articule/mobilize os conteúdos teóricos inerentes e simultâneos à ação, que ponha em prática a capacidade analítica e de tomada de decisão. Permitem ainda, a realização de uma análise integrada dos saberes, das experiências vividas, de forma a dar-lhes um significado, não se limitando tão-somente às aprendizagens formais, reconstruindo assim, o saber. Tal como referem Roman, Becker, Machado, Manfroi (2017), a simulação desenvolve nos estudantes/formandos a capacidade para reconstruir o saber e não simplesmente reproduzir o que aprenderam de modo mecânico e acrítico.

Vivemos numa sociedade do conhecimento, na medida em que este não se limita a um número restrito de pessoas, pelo contrário, está ao alcance de todos através da universalização ao acesso e informação por via da expansão das novas tecnologias. Nesta ótica, o docente já não é o único com saber especializado, uma vez que os alunos têm acesso às mesmas fontes de informação. Neste sentido, devem ser cada vez mais reequacionadas as tradicionais práticas pedagógicas centradas na unidirecionalidade do professor e introduzir outras formas pluridimensionais do processo ensino-aprendizagem.

Assim, partindo de um olhar pedagógico alicerçado em modelos de ensino construtivista e metodologias inovadoras, a centralidade do processo ensino-aprendizagem reside no estudante e não no professor. Perceciona-se a simulação como uma excelente estratégia

pedagógica. Costa et al. (2015), definem a estratégia de simulação “uma metodologia que reproduz situações reais, permitindo ao aluno um papel ativo na aquisição dos conceitos necessários para a compreensão e resolução do problema, enquanto o professor adota uma postura de condutor ou facilitador.” Trata-se, portanto, de uma estratégia mais centrada na atividade autónoma do estudante.

Para treinos de simulação no uso pedagógico, os cenários utilizados podem ser realizados com recurso aos próprios estudantes, a atores e temos assistido ao progresso no desenvolvimento de aplicativos eletrónicos para este fim, trazendo grandes vantagens ao processo de ensino aprendizagem.

Na formação em enfermagem, o recurso à simulação como estratégia de ensino-aprendizagem, tem sido utilizada desde há muito tempo. Não é de facto, um recurso novo, mas tem atualmente cada vez mais adeptos pelos ganhos que apresenta. Costa et al. (2015), referem que o recurso a esta estratégia está em expansão na formação de enfermeiros e, muito associada à ideia do desenvolvimento de cuidados complexos.

Efetivamente, é fundamental que a formação em enfermagem dote os futuros profissionais de habilidades técnico-científicas para lidar com as múltiplas situações adversas diárias, de capacidade para resolver os problemas inerentes à sua intervenção e de capacidade para se adaptar e agir em conformidade com o respetivo contexto de trabalho, isto é formar enfermeiros competentes. Mas, o que significa ser enfermeiro competente? Ouvimos com frequência em contextos profissionais e formativos falar de competências, no entanto conferindo-lhes significados nem sempre de forma ajustada e consensual. Sendo a profissão de enfermagem regulamentada por competências, consideramos oportuno fazer um breve enquadramento do conceito.

O termo competências é, muitas vezes, mencionado como sinónimo de habilidades, capacidades, qualificação ou atributos. No entanto, são conceitos diferentes com significados próprios. Correia (2012), refere que apesar de serem termos relacionados com competência, reproduzem apenas uma ou outra característica, na medida em que competência implica a mobilização de saberes da forma adequada em cada situação, num determinado contexto.

Segundo Zarifian (2003), existem 3 dimensões que enformam a definição de competência:

- uma inteligência prática apoiada nos conhecimentos adquiridos, a fim de serem transformados à medida que essas situações aumentam;
- a aptidão de mobilização e partilha de desafios, a fim de assumir áreas de responsabilidades;
- a tomada de iniciativa e responsabilidade do profissional nas situações que se confrontam.

Para Saupe et al. (2006), competências resultam de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, em que:

- Conhecimentos são definidos como conjunto de informações obtido por meio de leitura que possibilitam ao profissional o domínio do *saber* e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.
- Habilidades é definido como um conjunto de práticas adquiridas, sobretudo por demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um *saber fazer* e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas no seu campo de atuação.
- Atitudes é o conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e reelaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um *saber ser* e *saber conviver*, além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação.

No fundo, competências profissionais implicam irrefutavelmente o desenvolvimento de 3 dimensões: o conhecimento, as habilidades, as atitudes, e a interação entre eles. Pois, como refere Carbone (2006), competência profissional decorre da combinação dinâmica entre conhecimentos, habilidades e atitudes expressas pelo desempenho profissional.

Entendemos assim, que as competências profissionais dos enfermeiros exigem o *saber* e o *saber ser*, dotando o profissional de capacidade de análise e agir com qualidade e produtividade e, ainda, o *saber ser*, permitindo ao enfermeiro um agir ético, responsável e humano.

Saupe et al (2006), verificaram no seu estudo, que as dimensões em que é preciso dar enfoque nos processos educativos, reside não só nos aspetos cognitivos e de treino de habilidades, mas também, no desenvolvimento de atitudes para aprender a ser e a conviver. Fica claro assim, que não chega formar enfermeiros com múltiplos

conhecimentos teóricos, com muitas habilidades, se não souberem quando e como utilizar todo o saber adquirido. É fundamental, que possuam a capacidade de mobilizar estas dimensões do saber, permitindo-lhes tomar a melhor decisão em cada situação específica, isto é, dota-los de competências.

Neste contexto, o estudante de enfermagem/enfermeiro no desenvolvimento das suas competências, deve ser envolvido nas práticas de simulação, por forma, a adquirir aptidões práticas e clínicas, conhecimento, e acima de tudo, responsabilidade e valores.

A aprendizagem é para Tavares e Alarcão (2005), uma construção pessoal resultante de um processo experiencial interior à pessoa e que se manifesta por uma modificação de comportamento relativamente estável. Quem aprende, acrescenta aos conhecimentos que possui novos conhecimentos, rentabilizando os já existentes (Ferreira, 2011).

Sendo a afirmação anterior sobre aprendizagem verdadeira, a utilidade da simulação é de mais-valia, quando o treino simulado é discutido no final de cada intervenção, de forma a identificar e corrigir as falhas ocorridas durante a sessão, aquilo a que se denomina debriefing. Esta etapa, permite de facto, a consolidação e integração do conhecimento. Ferreira (2011), refere que a utilidade da simulação é tanto maior quanto o grau de realidade incutida e o seu impacto é elevado quando acompanhado de dois conceitos fundamentais: feedback e debriefing. Considerados pontos-chave, têm como finalidade partilhar e discutir as intervenções aprendidas que foram efetuadas de forma correta, através da realização de uma reunião onde se recolhem informações de como decorreu certa tarefa, reunião esta, entre os estudantes/formando e o professor/formador. Esta ferramenta é deveras importante, pois permite ao estudante refletir, construir e reconstruir o conhecimento.

De facto, no ensino superior em geral e na enfermagem em particular, pretende-se que seja muito mais do que um espaço para aquisição de competências técnicas-científicas, mas acima de tudo, um espaço de desenvolvimento de competências crítico-reflexivas, e ainda, de competências humanas e éticas.

Simulação, enquanto método dinâmico, é um instrumento fundamental no desenvolvimento de competências comunicacionais. O treino desta competência, considerada fundamental em enfermagem, nem sempre é fácil fazê-lo em contexto real, em estágio/ensino clínico. Vários são os fatores de constrangimento, primeiro porque o

estudante está em stress por não se sentir ainda capaz de estar perante uma pessoa fragilizada, por outro lado, porque as questões éticas prevêem que a pessoa doente não seja utilizada como “cobaia”. De facto, a utilização da simulação é cada vez maior, também atribuído ao facto de cada vez mais, existir a promoção de uma cultura para a segurança do doente; o avanço tecnológico permite o desenvolvimento de modalidades mais sofisticadas de simulação, tal como, os manequins de alta fidelidade; a diminuição da tolerância dos doentes ao exercício de treino de técnicas realizadas pelos estagiários (Sánchez et al., 2013). Efetivamente, a segurança do doente é um aspeto a ressaltar. E com esta metodologia de ensino, está salvaguardada esta premissa ética, dado que o treino simulado permite a realização de procedimentos repetidamente até conseguir desenvolver habilidades e comportamentos profissionais previamente ao contacto com o doente em si, evitando desta forma hipotéticas falhas.

Assim, pretende-se que a formação em enfermagem seja convocada para a transformação numa disciplina do conhecimento moderna, imprimindo um novo impulso à inovação pedagógica através de metodologias pedagógicas inovadoras progressivas de ensino-aprendizagem, designadamente o salto tecnológico para a simulação.

Esta estratégia, tal como temos vindo a referir, permite formar enfermeiros técnica e cientificamente competentes, dotados de capacidade crítico-reflexiva de raciocínio e tomada de decisão, providos de responsabilidade e sensibilidade, dotados de competências éticas, capacitando-os para atuar em contextos de saúde complexos.

Assumimos assim, que a formação em enfermagem, seja ela graduada ou pós-graduada, à luz do modelo de ensino construtivista onde o estudante tem voz ativa no processo de ensino-aprendizagem, revê na simulação uma estratégia pedagógica fundamental para um processo de ensino -aprendizagem eficaz. Assim, o treino simulado deve ser visto como uma exigência na formação em enfermagem, aprovada pelos melhores modelos educacionais existentes, um imperativo ético, não descurando, contudo, estar devidamente adequada às especificidades de cada instituição (Jones et al., 2015).

De facto, entendendo a comunicação como uma ferramenta fundamental para a intervenção dos enfermeiros, a sua eficácia não pode ser negligenciada. Neste sentido, consideramos que o treino de habilidades comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica com recurso à simulação, é uma estratégia que deverá ser utilizada o mais

possível, de forma a formar profissionais de saúde, designadamente enfermeiros, com competências consolidadas.

CAPÍTULO 2: A COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A comunicação, constitui-se como um veículo incontornável para o estabelecimento de uma relação de ajuda enfermeiro/pessoa/família. Em contextos de saúde críticos, ela constitui-se uma ferramenta de relevo, pois os processos comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica que vivenciam um cenário de crise, afloram sentimentos de insegurança, medo e inquietude.

1.Os familiares da pessoa em situação crítica. Um foco de enfermagem

Estabelecer considerações sobre familiares da pessoa doente remete-nos de imediato para a necessidade de falar de família na medida em que, o familiar é alguém que faz parte não apenas de um conjunto de pessoas denominada família, mas de um todo, com referências próprias, em que cada membro que a constitui lhe dá vida e significado à sua existência.

Com a evolução da sociedade ao longo dos tempos, a ideia de família também evoluiu. O conceito tem vindo a adquirir um âmbito cada vez mais vasto, deixando para trás o conceito restrito de família definida como sendo um conjunto de pessoas ligadas entre si por laços de consanguinidade, evoluindo para novos arranjos familiares com novas dinâmicas, novos valores e novos modelos, dando origem a novas concepções de família. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define família como um “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por pessoas ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente” (ICN, 2006, p.171). Esta definição lata e abrangente, deixa claro que ser família não se cinge à existência de laços de consanguinidade, até porque esses podem não existir. Laços familiares são elos de afeto, de comunhão e de partilha de histórias de vida.

Atualmente existe uma variedade de modelos familiares, nomeadamente, família nuclear, uniões de facto, uniões livres, famílias recompostas, famílias monoparentais, famílias homossexuais, entre outras. Apesar da diversidade de modelos, intuitivamente percebemos que há na ideia de família uma base comum definida pela existência de

relações sociais, impregnadas de direitos e deveres que as une e lhe confere unidade, no sentido em que ela existe e funciona como uma entidade. De facto, a família ainda que composta pelos elementos com vontades e vidas próprias, ela comporta-se como um todo em que quando uma das partes é afetada, a família é afetada na sua globalidade. Dias (2011), refere que a família é um sistema formado por subsistemas que se influenciam interna e externamente num sistema aberto onde as influências são recíprocas. A família é então uma organização sistémica, constituída por partes que se relacionam e se influenciam entre si mantendo a homeostasia interna até que algo perturbe essa homeostasia, como por exemplo, o surgimento de problemas de saúde.

A doença é por natureza um acontecimento que causa grande impacto não só na pessoa individualmente, mas também, na família. Os processos de saúde/doença, são vividos pelas pessoas e pelos restantes familiares, grande parte das vezes em conjunto. Segundo Figueiredo (2012), a pessoa e a família enfrentam a doença em conjunto, como tal, o seu impacto é o resultado da interação entre o ciclo individual e familiar e o ciclo da doença.

Neste sentido, o enfermeiro para cuidar a pessoa no seu todo e não exclusivamente o seu problema de saúde, é necessário considera-la como membro de uma família e coletividade (OE, 2010). Perante uma situação de doença, o seu foco de cuidados é tanto a pessoa doente como os seus familiares.

A situação crítica vivida por uma pessoa é em grande parte das vezes vivida criticamente também pelos seus familiares. A tensão provocada pela ideia que o ente querido está no limbo entre a vida e a morte coloca-o no campo de experiência de evento crítico, definido por Das (1996), como momentos em que a violência irrompe no quotidiano das pessoas, provocando um sofrimento percebido como “repentino” e “inexplicável”. De facto, as características que determinam o processo de construção deste acontecimento são: o imprevisível, o terrível, o comovente (Travancas e Nogueira, 2016).

Um aspeto importante a reter, é comum à pessoa reagir quando confrontada com uma situação anormal. O familiar perante o ente querido que está em situação de saúde grave, quando é simultaneamente súbita e inesperada, é causa de stress, ansiedade, medo, insegurança. Segundo (Arriaga, 2018), percebendo as diferentes caracterizações e as diferenças no impacto, importará considerar cada evento na sua plenitude, especificidade e potencial traumático, que poderá causar a quem a vive.

Quando o enfermeiro se dirige ao familiar em evento crítico para lhe dar ou pedir informações, deve estar consciente que tem perante si uma pessoa preocupada, insegura, cheio de incertezas e grande expectativa a vivenciar uma situação imprevista e complexa, portanto, em sofrimento. A família da pessoa internada experiencia sentimentos de incerteza, medo, ansiedade e desamparo, relacionados com a sua situação clínica e com a carência de informação que, por vezes, levam a sentimentos de depressão e culpa (Cabete et al, 2019).

Por estas razões, os familiares da pessoa em situação crítica experienciam de forma inesperada uma mudança súbita e drástica do curso da vida quotidiana, impelindo-os para processos de transição, os quais em si mesmo causam desorientação, desconforto, sofrimento, até conseguir uma transformação efetiva e integradora. A percepção de que a vida tal e qual a viviam corre risco de deixar de existir, causando medos e uma mudança significativa na maneira de conceberem o mundo.

A transição, processo que origina o desenvolvimento da teoria das transições de Meleis et al (2000), é, segundo a teórica de enfermagem, definida como a passagem de uma fase da vida, a qual decorre de alterações que resultam noutras alterações, que podem ocorrer a nível da identidade, dos papeis, das relações, das habilidades e dos comportamentos. Para compreender as mudanças desencadeadas pelas transições, é imperioso reconhecer o seu impacto e os seus e os significados para compreendê-la, para tal, é necessário escrutina-las quanto à sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis et al, 2000).

A vivencia de estado crítico de entes queridos, produz momentos de grande conturbação mental e emocional gerada pela avalanche de acontecimentos dolorosos e inesperados, em que familiar deseja acima de tudo, que o ouçam, que saibam os seus anseios, e que lhe deem informação para restabelecer algum apaziguamento e serenidade. Numa revisão integrativa realizada por Cabete et al (2019), verificaram que as necessidades emocionais dos familiares, recaem sobre: perceber o diagnóstico e o prognóstico do familiar que se encontra internado, bem como, conhecer as estratégias de cuidados; informação atualizada e clara. Acrescentando, que os profissionais de saúde devem oferecer apoio aos familiares, demonstrando preocupação para com a pessoa doente e proporcionando esperança realista.

Percebemos efetivamente, que acontecimentos inesperados, característicos dos contextos clínicos críticos, associados a transições situacionais que desencadeiam mudança de comportamento, produzem efeitos negativos e profundas alterações no “Eu” interior.

O enfermeiro nestas circunstâncias, deverá adotar intervenções facilitadoras do processo de transição saudável e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da enfermagem (Meleis et al, 2000).

Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na área à Pessoa em Situação Crítica consiste em “Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”.

Ressalta aqui, a importância da capacidade de escuta e compreensão do enfermeiro, para que seja capaz de estabelecer uma relação de confiança com o familiar. De facto, identificar necessidades e estabelecer relação terapêutica eficaz/adequada com familiares/cuidadores da pessoa em situação crítica, são competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tal como refere o seu regulamento de competência nº429/2018.

Assim, espera-se que o enfermeiro defina no seu plano de cuidados, a auscultação do familiar, de forma a permitir a expressão das suas dúvidas e preocupações, mas também dos sentimentos e emoções, receios e expectativas e, a partir daí, dar informações adequadas.

É importante perceber também, que a comunicação é um fenómeno subjetivo e multidimensional, na medida em que é influenciada quer a nível do conteúdo, quer a nível da sua expressão, pela dimensão psicológica, social e cultural. Efetivamente quando falamos, as palavras proferidas representam símbolos dando corpo a uma linguagem através da qual nos interrelacionamos com o outro. O processo de falar, estando ligado ao processo de pensar, revela aquilo que somos e sentimos, enquanto ser individual e ser social. Para Robins (1983), "a língua de um povo é o espírito, e seu espírito é sua língua", isto é, a forma de pensar e a forma de comunicar da pessoa enquanto ser bio, psico, sociocultural são indissociáveis. Segundo Ricoeur (1990), na comunicação existe uma intencionalidade e um significado que é revelado pela linguagem.

Neste sentido, conscientes de que vivemos num mundo cada vez mais global, onde as correntes migratórias são uma realidade e os povos circulam, comunicar com os familiares da pessoa em situação crítica, exige a abertura e compreensão sobre estas questões, o que lhe vai permitir na prática planear cuidados culturalmente competentes, onde a forma como comunicamos tem especial destaque, tal como advoga Leininger (2001) na sua teoria da transculturalidade.

À luz do exposto, as intervenções de enfermagem dirigidas aos familiares da pessoa em situação crítica, imbuídos da sua historicidade e culturalidade, vivenciando processos de transição complexos e geradores de transformações interiores, assentam na promoção de um cuidado quer transacional, quer culturalmente competente, com o propósito de proporcionar conhecimento e capacidade de desencadear respostas positivas às transições, capazes de repor o bem-estar.

Não menos importante, num exercício profissional de excelência de cuidados é conhecer e controlar o ambiente onde se prestam cuidados, o qual abordamos no ponto seguinte.

2. Contextos de intervenção à pessoa em situação crítica. Implicações no cuidar em enfermagem

O campo de ação onde são praticados os cuidados de saúde são de natureza muito variável e refletem múltiplos cenários de saúde/doença. Cenários repletos de vivências humanas, que podem variar num leque de sentimentos e emoções entre a pura felicidade ao sofrimento profundo.

Percebe-se desde já, que os contextos de saúde sendo variáveis apresentam vários níveis de complexidade.

No nosso país, a abordagem à pessoa em situação crítica envolve um número significativo de recursos técnicos e humanos, envolvendo também várias entidades.

“A abordagem à pessoa em situação crítica requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar com competências específicas na área de medicina intensiva. Uma diversidade de procedimentos médicos e cirúrgicos complexos surgem como resposta às múltiplas necessidades decorrentes das situações graves que possam comprometer a estabilidade clínica, ou até mesmo, a vida do doente. Neste quadro de intervenção o

enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, deve “responder eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados”¹.

Num mundo onde a complexidade domina, a praxis clínica acompanha a tendência, onde uma parte significativa da assistência em saúde é prestada em contextos de saúde bastante complexos, os quais nos remetem de imediato para cenários sofisticados repletos de equipamentos de alta tecnologia e simultaneamente dotados de profissionais altamente especializados e qualificados, que permitem a manutenção da pessoa doente viva.

Neste tipo de serviços altamente sofisticados com tecnologias de ponta, podemos correr o risco de usar uma lógica biotecnologista reducionista do que é a pessoa doente. No entanto, serão considerados técnica e cientificamente eficazes se aliarem e integrarem adequadamente todos as componentes de ação. Assim, os contextos críticos devem ser simultaneamente dotados de profissionais de saúde altamente especializados em que se alia o elevado nível tecnológico ao humanismo.

O contexto de saúde dirigido à pessoa em situação crítica é efetivamente, complexo e repleto de desafios, em que o agir adequado exige uma ação completa, onde o profissional de saúde deve ser capaz de intervir a nível não só físico, orgânico químico, mas também, a nível emocional, psicológico espiritual e social, não descorando nenhuma dimensão humana.

O cuidar em enfermagem sempre foi muito mais do que cuidar da pessoa doente. O olhar do enfermeiro dirige-se a uma unidade constituída pessoa-família. A “pessoa” é, na perspetiva heideggeriana, o ser em si e no mundo. Nesta perspetiva, a pessoa nunca é ela própria se isolada do seu contexto, ela é um ser que se relaciona com o que a rodeia, estabelece interações consigo e com o “outro”. Neste sentido, a análise e compreensão do agir do enfermeiro, não poderá ser efetuada de forma desfragmentado do contexto, influenciando o desempenho, o pensamento e o discurso a cada momento.

¹ Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série. N.º 135, 16 de julho de 2018

Tal como enfatiza a Ordem dos Enfermeiros nos seus padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem *“O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente”* (OE, 2001).

Realça-se, que cuidar em contextos críticos apela à essência da enfermagem que consiste no cuidar sustentado em conhecimentos técnico-científicos, em valores humanos e éticos.

3.Comunicar com familiares em contextos críticos

A comunicação é o fenómeno que permite a interação humana. É considerada universal, pois todos nós comunicamos. Tal como refere Lourenço (2012, p.22), *“a comunicação é um processo social básico fundamental em todos os sectores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro”*.

No âmbito da saúde, a comunicação é um processo social transversal e significativo em muitos e diferentes contextos. A sua relevância está patente na inter-relação que se estabelece entre os interlocutores, designadamente entre os diferentes elementos de uma equipa, entre gestores e técnicos, entre profissionais de saúde e pessoa doente e familiares. No entanto, neste estudo debruçar-nos-emos apenas sobre a comunicação efetivada entre enfermeiro/familiar de pessoa em situação crítica.

A relação enfermeiro e pessoa doente/familiares que se pretende terapêutica, assenta num pilar que é a comunicação eficaz. Refletir sobre a intervenção de enfermagem num paradigma de cuidar com pensamento crítico, ético e holístico, implica reconhecer a relevância da comunicação no âmbito das relações interpessoais. *“O cuidado não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, mas também, no sentido de ser, expresso por atitudes, dado o cuidado de enfermagem ser sobretudo relacional. A função da enfermagem não é, pois, suscetível de ser compreendida sem ter em conta esta dimensão da sua prática, sob pena de vermos comprometido todo o processo de cuidar”* (Briga, 2010, p.15).

Efetivamente, a comunicação tem um papel central nos cuidados de enfermagem. O vocábulo comunicação advém do latim *communicare*, que significa "tornar comum", "partilhar", "conferenciar", ou seja, comunicação permite que algo passe do domínio íntimo e pessoal para o domínio coletivo. Permite que as pessoas partilhem diferentes informações entre si, tornando o ato de comunicar numa atividade essencial para a vida em sociedade. É um processo dinâmico, que permite a integração do outro e de cada um de nós no ceio do mundo em que vive é, portanto, o veículo da relação e da sociabilidade por excelência.

O ato comunicativo pressupõe a existência de pelo menos dois interlocutores e a troca de mensagens informativas entre ambos. Mas, comunicação só será considerada interativa quando o conteúdo e o estilo comunicacional fizerem sentido a estes dois interlocutores (Briga, 2010). Trata-se de um processo humano de emissão e receção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: a comunicação verbal e a comunicação não-verbal (Phaneuf, 2005).

A comunicação verbal ocorre através da linguagem oral. Já a comunicação não-verbal envolve outros aspetos, tais como: os movimentos e a postura corporal, o toque, as expressões faciais, o comportamento visual, a paralinguagem, a aparência física e o vestuário (Townsend, 2011). Sabe-se ainda, que 70 a 90 % da comunicação eficaz é não-verbal, razão pela qual desempenha um papel fundamental na comunicação global.

Conforme temos vindo a referir, a comunicação assenta de facto em troca de informações, no entanto, não se esgota nessa função. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Porto Editora comunicação² significa: troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita ou do comportamento; transmissão; estabelecer uma relação com algo ou alguém; capacidade de entendimento entre as pessoas através do diálogo. Depreendemos então, que se comunicação é relação, ela consiste também na partilha de emoções, sentimentos, experiências e sensações. Através dela é possível exprimir o dizível, mas também, o pensável e o sentido. É visível através do modo discursivo/comunicação os significados das

² comunicação in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2021. [consult. 2021-01-09 19:40:03]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comunicação>

experiências de vida afetivas, afáveis, mas também traumáticas e violentas, tais como, em contextos clínicos críticos.

A forma como comunicamos, como empatizamos e estabelecemos relação interpessoal constitui muitas vezes uma intervenção para o alívio do sofrimento de alguém, que se sente perdido e desprotegido. Neste sentido, o enfermeiro deve ter a capacidade e a sensibilidade de ler a pessoa que tem diante de si, ler os sinais que se escondem na consternação vivenciada, por exemplo, em salas de espera de serviços de cuidados intensivos, urgências, pré-hospitalar, entre outros.

Fazendo uma breve reflexão sobre o que comunicamos e como o fazemos, deparamo-nos constantemente com fronteiras, passagens, continuidades entre a realidade e o nosso imaginário. A pessoa perante a experiência abrupta de ter um ente querido em situação crítica, vive sentimentos de desespero gerado pelo turbilhão de ideias e sentimentos produzidos no hiato entre o real desconhecido e o terror idealizado. É neste espaço/tempo que ao enfermeiro compete assistir o familiar perturbado emocionalmente, gerindo a comunicação, de forma a ajuda-lo a adaptar-se à complexidade do estado clínico da pessoa doente.

No campo da saúde, o processo comunicacional estabelecido entre enfermeiro/pessoa doente, ou entre enfermeiro/familiar deverá ter características próprias. Pois trata-se de comunicar com a finalidade que ultrapassa a mera disponibilização de informação, constituindo-se numa intervenção com fins terapêuticos. Alguns autores, classificam-na como comunicação em saúde, na medida em que as estratégias comunicacionais são utilizadas como instrumento para informar e sensibilizar pessoas e comunidades para a promoção da sua saúde com base em conhecimentos, atitudes e práticas (Ramos, 2012; Thomas, 2006). Considerada também, uma ferramenta de acolhimento e humanização dos cuidados de saúde (Ramos, 2012).

A evidência científica vem demonstrando que os profissionais de saúde têm dificuldades em manter uma comunicação que favoreça a relação enfermeiro/pessoa doente/família.

Em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, caracterizados por vivências emocionais intensas e devastadoras, estas influenciam diretamente o modo como a comunicação acontece. De facto, são imensos os aspetos que influenciam a comunicação, uns que a potenciam outros que a dificultam, normalmente designadas por barreiras

comunicacionais. Estas barreiras decorrem da diferenciação entre os interlocutores e resultam de limitações físicas (dificuldades fala e audição), da diferença de saberes e linguagem, de aspetos socioculturais, de princípios e valores, de papéis sociais e da significância atribuída às vivências. Segundo Chiavenato (2014) os fatores que interferem no processo de comunicação são: “ideias preconcebidas; interpretações pessoais; preconceitos pessoais; Inabilidade de comunicação; dificuldade com o idioma; pressa ou urgência; desatenção ou negligência; desinteresse; outros interesses prioritários; emoção ou conflito; laconismo ou superficialidade; motivação.

Numa revisão integrativa da literatura realizada por Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno, Lima (2014), sobre comunicação nas práticas de saúde, foram identificadas inúmeras barreiras ao ato comunicativo, tais como: dar mensagens contraditórias, induzir respostas, falsa tranquilização, comunicar unidireccionalmente, mudar de assunto subitamente e julgar o comportamento dos doentes, não saber ouvir/falta de escuta, uso de linguagem inacessível, imposições de ordens e lições de moral, ameaças e/ou sugestões que não podem ser cumpridas, negação da perceção do outro e expressão de falso apoio; a adoção de uma postura autoritária e coerciva, subsequente ao modelo de cuidados centrado na doença.

A inevitável presença de barreiras comunicacionais nas relações interpessoais, está desta feita, na base de uma comunicação ineficaz, na qual a mensagem é mal percebida pelo facto, de esta ser recebida apenas em parte, distorcida ou mal interpretada, não ser captada.

Cientes destas barreiras, os enfermeiros nos encontros com familiares da pessoa em situação crítica, devem possuir o domínio da técnica de comunicar para que se produza uma comunicação eficaz e uma verdadeira e efetiva relação terapêutica, no sentido de transmitir segurança e a sensação de que seus interesses/preocupações estão a ser cuidadas.

É importante lembrar, que no que toca à pessoa em situação crítica coloca-nos num cenário da instantaneidade da informação. Os familiares requerem respostas e esclarecimentos de factos durante períodos de instabilidade. Estes vivem também um clima de incerteza, quer pela gravidade, quer pelo desconhecimento. A OMS advoga que a comunicação de incertezas dos profissionais às pessoas deve incluir informação explícita sobre as incertezas

associadas aos riscos, eventos e intervenções e apontar aquilo que se conhece e o que não se conhece num determinado momento (OMS, 2018).

Para Coombs (2015) na comunicação em crise deve-se ter em consideração duas dimensões: a gestão da informação e a gestão do significado. A gestão da informação refere-se à simples receção e divulgação de informações relacionadas com o evento de crise; a gestão do significado está diretamente ligada à perceção que as pessoas desenvolvem sobre a instituição/evento; trabalha a perceção das pessoas e o modo como a crise é percebida. Para o mesmo autor, a comunicação de crise é, em sua grande parte, uma estratégia para gerir o significado.

Em contextos de cuidados direcionados à pessoa em situação crítica, a comunicação com os familiares está intimamente relacionada com a informação relativa ao estado clínico do doente, por esta razão muito associada à transmissão de notícias difíceis, isto é, relacionada com o prognóstico incerto ou mau-prognóstico e à própria morte.

Para a manutenção de relações saudáveis, a comunicação deverá permitir uma conexão entre o enfermeiro e o familiar. Para que haja interação, sintonia e comprometimento, o processo comunicativo deverá ser positivo. Ter algo de positivo para verbalizar acarreta efetivamente, uma certa aura de energia e bem-estar.

Então, a questão que se impõe é, como se comunica eficazmente? Para Gil (2016) a comunicação eficaz preconiza 5 estratégias fundamentais que denomina como: sintonizar com o recetor; ouvir; provocar realimentação; exprimir-se e apoiar.

- Sintonizar com o recetor - consiste em procurar conhecer com quem se fala (formação, profissão, discurso), dado que a linguagem a utilizar pelo emissor terá de ser adaptada para que a mensagem seja entendida.
- Ouvir - consiste em saber ouvir que é uma das mais importantes habilidades comunicacionais, mas muitas vezes ignorada. Assim, para ouvir verdadeiramente, isto é, realizar uma escuta eficaz recomenda-se: diminuir ao máximo os fatores capazes de provocar distrações; não atender telefone enquanto estiver a falar a com a pessoa, procurar um lugar com privacidade impedindo que outras pessoas interrompam; garantir concentração e evitar outros pensamentos; manter uma postura corporal relaxada, porém atenta, ao falar com alguém; olhar para a pessoa

de frente; manter contacto visual atendendo a que não se deve olhar fixamente nem desviar o olhar a todo o momento; inclinar-se suavemente em direção à pessoa, se estiver sentado; utilizar os sinais não verbais. Movimentos com a cabeça, sorrisos, sinais de surpresa e de admiração são muito positivos; utilizar os recursos de interrogação e reformulação, pois expressam a atitude de escuta. Por exemplo: “Você disse que... é isso mesmo?” e “Você referiu-se a... Pode esclarecer um pouco mais?”.

- Provocar realimentação – tendo em conta que a comunicação é um ato bilateral, a pessoa interessada em comunicar deve procurar obter do interlocutor a realimentação da mensagem, isto é, que este vá estabelecendo diálogo. É importante, que o interlocutor seja colocado à vontade e encorajado a falar, sobretudo para pedir mais esclarecimento.
- Expressar-se - o ato de expressar-se diante de uma pessoa ou de um grupo requer determinados cuidados dos quais se destacam:
 - ajustamento do volume e tom de voz;
 - adequação postura corporal (gesticulação e posicionamento de mãos e pés, o olhar);
 - gestão o silêncio - quem quer comunicar eficazmente deve ceder à tentação de falar o tempo todo, dando espaço/tempo ao outro para se expressar;
 - adequação da linguagem.
- Apoiar - há determinados comportamentos que levam as pessoas a sentirem-se apoiadas, facilitando, conseqüentemente, a comunicação. No entanto, há outros comportamentos que fazem com que as pessoas reajam defensivamente, impedindo uma comunicação fluida e aberta. São comportamentos promotores de apoio: descrição, orientação do problema, espontaneidade, empatia, igualdade, abertura.

Os contextos emocionais de saúde/doença são infinitos e vão dos mais alegres e felizes aos mais tristes e devastadores. O enfermeiro, agente e pivô/moderador central destes contextos, deve ser capaz de adequar a estratégia comunicacional em função dos assuntos conforme são positivos ou negativos.

Tendo por base os pressupostos teóricos da comunicação, existem já na literatura diversos algoritmos de comunicação para contextos específicos, nomeadamente de saúde, dos quais iremos abordar: o protocolo NURSE, o protocolo SPIKES, o protocolo ASCEND.

O protocolo NURSE é uma estratégia comunicacional que tem como objetivo a abordagem das emoções para seu reconhecimento e aceitação. O protocolo consiste em 6 etapas consecutivas orientadoras para o estabelecimento de uma comunicação eficaz (Dermani, Garbuio e Carvalho, 2020).

O protocolo SPIKES é uma estratégia comunicacional desenhada com o objetivo de facilitar a transmissão de más notícias, que consiste numa sucessão de 6 etapas norteadoras de uma comunicação eficaz que proporciona mais segurança e, por conseguinte, mais competências comunicacionais ao profissional de saúde (Baile et al., 2000; Dermani, Garbuio e Carvalho, 2020).

O protocolo/ferramenta ASCEND trata-se de um guia de comunicação em 6 etapas desenhada para abordar as principais questões na comunicação em saúde destinada a encontros com doentes/familiares que vão desde simples consultas a complexas discussões sobre o fim da vida (Knops e Lamba, 2010).

Qualquer um destes protocolos é designado por um acrónimo em que cada letra representa uma etapa da estratégia comunicacional as quais se apresentam no quadro 1.

Quadro 1- Protocolos NURSE, SPIKES, ASCEND

Protocolos NURSE, SPIKES, ASCEND		
Protocolo	Etapas	Descrição
NURSE		
N	Naming (Nomeando)	Nomear a emoção do doente, de forma objetiva.
U	Understanding (Comprendendo)	Explicitar se entendeu ou não o sentimento do doente, validando aquilo que foi dito por ele.
R	Respecting (Respeitando)	Demonstrar respeito pelos sentimentos do doente, realizada essencialmente através comunicação não verbalmente.
S	Supporting (Apoiando)	Demonstrar apoio ao paciente, através de disponibilização de apoio e oferta de estratégias de enfrentamento.
E	Exploring (Explorando)	Demonstrar e expressar interesse pelo foco de preocupação do paciente
SPIKE		

S	<i>Setting up</i> Preparando-se para o encontro	Planeamento da entrevista, em que ocorre a preparação do profissional e do local onde ocorrerá a comunicação
P	<i>Perception</i> Percebendo o doente	Compreende a avaliação da percepção do doente; serve para a verificação do conhecimento do paciente sobre seu estado
I	<i>Invitation</i> Convidando para o diálogo	Espera-se que o paciente pergunte e defina o que, e até que ponto, deseja saber sobre sua doença;
K	<i>Knowledge</i> Transmitindo as informações	Revelar a má notícia, de forma objetiva; use sempre palavras adequadas ao vocabulário do paciente; Introduções como “infelizmente não trago boas notícias”; confirmar se houve compreensão do que foi dito;
E	<i>Emotions</i> Expressando emoções	Acolhimento das emoções do cliente através de uma resposta empática, dando-lhe tempo ao doente tempo para chorar,
S	<i>Strategy and Summary</i> Resumindo e organizando estratégias	Refere-se à percepção para o entendimento das intervenções, se aquele momento é apropriado, e a diminuição da ansiedade por meio da apresentação e explicação das opções de tratamento
ASCEND		
A	<i>Anticipation</i> Antecipação	Prepara-se previamente, mental e fisicamente, para o encontro. Definir o objetivo do encontro, preparar as perguntas, preparar o ambiente, marcar hora e local. Apresentar-se. Avalie a capacidade do paciente e o desejo de obter informações.
S	<i>Summary</i> Resumo	Incentive o paciente/familiar a resumir os tratamentos e condições atuais, bem como as expectativas. Se o paciente ou procurador ainda não tiver conhecimento das informações ou tiver ideias erradas, forneça resumos/esclarecimentos atualizados.
C	<i>Concerns</i> Preocupações	Faça uma pausa para identificar quaisquer preocupações específicas antes de passar para as “novas” informações. Reconheça as preocupações, mesmo que não possam ser tratadas imediatamente.
E	<i>Exploration/explanation</i> Explorar	Dependendo do objetivo de interação e das necessidades do paciente/familiar: Apresentar novas informações. Explore possíveis objetivos, preferências do paciente. Recomendações baseadas nos objetivos do paciente: definir riscos/benefícios e alternativas de longo e curto prazo.
N	<i>Next steps</i> Próximas etapas	Defina um plano claro (inclua como o conflito ou a incerteza serão tratados) e como o progresso será monitorizado
D	<i>Documentation</i> Documentação /registo	Registrar as informações importantes (A-S-C-E-N). Incentive o paciente / família a anotar informações e perguntas.

Na verdade, os protocolos de comunicação são ferramentas/algoritmos suportados no paradigma comunicacional centrado na pessoa, compostos por etapas e regras que permitem agilizar o processo comunicacional na obtenção e transmissão de informações entre os intervenientes. Possuir um esquema mental ou um guia estruturado que permite saber como, quando e o que falar com o outro, proporciona controle e clareza do discurso, pelo que se consideram ferramentas úteis para estabelecimento de uma comunicação eficaz para conversas/encontros clínicos com o familiar da pessoa em situação crítica.

Dentro do ambiente terapêutico, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve gerir a comunicação interpessoal com os familiares da pessoa doente, nomeadamente quando esta esteja impossibilitada. Assim, e tal como advoga no seu regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deve demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica.

Em síntese, a comunicação efetiva é definitivamente fundamental para promover cuidados de qualidade. Neste sentido, exige ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica o desenvolvimento de habilidades e competências específicas, e para isso, é necessário, treino, treino, treino.... ocupando a formação com recurso à simulação um papel de destaque na aquisição dessas competências.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Nesta parte explicitamos detalhadamente todo o percurso investigativo realizado. Nela descrevemos os materiais e métodos utilizados, os procedimentos desenvolvidos na recolha e tratamento da informação e apresentação e discussão dos resultados. Finalizamos com as conclusões e perspetivas futuras.

CAPÍTULO 1: DESENHO DE ESTUDO

Em enfermagem como em qualquer outra área do conhecimento, o recurso à investigação para o seu desenvolvimento é prerrogativa de uma disciplina que se constrói de forma sólida e sustentada. Através da avaliação, do questionamento, da análise e reflexão das práticas e modelos de trabalho, os enfermeiros vão encontrando opções adequadas para a resolução dos problemas equacionados, contribuindo deste modo, para a melhoria dos cuidados prestados e simultaneamente para a evolução da profissão. O Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (Regulamento n429/2018, p. 19360) prevê que este *“desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”*. É nesta postura de procura da melhor evidência, que a investigação em enfermagem avança.

Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros definiu 4 eixos prioritários para a investigação: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão; educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências (Ordem dos Enfermeiros, 2006). É neste último eixo, onde se enquadra o nosso estudo cujo objeto de investigação é o desenvolvimento de competências comunicacionais com familiares da pessoa em situação crítica com recurso à simulação, dimensão de inquestionável valor no cuidar humano.

De facto, a escassez de treino de competências comunicacionais dos estudantes em enfermagem e enfermeiros com os familiares da pessoa em situação crítica, associado à escassez de protocolos de intervenção nesta área para os profissionais de saúde, constitui-

se num problema de investigação, pois tal como referem Polit e Beck (2018), consiste numa circunstância causadora de perturbações e que é suscetível de ser objeto de investigação por forma a obter ou contribuir para a solução do problema.

Tendo em conta a grande complexidade do estabelecimento de comunicação em contextos de saúde críticos frequentemente associados a incidentes que interrompem a vida de uma pessoa de forma inesperada, abrupta e assoladora, como é o caso dos familiares perante as notícias sobre os seus entes queridos em contexto crítico, trata-se inevitavelmente de momentos dolorosos e que exige do enfermeiro uma grande perícia no estabelecimento de comunicação eficaz.

A complexidade e sensibilidade do que é comunicar com familiares de doentes críticos é real e trata-se de um cuidado de enfermagem de grande exigência técnica e humana que necessita, no nosso entender, de formação em comunicação relativa a conhecimentos e treino de habilidades e competências, de forma a capacitar os enfermeiros neste domínio.

É interessante verificar, porém, que é usualmente considerada uma técnica dominada pelos enfermeiros, contudo verificamos no quotidiano das práticas em saúde que nem sempre isto acontece, especialmente se for em contextos complexos como são os críticos. Nestes contextos, expõem-se com evidência os níveis de impreparação e a capacidade de resposta profissional, testando os valores e as competências, num momento em que não deveria haver espaço para erros.

Neste sentido, verificadas as dificuldades existentes a nível da comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica a nível da prática clínica e a escassez de desenvolvimento das competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica em contexto formativo, optámos por realizar esta investigação em 2 fases: fase I – realização da *scoping review*; fase II - construção do programa educacional de comunicação com os familiares de pessoa em contextos críticos para treino de competência comunicacionais em ambiente simulado.

À luz dos pressupostos teóricos mencionados, o presente estudo tem como objetivos:

- Analisar a evidência científica produzida relativamente à simulação no desenvolvimento das competências comunicacionais dos profissionais de saúde com os familiares da pessoa em situação crítica.

- Construir um programa educativo de comunicação para enfermeiros para treino de competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica, em contexto de simulação.

Para a realização do presente estudo, foi fundamental a definição do plano metodológico capaz de dar resposta às questões de investigação colocadas e adequado à natureza da problemática em estudo, bem como às considerações éticas e deontológicas.

A investigação, independentemente do paradigma em que se inscreva, requer na sua essência um compromisso com a verdade, a honestidade e a responsabilidade, conferindo-lhe uma dimensão ética intransponível.

Por forma a respeitar estes valores, o estudo foi realizado com rigor e fiabilidade obedecendo de forma meticulosa aos pressupostos metodológicos, aplicando cuidadosamente os instrumentos de recolha e métodos de tratamento de dados, descrevendo detalhadamente os procedimentos realizados, apresentando e discutindo os resultados, reportando-os de forma correta, completa e imparcial.

De realçar ainda, que a investigação que envolve a pessoa humana, evitar danos é primordial e um dever. Os princípios éticos ligados à dimensão do respeito pela dignidade da pessoa a ser considerados, são: beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, autodeterminação (Nunes, 2013).

Neste sentido, o nosso estudo tendo em conta a sua natureza, pautou-se pelo princípio da autodeterminação, conferindo aos participantes o direito da participação voluntária, garantindo que fossem tratados com dignidade e respeito sem nunca serem prejudicados.

Com o intuito de respeitar os princípios supramencionados algumas diligências foram tomadas. De forma a garantir a confidencialidade e o anonimato, a aplicação do questionário de validação, o tratamento de dados e a elaboração do relatório, foram efetuados de forma a não permitir a identificação dos participantes, assim se assegurou a recolha de informação de dados pessoais estritamente necessária à realização do estudo. O consentimento está implícito ao ato do participante preencher o questionário, uma vez que o seu preenchimento resulta da sua aceitação.

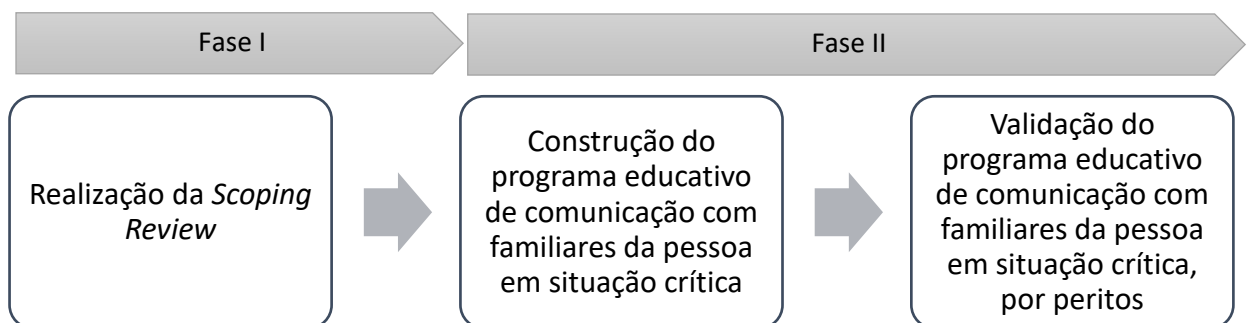
Por último, tendo a investigação a responsabilidade ética de trazer mais valias quer para a pessoa quer para a sociedade, estamos convictas de que o presente estudo irá contribuir

para incrementar a formação dos estudantes e enfermeiros ao nível do desenvolvimento de competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica, e por inerência, ao nível dos contextos clínicos na promoção da humanização do cuidar.

Tal como já mencionado, este estudo desenvolveu-se em 2 fases conforme expresso na Fig.1. Na Fase I, relativa a realização da revisão da literatura do tipo *scoping review*, abordamos a metodologia enunciando o referencial teórico utilizado, definimos a questão e objetivos *da scoping review*; enumeramos os critérios de inclusão e exclusão; apresentamos a estratégia de pesquisa e identificação dos estudos e descrevemos a estratégia/método de avaliação da qualidade metodológica dos estudos elegíveis; descrevemos a extração de dados e concluímos com a apresentação, síntese e discussão dos resultados. Na fase II, procedemos à construção e validação do programa educacional de comunicação com os familiares de pessoa em contextos críticos para treino de competência comunicacionais em ambiente simulado, abordamos todo o percurso metodológico para a construção do programa educacional.

Com base na problemática e objetivos definidos, apresentamos de seguida um esquema representativo das principais etapas metodológicas do estudo (Fig. 1).

Fig.1 - Esquema das principais etapas metodológicas



CAPÍTULO 2: FASE I – REVISÃO DA LITERATURA: *SCOPING REVIEW*

Os estudos de revisão literatura quer bibliométrica, integrativa ou sistemática têm vindo a ganhar cada vez maior expressividade nas publicações científicas. Quando se espera que as práticas de cuidados se sustentem na melhor evidência científica, na impossibilidade de realizar investigação primária para tudo o que nos preocupa ou que desconhecemos, o recurso a, designadamente, revisão sistemática da literatura e *scoping review* têm sido alternativas muito utilizadas, pois são estudos que, teoricamente, oferecem a melhor evidência sobre determinados temas.

O crescimento do conhecimento científico da área da saúde é, como se sabe, enorme e imparável. Por esta razão, manter-se atualizado com toda a evidência produzida é quase impossível, dada a quantidade de estudos realizados atualmente. Neste sentido, os estudos de revisão sistemática de literatura (RSL) são de grande valia na medida em que sintetizam com qualidade científica, os resultados de vários estudos em torno de temas concretos. Tal como referem Aromataris e Munn (2020), uma revisão sistemática visa sintetizar e resumir o conhecimento existente sobre conteúdos específicos. Apóstolo (2017), salienta que se trata de um tipo de investigação secundária e complexa, na medida em que utiliza um método que encontra e agrega evidência científica relativa a temas concretos utilizando a literatura primária.

Pelo facto das RSL integrarem informação relativa a vários estudos que respondem a uma questão de investigação, são particularmente proveitosos quando se pretende identificar problemáticas que necessitam de investigação e assim servirem de orientação ou ponto de partida para pesquisas futuras.

No presente estudo, foi elaborada uma revisão de literatura do tipo *scoping review* relativa à prática de simulação de competências comunicacionais dos profissionais de saúde com familiares de pessoa em situação crítica, com o objetivo de conhecer a evidencia atual, e que se constituísse o ponto de partida para a construção de um programa educativo de comunicação para enfermeiros com familiares de pessoa em situação crítica para utilização em contexto de simulação.

Assim, para uma melhor compreensão da metodologia do estudo procedemos de seguida à apresentação do referencial teórico utilizado para a realização da RSL e descrição das fases que compõe o processo.

1.METODOLOGIA

A *Scoping review* enquanto metodologia de revisão sistemática de literatura e método de investigação, tem inerente a si um conjunto de premissas que lhe confere credibilidade e fiabilidade, princípios fundamentais dos estudos de investigação.

Na conceção do Grupo PRISMA *“uma revisão sistemática é uma revisão de uma pergunta formulada de forma clara, que utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados desses estudos que são incluídos na revisão”* (Moher et al, 2007, p.335).

Para Aromataris e Munn (2020), as revisões sistemáticas visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes num único documento, usando métodos rigorosos e transparentes.

Efetivamente, o desenho da RSL deve obedecer a um conjunto de regras que limitem o viés e o erro, pois tal como referem Almeida e Goulart (2017), as revisões sistemáticas têm inúmeras vantagens, no entanto, são suscetíveis a vieses que podem ocultar os verdadeiros resultados do estudo, logo devem ser interpretados com atenção. Assim, como forma de ultrapassar o erro e viés, o processo de uma RSL deverá ser descrito de forma clara e minuciosa, cumprindo escrupulosamente todas as etapas preconizadas no referencial escolhido. Segundo Aromataris e Munn (2020b)), a qualidade de uma revisão sistemática depende muito da extensão em que os métodos são seguidos para minimizar o risco de erro e viés durante o processo de revisão. Esses métodos rigorosos distinguem as revisões sistemáticas das revisões tradicionais da literatura.

Por esta razão e para que uma revisão sistemática seja fiável e de qualidade, esta deve ser realizada cumprindo todos os critérios propostos por entidades científicas reconhecidamente idóneas, como é o caso da JBI, entre outras, conferindo-lhes método, sistematização, rigor e por conseguinte credibilidade/fiabilidade.

Assim, neste estudo, realizamos uma *Scoping Review* com base na metodologia RSL segundo o referencial teórico proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (2020), o qual define como fundamental as seguintes etapas:

1. Formulação de uma questão de revisão
2. Definição de critérios de inclusão e exclusão
3. Localização estudos por meio de pesquisa
4. Seleção de estudos para inclusão
5. Avaliação a qualidade dos estudos
6. Extração de dados
7. Análise e sintetização de estudos relevantes
8. Apresentação e interpretação de resultados, incluindo se possível um processo para estabelecer certeza no corpo de evidências (Aromataris e Munn, 2020b)).

São ainda requisitos de uma revisão JBI (2020), a existência no mínimo de 2 revisores para conduzir a revisão sistemática, como forma de manter os padrões rigorosos exigidos para reduzir o risco de viés no processo de revisão (Aromataris e Munn, 2020b)). Assim, para validar este requisito constituímos um "Painel de Revisão", composto por 2 revisores que possuem conhecimentos sobre a metodologia e a problemática em estudo.

À luz do referencial mencionado, com o intuito de tornar o processo transparente, rigoroso e reduzir o viés do estudo ao máximo, apresentamos e explicamos de forma clara e pormenorizada todos os procedimentos investigativos relativos: à questão e objetivos da *Scoping Review*; os critérios de inclusão e exclusão; definição da estratégia de pesquisa e identificação dos estudos; avaliação da qualidade metodológica dos estudos e extração de dados.

1.1. Questão e Objetivos da *Scoping Review*

A questão de investigação é o aspeto basilar de qualquer investigação, já que a sua formulação deve refletir a ideia de investigação, o fenómeno de interesse. Tal, também se aplica à formulação da questão de revisão sistemática. Ela deve tentar exprimir o máximo possível aquilo que se procura saber, confirmar, compreender, etc.. Na verdade, formular questões com clareza vai facilitar o processo de revisão. A questão serve como fio condutor

da investigação/revisão que de acordo com Aromataris e Munn, (2020a), as questões de revisão orientam e direcionam o desenvolvimento dos aspetos específicos de revisão, propiciam uma pesquisa mais eficaz e fornece também, a estrutura para a redação do relatório de revisão.

A presente revisão sistemática iniciou-se pela formulação da questão, recorrendo à estratégia PICO - Participantes, Intervenção, Comparação e *Outcome*, conforme proposta da JBI (2020). Para o estudo foram definidos os seguintes critérios visualizados no Quadro 2.

Quadro 2- Critérios para construção da questão de revisão segundo estratégia PICO

Critérios para construção questão de revisão - PICO	
P-Participantes	Profissionais de saúde; Estudantes área da saúde.
I-Intervenção	Atividades educacionais, programas de treino em simulação de competências comunicacionais com familiares da pessoa em situação crítica adulto/não criança, em contexto de escolas de saúde ou instituições de saúde.
C-Comparação	Podem ou não existir. Porém, estão relacionadas com desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde com os familiares de pessoa em situação crítica em contexto de simulação.
O-Outcome	Todos os resultados relacionados com o desenvolvimento de competências comunicacionais com familiares de pessoa em situação crítica adulto/não criança, em contexto de simulação.

Destes critérios resultou a Questão de revisão: Quais as estratégias de simulação utilizadas para o desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais e estudantes da área da saúde, com os familiares da pessoa em situação crítica?

Desta questão emergiram as seguintes questões orientadoras:

- Como são desenvolvidos os programas educacionais no desenvolvimento de competências comunicacionais em contexto de simulação?
- Quais as metodologias pedagógicas, programas educacionais utilizados para o desenvolvimento de competências comunicacionais do prof e estudantes da área da saúde com famílias da pessoa em situação crítica?
- Quais as necessidades educacionais em simulação sentidas pelos profissionais da saúde encontradas nos diferentes estudos?
- Quais as características dos programas educacionais em simulação (conteúdos, carga horária, metodologias, conteúdos)?

Objetivos

- sistematizar e analisar a evidência produzida relativamente a estratégias de simulação, programas educacionais e metodologias pedagógicas utilizados para o desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde/estudantes com os familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação.
- produzir orientações que facilitem a construção de um programa educativo de comunicação para enfermeiros com os familiares da pessoa em situação crítica, para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação.

Finalidade: contribuir para a melhoria das práticas comunicacionais com os familiares em contextos críticos, minimizando deste modo o sofrimento dos familiares da pessoa em situação crítica.

Após formulação da questão de revisão e definidos os objetivos, no ponto seguinte apresentamos os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.

1.2. Critérios de inclusão e exclusão

A definição de critérios de inclusão e exclusão é uma etapa de suma importância, na medida em que serve para orientar e balizar a pesquisa e selecionar a literatura. Neste sentido, foram definidos os critérios de inclusão onde foram considerados os elementos definidos pela estratégia PICO acrescido do tipo de estudo, o espaço temporal em que foram desenvolvidos, assim como a língua em que foram redigidos, e a disponibilidade ao público, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3- Critérios de inclusão

Critérios de inclusão	
Elementos	Critérios
Participantes	Profissionais de saúde; Estudantes área da saúde

Intervenções Fenómeno de Interesse	Atividades educacionais, programas de treino em simulação competências comunicacionais com familiares de doente crítico adulto/não criança, em contexto escolas de saúde ou instituições de saúde.
Comparações	Podem ou não existir, porém, estão relacionadas com desenvolvimento de competências comunicacionais com os familiares de pessoa em situação crítica em ambiente simulado
Outcomes	Resultados relacionados com o desenvolvimento de competências comunicacionais com familiares doente crítico adulto/não criança em contexto de simulação boas práticas, (dificuldades, vantagens, desvantagens, dificuldades, necessidades) efetuadas no treino de competências comunicacionais com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação
Tipos de estudos	Estudos primários: quantitativos, qualitativos, mistos
Espaço temporal	estudos publicados entre 2009 e 2020
Artigos	Redigidos língua portuguesa, francesa, inglesa e espanhola, disponíveis ao público e em texto completo.

Como critérios de exclusão definimos: estudos desenvolvidos em contexto pediátrico; contexto paliativo, comunicação de más notícias; estudos secundários como RSL, e ainda, estudos de opinião e resumos de atas.

1.3. Definição da estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

A pesquisa da literatura nas bases de dados é a fase sem a qual o estudo fica esvaziado de conteúdo, pelo que se reveste de suma importância. Neste ponto, descrevemos detalhadamente a estratégia de pesquisa e localização dos estudos pertinentes.

O primeiro passo consistiu na escolha dos termos-chave de pesquisa. Para tal realizámos primeiramente uma pesquisa exploratória em bases de dados eletrónicas experimentando vários termos relacionados com a área do estudo para percebermos que tipo de estudos estavam a ser selecionados e se respondiam à questão de revisão, que se revelou útil para definir os termos-chave definitivos e a sua adequação às diferentes bases de dados. O segundo passo consistiu na realização de uma pesquisa booleana em bases de dados eletrónicas para efetivar a identificação dos estudos utilizando os termos-chave seguintes: (((simulation) OR (training)) AND (communicational training)) AND (critical patient's family); (ab:((simula*) AND (comunica*))). Os campos de pesquisa utilizados foram o título e o resumo/assunto. A pesquisa nas bases de dados decorreu na 2ª quinzena do mês de novembro de 2020.

A pesquisa e identificação dos estudos foi realizada em bases de dados eletrônicas associadas aos motores de busca: Pub-med; RCAAP; b-on; SciELO.

De seguida apresentamos o Quadro 4 que evidencia a estratégia de pesquisa para identificação dos estudos referindo-se aos motores de busca utilizados, termos booleanos, campos de pesquisa e número de artigos identificados.

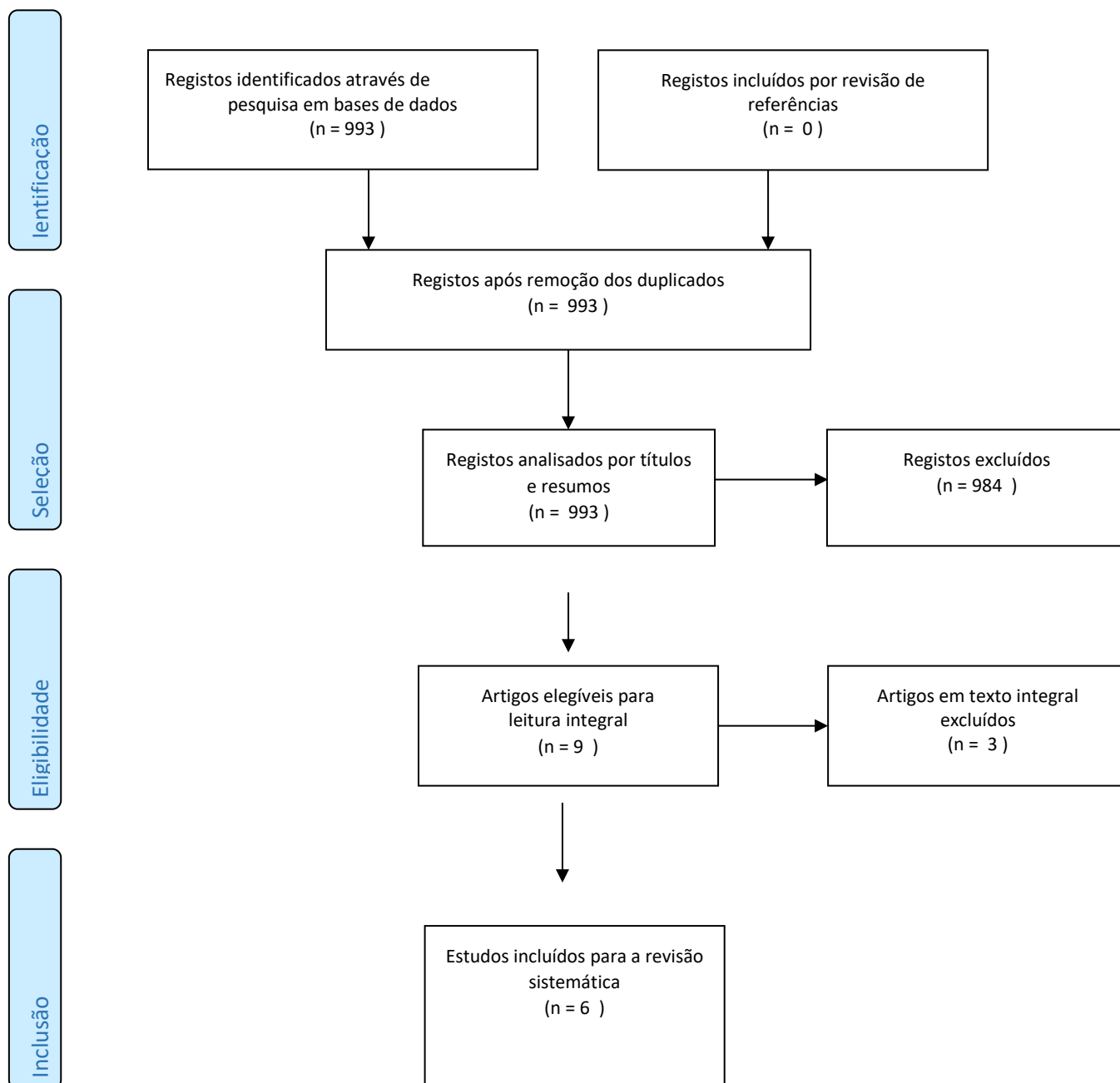
Quadro 4- Estratégia de pesquisa para identificação dos estudos

Estratégia de pesquisa para identificação dos estudos			
Motores de busca eletrónica	Termos-chave de pesquisa booleana	Campos de pesquisa	Nº de estudos identificados
Pub Med	(((simulation) OR (training)) AND (communicational training)) AND (critical patient's family) OR (family members of the critical patient)	Título Resumo	380
b-on (Biblioteca do Conhecimento Online)	Idem	Idem	563
SciELO	(ab:((simulação) AND (comunica*)))	Resumo	48
RCAAP	Simulação AND comunicação AND Saúde	Assunto *Teses e Dissertações	2
Total			993

Da pesquisa foram identificados um total de 993 estudos potencialmente pertinentes. Iniciou-se o processo de leitura de título, onde foram eliminados 931 por não obedecerem aos critérios de inclusão, e efetuada uma 1ª seleção de 62 estudos; seguiu-se a leitura dos resumos, tendo sido eliminados 53, ficando selecionados 9 estudos para leitura integral; após leitura integral foram eliminados 3 artigos que se verificou não responderem cabalmente aos critérios de inclusão, ficando selecionados 6 para a Scoping Review.

De seguida apresentamos o diagrama de fluxo PRISMA (adaptado) proposto pelo JBI (2020), que traduz o processo de seleção dos estudos para esta revisão sistemática.

Fig.2 - Diagrama de fluxo PRISMA de informação para o processo de revisão sistemática de literatura (adaptado)



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

De referir que o processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática foi realizado pelos 2 revisores da equipa para minimizar o viés.

1.4.Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

A avaliação crítica da produção científica desempenha papel relevante na determinação da qualidade dessa produção e, neste sentido, orienta a interpretação e utilização dos resultados obtidos a introduzir na prática clínica. Quando se pretende realizar uma revisão de literatura é fundamental que haja a certeza da qualidade do corpus da análise. Assim, o objetivo desta etapa é avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados para puderem ser incluídos na revisão sistemática.

Para proceder à avaliação da qualidade metodológica dos estudos existem vários métodos e instrumentos que auxiliam esta tarefa. O JBI para esta etapa preconiza a utilização de alguns instrumentos em função do tipo de estudo dos quais selecionamos o JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies para avaliação metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Quadro 5 - Apresentação dos estudos por score de qualidade metodológica

Apresentação dos estudos por score de qualidade metodológica JBI				
Código do estudo	Autor(es) Ano	Desenho de estudo	Instrumentos de avaliação crítica	Score Qualidade Metodológica JBI (Apêndice I)
E1	YUEN, Jacqueline K. et al 2013	Pré e pós teste	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	6 "Sim" 1 "Não" 2 "NA"
E2	Hope AA, Hsieh SJ, Howes JM, et al 2015	Pré e pós-teste	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	6 "Sim" 1 "Não" 2 "NA"
E3	Awdish RL, et al 2017	Pré e pós teste	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	9 "Sim"
E4	Krimshstein et al 2011	Pré e pós teste	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	6 "Sim" 1 "Não" 2 "NA"
E5	Lamba S, Nagurka R, Offin M, Scott SR 2015	Pré e pós teste	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	6 "Sim" 1 "Não" 2 "NA"
E6	Glod SA, Kang A, Wojnar M 2020	Pré e pós teste	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	6 "Sim" 1 "Não" 2 "NA"

Através do Quadro 5 verificamos que dos estudos da revisão sistemática, 5 deles obtiveram como "sim" em 6 de 9 itens do instrumento de avaliação e 1 deles obteve "sim" à totalidade dos itens, revelando qualidade metodológica.

Após aplicação de todas as etapas preconizadas pelo JBI (2020) apresentamos um quadro composto com os artigos incluídos na revisão sistemática da literatura.

Quadro 6 - Apresentação dos estudos da RSL

Apresentação dos estudos da RSL					
Código Estudo	Título	Autor(es)	Ano	País	Bibliografia
E1	A Brief Educational Intervention To Teach Residents Shared Decision Making in the Intensive Care Unit	YUEN, Jacqueline K. et al	2013	EUA	YUEN, Jacqueline K. [et al.] - A Brief Educational Intervention To Teach Residents Shared Decision Making in the Intensive Care Unit. J Palliative Med. [Em linha]. Vol 16, nº5 (Maio 2013), p.531–536. Disponível em doi: 10.1089 / jpm.2012.0356
E2	Let’s Talk Critical. Development and Evaluation of a Communication Skills Training Program for Critical Care Fellows	Hope AA, Hsieh SJ, Howes JM, et al	2015	EUA	HOPE, A; HSIEH S; HOWES, JM, [et al.] - Let’s Talk Critical. Development and Evaluation of a Communication Skills Training Program for Critical Care Fellows. Ann Am Thorac Soc. [Em linha]. vol12, nº4 (2015), p.505-511. Disponível em doi: 10.1513 / AnnalsATS.201501-0400C
E3	A Communications Bundle to Improve Satisfaction for Critically Ill Patients and Their Families: A Prospective, Cohort Pilot Study.	Awdish RL, et al	2017	EUA	AWDISH, RL. [et al.] - A Communications Bundle to Improve Satisfaction for Critically Ill Patients and Their Families: A Prospective, Cohort Pilot Study. J Pain Symptom Manage. [Em linha]. vol53, nº3 (Mar 2017), p.644-649. Disponível em doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.024. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28042074.
E4	Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention	Krimshtein et al	2011	EUA	KRIMSHEIN, NS; LUHRS, CA; PUNTILLO, KA, [et al.] - Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. J Palliat Med. [Em linha]. Vol14, nº12 (2011) p.1325-1332. Disponível em doi:10.1089/jpm.2011.0225
E5	Structured Communication: Teaching Delivery of Difficult News with Simulated Resuscitations in an Emergency Medicine Clerkship	Lamba S, Nagurka R, Offin M, Scott SR	2015	EUA	LAMBA, S; NAGURKA, R; OFFIN, M; SCOTT, SR. - Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in an emergency medicine clerkship. West J Emerg Med. [Em linha]. vol16, nº2 (2015), p.344-352. Disponível em doi:10.5811/westjem.2015.1.24147
E6	Family Meeting Training Curriculum: A Multimedia Approach With Real-Time Experiential Learning for Residents	Glod SA, Kang A, Wojnar M	2020	EUA	GLOD, SA; KANG, A; WOJNAR, M. - Family Meeting Training Curriculum: A Multimedia Approach With Real-Time Experiential Learning for Residents. MedEdPORTAL. [Em linha]. vol6, nº16 (Mar 2020) 10883. Disponível em doi: 10.15766/mep_2374-8265.10883. PMID: 32175474; PMCID: PMC7062545.

Dos estudos elegidos que constituem o corpus de análise para esta revisão sistemática, verificamos que são todos oriundos dos EUA. Constatámos também, que no horizonte temporal de 10 anos considerado, 1 artigo foi publicado no ano de 2011, 1 artigo em 2013, 2 artigos em 2015, 1 artigo em 2017, 1 artigo em 2020.

1.5.Extração de dados

A etapa de extração de dados consiste em extrair e sintetizar os dados relativos aos principais resultados referidos pelos autores dos estudos constituintes do corpus de análise, em função da questão e objetivo de revisão.

A extração dos dados, dos estudos selecionados, foi efetuada pela equipa de revisores tendo sido utilizado um instrumento elaborado pelos próprios, tendo por base as recomendações do JBI (2020), e que consistiu num quadro organizador integrando os seguintes elementos:

- Participantes/amostra/população
- Tipo de estudo
- Objetivos dos estudos
- Intervenção/Fenómeno de interesse relevante para a questão da revisão e objetivo.
- Resultados
- Outros elementos: Autores, país, ano, título, bibliografia.

Assim, os revisores foram introduzindo no quadro organizador todos os dados extraídos de forma organizada, criteriosa e rigorosa, de modo a caracterizar os estudos primários, dando resposta aos objetivos desta revisão, com a finalidade de proceder ao resumo narrativo dos dados.

De realçar que este processo de extração de dados decorreu de forma independente por 2 revisoras, utilizando uma terceira pessoa no caso de ser necessário tomar decisões sobre desacordos que não foram resolvidos por discussão entre as 2 revisoras. Salientamos, contudo, que de uma maneira geral existiu total acordo nas avaliações entre os revisores.

2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Depois de efetuada a análise dos dados extraídos dos estudos da revisão sistemática, apresentamos, neste ponto, os resultados obtidos. Para facilitar a leitura e proporcionar melhor percepção serão apresentados dois quadros organizando a informação. No Quadro 7 estão vertidos os objetivos, tipo de estudo, participantes, contexto, intervenção e os principais resultados relativos aos estudos da RSL.

Quadro 7 – Síntese dos estudos da RSL: objetivos, tipo de estudo, participantes e contexto, intervenção, resultados

Síntese dos estudos: objetivos, tipo de estudo, participantes e contexto, intervenção, resultados					
Cód Estudo Autores Ano	Objetivos	Tipo de estudo	Participantes Contexto	Intervenção	Resultados (Pós-teste)
E1 YUEN, Jacqueline K. et al ----- 2013	Realizar um programa piloto de uma intervenção educacional, com internos de medicina, para ensinar habilidades comunicacionais na discussão das metas de cuidados e decisões de tratamento, com as famílias de doentes críticos, usando o modelo tomada de decisão compartilhada	Pré e pós teste	33 Internos de medicina, ----- UCI	Intervenção educacional breve sobre comunicação com módulo PowerPoint online sobre tomada de decisão na UCI, e 1 workshop de simulação para treino de habilidades comunicacionais com os familiares do doente crítico. Avaliação da intervenção pré-pós	As habilidades de comunicação mais aprendidas relacionam-se com os domínios: dar más notícias; discutir objetivos de cuidados e preferências para tratamento de suporte de vida; determinar questões ética-jurídicas acerca das preferências relativas à ordem de ressuscitação ou não ressuscitação. As habilidades comunicacionais mais desenvolvidas foram: avaliar a compreensão da família sobre o estado do doente e suas perspetivas, valores e objetivos. Os internos de medicina referiram: sentir-se mais confortáveis na comunicação com o doente/família na UCI. Satisfação global elevada com a intervenção educativa.
E2 Hope AA, Hsieh SJ, Howes JM, et al ----- 2015	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de treino de habilidades de comunicação que pudesse ser facilmente integrado numa bolsa de estudos de cuidados intensivos dos EUA.	Pré e pós teste	28 Internos de Medicina ----- UCI	Implementação de um programa de treino de habilidades comunicacionais em reuniões familiares. Com duração de 1 mês, tendo sido realizadas 101 simulações de reunião familiar com [debriefing]. Avaliação da intervenção pré-pós	Melhorias significativas em: apresentar a agenda da reunião; resumir o que será feito ao doente; fornecer o plano de acompanhamento [intervenção]. Melhoria estatisticamente significativa na comunicação elevada relativa ao evitar linguagem muito técnica e à clareza na exposição do plano de acompanhamento Os internos de medicina (90 %) autoavaliaram-se: ter mais à vontade em dar más notícias, determinar metas de cuidado, discutir terapias de suporte de

					vida e conduzir discussões familiares globalmente.
E3 Awdish RL, et al ----- 2017	Avaliar a viabilidade da utilização de um bundle de comunicação para melhorar a satisfação do paciente/família com a comunicação da equipe da UCI do hospital em estudo Desenvolver um Bundle de comunicação para facilitar a transferência de habilidades aprendidas em ambientes de simulação para encontros clínicos reais;	Pré e pós teste	31 Internos de medicina ----- UCI	Implementação de Bundle de comunicação consiste no treino simulado de comunicação, organizado em 4 etapas (etapas 2 e 4 realizadas no modelo de workshops de simulação). Avaliação da intervenção pré-pós	Os internos de medicina auto-percecionaram melhoria significativa na comunicação: expressar empatia; responder às famílias que negam a gravidade da doença de seu ente querido e discutir questões religiosas ou espirituais com as famílias. O doente/família revelaram satisfação com a comunicação do médico nos seguintes aspectos, eles: entendem a minha situação clínica; usaram termos fáceis de entender ao falar comigo; trataram-me com respeito; deram-me tempo suficiente para conversar e ouvir sem me interromper, não me sentindo apressado.
E4 Krimshstein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, et al. ----- 2011	Desenvolver e avaliar um programa de treino de enfermeiros intensivistas para participação integral, com médicos e demais elementos da equipe interdisciplinar de saúde, nas reuniões com familiares do doente crítico em UCI.	Pré e pós teste	99 Enfermeiros intensivistas ----- UCI	Implementação de uma intervenção educacional sobre comunicação na UCI, durante 1 dia em 5 hospitais de agudos. Abordagem “centrada no aluno” com sessões teóricas e de simulação. Avaliação da intervenção pré-pós	Os enfermeiros autoavaliaram-se como: mais capazes de iniciar uma reunião familiar interdisciplinar e menos ansiosos em participar dessas reuniões; mais confiantes ao expressar suas preocupações sobre o atendimento ao doente e a comunicação; maior consciência de seu papel como membros da equipe interdisciplinar; Os enfermeiros avaliaram o programa educacional de forma elevada; Avaliaram os cenários realísticos [simulação] relevantes para a sua prática clínica.
E5 Lamba S, Nagurka R, Offin M, Scott SR ----- 2015	Descrever a implementação e os resultados de um módulo de comunicação estruturado usado para complementar o treino simulado de ressuscitação baseado em casos, no estágio de emergências médicas.	Pré e pós teste	120 Estudantes de medicina 4ºano ----- Sala de Emergência	Implementação de módulo de comunicação estruturada que complementa o treino simulado de ressuscitação em sala de emergência. Recurso à dramatização [simulação] para ensinar como dar notícias de morte e mau prognóstico à família da pessoa gravemente doente ou ferida. Avaliação da intervenção pré-pós	Os internos de medicina apresentaram aumento estatisticamente significativo no conforto, confiança e conhecimento sobre a transmissão de notícias difíceis de mau prognóstico e morte do paciente; O maior aumento foi a nível do conhecimento; Consideram a autorreflexão como uma ferramenta valiosa para o crescimento pessoal.
E6 Glod SA, Kang A, Wojnar M -----	Resolver o problema de treino insuficiente em habilidades de comunicação em reuniões familiares, desenvolvendo um	Pré e pós teste	17 Internos de medicina ----- UCI	Implementação de Programa de comunicação em reuniões familiares em UCI, com abordagem multimídia com aprendizagem	Desenvolvimento de habilidades na gestão de reuniões familiares. O uso da ferramenta Family Meeting Behavioral Skills (FMBS) ajudou estudantes e professores a identificar e focarem-se em

2020	programa para internos de medicina que fornecesse um aprendizagem just-in-time sobre moderação/orientação de reuniões familiares na UCI.			experiencial em tempo real Avaliação da intervenção pré-pós	habilidades específicas relacionadas com as reuniões familiares.
------	--	--	--	--	--

Relembramos que um dos objetivos da RSL é, sistematizar e analisar a evidência produzida relativamente ao desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde/estudantes com os familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação. Obedecendo aos critérios de inclusão verificámos que os contextos onde se realizaram os estudos foram, 5 em Unidades de Cuidados Intensivos (E1, E2, E3, E4, E6) e 1 em Sala de Emergência (E5). Os participantes dos estudos foram internos de medicina em 4 dos estudos (E1, E2, E3, E6), estudantes de medicina num estudo (E5) e enfermeiros num outro estudo (E4). Em todos eles foi realizada uma intervenção formativa sobre comunicação, com o principal intuito de desenvolver competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica e perceber qual a importância de programas educativos com simulação no desenvolvimento de competências comunicacionais.

Analisados os resultados dos estudos constatámos que estes se centraram em torno de 2 eixos temáticos e respetivas categorias:

- Competências de comunicação desenvolvidas em reuniões com familiares da pessoa em situação crítica, contendo as categorias: habilidades organizativas; habilidades cognitivas; habilidades socio-afetivas e habilidades para mobilização de recursos.
- Perceção dos profissionais de saúde sobre o programa educacional teórico-prática simulada em comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica.

Relativamente à intervenção, os estudos selecionados, revelam que foram implementados programas educativos maioritariamente híbridos, compostos por componente teórica e componente prática com recurso à estratégia de simulação, os quais apresentamos de forma detalhada no quadro que se segue (Quadro 8).

Quadro 8 - Intervenções formativas apresentadas nos estudos da RSL

Intervenções formativas apresentadas nos estudos da RSL		
Estudo	Intervenção formativa	Conteúdo
E1	A intervenção educacional breve sobre comunicação com os familiares do doente crítico	<p>Programa de Intervenção (4 horas):</p> <ol style="list-style-type: none"> Módulo online (PowerPoint), sobre a tomada de decisão na UCI, incluindo os tópicos: sobrevivência após ressuscitação cardiopulmonar e prognósticos na UCI, discussões sobre o não ressuscitar e questões legais e éticas em torno das decisões de tratamento de suporte de vida. Workshop: <ul style="list-style-type: none"> Sessão didática em grupo sobre Habilidades de comunicação modeladas usando modelo de tomada de decisão compartilhada (1 hora); Simulação – Cada grupo consistia num interno a simular o médico (desempenhado por um dos participantes), dois professores facilitadores e seis a sete participantes. Recurso a atores com treino em habilidades comunicacionais para o papel de familiar. Os exercícios de simulação, simulavam o encontro entre o interno de medicina e os familiares de um doente crítico, baseados em experiências clínicas reais na UCI de um grupo selecionado aleatoriamente dos internos de medicina entrevistados (2,5h) Debriefing - Após cada simulação, realização de sessão de esclarecimentos e partilhas em que o participante apresentava criticamente o seu desempenho e recebia feedback do SFM, facilitadores e outros participantes do pequeno grupo. Cada pequeno grupo compartilhou, com o resto do grupo, os aspetos mais importantes da sua aprendizagem a partir do exercício de simulação (30 minutos)
E2	Programa de treino de habilidades comunicacionais em reunião familiar em cuidados intensivos	<p>O programa (1 mês):</p> <ol style="list-style-type: none"> Simulação (treino simulado) de reunião familiar, em que foram formulados 4 cenários (casos simulados) paradigmáticos diferentes em cuidados intensivos. Para cada cenário, realizou-se uma grelha de observação para os facilitadores (docentes) poderem avaliar e dar feedback direto aos internos durante cada simulação. Os facilitadores do corpo docente para as simulações eram médicos assistentes de cuidados intensivos e cuidadas paliativos. Para desempenharem o papel de familiares na simulação, foram recrutados voluntários clínicos (enfermeiros e outros médicos da UCI). Desenvolvido currículo didático de palestras/discussão de casos, sobre, cuidados no fim-de-vida, cuidados paliativos, habilidades de comunicação e bioética; O programa de treino de habilidades comunicacionais decorreu da seguinte forma: a) realização de 2 reuniões familiares simuladas; b) participação nas palestra se discussão de casos; c) realização de 2 reuniões familiares simuladas
E3	Bundle de comunicação em reuniões familiares na UCI	<p>O Bundle de comunicação consiste no treino simulado de comunicação, organizado em 4 etapas (etapas 2 e 4 realizadas no modelo de workshops de simulação). As etapas são:</p> <ol style="list-style-type: none"> Agendar a reunião familiar no espaço de 72 horas após a admissão na UCI. Gerir a reunião da equipe UCI para discutir a comunicação com os serviços de consultoria, definir a agenda para a reunião familiar, atribuir funções para a reunião familiar, discutir o envolvimento de enfermeiras e equipe auxiliar e definir uma metodologia comunicação para o estagiário que lidera a reunião Gerir a reunião de família. Gerir a reunião da equipe MICU pós-reunião para se concentrar no feedback sobre a comunicação observada, documentação da reunião de família no processo clínico eletrónico (EMR) e discussão da comunicação necessária com serviços de consultoria.
E4	Intervenção educacional sobre comunicação em reuniões familiares Interdisciplinares em UCI	<p>Abordagem “centrada no aluno” para o treino de habilidades com as seguintes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> cognitiva baseada em evidências sobre a qual construir novas habilidades; método como a dramatização de papéis [simulação] que permite aos formandos praticar as habilidades comunicacionais recém-aprendidas; afetiva, na qual os formandos podem discutir livremente as suas impressões sobre o exercício ou explorar as dificuldades que possam ter encontrado. <p>A intervenção educacional consistiu na realizaram-se 2 sessões de 6h acompanhada por facilitadores/corpo docente: um médico especialista em terapia intensiva e medicina paliativa com experiência em treino de habilidades de comunicação e uma enfermeira com doutoramento e experiência em cuidados paliativos em UCI e treino de habilidades de comunicação.</p> <ol style="list-style-type: none"> Realização 3 breves apresentações (20 min/apresentação) abordando: <ul style="list-style-type: none"> papéis e responsabilidades do enfermeiro da UCI na comunicação com os pacientes e familiares abordando "Os Quatro Cs"; estratégias para reconhecer e lidar com emoções fortes vivenciadas por famílias e profissionais de saúde durante a doença crítica do paciente abordando "NURSE"; causas e abordagens de conflitos que surgem entre famílias e médicos e dentro da equipe de saúde Realização de exercícios de dramatização [simulação] com base em 2 cenários desenvolvidos pelos facilitadores representando os desafios de comunicação que

		comumente surgem na UCI. Os enfermeiros participam na simulação onde praticam suas habilidades com supervisão próxima e obtém feedback construtivo de professores experientes e dos colegas.
E5	Módulo de comunicação estruturada durante a ressuscitação	<p>Currículo de simulação híbrido.</p> <p>O módulo educacional de comunicação e autorreflexão complementa o treinamento técnico de ressuscitação pré-existente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Componente técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Realização de 2 cenários de ressuscitação baseados em casos (paragem cardíaca e trauma) para treino de habilidades de SAV e SAV-Trauma, utilizando a dramatização [simulação] com manequim simulador de alta fidelidade para o efeito. Acrescido de reforço da comunicação em circuito fechado durante a ressuscitação simulada. 2. Componente de comunicação: <ul style="list-style-type: none"> • Simulação de comunicação com os membros da família para dar notícias de prognóstico incerto ou mau, ou morte do doente crítico simulado. • Feedback do corpo docente e de observadores [debriefing] aos formandos. • Realização de autorreflexão escrita com base num evento de comunicação num contexto de ressuscitação que os formandos tenham testemunhado numa situação de emergência (real) ou no encontro simulado
E6	Currículo de treino de habilidades comunicacionais para reuniões familiares: uma abordagem multimídia	<p>Currículo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parte 1: sessão didática interativa – lecionadas habilidades básicas e avançadas de comunicação. Realizada 1 vez, no início do ano académico, para todos os internos de medicina. 2. Parte 2: sessão interativa - módulo online, assíncrona – apresentados 4 cenários alusivos a reuniões familiares na UCI: comuns, incomuns, desafiantes e não frequentes, sob o formato de vídeo, cenários fictícios construídos pelos professores. Seguido de perguntas de escolha múltipla sobre o que dizer ou perguntar à família; dependendo da resposta selecionada, o software interativo reproduziu uma conversa de vídeo de acompanhamento. Se o interno de medicina não gostou de como o cenário se desenrolou, ele poderia voltar e escolher uma resposta diferente até ficar satisfeito com a forma como o cenário terminou. Este módulo interativo permite ao interno trabalhar ao seu ritmo, com possibilidade de verificar o efeito das suas respostas. Este método de software favorece uma aprendizagem protegida e segura em que as decisões são testadas sem dano para o doente ou família. Realizada 1 vez para cada interno de medicina 3. Parte 3: Sessão de introdução de ingresso na UCI- 30 minutos, 1 vez por mês, na rotação na UCI. Para revisão das habilidades básicas de comunicação e discussão sobre estrutura e função das reuniões familiares. 4. Parte 4: Gestão de reunião familiar real (com ajuda se necessário com elementos da equipa experientes). Debriefing no final da reunião para autorreflexão, feedback dos colegas e autoavaliação

Constatámos que os programas educativos implementados foram diversificados quanto à duração/carga horária, aos conteúdos, às estratégias pedagógicas e aos recursos didáticos utilizados, assim:

Relativamente à duração, verificámos que existem programas diversificados, organizados: quer em sessões únicas quer em várias sessões; quer com carga horária fixa, desde 4h (E1) a 12h (E4), quer com carga horária variável (E6); quer em programas desenvolvidos num dia (E1 e E4), quer em vários, um dos quais teve a duração de 1 mês (E2).

No que concerne aos conteúdos teóricos, abordaram temas tais como: comunicação (E1, E2, E4, E5, E6); papel do enfermeiro na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica (E4); tomada de decisão numa UCI (E1); bioética (E1, E2); gestão de conflitos interpessoais (E4); estratégias para lidar com emoções fortes (E4); estrutura moderação/orientação da reunião familiar (E6); cuidados em fim-de-vida e paliativos (E2).

No que diz respeito às estratégias pedagógicas: i) Na componente teórica foram efetuadas palestras (E1, E2, E4, E5), discussão de casos (E2), disponibilização de conteúdos teóricos online para leitura (E1), sessão interativa online baseado em cenários para resolução de problemas de comunicação (E6); ii) Na componente prática verificámos o recurso à simulação de alta fidelidade, isto é, utilização de ambiente altamente realístico para treino de habilidades comunicacionais, a qual foi utilizada em todos os estudos. Da simulação constou: seleção/construção minuciosa do cenário; utilização de pessoas para desempenharem o papel de familiares (atores, participantes da simulação, outros membros da equipe UCI não em formação); presença de professores como facilitadores do treino simulado; realização de debriefing em que foi fornecido ao formando feedback do desempenho por parte dos professores e dos outros formandos; em alguns casos, realização de autoavaliação e autoreflexão sobre o desempenho por parte do próprio formando (E6).

Por fim, verificámos a utilização de vários recursos didáticos. Para além dos comuns, salientamos a utilização das novas tecnologias tais como, a utilização de plataformas online para disponibilizar conteúdos (E1) ou as plataformas interativas baseado em cenários com dilemas comumente encontrados em reuniões familiares reais/simuladas para que os formandos exercitem a mobilização de conhecimentos para a sua resolução (E6).

Apresentados os resultados, no ponto seguinte realizamos a sua discussão em torno dos eixos temáticos identificados, baseada num pensamento crítico sobre fenómeno em estudo.

3.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta o percurso de investigação, alicerçado na questão de investigação “Quais as estratégias de simulação utilizadas para desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde/estudantes da área da saúde, com os familiares da pessoa em situação crítica?” e a revisão sistemática de literatura efetuada, impõe-se uma discussão analítica, crítica e reflexiva dos achados, através da comparação dos resultados evidenciados na análise dos artigos com o referencial teórico.

Da análise dos 6 estudos resultantes da revisão sistemática de literatura, podemos inferir que ressaltam 2 eixos temáticos centrais: *Competências de comunicação desenvolvidas em reuniões com o familiar da pessoa em situação crítica* e *Perceção dos profissionais de saúde/estudantes sobre o programa educacional teórico-prática simulada em comunicação com o familiar da pessoa em situação crítica*.

Comunicar é um processo complexo e multidimensional, que exige a combinação de vários fatores, nomeadamente, competências/habilidades a nível organizativo, cognitivo, socio afetivo, e na mobilização de recursos, tal como, demonstram os resultados dos estudos, após a implementação de programas educativos no âmbito da comunicação com o familiar da pessoa em situação crítica. Neste sentido, comunicar ultrapassa a troca de informação entre os interlocutores, ou seja, para comunicar eficazmente é necessária formação e treino, a experiência prática por si só, não dota o enfermeiro com competências para comunicar eficazmente com o familiar da pessoa em situação crítica (Araújo e Silva, 2012).

Briga (2010), refere que a comunicação ocupa um papel de relevo na prática de enfermagem, na medida em que esta decorre ao longo da sua intervenção, podendo ser de âmbito terapêutico ou não.

Preparar a reunião com o familiar da pessoa em situação crítica é fulcral para o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e família, na medida em que vai permitir a consistência das respostas às necessidades expressas por esta, potenciando assim, o uso eficiente do tempo e uma comunicação efetiva, pressupondo-se e exigindo-se

uma discussão e reflexão antecipada entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar que asseguram a prestação de cuidados (Cahill et al., 2016).

Neste âmbito, a maioria dos estudos selecionados, infere que após a participação em programas de simulação, os profissionais de saúde/estudantes desenvolveram habilidades organizativas, neste caso a nível da preparação da reunião, especificamente na preparação do ambiente, gestão da reunião e no saber assumir o seu papel no seio da equipa de saúde. Todos estes parâmetros são cruciais para estabelecer uma comunicação eficaz e eficiente, de forma segura, confortável, sigilosa e com privacidade, que proporcione uma relação de ajuda que abarque todas as dimensões envolvidas: física, emocional, social e espiritual no cuidar. Para Pereira (2008, p.50) o *“processo de comunicação humana é um conceito de ampla extensão, que compreende um processo informativo e o tratamento dialético da informação que é comunicada. É também, um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas.”*

Só através da comunicação, a pessoa/familiar pode receber a informação de que necessita para ser ajudado e ajudar-se a si próprio, reduzir a incerteza, melhorar a relação e indicar ao familiar uma direção. Para isso, é fundamental desenvolver habilidades cognitivas, tais como: *saber transmitir más notícias; saber transmitir notícias difíceis; clarificar e consensualizar objetivos; clarificar, discutir e consensualizar opções terapêuticas; avaliar a compreensão da família quanto à situação; determinar meta de cuidados; discutir questões religiosas e espirituais e possuir competências comunicacionais globais.*

Transmitir más notícias é complexo, provocando desconforto não só em quem recebe a notícia como em quem a transmite, exigindo assim, ao enfermeiro o desenvolvimento de competências, nomeadamente ao nível de uma comunicação compreensiva (sensibilidade, aliança, confiança, disponibilidade, empenho e dedicação). Os resultados dos Estudos e evidenciam que a implementação de programas educativos na área da comunicação com o familiar do doente crítico envolvendo práticas simuladas em que treinaram a competência de saber dar más notícias, são fundamentais, para que os enfermeiros estabeleçam uma comunicação terapêutica mais humanizada e respeitosa com os familiares da pessoa em situação crítica. Para Setubal (2016), o treino de comunicação de más notícias exige comprometimento por parte dos participantes. Exige rever as próprias

fragilidades e lidar com as suas emoções, pois pode parecer mais fácil esquivar-se, evitar a situação de desconforto ou ignorar as dificuldades inerentes à comunicação de más notícias.

Efetivamente, a leitura dos resultados dos estudos infere ainda, que se torna imprescindível atender aos detalhes e à comunicação não-verbal. Cada pessoa tem as suas particularidades e características próprias que a diferenciam das outras pessoas, o que implica que a comunicação do enfermeiro seja individualizada e atenda às circunstâncias envolvidas.

Comunicar *más notícias*, e *notícias difíceis no geral*, isto é, dar a notícia acerca de uma situação grave que ameaça a integridade física e psicológica da pessoa, exige ao profissional de saúde uma formação específica não só a nível da sua dimensão cognitiva, como emocional, na medida em que, estas informações alteram de forma drástica e desagradável o projeto de vida dos envolvidos. Neste sentido, gerar *confiança* ocupa um papel de relevo para estabelecer uma comunicação assertiva, mas para isso, o profissional de saúde terá que saber interpretar a mensagem emitida através da comunicação não-verbal como: a expressão facial; o olhar; a postura; o tom e velocidade da voz e o tato. Peplau, (1990), salientava que o corpo é um instrumento que fala, na medida em que, comunica sentimentos desejos e aspirações de uma pessoa. Também Pereira (2008, p.65) entendia que *“a postura é um sinal muitas vezes involuntário, mas que pode participar no processo de comunicação e revelar atitudes interpessoais.”* Barbosa & Neto (2006. p. 376), reforçam que a linguagem não-verbal concede sinceridade e significado às mensagens dos doentes: falar com as mãos, acenar com a cabeça, uso de interjeições e linguagem corporal positiva, de forma a dar confiança. Corroborando o estudo de Setubal (2016), sobre a transmissão de más notícias, cujos participantes avaliaram muito positivamente o treino de como transmitir más notícias com recurso à simulação, podemos dizer que há evidências mais que suficientes para considerar a realização de treinos simulados uma estratégia importante no desenvolvimento de comunicação com os familiares de pessoa situação crítica.

É preciso ter em consideração, que cuidados de qualidade requerem que o profissional de saúde saiba *clarificar e consensualizar objetivos* de forma a possibilitar uma oportunidade para ajudar a mudar alguns padrões de interação familiar, permitindo serem agentes

facilitadores no processo de adaptação da doença da pessoa em situação crítica. Desse modo, pode-se afirmar, que além de viabilizar um plano assistencial eficaz e efetivo, também promove uma maior confiança da família na equipe de cuidados.

Clarificar, discutir e consensualizar opções terapêuticas evidencia que a utilização de uma mesma linguagem pelos profissionais de saúde é, assim, uma das condições essenciais para a construção de um cuidado estruturado e imprescindível para melhor comunicação.

Avaliar a compreensão da família quanto à situação e determinar meta de cuidados, é primordial para a interação entre enfermeiro e familiar, o que implica a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo, 2012).

Discutir questões religiosas e espirituais e possuir competências comunicacionais globais são resultados evidenciados por estes estudos. Efetivamente, estes resultados vêm evidenciar que a espiritualidade apesar da sua subjetividade e entendida como a qualidade do que é espiritual, imaterial, incorpóreo, sobrenatural e místico, com carácter universal, pessoal e existencial, apresenta-se como um fator central, funcionando como um pivot para a pessoa em situação crítica e seu familiar. A espiritualidade abrange assim, necessidades humanas universais, podendo ou não incluir crenças religiosas específicas e oferece uma perspectiva que orienta as escolhas da pessoa.

Convém, contudo, ressaltar, que a religião consiste num comportamento socialmente aceite em um determinado grupo cultural estruturado a partir de uma construção de Deus registada em escritos ou transmitida através da tradição oral. Salieta Kemp C. (2006) que a religião pode ser percebida como um grupo ou sistema de crenças que envolve o sobrenatural, sagrado ou divino, e códigos morais, práticas, valores, instituições e rituais associados a tais crenças.

A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda as pessoas a enfrentarem as adversidades, os episódios traumatizantes, especialmente os relacionados com o processo de saúde-doença, como no caso da pessoa em situação crítica (Peres et al., 2007).

Tendo em conta estes pressupostos, e sabendo que desde os primórdios da enfermagem com a sua fundadora Florence Nightingale, a espiritualidade é mantida como um elemento central no cuidado ao doente. Os estudos em análise evidenciam da necessidade de

desenvolver competência em seis domínios centrais: lidar com as próprias crenças, dirigir um assunto, colher informação, discutir e planear, providenciar e avaliar, e integrar no plano de ação.

As evidências científicas, vêm demonstrando que se discute a espiritualidade em termos conceptuais e teóricos, mas que não se presta a devida atenção às suas dimensões experiencial e prática. Fica patente a necessidade de os programas formativos apostarem nesta dimensão no cuidado prestado ao familiar da pessoa em situação crítica e que pode ser alcançado através do desenvolvimento de habilidades ao nível da escuta ativa, da individualização do cuidado, da aproximação do doente com sensibilidade e respeito e a manutenção de bom senso e humor.

Competências comunicacionais globais é o resultado deste estudo como fundamental para a construção de um vínculo terapêutico. Desta forma, desenvolver competências comunicacionais multidimensionais exige que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, saibam usar habilidades como; fornecer respostas adequadas e ajustadas às necessidades presentes; saibam reconhecer as emoções e explorar de forma compreensiva os desejos/vontades dos doentes e familiares e saibam usar os comportamentos não-verbais (contacto no olhar, demonstração de empatia, encorajar); pausa e prolongar o tempo; estar presente. Realça-se que para Eganã, Araya, Núñez e Camus (2013, p.90), competência trata-se de “(...) um agregado de conhecimentos relacionados, habilidades e atitudes, que afeta uma parte importante de um posto de trabalho (papel ou responsabilidade), que se correlaciona com o desempenho no trabalho, que pode ser medido perante padrões bem aceites, e que pode ser melhorado via formação e desenvolvimento”.

Em síntese, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve estar habilitado com competências multidimensionais que ajudem a preservar a dignidade de quem experiencia uma situação de doença ou evento crítico, ajudando também o familiar a reencontrar novo sentido para esta vivência, pois segundo o Regulamento nº429/2018 – Competências Específicas - é da sua competência “Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”.

Verificámos através dos estudos, que é fundamental *assegurar as questões ético-jurídicas relativas à ressuscitação*, mas para isso é, cada vez mais, necessário uma maior e melhor comunicação com o doente/família, tendo por base uma relação de confiança que nos permita conhecer as necessidades em cada situação, percecionando os seus aspetos únicos.

Focarmo-nos na ética da autonomia, implica que a responsabilidade dos profissionais de saúde se alicerce no respeito pela autodeterminação dos doentes e familiares, facilitando-lhes a tomada de decisões no que concerne à sua saúde. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no seu enquadramento conceptual, descrevem que a Pessoa é um “ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se” e o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa/grupo. Dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, salienta-se que na procura da excelência no exercício profissional, “o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” e “ajuda a os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp. 11-12).

Na verdade, aplicar o princípio da autonomia exige aplicar o princípio da justiça, na medida em que, não se deve ocultar a verdade ao doente a pedido de terceiros, nem comunicar a verdade “desnudada”, para que tome decisões autonomamente.

Efetivamente, a transmissão da “verdade total” pode colocar várias questões, nomeadamente: risco de erro, perda da esperança, perda de interesse pelo seu estado de saúde e falta de cooperação/envolvimento nos cuidados. Mas, entre os detratores e os defensores da revelação da verdade, existem posições intermédias que defendem que a verdade deverá ser dita de modo seletivo e faseado, de modo a diminuir a conspiração de silêncio que surge, muitas vezes, associada ao dilema ético caracterizado pela ponderação entre os princípios éticos de beneficência/autonomia versus não maleficência/ justiça.

Contudo, é necessário sublinhar que a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, refere que os doentes têm direito à informação sobre a sua situação de saúde e essa informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Ao mesmo tempo, o doente tem direito a não querer ser informado do seu estado de saúde, devendo esta vontade ser

inequivocamente expressa e indicar, caso o entenda, quem deverá ser informado em seu lugar.

Os doentes têm ainda direito ao consentimento livre e esclarecido que é imprescindível antes de qualquer tratamento ou intervenção. Pretende-se desta forma, assegurar a capacidade e a autonomia que os doentes têm de decidir sobre si próprios.

A pessoa humana, com a sua autonomia, tem direito à informação que a leve a decidir se deve dar ou recusar o seu consentimento, pelo que se exige uma prática razoável e sensata na relação do dia-a-dia dos profissionais de saúde com os doentes/família e frequente reflexão e diálogo esclarecedor nos serviços de saúde e nas respetivas equipas, de modo a pensar bem e agir adequadamente no momento oportuno.

Podem ser adotadas duas posições: a transmissão da “verdade total” ou da “verdade possível”. Nesta perspetiva, a mentira nunca é eticamente legítima.

Ora quando se refere em *assegurar as questões ético-jurídicas relativas à ressuscitação* e atendendo ao Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, em que menciona que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica se definem como: cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1), o enfermeiro tendo por necessidade de tomar decisão de não reanimar um doente em caso de paragem cardiorrespiratória, deve ter sempre em consideração os princípios éticos e deontológicos que norteiam as boas práticas associadas aos cuidados de saúde e, para isso, é necessário desenvolver competências cognitivas do domínio ético e científico.

Sendo assim, a comunicação uma presença efetiva durante toda a trajetória de doença, é imperioso que a informação prestada ao doente e família, aspeto multidimensional, atenda a quatro princípios cardinais da ética: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência, justiça. Neste sentido, é necessário que os enfermeiros desenvolvam competências/habilidades socio-afetivas.

A *informação transparente, compreensível e verdadeira* é importante para obter uma comunicação eficaz, que seja clara e direta entre todos aqueles que fazem parte da equipa de saúde. É essa comunicação que permite o alcance de resultados adequados e eficientes. Na verdade, o relacionamento interpessoal está dependente da facilidade que a pessoa tem para comunicar aos outros os seus sentimentos e necessidades e ainda, da recetividade que mostra às tentativas dos outros para partilharem com ele informação. Uma boa comunicação pode reduzir o isolamento do familiar e diminuir a incerteza e os medos, aumentando a sua capacidade de adaptação e favorecendo a realização de objetivos conjuntos em relação à terapia e cuidados. É preciso, ainda, *empatia* para criar um ambiente terapêutico de forma a entender o familiar na sua dimensão cognitiva, emocional, ajudando assim, a criar/estabelecer melhores relações interpessoais.

É de realçar que a empatia não é inata e como tal, implica que aprendamos a desenvolver uma atitude empática que implica uma disponibilidade interior, que advém da nossa capacidade de nos preocuparmos com os outros.

O *Respeito*, percebido quer pelos profissionais de saúde quer pelos familiares dos estudos selecionados, é conforme salienta Phaneuf (2005, p.340) a *“qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa ajudada apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida”*.

O respeito é assim evidenciado por determinadas características: estima; reconhecer que o familiar da pessoa em situação crítica é capaz de demonstrar coragem, de suportar as dificuldades, de tomar decisões e de se adaptar à nova condição.

A *disponibilidade*, aspeto comunicacional importante também percebido pelo familiar, implica não só disponibilidade de tempo, mas também disponibilidade interior, o que é fundamental para nos tornarmos próximos, atentos, e focarmos-nos na situação do outro. Santos (2013, p.2), refere que *“é preciso ter em consideração que cuidados de qualidade requerem tempo e disponibilidade de modo que se torna necessário o uso de ferramentas de gestão que mensurem a carga de trabalho e dotações de pessoal mais ajustadas”*.

Salientamos ainda, a premissa fundamental de *utilização de uma linguagem ajustada ao nível de compreensão do familiar*, como aspeto superlativo na comunicação. À luz do que

vem a ser referido, um espaço físico apropriado e uma linguagem acessível ao interlocutor é essencial para o estabelecimento de uma comunicação efetiva, pessoal e assertiva com o doente/família, respeitando assim, a possibilidade de abertura para colocação de questões e uma discussão honesta.

Também fica evidente, através dos estudos a importância da *confiança em si próprio na gestão/realização da reunião com os familiares, o conforto na gestão/realização da reunião com os familiares*. A confiança em si próprio e o conforto adquiridos na realização de qualquer atividade, decorre da habilidade, da destreza e da facilidade com que a realizamos. Ora, essa sensação, essa capacidade interior, só é atingida com a prática e após a vivência de múltiplas experiências, é isto que dá a perícia. Depreendemos daqui, que o treino de competências comunicacionais é fundamental e, que o recurso à simulação como estratégia educativa em meio clínico ou formativo é de grande valia na aquisição de confiança em si próprio para a realização de uma comunicação eficaz com o familiar da pessoa em situação crítica.

No que diz respeito à *Percepção dos profissionais de saúde sobre a intervenção educacional teórico-prática simulada em comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica*, constatámos que apresentaram elevada satisfação, tendo considerado nomeadamente uma estratégia formativa de grande valia para utilização em contextos clínicos. Não podendo deixar de destacar a importância destes resultados, efetivamente sabe-se que o sucesso de qualquer atividade formativa decorre em grande parte, da sua atratividade, da sua capacidade interativa, do seu dinamismo, da capacidade de cativar o estudante/formando para uma aprendizagem não apenas da aquisição de conhecimento teórico, mas também do desenvolvimento de competências práticas.

Em síntese, as competências comunicacionais integram a articulação de um conjunto de habilidades cognitivas, socio-afetivas, organizativas e pensamento crítico. O seu desenvolvimento não decorre apenas da experiência, mas devem ser treinadas em contexto académico/formativo, para potenciar a capacidade de compreender as necessidades efetivas da pessoa em situação crítica e família e dar respostas adequadas numa fase em que o familiar experiencia uma variabilidade de emoções, sentimentos, dificuldades, necessidades, entre outros problemas. Neste contexto, a prática simulada constitui-se num modelo indiscutível de ensino-aprendizagem na área da saúde e

concretamente na comunicação. Dos Reis Bellaguarda et al (2020), concluíram no seu estudo que a simulação clínica é uma ferramenta importante no processo ensino-aprendizagem, torna os estudantes confiantes na habilidade de manter diálogos interprofissionais com a família e melhora o nível profissional na tomada de decisão e na comunicação de notícias difíceis.

De facto, o treino simulado, com recurso a cenários altamente realísticos por meio de experiencição de situações clínicas fictícias de forma interativa e dirigidas e o recurso ao *debriefing* para a consolidação de conhecimentos, permite ao estudante adquirir mais confiança em si próprio, maior capacidade de pensamento crítico decorrente do desenvolvimento de todas as competências necessárias a uma comunicação terapêutica eficaz. Competências estas que vão permitir antecipar, observar de forma holística, tomar decisões e assim, assumir a condução de uma verdadeira comunicação, uma verdadeira relação humana com o familiar da pessoa em situação crítica.

Por todas as evidências apresentadas, estamos convictas que construir um programa educativo de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica para treino em contexto de simulação será uma mais valia para o desenvolvimento de competências comunicacionais para os estudantes de enfermagem.

Assim, no capítulo que se segue apresentamos a Fase II que diz respeito à apresentação de todas as etapas do processo de construção do programa educativo de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica.

CAPÍTULO 3: FASE II - PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM CONTEXTO DE SIMULAÇÃO

O processo de aquisição de competências dos enfermeiros, em contextos de aprendizagem, à semelhança de outros profissionais de saúde, sustenta-se em dois modos diferentes de apreensão. A teoria, profundamente ligada à aquisição de conhecimentos e a prática, intimamente associada à aquisição e desenvolvimento de habilidades práticas. Óbvio é, que estes modos não se desenvolvem de forma isolada, eles devem evoluir de forma articulada, influenciando-se mutuamente com o propósito único de proporcionar ao estudante a obtenção de competências técnicas, crítico-reflexivas, éticas e humanas.

Com base na RSL, efetuada na Fase I do presente estudo, as evidências revelam, que médicos (internos) e enfermeiros que desempenham funções em serviços clínicos direcionados para a pessoa em situação crítica, apresentavam lacunas e dificuldades a nível das competências comunicacionais, nomeadamente com os familiares da pessoa em situação crítica. No entanto, após a realização de formação teórico-prática em comunicação com recurso a simulação, incrementaram de forma acentuada as respetivas competências.

Assim, tendo por base estas conclusões da RSL, e tal como era nosso propósito, estas constituíram-se aspetos orientadores para a construção de um programa educativo de comunicação de enfermeiros com os familiares da pessoa em situação crítica, para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação.

A Fase II destina-se assim, à apresentação dos pressupostos metodológicos, bem como à descrição crítico-reflexiva detalhada do processo de construção e de validação do programa educativo, por último, a discussão dos resultados dessa validação.

1. METODOLOGIA

A comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica coloca aos enfermeiros desafios únicos e variados. Por se tratar de um contexto normalmente vivido pelos familiares com grande tensão, a inadequada competência comunicacional por parte dos enfermeiros pode gerar ou potencializar nos familiares níveis de ansiedade, de conflito e de sofrimento que deverão ser evitados, pugnando por cuidados de saúde completos e humanizados.

É fundamental que os enfermeiros sejam capazes de estabelecer comunicação eficaz, mais do que isso, capazes de estabelecer uma verdadeira relação interpessoal com os familiares, e que esta proporcione conforto e a maior tranquilidade possível. Para que tal seja conseguido, é essencial a existência de programas educativos específicos nesta área de intervenção.

Cientes destes factos, delineamos como objetivo: construir um programa educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica para treino de competências comunicacionais, em contexto de simulação, com o intuito de proporcionar um processo de ensino-aprendizagem eficaz, eficiente e direcionado para estudantes de enfermagem de qualquer ciclo de estudos, contribuindo deste modo, para a formação de enfermeiros comunicacionalmente competentes numa abordagem humanista de cuidados cada vez mais efetiva.

A construção de novos produtos, sejam eles instrumentos de avaliação, materiais didáticos, ou de outra natureza, para que sejam fidedignos exige todo um rigor metodológico que os valide. Neste sentido, para a obtenção de um programa educativo de valor pedagógico reconhecido é necessário proceder à sua validação.

Neste estudo para a validação do programa educativo, recorreremos à utilização do método de Delphi, pois este permite conhecer a opinião de peritos acerca de determinado assunto, conduzindo a resultados substanciais sobre temáticas complexas e abrangentes (Marques e Freitas, 2018).

Como forma de robustecer o processo de validação do programa educativo recorreremos, ainda, ao cálculo de índice de validade de conteúdo (IVC) proposto por Fehring (1994), o

qual é obtido através de resultados estatísticos relativos ao nível de concordância dos peritos com os itens do documento em análise.

Nesta perspetiva, quando o propósito do investigador é contabilizar, classificar e explicar dados, o recurso a estudos de carácter quantitativo fornece a resposta adequada. Vilelas (2009) refere que a abordagem quantitativa assenta na premissa de que tudo é quantificável, isto é, transformar qualquer informação em números facilita a análise e classificação permitindo uma melhor explicação do fenómeno em estudo.

Neste sentido, efetuámos um estudo descritivo, observacional, transversal, retrospectivo, para analisar as dimensões sociodemográficas e profissionais dos peritos, assim como o nível de concordância e índice de validade de conteúdo. Segundo Vilela (2009), os estudos descritivos têm como finalidade caracterizar as propriedades das pessoas, de grupos, de comunidades, ou outra qualquer dimensão sujeita a análise, avaliando as diversas componentes da dimensão em estudo.

De seguida, procedemos à descrição pormenorizada do processo de construção e validação do programa educativo e por fim, apresentação e discussão dos resultados.

1.1. Construção do Programa Educativo de Comunicação com os Familiares da Pessoa em Situação Crítica para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação

A comunicação enfermeiro/pessoa doente e enfermeiro/familiares da pessoa doente, estão todas interrelacionadas. Não obstante, é importante perceber que se tratam de processos com características próprias, por isso distintos, aspeto relevante a ter em conta no momento da seleção de modelos, métodos e programas adequados ao treino das respetivas competências.

Assim, reconhecendo a simulação como estratégia de ensino-aprendizagem em enfermagem de valia inquestionável e entendendo a comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica um cuidar específico revestido de particularidades, consideramos fundamental a existência de programas educativos que se constituam guias orientadores para o desenvolvimento de competências comunicacionais dos estudantes de enfermagem/enfermeiros em ambiente simulado.

Existem já várias propostas de programas e instrumentos pedagógicos no âmbito do treino de comunicação em saúde, tal como pudemos verificar durante a realização da RSL. Perante esta afirmação a questão que se impõe é: “Qual a necessidade de construir um novo programa educativo?”. Na realidade existem várias razões.

Desde logo, porque a maioria dos programas, nomeadamente os incluídos nos estudos da RSL, são dirigidos a profissionais de saúde que não enfermeiros, e como sabemos a intervenção do enfermeiro junto dos familiares, apesar de ter aspetos comuns com outros profissionais da área da saúde, tem também objetivos específicos, decorrentes das suas funções que urgem ser treinadas.

Também, não encontramos programas educativos desenvolvidos em Portugal, quer na RSL quer noutras pesquisas avulsas. Sabendo que a sociedade, os hábitos e a cultura diferem entre povos e países, apesar de existirem programas de treino de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica desenvolvidos e implementados noutros países, eles não deverão ser replicados por nós, sob pena das competências comunicacionais desenvolvidas não serem adequadas e, nesse sentido, não serem prestados cuidados de enfermagem culturalmente competentes. De facto, se a utilização de questionários exige que estes sejam aferidos à língua e cultura de uma população, considerámos que a implementação de programas educativos comunicacionais, requer igual aferição.

Sabemos ainda, que existem vários protocolos de comunicação traduzidos para português, relativos a: transmissão de más notícias, controle emocional, comunicação em crise, etc. Então porque não utilizá-los? Na realidade, são protocolos de uso profissional que não estão adaptados ao processo de ensino-aprendizagem, pelo que acreditamos que a sua aplicação direta, não iria produzir os melhores resultados de aprendizagem, nem um sucesso efetivo.

Apesar do plano de estudos licenciatura e mestrados em enfermagem incluírem unidades curriculares (UC) específicas de comunicação, ou integrarem o programa de outras UC, tendo como objetivo desenvolver habilidades gerais de comunicação, a verdade é que existem ainda algumas lacunas, nomeadamente, devido ao facto de muito do conteúdo ser essencialmente teórico e não prático. Tudo isto, aliado ao facto de nem sempre ser possível o treino de situações em contextos específicos, como é o caso da situação em estudo, a comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica.

Reforça-se ainda, que a opção pela comunicação com os familiares no contexto clínico concreto da pessoa em situação crítica, se relacionou com o facto de esta dimensão comunicacional estar presente em contextos clínicos não só nas unidades de cuidados intensivos e intermédios ou serviços de urgência, mas também, em serviços de medicina, de cirurgia, entre outros, pelo que a probabilidade de um enfermeiro vivenciar esta situação é muito elevada.

Para a construção do programa educativo tivemos por base a RSL efetuada na Fase I, recorreremos aos vários instrumentos desenvolvidos e implementados nos respetivos estudos, os quais nos permitiram identificar as várias metodologias de ensino-aprendizagem, os conteúdos técnico-científicos e habilidades específicas relacionadas com a comunicação com familiares da pessoa em situação crítica.

Assim, foi nossa intenção criar um programa dinâmico, interativo e abrangente, uma vez que o estudante estando ele em processo de crescimento e amadurecimento, se torna fundamental sensibilizá-lo para conteúdos relativos à interação/comunicação com familiares. É ainda relevante, potenciar o desenvolvimento da inteligência emocional como fator base da comunicação eficaz, na medida em que se trata de uma inteligência interpessoal que capacita o ouvinte para compreender o Outro. Foi também, nossa intenção, recorrer a estratégias pedagógicas diversificadas, com componente teórica e prática, que permitisse aos estudantes/enfermeiros experimentar novos conceitos pedagógicos, mobilização de conhecimentos prévios, ativando as dimensões do pensar, experimentar, agir e refletir, e assim, desenvolver a segurança e confiança necessárias para o seu desempenho na comunicação e relação com o Outro. Assim, o programa educativo criado tem como objetivo: desenvolver nos estudantes/enfermeiros competências comunicacionais com familiares da pessoa em situação crítica.

Trata-se de um programa misto desenhado por módulos com duração de 7 horas, onde os conteúdos e objetivos de aprendizagem, competências a desenvolver, metodologias de ensino e avaliação são claramente definidas. Inclui componente teórica relativa à comunicação, seguindo-se a componente prática destinada a treino de habilidades comunicacionais com recurso a simulação em cenários fictícios, baseados em casos clínicos relativos a comunicação com familiares da pessoa em situação crítica que ocorrem com frequência nos contextos de cuidados. Por fim, delineámos uma componente de

autorreflexão, que complementasse as outras componentes, de forma a permitir ao estudante/enfermeiro a integração de todos os conhecimentos adquiridos.

Para a seleção do conteúdo programático tivemos a preocupação de incluir não só a dimensão técnica da comunicação, mas também a dimensão socio-afetiva e ética, de forma a permitir o desenvolvimento de competências para acolher e ajudar a família a encontrar um novo sentido para esta fase de vida que vivencia.

Relativamente à avaliação, considerámos a avaliação formativa a mais indicada, na medida em que pretendemos informar o estudante dos progressos e dificuldades manifestados durante o processo e não com o objetivo de classificar. Estamos convictas que uma avaliação não somativa é mais favorável à aprendizagem descentrando o estudante da classificação e como tal possibilita novas visões, novas decisões, até mesmo transformações. Esta avaliação é efetuada quer pelo feedback dos professores, quer pelo dos estudantes.

Uma vez apresentado o processo que subjaz a construção do programa educativo, abordamos de seguida os pressupostos teóricos do processo de validação.

1.2. Validação do programa educativo

O reconhecimento da credibilidade de um instrumento, exige que o processo da sua criação seja sujeito a validação, legitimando a sua qualidade na utilização para o fim a que se destina.

Dos vários métodos de validação de conteúdo, tal como havíamos dito, selecionámos para o nosso estudo o método de Delphi, uma vez que este consiste na forma de procurar consensos entre especialistas sobre aspetos relevantes da sua realidade e de contextos correspondentes (Thomas e Nelson, 2002). Neste sentido, este método é uma grande mais valia, dado que permite tomar decisões baseadas em consensos.

O método consiste na seleção de um grupo de informantes entendidos no assunto ou no contexto em estudo, ou seja, um grupo de peritos ao qual se aplica um questionário com características exploratórias ou decisórias (avaliatórias), de forma a obter informações que serão analisadas (Antunes, 2014). O respetivo método de recolha de dados, consiste numa série de envios e retornos de questionários aos peritos com o objetivo de obter consenso

entre eles (Fortin, 2009). Este processo desenvolve-se por sistema de rondas, isto é, a partir de cada questionário respondidos pelos peritos e analisado pelos investigadores, gera-se um novo questionário que retorna aos peritos originais para que respondam, constituindo assim, uma nova ronda (Antunes, 2014). O número de rondas vai ser determinado até que se obtenha o resultado desejado, isto é, consenso entre os entendidos sobre o assunto em estudo. Portanto, o número de rondas é variável, havendo autores que referem poder ir até 5 rondas (Antunes, 2014).

As principais características do método Delfhi são: anonimato; feedback das contribuições individuais; construção e apresentação da resposta do grupo como um todo; possibilidade de revisão e alteração das respostas (Marques e Freitas, 2018). Desde logo, as duas primeiras características preservam os elementos do grupo da influência indevida uns dos outros, trazendo a possibilidade de maior facilidade na manifestação de opiniões e, deste ponto de vista, maior diversidade e riqueza nos contributos.

O método de Delphi tem várias vantagens, nomeadamente possibilitar que diferentes elementos de um determinado grupo contribuam com as suas opiniões sem necessitarem de estar frente a frente (Marques e Freitas, 2018), permitindo assim, que eles possam ser de locais longínquos e isso não ser um entrave à investigação.

Apesar das mais valias apresentadas, não podemos deixar de referir que tem a desvantagem de ser um processo demorado, que poderá causar transtorno no caso de se necessitar de resultados/respostas rápidas. Também o facto de não permitir comunicação não verbal, que normalmente, é uma enorme fonte de informações (Marques e Freitas, 2018).

O processo de implementação e análise do método de Delphi é apresentado por Marques e Freitas (2018, p.394), através dos seguintes passos:

1. *“Escolha do grupo de especialistas.*
2. *Construção do questionário 1.*
3. *Primeiro contato com os especialistas e convite para participação na pesquisa.*
4. *Envio do questionário 1.*
5. *Recebimento das respostas ao questionário 1.*
6. *Análise qualitativa e quantitativa das respostas.*
7. *Construção e envio do questionário 2 com feedback.*

8. *Recebimento das respostas ao questionário 2 e sua análise.*
9. *Envio das seguintes rodadas de questionários, intercalando com as respectivas análises.*
10. *Final do processo e escrita do relatório final”.*

Sendo o método de Delphi um procedimento de validação de conteúdo teórico, tal como acima referido, considerámos necessário associar um procedimento empírico e analítico, designadamente o índice de validade de conteúdo (IVC) proposto por Fehring (1994), para alcançar uma validação mais robusta. Este índice, consiste no cálculo da média ponderada que atribui um peso linearmente mais forte quando o perito concorda com a adequação de um componente diagnóstico. Este cálculo, obtém-se da razão entre o número de peritos que demonstraram concordância e o número total de peritos participantes, índice calculado para cada item individualmente. Para Eganã, Araya, Núñez e Camys (2014), estes dois métodos quando utilizados simultaneamente corroboram-se, pelo que atingem um melhor resultado na validade do conteúdo do instrumento, tornando o processo de validação mais concreto e objetivo.

Tal como o supramencionado, os métodos apresentados pressupõem o recurso a peritos para efetuar a validação de conteúdo. É necessário também, determinar critérios para a seleção dos respetivos peritos, com o objetivo de conferir maior rigor ao processo investigativo, que de seguida apresentamos.

1.2.1. Caracterização do grupo de peritos

A definição da população e amostra é um aspeto preponderante em qualquer tipo de investigação, pois devem representar o público alvo da pesquisa.

Tendo em conta os pressupostos metodológicos, a natureza e objetivo do estudo, a amostra foi constituída por peritos cuja seleção teve por base a experiência profissional e habilitações académicas reconhecidas, constituindo-se um grupo de avaliadores capaz de validar o “Programa Educativo de Comunicação com os Familiares da Pessoa em Situação Crítica”.

Neste sentido, é essencial definir claramente os critérios de seleção dos peritos. Na realidade não existe um consenso sobre qual o perfil mínimo que os deve caracterizar. No

entanto, a experiência clínica e o equilíbrio entre esta e uma formação académica sólida, têm sido apontadas por vários autores como aspetos importantes do perfil dos peritos (Benner; Tanner e Chelsa, 2009).

Relativamente ao tamanho da amostra, muitos estudos apresentam um número reduzido de peritos, alegando tratar-se de uma abordagem metodológica eminentemente qualitativa. Esta justificação é válida, se os especialistas que avaliam a concordância do conteúdo em questão forem efetivamente peritos (Lopes, Silva e Araújo, 2013).

Trata-se portanto, de uma amostragem não probabilística por conveniência, dado que o investigador escolhe de modo intencional os elementos a incluir na amostra.

Perante os pressupostos apresentados, definimos que os peritos do estudo apresentassem pelo menos 2 dos seguintes critérios de seleção:

- Formação em áreas de expertise em cuidados ao doente crítico e/ou comunicação.
- Formação académica ao nível de licenciatura, mestrado ou doutoramento.
- Ter experiência profissional na área do ensino em enfermagem.
- Ter experiência profissional em unidades de cuidados intensivos ou urgências hospitalares.
- Experiência em simulação avançada.

Atendendo aos critérios de seleção supramencionados, foram convidados a integrar o grupo de peritos, profissionais da área da prestação de cuidados de saúde e do ensino superior com experiência em cuidados à pessoa em situação crítica e para os quais a temática da comunicação se constituiu como uma área de interesse pessoal e profissional. O grupo é constituído 9 peritos, maioritariamente do género feminino com 88,9%, e com média de idade de 45 anos (DP 8,9) com um mínimo de 29 anos e máximo de 58 anos. A nível profissional, é constituído por 2 professores do ensino superior, 5 enfermeiros, 1 médico e 1 psicólogo. Apresentam em média 23 anos de tempo de serviço (DP 9,2 anos), com o mínimo de 7 anos e o máximo de 36 anos. Relativamente às habilitações literárias, 4 peritos têm doutoramento, 2 têm mestrado e 3 licenciatura, dos quais 2 encontram-se em fase de conclusão do mestrado, revelando ser um conjunto de peritos de elevado grau académico, o que confere consistência para a obtenção de um consenso fiável (Quadro 9).

Quadro 9 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos Peritos (N=9)

Caracterização sociodemográfica e profissional dos Peritos (N=9)						
	N	%	Média	DP	Min	Máx
Género						
Masculino	1	11,1				
Feminino	8	88,9				
Idade	9	100,0	45	8,9	29	58
Habilitações literárias						
Doutoramento	4	44,4				
Mestrado	2	22,2				
Licenciatura	3	33,3				
Função Profissional Atual						
Professor Ensino Superior - Enfermagem	2	22,2				
Enfermeiro	5	55,6				
Médico	1	11,1				
Psicólogo	1	11,1				
Tempo de serviço	9	100,0	23	9,2	7	36

Todos os peritos desenvolvem ou desenvolverem atividade profissional na área de assistência à pessoa em situação crítica desempenhando funções em unidades tais como: unidade de cuidados intensivos; unidade de cuidados intermédios; serviço de urgência; serviço de cirurgia e serviço de anestesiologia (Apêndice II), o que respeita os critérios de inclusão definidos para o estudo.

Acresce ainda, que vários peritos são também detentores de especialidade na sua área profissional, sendo 3 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 1 especialista em enfermagem de reabilitação, e 1 médico especialista em anestesiologia.

Um dos peritos é mestre na área da comunicação, 3 realizaram a sua dissertação nesta área, na sua atividade profissional quer no ensino quer na prestação de cuidados, desenvolvem projetos/intervenções direcionados para a comunicação, alguns deles especificamente com familiares da pessoa em situação crítica.

Mais se destaca que neste grupo de peritos, 3 deles apresentam experiência em simulação avançada.

Pela caracterização apresentada estamos convictas de que se trata de um grupo de especialistas na temática e nessa perspetiva, as respostas e opiniões foram de grande qualidade e fiabilidade, aspetos fundamentais para percebermos a relevância e representatividade dos itens do conteúdo e assim subsidiar a tomada de decisão e validado o programa educativo.

1.2.2.Procedimento de recolha de dados

A aplicação do método de Delphi realizou-se seguindo as etapas mencionadas por Marques e Freitas (2018). Neste sentido, o procedimento de recolha de dados por nós realizado desenvolveu-se da seguinte forma:

- Definido o objeto em estudo, ou seja, o programa educativo, foi construído o questionário com o objetivo de obter o nível de concordância dos peritos face ao conteúdo. Assim, realizámos o questionário 1 de validação do programa educativo (Apêndice III). Este é composto por uma parte relativa à caracterização dos peritos e outra relativa ao questionário de validação propriamente dito. Este está organizado de acordo com o programa educativo em análise, em que os itens destinados à avaliação do nível de concordância referem-se aos conteúdos de aprendizagem e às metodologias de ensino. Para obtenção de concordância recorreremos a uma escala de likert de 5 pontos, com a seguinte atribuição pontual: 1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Não concordo nem discordo; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente. Concedeu-se também, um espaço para comentários e sugestões no final do questionário. Após elaboração do questionário de validação em suporte informático este foi criado na plataforma de pesquisas on-line Microsoft Forms do Office 365 (2016).
- Seleção do grupo de peritos. Tendo por base os critérios de seleção procurámos profissionais que se enquadrassem no perfil e contactamo-los com o sentido de os convidar a participar como peritos no estudo. O convite foi dirigido a 9 especialistas na área.
- Estabelecido o primeiro contacto com os peritos para a formulação do convite à participação na pesquisa através de telefone e/ou email, informamos também do propósito da sua participação.

- Envio do questionário 1 em formato online juntamente com o programa educativo e os instrumentos do módulo reflexivo, disponibilizados por email aos peritos para o seu preenchimento.
- Os peritos preencheram o questionário de forma anónima e independente.
- Recebimento do questionário 1, cujos dados foram reunidos, organizados e transcritos para quadros, construindo uma base de dados.
- Efetuada análise qualitativa e quantitativa das respostas com base no tratamento estatístico e respetiva interpretação.
- Envio do feedback dos resultados a cada membro do painel de peritos.
- Não foi necessário repetir rondas, uma vez que obtivemos consenso face ao conteúdo do programa educativo na 1ª e única ronda.

1.2.3.Procedimento de tratamento dos dados e análise dos resultados

Efetuada a recolha e organização da informação seguimos para a fase de tratamento e análise de dados.

O tratamento dos dados obtidos a partir do questionário disponibilizado aos peritos, foi efetuado com recurso à análise estatística descritiva, quer dos dados relativos à caracterização dos peritos quer dos dados relativos à avaliação do nível de concordância com o conteúdo do documento em validação. Para a análise estatística utilizou-se a ferramenta informática Microsoft Office Excel 2016.

A avaliação do consenso entre peritos, verifica-se a partir da contabilização da representatividade e relevância das suas avaliações/opiniões. Assim, no estudo procedemos à análise das respostas através do nível de concordância e do cálculo do IVC, contabilizando o nível de concordância entre os peritos em cada item do programa educativo, através da razão entre o número de peritos concordantes (concordo + concordo totalmente) e o número total de peritos.

Para a interpretação dos resultados relativos aos valores de IVC para a validação de conteúdo, sendo do nosso conhecimento que existe falta de consenso sobre este assunto, foi considerado por nós o nível de corte no valor de $IVC \geq 0,78$, defendendo um processo

de avaliação dos itens individualmente, tal como referem Costa Alexandre e Orpinelli Coluci (2011).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE VALIDAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS

O tratamento dos dados provenientes do questionário deu origem a resultados que traduzem a avaliação do “Programa educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica: contexto de simulação”, efetuada pelos peritos. Neste sentido, apresentamos os resultados dessa avaliação através do cálculo do nível de concordância e do IVC (Apêndice IV), com o objetivo de demonstrar a adequação do instrumento ao fim a que se destina.

Os resultados obtidos decorrem, tal como já mencionado no capítulo anterior, de uma única ronda de questionários. Dado que houve consenso entre os 9 peritos que avaliaram o programa educativo inicialmente proposto, verificou-se a sua validação. De seguida, segue o quadro com os cálculos do nível de concordância e IVC referentes a cada item do instrumento em análise, os quais confirmam a validação.

Observando os resultados na sua globalidade, verificámos de imediato que o nível de concordância foi extremamente elevado (100%) na grande maioria dos itens (Quadro 10).

Quadro 10 - Resultados do Questionário de Validação do Programa

Resultados do Questionário de Validação do Programa Educativo (N=9)											
Questões	1 - Discordo totalmente		2 - Discordo		3 - Não concordo nem discordo		4 - Concordo		5 - Concordo totalmente		IVC (4+5)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
I. Módulo teórico											
Conteúdos de aprendizagem											
1.A comunicação com familiares da pessoa em situação crítica - uma intervenção e um desafio para os enfermeiros											
1.1. Comunicar em situações complexas. Comunicar notícias difíceis.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.2. Estratégias comunicacionais no cuidado aos familiares da pessoa em situação crítica.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.3. Algoritmos de comunicação: 4C's ² ; ASCEND ³ ; NURSE ⁴ ; SPIKES ⁵ .	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	8	88,9	0,89
1.4. Competências emocionais: autoconsciência e autorregulação emocional, empatia, gestão das emoções e sentimentos, gestão da emoções/relacionamentos em grupos (Goleman, 2000).	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
1.5. Questões éticas na comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	1,00
Metodologias de ensino											
1. Exposição teórica por peritos	0	0	1	11,1	0	0,0	1	11,1	7	77,8	0,89

2. Análise em grupo de um caso clínico representativo de comunicação entre enfermeiro e familiares da pessoa em situação crítica, com recurso a PBLI ¹ , identificando os conceitos chave da comunicação em situação crítica, com base nas estratégias: "4C's", ASCEND; "NURSE"; "SPIKE	0	0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
II. Módulo de simulação											
Conteúdos de aprendizagem											
1. Princípios comunicacionais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica:											
1.1. Preparar o encontro com os familiares da pessoa em situação crítica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.2. Avaliar a perceção dos familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.3. Auscultar preferências e informações dos familiares	0	0,0	0	0,0	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0,89
1.4. Compartilhar informações clínicas com os familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.5. Avaliar/atender às reações dos familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.6. Gerir as incertezas	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	11,1	7	77,8	0,89
1.7. Compartilhar a tomada de decisões	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
1.8. Resumir/planear	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.9. Atitude/comportamento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.10. Registos de enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
Metodologias de ensino											
1. Simulação											
1.1. Briefing - Visualização de vídeo: uma situação de comunicação inadequada; uma situação de comunicação adequada.	0	0,0	1	11,1	1	11,1		0,0	7	77,8	0,78
1.2. Treino simulado											
1.2.1. <u>Cenário</u> : caso clínico representativo de comunicação do enfermeiro com familiares da pessoa em situação crítica (construído pelo professor).	0	0,0	0	0,0		0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.2.2. <u>Participantes</u> : Grupos de 10 estudantes.	0	0,0	0	0,0	1	11,1	5	55,6	3	33,3	0,89
1.2.3. <u>Formato realístico</u> : Um estudante desempenha o papel de enfermeiro e aplica os conhecimentos e habilidades de comunicação; O papel de familiar, será desempenhado por outro estudante recrutado do grupo; Os restantes estudantes são observadores que serão divididos em 2 grupos, um grupo regista os aspetos positivos e o outro os aspetos negativos para serem apresentados e discutidos no debriefing.	0	0,0	1	11,1	0	0,0	5	55,6	3	33,3	0,89
1.2.4. <u>Moderação</u> : O docente conduz o treino simulado e preenche a Checklist de verificação do desempenho do estudante em simulação que servirá para dar feedback.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	55,6	4	44,4	1,00
1.2.5. <u>Debriefing</u> : Após a simulação, realizar-se-á um momento de esclarecimentos e partilha em que: O estudante é convidado a apresentar de forma crítica e reflexiva o seu desempenho; Os docentes e os estudantes observadores dão feedback do desempenho.	0	0,0	1	11,1	0	0,0	3	33,3	5	55,6	0,89
III. Módulo reflexivo											
Metodologias de ensino											
1. Autorreflexão											
1.1. Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008).	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	1,00

1.2. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008).	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	1,00
1.3. Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
1.4. Autopsicopia sobre a prática simulada (opcional).	0	0,0	0	0,0	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0,89
1.5. Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
Opinião Global sobre Programa Educativo (N=9)											
Questões	1 - Discordo totalmente		2 - Discordo		3 - Não concordo nem discordo		4 - Concordo		5 - Concordo totalmente		IVC (4+5)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Programa adequado face ao fim a que se destina.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
Programa com utilidade face ao fim a que se destina.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
O Programa apresenta clareza de conteúdo.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
O Programa apresenta um processo de avaliação adequado.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	1,00
O Programa apresenta uma estrutura congruente.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00

Os itens que integram o programa educativo, apresentam o IVC=1,00 em 19 itens; 0,89 em 8 itens e 0,78 em 1 item, conferindo a validação do programa educativo, pois lembrando Costa Alexandre e Orpinelli Coluci (2011), nos processos de validação em que o painel de peritos é superior a 6, a validação do objeto em estudo é conferida com taxa de concordância entre os avaliadores não inferior a 0,78.

No que diz respeito à avaliação global, relativamente à opinião sobre a adequação e utilidade do programa, os peritos manifestaram nível de concordância elevado obtendo-se um IVC=1,00, assim como da opinião sobre a clareza do conteúdo, do processo de avaliação e da estrutura do programa, cujo resultado do IVC foi também 1,00. Qualquer desenho de programa deve considerar o equilíbrio de muitos fatores. Pela relevância dos resultados globais alcançados podemos inferir que o programa educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica por nós construído, é variado e equilibrado no que se refere: aos conteúdos, às metodologias de aprendizagem e às estratégias de avaliação, para a consecução dos objetivos de aprendizagem e competências a desenvolver.

De seguida passamos para a apresentação detalhada dos resultados da validação do programa educativo módulo a módulo.

1. Módulo Teórico

No módulo teórico relativamente ao item “Conteúdos de aprendizagem” com o tema “1.A comunicação com familiares da pessoa em situação crítica - uma intervenção e um desafio para os enfermeiros”, dos 5 itens que o compõe, 4 obtiveram um IVC=1,00, e 1 obteve IVC=0,89, respetivamente: “1.1. Comunicar em situações complexas - Comunicar notícias difíceis”; “1.2. Estratégias comunicacionais no cuidado aos familiares da pessoa em situação crítica”; “1.4. Competências emocionais: autoconsciência e autorregulação emocional, empatia, gestão das emoções e sentimentos, gestão da emoções/relacionamentos em grupos (Goleman, 2000)”; “1.5. Questões éticas na comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica”; “1.3. Algoritmos de comunicação: 4C’s; ASCEND; NURSE; SPIKES” (Apêndice IV).

O resultado relativo às metodologias de ensino utilizadas no módulo teórico apresentou um IVC=1,00 no item “2. Análise em grupo de um caso clínico representativo de comunicação entre enfermeiro e familiares da pessoa em situação crítica, com recurso a PBLI, identificando os conceitos chave da comunicação em situação crítica, com base nas estratégias: 4C’s, ASCEND; NURSE; SPIKE” (Apêndice IV). De facto, a concordância dos peritos sobre este aspeto espelha a importância de estimular os estudantes a treinar a capacidade de mobilização de conhecimentos das múltiplas áreas de estudo ao longo da vida, a capacidade de refletir e a pensar criticamente sobre o tema, são no fundo habilidades cognitivas fundamentais para o desenvolvimento de competências comunicacionais.

Relativamente ao item “1. Exposição teórica por peritos” obteve o IVC=0,89, por isso considera-se validado. No entanto, também obteve a discordância por parte de um dos peritos e apesar de uma não concordância não colocar em causa a validação do instrumento, considerámos ser um aspeto para futuramente ser objeto da nossa reflexão. Um estudo de validação não é meramente quantitativo, a análise qualitativa dos resultados terá sempre que ser tomada em consideração. Por vezes, são as pequenas pistas que fazem com que os processos, neste caso pedagógicos, se desenvolvam cada vez mais, num processo de melhoria contínua.

II. Módulo de simulação

Os conteúdos de aprendizagem que integram o módulo de simulação do programa educativo dizem respeito às etapas de uma comunicação eficaz e humana de apoio aos familiares durante a hospitalização dos entes queridos em situação crítica. Assim estes conteúdos e os respetivos IVC são: “1.1. Preparar o encontro com os familiares da pessoa em situação crítica” (IVC=1,00); “1.2. Avaliar a perceção dos familiares” (IVC=1,00); “1.3. Auscultar preferências e informações dos familiares” (IVC=0,89); “1.4. Compartilhar informações clínicas com os familiares” (IVC=1,00); “1.5. Avaliar/atender às reações dos familiares” (IVC=1,00); “1.6. Gerir as incertezas” (IVC=0,89); “1.7. Compartilhar a tomada de decisões” (IVC=1,00); 1.8. “Resumir/planear” (IVC=1,00); “1.9. Atitude/comportamento” (IVC=1,00); “1.10. Registos de enfermagem” (IVC=1,00) (Apêndice IV). Verificámos, que o IVC é extremamente elevado em todos os itens.

Relativamente à metodologia de ensino para treino de competências comunicacionais, os peritos mostraram um nível de concordância elevado quanto à pertinência do recurso à simulação. No que se refere ao item “1.1. Briefing - Visualização de vídeo: uma situação de comunicação inadequada; uma situação de comunicação adequada” com IVC=0,78, apesar de conferir validação, foi contudo o item que obteve menor pontuação (Apêndice IV).

No que toca ao item “1.2. Treino simulado”, foi avaliado segundo os subitens que o compõe, designadamente: “1.2.1. Cenário” com IVC=1,00; “1.2.2. Participantes” com IVC=0,89; “1.2.3. Formato Realístico” com IVC=0,89; “1.2.4. Moderação” com IVC=1,00 e “1.2.5. *Debriefing*” com IVC=0,89 (Apêndice IV).

III Módulo reflexivo

Com o culminar de um processo de ensino-aprendizagem completo, o programa educativo integra um último módulo direcionado para a autorreflexão e que tem como objetivo: “Integrar os conhecimentos e habilidades comunicacionais adquiridos ao longo do processo formativo, que permita identificar problemas de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica, bem como intervir de forma adequada, organizada e sustentada” (Apêndice V).

Relativamente aos itens que integram o módulo de autorreflexão, os peritos avaliaram-nos com elevado grau de concordância da seguinte forma: “1.1. Questionário regulação

emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008)” com IVC=1,00; “1.2. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008) com IVC=1,00; “1.3. Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação” com IVC=1,00; “1.4. Autospécopia sobre a prática simulada (opcional)” com IVC=0,89; “1.5. Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação” com IVC=1,00 (Apêndice IV).

Com o intuito de explorar e dar resposta a estas dificuldades e reações emocionais negativas é fundamental que qualquer abordagem formativa integre no seu programa atividades que possibilitem a autorreflexão sobre a ação, para que cada um individualmente identifique os seus problemas e possa traçar estratégias para os ultrapassar.

Neste sentido, o programa educativo que construímos (Apêndice V) integra a “Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação” (Apêndice VI) que, juntamente com a “autospécopia”, são instrumentos que permitem a identificação das lacunas a nível das habilidades técnicas e cognitivas. Integra também o “Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins, 2008)” (Anexo II) e a “Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins, 2008)” (Anexo III), instrumentos que têm como objetivo a auto-avaliação do estudante relativamente ao processo emocional resultante da experiência vivida durante o treino simulado de comunicação com familiares.

Por último, consideramos pertinente a inclusão do “Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação” (Apêndice VII), uma orientação que em nosso entender, ajuda o estudante a ter maior capacidade para estabelecer um plano de melhorias no processo comunicacional com os familiares da pessoa em situação crítica, atendendo ao autoconhecimento das respostas emocionais e sentimentais, assim como dos pontos fortes e fracos.

Do ponto de vista global, o programa apresentado obteve consenso total entre os peritos considerando que apresenta clareza de conteúdo, estrutura congruente e processo de avaliação adequado, considerando-o ainda adequado e útil face ao fim a que se destina.

Os peritos apresentaram como sugestões (Apêndice VIII):

- Incluir no programa uma estratégia que permita identificar o familiar com quem se vai estabelecer a comunicação, uma vez que será mais difícil estabelecê-la com a família no global;
- O *briefing* deve especificar as etapas do treino simulado, o que se espera dos participantes, dar a conhecer o espaço, incluindo diferenças entre o cenário simulado e o ambiente real e deve ainda, terminar com informações sobre o cenário que irá decorrer (por exemplo qual o diagnóstico da pessoa em situação crítica, com que familiares vão falar, sobre o quê, etc.);
- Permitir flexibilidade do programa educativo e das opções metodológicas em função do grupo;
- Permitir rotação de papéis, "enfermeiro" e "familiar" na simulação entre os elementos do grupo;
- Grupos mais pequenos;
- Discussão final das experiências e das reflexões sobre as experiências;
- Estratégia de *debriefing* estruturado com os observadores a apresentar e comentar apenas dos aspetos positivos.

Na verdade, um programa educativo misto com recurso à simulação no âmbito do desenvolvimento de competências comunicacionais irá constituir-se num guia estruturado que irá permitir o enfermeiro saber como, quando e o que falar, com os familiares da pessoa em situação crítica, no estabelecimento de um verdadeiro processo comunicacional efetivo.

De seguida passamos à discussão dos resultados.

3.DIUSSÃO DOS RESULTADOS DE VALIDAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS

O ensino de enfermagem com recurso à simulação é considerado pelos peritos como fundamental, na medida em que promove no estudante habilidades através da experiência a nível prático para lidar com situações de grande complexidade, empoderando-os e desenvolvendo o seu pensamento analítico e crítico.

Acreditando que o ensino de enfermagem deve desenvolver nos seus estudantes uma atitude de empatia de forma a diminuir o risco de cuidados dirigidos para a doença e não para a pessoa enquanto sujeito de cuidados, tal como defende Vanlaere et al (2010), ao mencionar que o ensino de simulação deve estimular e criar empatia nos profissionais de saúde durante o seu processo de formação.

O programa educativo por nós construído, no que se refere *módulo teórico*, teve como pressuposto que o cuidado com os familiares da pessoa em situação crítica envolve habilidades de comunicação complexas, cujo desenvolvimento depende de conhecimentos sólidos sobre: autoavaliação, gestão de emoções do familiar e das suas próprias emoções, o domínio da informação e de estratégias comunicacionais, apropriados à pessoa e à sua circunstância.

Assim, a existência de programas educativos/formativos estruturados e específicos na área da comunicação com familiares da pessoa em situação crítica representam um aporte muito significativo na aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais dos estudantes/enfermeiros. Estamos convictas da sua pertinência, pois globalmente a comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na área da saúde, uma vez que desta depende da recolha de informação sobre as queixas da pessoa doente/família, a sua perspetiva sobre a doença/tratamento, assim como dos sentimentos desencadeados pela situação. Como referem Frias, Amaro e Santos (2013), em situações críticas devido ao contexto extremamente preocupante, a comunicação fica muito afetada para: o profissional de saúde que “corre contra o tempo”, o doente que se encontra em situação crítica e a família que enfrenta o medo das consequências. Neste sentido, a comunicação como cuidado de enfermagem deveria constituir-se um relacionamento

terapêutico, entendido como um processo interativo, envolvendo afinidade, compreensão e aceitação entre o enfermeiro, pessoa doente e família.

Relativamente às metodologias de ensino utilizadas no módulo teórico, considerámos ser essencial ajustar os métodos pedagógicos ao desenvolvimento de competências comunicacionais dos enfermeiros, requerendo modelos construtivistas em que o estudante é responsável pela construção da sua aprendizagem, em que o recurso ao estudo de caso estimula o trabalho em grupo, gestão de tarefas, troca de experiências entre os participantes, pesquisa de seleção de informação, atitude crítica e reflexiva.

De certa forma, a metodologia de resolução de casos, permite que o conhecimento de cada um se desmultiplique por todo o grupo concretizando soma de aprendizagens, gerando maior segurança e confiança na resolução de problemas futuros. Fazendo analogia ao que refere Santos (2009) “a participação nas atividades de educação pelos pares, é geradora de estados emocionais positividade satisfação pessoal e de bem-estar.

Efetivamente, a dimensão comunicacional, componente essencial para a prática de cuidados, deve ser focada pelos professores do ensino de enfermagem como uma dimensão que deve ser treinada, de forma a que o estudante/enfermeiro esteja preparado para o diálogo com a pessoa doente, família e equipa de saúde, especialmente em situações críticas.

Também, a literatura demonstrou que a simulação é uma excelente estratégia para a resolução de problemas e desenvolvimento de competências, num ambiente seguro e controlado.

O módulo prático de simulação trata-se de um ponto de grande relevância no programa educativo, uma vez que o módulo prático vem completar o módulo teórico. Promove a mobilização dos conteúdos teóricos para o campo do fazer, e treino de habilidades cognitivas, técnicas, afetivas. Tal como referem Meakim Collen et al (2013), a simulação é uma metodologia que utiliza estratégias variadas para promover, melhorar ou validar conhecimentos dos formandos por meio da aprendizagem baseada na experiência.

No nosso programa educativo, a simulação vai possibilitar ao estudante/enfermeiro realizar o treino de competências comunicacionais num ambiente altamente realístico que vai permitir aplicar os conhecimentos obtidos no módulo teórico e aprendizagens ao longo

da vida, treinar habilidades técnicas, fomentar o pensamento crítico, ajudar a lidar com emoções, sentimentos, valores e atitudes, capacitando para lidar com os múltiplos desafios e situações-problema que enfrentam nos contextos da prática. Para Dal Sasso et al (2015) a aprendizagem desenvolvida através da simulação ocorre ao nível de três componentes interdependentes: o domínio cognitivo, psicomotor e afetivo.

Os conteúdos de aprendizagem que integram o módulo de simulação do programa educativo dizem respeito às etapas de uma comunicação eficaz e humana de apoio aos familiares durante a hospitalização dos entes queridos em situação crítica, designadamente: preparar o encontro com os familiares da pessoa em situação crítica; avaliar a perceção dos familiares; auscultar preferências e informações dos familiares; compartilhar informações clínicas com os familiares; avaliar/atender às reações dos familiares; gerir as incertezas; compartilhar a tomada de decisões; resumir/planear; atitude/comportamento; registos de enfermagem.

De facto, há um consenso generalizado sobre o que é comunicar em contextos complexos dirigidos à pessoa em situação crítica, unanimemente acredita-se que não se esgota na simples recolha ou transmissão de informação. Na verdade, é muito mais que isso, há todo um conjunto de habilidades que vão desde a preparação do encontro, saber auscultar a pessoa, saber como gerir as emoções e sentimentos, saber como se comportar, saber o que informar, e saber o que registar. Competências que têm de ser aprendidas e treinadas, para o desenvolvimento de uma comunicação assertiva.

O sucesso da simulação, qualquer que seja a estrutura e o formato, depende sempre de um bom planeamento. Este deve incluir um cenário de elevado grau de realismo, a utilização de guiões e/ou protocolos pré-estabelecidos, moderadores competentes e *Debriefing* estruturado (Sasso et al. 2015; KaneKo e Lopes, 2019).

No presente estudo, relativamente à metodologia de ensino para treino de competências comunicacionais, o *Briefing* sendo uma estratégia que serve como um guia para a execução de um plano de ação, é neste contexto formativo um documento (vídeo) sucinto e objetivo, que servirá como material de consulta para orientar o treino simulado sobre comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica. Sendo uma etapa da simulação que nem sempre se realiza, é considerado por nós e pelos peritos do estudo, uma etapa relevante, na medida em que orienta os estudantes/enfermeiros para aquilo que vão experienciar.

Para KaneKo e Lopes (2019), o *Briefing* é uma boa prática para iniciar a simulação que tem como objetivo esclarecer os estudantes e profissionais sobre qual será a estratégia de simulação a ser usada e os recursos disponíveis, pelo que consideram que deverá fazer parte do programa de treino simulado. Os mesmos autores, acrescentam que criar um ambiente favorável e interativo depende da habilidade do facilitador que integrado à metodologia da simulação realística, compreende o erro como uma oportunidade de melhoria e exercita o seu papel de facilitador do grupo. Elaborar vídeos com instruções sobre simulação, contribuem para maior interação entre o grupo, diminuindo resistências à participação na atividade (KeneKo e Lopes; 2019).

No que toca ao Treino simulado, o cenário é uma parte integrante e fundamental para o planeamento e organização dos cursos de formação profissional em simulação realística em saúde (Kaneko e Lopes (2019), ao qual nós acrescentamos, para a organização e planificação de qualquer evento ou programa formativo. Relativamente ao cenário, neste estudo, preconizamos a construção de um caso clínico representativo de comunicação do enfermeiro com familiares da pessoa em situação. Corroborando KaneKo e Lopes (2019), o cenário enquanto aspeto fundamental da simulação realística na área da saúde, é importante que se crie ambientes baseados em casos da vida real para treinar quer habilidades técnicas quer não técnicas.

Salientamos ainda, que durante a realização de treinos simulados considerámos os seguintes aspetos: o tipo e números de participantes, o formato realístico que estabelece a atribuição papéis a cada um dos participantes dentro da simulação e a moderação, aspetos que devem ser sempre clarificados e constar da planificação da simulação, pois assumem grande importância na operacionalização desta estratégia pedagógica, algo consensual entre os peritos patente no nível de concordância obtido. Num estudo realizado por Oliveira et al (2018), com objetivo de relatar a experiência da operacionalização da simulação clínica como estratégia pedagógica em uma disciplina de um curso de graduação em enfermagem, verificaram que aspetos como papel do professor, preparação dos “pacientes simulados”, logística, equipamentos, foram alvo de intervenção e mudança pela relevância que tinham para a obtenção dos melhores resultados.

Debriefing é a derradeira etapa do treino simulado. “É a atividade que ocorre posteriormente à experiência da simulação; realizada pelo professor facilitador onde os

participantes têm a oportunidade de refletir e discutir, encorajar-se e ter retorno da experiência, de sua performance, considerando vários aspetos que ocorreram na simulação” (Dal Sasso, 2015, p.5).

No programa educativo em discussão, preconiza um *Debriefing* em que: o estudante é convidado a apresentar de forma crítica e reflexiva o seu desempenho e os docentes moderadores e os estudantes observadores dão feedback do desempenho. Neste sentido, arriscamo-nos a dizer que este será o momento mais importante do treino simulado, perfilhando da opinião de Oliveira et al (2018), quando referem que o *Debriefing* é a momento chave da simulação clínica em que o formando analisa a sua intervenção, reflete sobre ela e compreende o que falta para que a competência seja totalmente obtida. Estamos convictas de que as reflexões, tanto com o professor moderador, como com os restantes participantes, depois do treino simulado, muito contribuirão para a resolução de determinadas imperfeições a nível da gestão do tempo e emoções, na apropriação de conceitos e habilidades técnicas, num processo contínuo e evolutivo na aquisição de competências comunicacionais.

Para qualquer processo de ensino-aprendizagem de sucesso, é primordial que o estudante/enfermeiro seja motivado à reflexão aprofundada sobre a ação, para a autoperceção de lacunas nos conteúdos e conceitos abordados, pontos fortes e fracos e a interpretação dos sinais internos que induzem a perceção do estado emocional. Tudo isto, para que possa escrutinar e identificar os pontos onde deve investir de forma a permitir uma transformação, operando assim, a efetiva aquisição de competências.

Neste sentido, como o culminar de um processo de ensino-aprendizagem completo, o programa educativo integra um último módulo, *Módulo reflexivo*, direcionado para a autorreflexão.

Os itens que integram o módulo de autorreflexão são: Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008); Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008); Cheklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação; autospcoia sobre a prática simulada (opcional); Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação. São instrumentos que

permitem a identificação das lacunas a nível das habilidades técnicas, cognitivas e emocionais.

Os cuidados em contextos clínicos complexos direcionados à pessoa em situação crítica e familiares, reais ou simulados, geram na grande maioria das vezes uma resposta emocional no estudante. Comunicar com os familiares nesta circunstância a vivenciam momentos de grande stress, ansiedade e sofrimento é difícil e complexo, em que os estudantes experienciam dificuldades nas habilidades técnicas, mas também ansiedade, falta de confiança, insegurança, entre outras.

Num estudo realizado por Borges (2015), sobre a comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos, verificou que existem diversos fatores que interferem de forma positiva e negativa no processo de comunicação enfermeiro-família, dos quais alguns relacionam-se com o enfermeiro devido a: falta de disponibilidade; dificuldade em adequar a informação; dificuldade em avaliar as necessidades do familiar; postura defensiva; comunicação de más notícias; falta de conhecimento sobre o doente e o âmbito da informação. O estudo revelou ainda, que grande parte dos enfermeiros entrevistados considerou que o teor da informação tal como a comunicação de notícias difíceis sobre a situação clínica da pessoa doente dificulta o processo comunicacional com os familiares, gerando sentimentos, desconforto e ansiedade, conduzindo a mecanismos de fuga na comunicação, por se sentirem ineficientes no apoio à família, procurando protegerem-se através do distanciamento e evitação de interação os familiares.

Realça-se ainda que existe uma necessidade cada vez maior de explorar sentimentos e emoções provocadas pelo confronto com o sofrimento do Outro, pois tal como refere Vaz (2009), aprofundar a relação entre a capacidade de diferenciação emocional, relacionada com uma maior ativação do conhecimento relativo às emoções e a eficácia das estratégias de regulação emocional utilizadas. Efetivamente, sabermos com exatidão o que estamos a sentir, permite o acesso não só a informação sobre a significância da situação, mas também a estratégias de coping a utilizar.

As sugestões de melhoria apresentadas pelos peritos serão tidas em conta na aplicação do programa educativo. Trata-se de um programa educativo flexível e dinâmico que permite o aperfeiçoamento/ajuste sempre que necessário para o alcance de uma comunicação eficaz, fundamental para a qualidade dos cuidados. Tal como refere Martins et al (2014), a

simulação realística pode ser um recurso para melhorar a comunicação entre enfermeiro, pessoa doente e família, fundamental para a qualidade dos cuidados designadamente na obtenção de informação para a história da pessoa doente e avaliação do estado clínico, gerir as necessidades emocionais.

Em suma, o programa educativo que integre a simulação como estratégia de ensino promove a aprendizagem respondendo às necessidades de aquisição e gestão de padrões de alta qualidade na prática clínica, mas, para isso, é necessário que os currículos no âmbito da comunicação garantam a otimização do uso desta metodologia para o desenvolvimento de forma individualizada e em ambiente seguro aprendizagens ao nível da área cognitiva, afetiva e psicomotora.

Programas mistos, onde teoria e prática convivem lado a lado, favorece o crescimento experiencial dos enfermeiros, uma vez que fornece uma aprendizagem realística sobre gestão da comunicação com familiares em contextos clínicos vocacionados para o atendimento da pessoa em situação crítica.

Daqui se depreende que o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, ocupa um papel de relevo para o desenvolvimento de uma abordagem interativa eficaz para o treino de habilidade de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica em unidades consideradas de alta complexidade.

CAPÍTULO 4: CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Nos dias de hoje focarmo-nos em cuidados de saúde de qualidade, exige considerar a competência comunicacional do profissional de saúde e do estudante uma dimensão relevante para a melhoria da qualidade de vida na doença.

Diante da pessoa em situação crítica e família, o profissional de saúde confronta-se com situações de grande complexidade, na medida em que, é uma etapa que exige conhecimento, eficiência e eficácia para uma prestação de cuidados multidimensionais.

Uma comunicação eficaz permite a imprescindível coordenação entre a equipa de saúde, a família e a pessoa doente reduzindo o stress gerado na prática clínica.

Pelos resultados do estudo, podemos constatar, que os profissionais de saúde reconhecem que a pessoa em situação crítica e família necessita de cuidados adequados às reais necessidades, para isso defendem, que é fundamental o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e família. Enfatizam os estudos da RSL que comunicar é um processo complexo e multidimensional que exige a combinação de vários fatores, nomeadamente, competências/habilidades a nível organizativo, cognitivo, socio-afetivo e na mobilização de recursos. Reconhecem que a participação em programas de simulação, favorece o desenvolvimento de habilidades organizativas para estabelecer uma comunicação eficaz e eficiente e como tal, poder proporcionar o máximo possível de conforto e bem-estar físico, psicológico, social e espiritual ao doente e sua família.

De seguida passamos a apresentar as conclusões com maior expressividade relativas à Fase I - RSL:

- A participação em programas de simulação, ajuda a desenvolver habilidades organizativas, cognitivas e socio-afetivas.
- Há necessidade de os programas formativos apostarem no desenvolvimento de competências a nível da intervenção de cuidados espirituais ao familiar da pessoa em situação crítica e que pode ser alcançado através do desenvolvimento de habilidades comunicacionais.

- **A prática simulada constitui-se num modelo essencial de ensino-aprendizagem que permite ao estudante adquirir mais confiança**, na medida em que, permite anteciper, observar de forma holística, alargar situações reais por meio de experiências interativas dirigidas.
- **Possuir habilidade organizativa** é reconhecido como fulcral para o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e família, potenciando assim, o uso eficiente do tempo e uma comunicação efetiva.
- É fundamental assegurar as **questões ético-jurídicas relativas à ressuscitação cardiorrespiratória**, mas para isso é cada vez mais necessário uma maior e melhor comunicação com a pessoa doente/família.
- Estabelecer uma comunicação empática implica o desenvolvimento de uma **atitude empática** que não ocorre apenas da experiência prática, mas exige treino em contexto académico, de forma a dar respostas adequadas numa fase em que o familiar experiencia uma variabilidade de emoções, sentimentos, dificuldades, necessidades e preocupações.
- O Relacionamento interpessoal depende da facilidade que a pessoa tem para comunicar aos outros seus sentimentos e necessidades.
- Saber transmitir notícias difíceis exige o desenvolvimento de competências, ao nível de uma comunicação terapêutica com os familiares da pessoa em situação crítica, nomeadamente, sensibilidade, aliança, confiança, disponibilidade, empenho e dedicação.
- Possuir confiança é essencial para estabelecer uma comunicação assertiva, mas para isso, o profissional de saúde terá que saber interpretar a mensagem emitida através da comunicação não verbal.
- Cuidados de qualidade requerem que o profissional de saúde saiba clarificar e consensualizar objetivos, saiba avaliar a compreensão da família quanto à situação e determinar meta de cuidados; saiba discutir questões religiosas e espirituais. Para isso, é necessário que o profissional de saúde desenvolva competências em seis domínios centrais: lidar com as próprias crenças, dirigir um assunto, colher informação, discutir e planear, providenciar e avaliar e integrar no plano de ação.

- Desenvolver competências comunicacionais multidimensionais exige que o profissional de saúde saiba **reconhecer as emoções** e explorar de forma compreensiva os desejos/vontades da pessoa doente e familiares.
- Uma comunicação eficaz e eficiente diminui o isolamento, a incerteza e os medos do familiar, favorecendo a sua capacidade de adaptação e o alcance de objetivos conjuntos.

De seguida passamos a apresentar as conclusões com maior expressividade relativas à Fase II - Construção e validação do programa educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação:

- O estudo teve a participação de 9 peritos, maioritariamente do género feminino média de idade de 45 anos, com um mínimo de 29 anos e máximo de 58 anos, com formação avançada e o tempo de serviço oscila entre os 7 os 36 anos.
- A existência de programas educativos/formativos estruturados e específicos na área da comunicação com familiares da pessoa em situação crítica **representam um aporte muito significativo na aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais dos estudantes/enfermeiros.**
- A concordância dos peritos relativa às metodologias de ensino do módulo teórico realça a importância de estimular os estudantes a treinar a capacidade de mobilização de conhecimentos das múltiplas áreas de estudo ao longo da vida, a capacidade de refletir e a pensar criticamente sobre o tema, são no fundo habilidades cognitivas fundamentais para o desenvolvimento de competências comunicacionais.
- Ajustar os métodos pedagógicos ao desenvolvimento de competências comunicacionais dos enfermeiros, requer modelos construtivistas em que o estudante é responsável pela construção da sua aprendizagem.
- **O conteúdo de aprendizagem em simulação para treino comunicacional deve integrar conjunto de habilidades que vão desde a preparação do encontro, saber auscultar a pessoa, saber como gerir as emoções e sentimentos, saber como se comportar, saber o que informar, e saber o que registar.**

- Na simulação o Briefing é uma estratégia que serve como um guia para a execução de um plano de ação.
- O treino simulado deve incluir: Cenário, Participantes, Formato Realístico, Moderação, *Debriefing*.
- O *Debriefing* é o momento crucial da simulação em que estudante analisa/reflete a sua intervenção de forma crítica, identificando lacunas e potencialidades para aquisição das competências comunicacionais.
- O programa educativo deve integrar estratégias que possibilitem ao estudante a autorreflexão sobre a ação, para que cada um individualmente identifique os seus problemas e possa traçar estratégias para os ultrapassar.
- O programa educativo que integre a simulação como estratégia de ensino promove aprendizagem respondendo às necessidades de aquisição e gestão de padrões de alta qualidade na prática clínica.

Em jeito de conclusão final, cuidar do familiar da pessoa em situação crítica implica o estabelecimento de uma comunicação/interação verdadeira e para isso necessita de recorrer a um sistema integrado de competências comunicacionais e relacionais para aceder com profundidade ao mundo íntimo dos familiares.

Programas educativos mistos, onde teoria e prática se articulam, favorece uma aprendizagem realística onde o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume destaque nos processos de ensino-aprendizagem em contextos clínicos que visam a assistência à pessoa em situação crítica e seus familiares. Estes, exigem intervenções multidimensionais onde a comunicação ocupa o foco central para a qualidade de cuidados que se requerem cada vez mais humanizados.

Sem prejuízo das conclusões que este estudo assinala, identificámos algumas limitações designadamente a escassez de tempo para: efetuar a aplicação do questionário de validação a um maior número de peritos de forma a robustecer a validação do programa educativo e efetuar nova ronda para explorar os itens que obtiveram menor grau de concordância, apesar de na globalidade terem sido validados como mostram os resultados apresentados.

Perspetivas futuras

Aplicar o programa em contexto académico a nível da formação graduada e pós-graduada.

Aplicar o programa em contexto da prática clínica e criar espaços de discussão crítica e reflexiva no seio da equipa de saúde de forma a desenvolver competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica.

Os profissionais de saúde, e nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, necessitam de incorporar uma abordagem multidimensional nas questões comunicacionais.

A existência de elementos da equipa de enfermagem com especialidade em médico-cirúrgica com competências comunicacionais será preponderante para a dinamização na implementação de intervenções promotoras da minimização do sofrimento.

Finalmente parece podermos afirmar que a chave da **abordagem humanista de cuidados em contextos críticos passa pela implementação do Programa educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação.**

Sugerimos a aplicação do programa educativo em contexto académico da área da saúde e respetiva avaliação da sua implementação, com o objetivo de aferir a sua aplicabilidade e eficácia de forma a poder replicar a sua utilização e difundir boas práticas comunicacionais baseada nas evidências científicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS GERAIS

ALMEIDA, C. P. B.; GOULART, B.N. G. - Como minimizar vieses em revisões sistemáticas de estudos observacionais. **Rev. CEFAC** [Em linha]. vol.19, n.4, (2017), pp.551-555. [Consult 27 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000400551&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/1982-021620171941117>.

ANTUNES, Marcelo - Técnica Delphi: metodologia para pesquisas em educação no Brasil - **Rev. Educação PUC-Campinas**, Campinas. Vol 19, nº1 (jan./abr., 2014), p.63-71

APÓSTOLO, J. - **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência**. Coimbra. 2017. ISBN 978-989-99426-5-3

ARAÚJO, Mónica; SILVA, Maria Júlia - Conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. Vol. 21, nº1 (Jan-Mar 2012), p.121-129. ISSN 0104-0707 ISSN 1980-265X

AROMATARIS E.; MUNN, Z. (Editores) - **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020a). [Consult 27 Dez 2021] Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global> . <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01> ISBN: 978-0-6488488-0-6

AROMATARIS, E; MUNN, Z. - **JBIM Systematic Reviews**. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020b). [Consult 27 Dez 2021] Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>.. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>

ARRIAGA, M.A.T. - **O impacto do evento na resposta ao trauma**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2018. Tese de Doutoramento em Psicologia.

BAILE, WK; BUCKMAN, R, LENZI, R; GLOBER G; BEALE EA; KUDDELKA AP. – SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**. Vol5, nº4, (2000), p.302-11. Disponível em doi: 10.1634 / theoncologist.5-4-302

BENNER, P; TANNER, C; CHESLA, C. - **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 0-8261-8700-5 (HB)

BORGES, D.R.O. - **A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos**. Viana do Castelo: IPVC-ESS, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

BRIGA, S.C.P. - **A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente**. Porto: Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado.

CABETE, D.S.G. [et al.] - Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** [Em linha]. SerIV, nº20 (2019), [Consult 16 de abr. 2020], p.129-138. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000100014&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0874-0283.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV18062>.

CAHILL, Philippa [et al.] - What is the evidence for conducting palliative care family meetings? A systematic review. **Palliat Med.** [Em linha]. Vol 31, nº3 (2017), p.1-15
Disponível em. DOI: [10.1177 / 0269216316658833](https://doi.org/10.1177/0269216316658833)

CAMPBELL, ML. - **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem.** Porto Alegre(RS): MCGRAW-HILL. 2011. ISBN: 9788563308948

CHAHUÁN-JIMÉNEZ, K. - Evaluación cualitativa y gestión del conocimiento. **Educación y Educadores.** [Em linha]. Vol. 12, Nº3 (2009) .[Consult em 16 jul. 2020]. Disponível em <https://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/index>

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos Novos Tempos.** 3ª Edição - Ed. Manole. 2014. Cód: 6801225

COOMBS, W. T. The value of communication during a crisis: Insights from strategic communication research. **Business Horizons.** [Em Linha]. Vol58, nº2 (2015), p. 141-148. Disponível em DOI: 10.1016/j.bushor.2014.10.003

CORIOLOANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; RUIZ-MORENO, Lidia; LIMA, Luciane Soares de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.** [Em Linha]. vol.23, n.4 (2014), p.1356-1369. [Consult 10 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1290.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>.

CORREIA, Maria da Conceição B. - **Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI.** Lisboa: Universidade de Lisboa. 2012. Doutoramento em Enfermagem.

COSTA, Cátia Isabel Andrade Botelho. **Simulação clínica em Portugal: A realidade dos centros de simulação e percepção dos seus principais stakeholders.** [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, 2017. Dissertação Mestrado em Gestão da Saúde. [Consult em 11-8-2020]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/34143/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20C%C3%A1tia%20Costa.pdf>

COSTA, RROC [et al] - O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde enfermagem: uma reflexão académica. **Revista Espaço para a Saúde.** Vol16, nº1 (2015), p.59-65. E-ISSN: 1517-7130. Doi: 10.22421/1517-7130/es

COSTA ALEXANDRE, Neusa Maria; ORPINELLI COLUCI, Marina Zambon - Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva.** vol. 16, nº7 (jul, 2011), pp. 3061-3068

DAL SASSO, Grace Marcon, et al - **Guia metodológico para simulação em enfermagem – CEPETEC.** [Em Linha]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. 2015. [Consult 9 mai 2021]. Disponível

em <https://nfr.ufsc.br/files/2015/11/GUIA-METODOL%C3%93GICO-PARA-SIMULA%C3%87%C3%83O-EM-ENFERMAGEM-CEPETEC.pdf>

DAS, Veena - **Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press. 1996. ISBN 0195640527, 9780195640526

DERMANI, Dantien Bezerra; GARBUIO, Danielle Cristina; CARVALHO, Emília Campos de. - Conhecimento, aplicabilidade e importância atribuídos por graduandos de enfermagem às estratégias comunicativas terapêuticas. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. vol.73, nº6 (2020), [Consult 26 mar. 2021]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000600168&lng=en&nrm=iso>. Epub Aug 10, 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0411>.

DGEC, Direção-Geral da Educação e Cultura – **Euribase. O sistema educativo em Portugal, 2005/6**. Comissão Europeia. 2007. [Em linha]. [Consult 10-8-2020]. Disponível em file:///C:/Users/User/Downloads/educ_portugal_eurydice.pdf

Dias, Maria Olívia - Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**. [Em linha]. vol 19, (2011), 139-156. [Consult 14 abr 2020]. Disponível em http://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf

DOS REIS BELLAGUARDA, Maria Lígia [et al.] - Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. **Esc. Anna Nery** [online]. vol.24, n.3 (2020). [Consult 27 abr. 2021], e20190271. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300211&lng=pt&nrm=iso>. Epub 27-Abr-2020. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0271>.

DUARTE, Sérgio Lima - **Os impactos do modelo tradicional de ensino na transposição didática e no fracasso escolar**. [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. 2018. Dissertação de Mestrado em Educação: Docência e Gestão da Educação. [Consult em 11-8-2020] disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6624/1/DM_S%C3%A9rgio%20Martins%20Duarte.pdf

EGANÃ, M.; ARAYA, S.; NÚÑEZ, M.; CAMUS, M. - Métodos ótimos para determinar validade de conteúdo. **Educação médica superior**. [Em linha]. vol 28, nº3, (2014). Disponível em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014

FAVA, R. - **Educação 3.0: Aplicando o Pdca nas instituições de ensino**. São Paulo: Saraiva. 2014. Cód: 7023197

FEHRING, R. - **Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference**. M. P. Rose Mary Carroll-Johnson, Ed. San Diego: Lippincott. 1994. ISBN 0397550111, 9780397550111

FERREIRA, C; Carvalho JM, Carvalho FLQ. **Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde**. In: Anais do II Seminário de tecnologias aplicadas a educação e saúde. Salvador. 2015

FERREIRA, Marco. Ensino e aprendizagem no ensino superior. **Rev. Arquipélago**. Instituto Universitário dos Açores. Vol 12 (2011), p.121-144

FIGUEIREDO, Maria H.- **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**. Loures: Lusociência, 2012. 183p. ISBN: 978-972-8930-83-7.

FORTIN, MF - Fundamentos e etapas de investigação. Lisboa: Lusodidata, 2009. ISBN: 9789898075185

FRIAS, Ana; AMARO, Bruno; SANTOS, Sandra - Comunicação Enfermeiro-Família-Doente Crítico. I Jornadas de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes. Beja. Comunicação Enfermeiro-Família-Doente Crítico.2013

GIL, Antônio Carlos. **Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2016. ISBN: 9788597003901

ICN, International Council of Nurses - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)** - Versão 1. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2006

JONES, F. et al - Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. **Principles and Practice of Clinical Research**. vol2, nº1 (2015), p.56–63

KEMP, C. - **Spiritual Care Interventions**. In: Ferrel BR, Coyle N. Textbook of Palliative Nursing. 2a ed. New York(USA): Oxford University Press, 2006. p.595-604

KNOPS, Karen; LAMBA, Sangeeta - Clinical Application of ASCEND: a pathway to Higher Ground for Communication. **Journal of Palliative Medicine**. Vol 13, Nº7, (2010), p. 825–830

LEININGER, M. - **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2001

LOPES, MVO; SILVA, VM; ARAUJO, TL. -Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.** [Em Linha]. vol.66, n.5 (2013). [consult 18 abr. 2021], p.649-655. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>.

LOPREIATO, J O. - **Healthcare Simulation Dictionary**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.

LOURENÇO, Liliana - Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? **Nursing**. nº 277 (2012), p. 22-27. ISSN 0871-6196.

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? *. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. vol.53 (2019). [Consult 2021-05-07], e03453. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100602&lng=en&nrm=iso>. Epub May 30, 2019. ISSN 1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018015703453>.

MARQUES, JBV; FREITAS, D - Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições** [Em linha]. vol.29, n.2 (2018). pp.389-415. [Consult 2 abr. 2021].Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1980-6248. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.

Martins, José Carlos Amado et al. - **A simulação no ensino de enfermagem**. Série Monográfica. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2014. ISSN 1647-9440

MARTINS, José Carlos Amado- Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. **Rev. Enf. Ref.** [Em linha]. vol. serIV, n.12, (2017), pp.155-162. ISSN 0874-0283. [consult 13-6-2019]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>

MELEIS, Afaf [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances Nursing Science**. [Em linha]. Vol. 23, nº 1 (2000), p. 12-28. [Consult 27 Mar. 2021]. Disponível na WWW: <URL: http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory>

MEAKIM COLLEN et al. - Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. **Clinical Simulation in Nursing**. Vol 9. Nº65 (2013), p.S3-S11.

MIZUKAMI, M.G.N. - **Ensino: As Abordagens do Processo**. Coleção: Temas Básicos De Educação E Ensino. São Paulo: EPU Pedagógica e Universitária, 2016

MOHER, D; LIBERATI, A; TETZLAFF, J; ALTMAN, DG - The PRISMA Group - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** [Em linha]. vol 6, nº7 (2009). Disponível em : [e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097)

OLIVEIRA, Saionara Nunes de [et al.]- Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. **Rev. Brasileira Enfermagem** [online]. Vol 71, suppl.4 (2018), p.1791-1798. [Consult 2021-05-07]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001791&lng

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. Ordem dos enfermeiros**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [consult. 22 dez. 2020]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010

OMS, Organização Mundial de Saúde - **Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: Um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência**. 2018

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico dos enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003

PENEDO, JMVS [et al.] - **Avaliação da situação nacional das UCI**. [Em linha]. Ministério da Saúde. Portugal, 2016. [consult 12-6-2019]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

PEREIRA, M.A.G. – **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau. 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4

PERES, MFP [et al.] - A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clín**. Nº34, (supl. 1), (2007), 82-7

PHANEUF, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. 2005. ISBN-10: 9728383843; ISBN-13: 9789728383848

POLIT, D.; BECK, C. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ªed. Porto Alegre: Artmed, 2018. ISBN-10: 9788582714898

PORTUGAL. DR Lei n.º 62/2007, de 10 de setembro – Regime jurídico do ensino superior.

RAMOS, N. - Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. **Revista inter-legere**. [Em linha]. 2012. p. 30-51. [Consult 15, Dez. 2020] Disponível em <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/11/inter-legere.htm>

REGULAMENTO nº429/2018. DR II Série. 135 (2018/07/16), p.19359-19370

REGULAMENTO nº140/2019. DR II Série. 26 (2019/2/6), p.4744-47-50

REGULAMENTO nº190/2015. DR II Série. 79 (2015/4/23), p. 10087- 10090

RICOEUR, Paul - **Interpretação e ideologias**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990

RICOEUR, Paul – **Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso da significação**. Lisboa: Edições 70, 2013. ISBN: 978-972-44-1573-4.

ROBINS, R. H. **Pequena história da linguística**. Rio de Janeiro: Ao livro técnico, 1983.

ROMAN, C [et al.]- Metodologias ativas de ensino aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical Biomedical Research**. [Em linha]. Vol 37, nº4 (2017), p.349-357. <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2357-9730.73911>.

SÁ, F.L.F.R.G.; BOTELHO, M. A. R., HENRIQUES, M. A .P.- Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. **Pensar Enfermagem**. Vol. 19, nº 1, (1º Semestre 2015)

SÁNCHEZ, M. López [et al.] - La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. **Rev. Cirugía Mayor Ambulatoria**. Vol 18, nº 1 (2013)

SANTOS, C. et al - A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol 15, nº3 (mai-jun 2007). www.eerp.usp.br/rlae. [consult. 27/12/2020]. disponível em https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

SANTOS, Márcia Noélia Pestana - **Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares** – Porto: UP-ICBAS, 2009. Dissertação de mestrado.

SANTOS, Verónica - Dotações seguras em enfermagem na qualidade dos cuidados prestados. **Revista portuguesa de gestão & saúde**, 2013. ID: 47462393,

SAUPE, Rosita [et al.]- Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**. [Em linha]. vol 8, nº18, (jan./abr. 2006), p. 31-37. Disponível em

[http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/conceito de competencia_validacao por prof saude 2006.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/conceito_de_competencia_validacao_por_prof_saude_2006.pdf)

SETUBAL, MSV - **Avaliação de um programa de treinamento para residentes na comunicação de más notícias em perinatologia utilizando pacientes simulados: ensaio controlado e aleatorizado.** [Em linha]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2016. Tese Doutorado. [Consult 10 abr 2021]. Disponível em http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/321591/1/Setubal_MariaSilviaVelutini_D.pdf

SILVA, KR; MARTINS, SM; FARIAS, SMC; SILVA, AG. - A simulação como estratégia de formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais.** [Em linha]. vol 5, nº1. (jan/abr 2020), p.04-15. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>

TAVARES, J.; ALARCÃO, I. – **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem.** Coimbra: Almedina, 2005. ISBN: 9789724005195

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. **Análise Psicológica**, [Em linha]. vol.22, n.3 (2004), pp.615-620. [Consult 20 jul 2020]. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-823

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. - **Métodos de pesquisa em educação física.** 3.ed. São Paulo: Artmed, 2002. ISBN: 9788536327136

THOMAS, R. K. - **Health communication.** New York: Springer Science. 2006.

TOWNSEND, M. C. - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência.** 6ª ed. Loures: Lusociência. 2011

TRAVANCAS, I.; NOGUEIRA, SG., orgs.- **Antropologia da comunicação de massa** [Em linha]. Campina Grande: EDUEPB, 2016. Paradigmas da Comunicação collection, 307 p. ISBN 978-85-7879-332-6. Disponível em <http://books.scielo.org>

VANLAERE, L.; COUCKE, T.; GASTMANS, C. Experiential learning of empathy in a care-ethics lab. **Nursing Ethics.** Vol 17, nº3 (2010), p. 325-336.

VILELAS, José – **Investigação: o processo de construção do conhecimento.** Lisboa: Edições Sílabo, 2009. ISBN 9789726185574.

ZARIFIAN, Philippe. **O modelo da competência: trajetória, desafios atuais e propostas.** São Paulo: SENAC, 2003. ISBN: 8573593458.

VAZ, Filipa Joana da Silva Machado - **Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa.** [Em linha]. Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Dissertação de Mestrado em Psicologia Área de Conhecimento em Psicologia Clínica. [Consult em 10 mai. 2021]. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/55610587.pdf>

World Health Organization. **Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives: six case studies.** [Em Linha]. Human Resources

for Health Observer, 13. Geneva; 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/212774976.pdf>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

YUEN, Jacqueline K. [et al.] - A Brief Educational Intervention To Teach Residents Shared Decision Making in the Intensive Care Unit. **J Palliative Med**. [Em linha]. Vol 16, nº5 (Maio 2013), p.531–536. Disponível em doi: 10.1089 / jpm.2012.0356

HOPE, A; HSIEH S; HOWES, JM, [et al.] - Let's Talk Critical. Development and Evaluation of a Communication Skills Training Program for Critical Care Fellows. **Ann Am Thorac Soc**. [Em linha]. vol12, nº4 (2015), p.505-511. Disponível em doi: 10.1513 / AnnalsATS.201501-0400C

AWDISH, RL. [et al.] - A Communications Bundle to Improve Satisfaction for Critically Ill Patients and Their Families: A Prospective, Cohort Pilot Study. **J Pain Symptom Manage**. [Em linha]. vol53, nº3 (Mar 2017), p.644-649. Disponível em doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.024. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28042074.

KRIMSHTEIN, NS; LUHRS, CA; PUNTILLO, KA, [et al.] - Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. **J Palliat Med**. [Em linha]. Vol14, nº12 (2011) p.1325-1332. Disponível em doi:10.1089/jpm.2011.0225

LAMBA, S; NAGURKA, R; OFFIN, M; SCOTT, SR. - Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in an emergency medicine clerkship. **West J Emerg Med**. [Em linha]. vol16, nº2 (2015), p.344-352. Disponível em doi:10.5811/westjem.2015.1.24147

GLOD, SA; KANG, A; WOJNAR, M. - Family Meeting Training Curriculum: A Multimedia Approach With Real-Time Experiential Learning for Residents. **MedEdPORTAL**. [Em linha]. vol6, nº16 (Mar 2020) 10883. Disponível em doi: 10.15766/mep_2374-8265.10883. PMID: 32175474; PMCID: PMC7062545.

ANEXOS

ANEXO I - JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer _____

Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Regulação Emocional
J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

Instruções:

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou actua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspectos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo Não concordo Concordo
Totalmente nem discordo Totalmente

1. ___ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), *mudo o que estou a pensar.*
2. ___ Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. ___ Quando quero sentir menos emoções *negativas* (como tristeza ou raiva) *mudo o que estou a pensar.*
4. ___ Quando estou a sentir emoções *positivas*, tenho cuidado para não as expressar.
5. ___ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. ___ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando.*
7. ___ Quando quero sentir mais emoções *positivas*, eu *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.
8. ___ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.
9. ___ Quando estou a experienciar *emoções negativas*, faço tudo para não as expressar.
10. ___ Quando quero sentir menos *emoções negativas*, *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.

ANEXO III – Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Kang & Shaver, 2004)

Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Kang & Shaver, 2004)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

Instruções:

Utilizando a escala fornecida, por favor indique até que ponto cada afirmação o caracteriza, colocando o número respectivo na linha que precede a afirmação. Por favor seja sincero ao responder.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

Ligeiramente
Característico

Um pouco

Moderadamente

Muito

Bastante

Extremamente

Nada
Característico

1. ___ Não experiencio muitos sentimentos diferentes no meu dia a dia.
2. ___ Costumo estabelecer distinções minuciosas entre sentimentos semelhantes (ex. deprimido e triste; aborrecido e irritado).
3. ___ Durante a minha vida, experienciei uma grande variedade de emoções.
4. ___ Tenho consciência das diferentes nuances ou sutilezas de uma determinada emoção (ex. deprimido e triste; aborrecido e irritado).
5. ___ Normalmente experiencio uma variedade limitada de emoções.
6. ___ Considero que cada emoção tem um significado muito distinto e único para mim.
7. ___ Experiencio uma grande variedade de emoções
8. ___ Estou consciente que cada emoção tem um significado completamente diferente.
9. ___ Eu não experiencio uma variedade de sentimentos no meu dia-a-dia.
10. ___ Sou bom a distinguir diferenças subtis no significado de palavras emocionais muito relacionadas.
11. ___ Sentir-me bem ou mal – estes termos são suficientes para descrever a maioria dos meus sentimentos no dia-a-dia.
12. ___ Se as emoções fossem cores, eu era capaz de notar até pequenas variações dentro de cada cor (emoção).
13. ___ Costumo experienciar uma grande variedade de diferentes sentimentos.
14. ___ Tenho consciência das sutilezas entre os sentimentos que experiencio.

APÊNDICES

APÊNDICE I- JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-experimental Studies - Resultados

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES - Resultados							
PERGUNTAS (Sim/Não/PC-Pouco Claro/NA-Não Aplicável)	ESTUDOS						Observações
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	
1. Está claro no estudo qual é a "causa" e qual é o "efeito" (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)?	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
2. Os participantes foram incluídos em alguma comparação semelhante?* [NOTA: Em estudos de pré-teste / pós-teste de um único grupo onde os pacientes são os mesmos (o mesmo grupo) em quaisquer comparações pré-pós, a resposta a esta pergunta deve ser 'sim']	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
3. Os participantes foram incluídos em quaisquer comparações que receberam tratamento / cuidados semelhantes, além da exposição ou intervenção de interesse?	NA	NA	sim	NA	NA	NA	Não existindo grupo controlo consideramos NA
4. Existia um grupo de controlo?	não	não	sim	não	não	não	
5. Houve várias medições do resultado antes e depois da intervenção / exposição?	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
6. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
7. Os resultados dos participantes incluídos em alguma comparação foram medidos da mesma maneira?	NA	NA	sim	NA	NA	NA	Não existindo grupo controlo consideramos NA
8. Os resultados foram medidos de forma confiável?	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
9. Foi usada uma análise estatística apropriada?	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
Resultados	6 sim 1 não 2NA	6 sim 1 não 2NA	9 sim	6 sim 1 não 2NA	6 sim 1 não 2NA	6 sim 1 não 2NA	
Tradução do autor							

APÊNDICE II – Quadro matriz de caracterização global dos peritos

Quadro Matriz de Caracterização Global dos Peritos								
Cód.	Género	Idade	Habilitações académicas	Área	Outras habilitações	Função profissional Atual (local)	Funções profissionais exercidas Anteriores (local)	Tempo de Exercício profissional (anos)
P1	Feminino	55	Doutoramento	Enfermagem	Mestrado/Especialidade Médico-cirúrgica.	Enfermeiro - Unidade de Cuidados Intensivos	Professor do Ensino superior	33
P2	Feminino	38	Licenciatura	Enfermagem	Especialidade Enfermagem de Reabilitação; Mestranda em Gerontologia e Cuidado Geriátrico	Enfermeira - Unidade de Cuidados Intensivos	Enfermeira no Serviço de Urgência, Clínica de hemodiálise; Formador	17
P3	Feminino	46	Licenciatura	Medicina	Especialidade Anestesiologia	Anestesiologista-HCuf Porto. Docente - UM-Medicina	Anestesiologista-H S João	16
P4	Masculino	42	Mestrado	Enfermagem Médico-Cirúrgica		Enfermeiro Especialista - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica	Enfermeiro - VMER; EEMI; Formação	20
P5	Feminino	29	Licenciatura	Enfermagem	Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (a terminar)	Enfermeira - Unidade de Cuidados Intensivos	Nenhuma	7

P6	Feminino	42	Doutoramento	Psicologia da Saúde	Licenciatura Pré-Bolonha em Psicologia Clínica e da Saúde Licenciatura em Enfermagem	Técnico Superior - Psicóloga	Psicóloga - Clínicas Pedagógicas Universidade Fernando Pessoa e Entidades privadas; Formadora externa IEFP e outras entidades; Enfermeira na ULSAM-SU; Assistente Convidada a tempo parcial na ESS- IPVC	20
P7	Feminino	43	Doutoramento	Ciências de Enfermagem	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Professor do Ensino Superior Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Enfermeira - Serviço de Urgência	20
P8	Feminino	56	Doutoramento	Psicologia	Mestrado em Comunicação em Saúde; Licenciatura em Enfermagem	Professor do Ensino Superior Enfermagem	Enfermeira - Serviço Cirurgia	34
P9	Feminino	58	Mestrado	Enfermagem	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica Cuidados à pessoa em situação crítica: SAV; Suporte Avançado de Trauma.	Enfermeiro Gestor - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente	Professora convidada da Universidade Fernando Pessoa desde 2004 até presente data; IPVC-ESS	36

APÊNDICE III - Questionário

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DO “PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONTEXTO DE SIMULAÇÃO”

No âmbito da realização do estudo “A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências comunicacionais com a família da pessoa em situação crítica - construção de um programa educativo”, integrado no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, elaborou-se um Programa Educativo de Comunicação com os Familiares da Pessoa em Situação Crítica para treino de competências comunicacionais em contexto de simulação. Este programa descreve os conteúdos programáticos, os objetivos de aprendizagem, as competências a desenvolver, as metodologias de ensino e de avaliação, pretendendo-se que seja um documento guia orientador para a realização de formação específica, com o objetivo de desenvolver competências comunicacionais com familiares da pessoa em situação crítica.

De forma a proceder à avaliação do conteúdo deste programa, recorreremos à utilização da técnica Delphi, obtendo-se o grau de concordância pelo consenso de peritos na área em estudo. É neste sentido, que solicitamos o seu contributo. Assim, deverá efetuar o preenchimento do questionário colocando o seu nível de concordância (**Nível Con.**) de acordo com a seguinte pontuação:

1-Discordo totalmente; 2-discordo; 3-não concordo nem discordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente.

Nota: O questionário faz-se acompanhar em anexo do Programa Educativo, assim como os instrumentos utilizados como metodologia de autorreflexão para que os possam consultar.

Questionário de caracterização dos peritos

Género: _____

Idade: _____ anos

Habilitações académicas _____ Área _____

Outras
Habilitações _____

Funções profissionais exercidas (instituição/local):

Tempo de exercício profissional: _____ anos

Questionário de Validação do Programa Educativo		
		Nível Conc.
Itens do Programa	I.Módulo teórico	
Conteúdos de aprendizagem	1.A comunicação com familiares da pessoa em situação crítica - uma intervenção e um desafio para os enfermeiros:	
	1.1. Comunicar em situações complexas. Comunicar notícias difíceis.	
	1.2.Estratégias comunicacionais no cuidado aos familiares da pessoa em situação crítica.	
	1.3.Algoritmos de comunicação: 4C's ² ; ASCEND ³ ; NURSE ⁴ ; SPIKES ⁵ .	
	1.4.Competências emocionais: autoconsciência e autorregulação emocional, empatia, gestão das emoções e sentimentos, gestão da emoções/relacionamentos em grupos (Goleman, 2000).	
	1.5.Questões éticas na comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica.	
Metodologias de ensino	1.Exposição teórica por peritos	
	2.Análise em grupo de um caso clínico representativo de comunicação entre enfermeiro e familiares da pessoa em situação crítica, com recurso a PBLI ¹ , identificando os conceitos chave da comunicação em situação crítica, com base nas estratégias: "4C's ", ASCEND; "NURSE"; "SPIKE	
	II.Módulo de simulação	
Conteúdos de aprendizagem	1.Princípios comunicacionais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica:	
	1.1.Preparar o encontro com os familiares da pessoa em situação crítica	
	1.2.Avaliar a perceção dos familiares	
	1.3. Auscultar preferências e informações dos familiares	
	1.4.Compartilhar informações clínicas com os familiares	
	1.5.Avaliar/atender às reações dos familiares	
	1.6. Gerir as incertezas	
	1.7. Compartilhar a tomada de decisões	
	1.8. Resumir/planear	
	1.9. Atitude/comportamento	
1.10.Registos de enfermagem		
Metodologias de ensino	1.Simulação	
	1.1. Briefing - Visualização de vídeo: uma situação de comunicação inadequada; uma situação de comunicação adequada.	
	1.2. Treino simulado	
	1.2.1. Cenário: caso clínico representativo de comunicação do enfermeiro com familiares da pessoa em situação crítica (construído pelo professor).	
	1.2.2. Participantes: Grupos de 10 estudantes.	
	1.2.3. Formato realístico: Um estudante desempenha o papel de enfermeiro e aplica os conhecimentos e habilidades de comunicação; O papel de familiar, será desempenhado por outro estudante recrutado do grupo; Os restantes estudantes são observadores que serão divididos em 2 grupos, um grupo regista os aspetos positivos e o outro os aspetos negativos para serem apresentados e discutidos no debriefing.	
	1.2.4. Moderação: O docente conduz o treino simulado e preenche a Checklist de verificação do desempenho do estudante em simulação que servirá para dar feedback.	
1.2.5. Debriefing: Após a simulação, realizar-se-á um momento de esclarecimentos e partilha em que:		

	O estudante é convidado a apresentar de forma crítica e reflexiva o seu desempenho; Os docentes e os estudantes observadores dão feedback do desempenho.	
	III.Módulo reflexivo	
Metodologias de ensino	1.Autorreflexão	
	1.1.Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008).	
	1.2. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008).	
	1.3. Cheklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação.	
	1.4.Autospcofia sobre a prática simulada (opcional).	
	1.5. Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação.	

Se possível, dê a sua opinião global relativamente ao Programa Educativo, assinalando o nível de concordância.

	Nível Conc.
Programa adequado face ao fim a que se destina.	
Programa com utilidade face ao fim a que se destina.	
O Programa apresenta clareza de conteúdo.	
O Programa apresenta um processo de avaliação adequado.	
O Programa apresenta uma estrutura congruente.	

No caso de ter sugestões de melhoria, agradecemos que as descreva aqui.

Após a resposta aos questionários, agradecemos o seu reenvio. Caso pretenda esclarecer alguma dúvida, não hesite em contactar-me.

Grata pela disponibilidade e atenção

Com os meus cumprimentos

Albertina Marques
Viana do Castelo
Abril de 2021

APÊNDICE IV - Resultados do questionário de validação do programa educativo

Resultados do Questionário de Validação do Programa Educativo (N=9)											
Questões	1 - Discordo totalmente		2 - Discordo		3 - Não concordo nem discordo		4 - Concordo		5 - Concordo totalmente		IVC (4+5)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
I. Módulo teórico											
Conteúdos de aprendizagem											
1.A comunicação com familiares da pessoa em situação crítica - uma intervenção e um desafio para os enfermeiros											
1.1. Comunicar em situações complexas. Comunicar notícias difíceis.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.2. Estratégias comunicacionais no cuidado aos familiares da pessoa em situação crítica.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.3. Algoritmos de comunicação: 4C's ² ; ASCEND ³ ; NURSE ⁴ ; SPIKES ⁵ .	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	8	88,9	0,89
1.4. Competências emocionais: autoconsciência e autorregulação emocional, empatia, gestão das emoções e sentimentos, gestão da emoções/relacionamentos em grupos (Goleman, 2000).	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
1.5. Questões éticas na comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	1,00
Metodologias de ensino											
1. Exposição teórica por peritos	0	0	1	11,1	0	0,0	1	11,1	7	77,8	0,89
2. Análise em grupo de um caso clínico representativo de comunicação entre enfermeiro e familiares da pessoa em situação crítica, com recurso a PBLI ¹ , identificando os conceitos chave da comunicação em situação crítica, com base nas estratégias: "4C's", ASCEND; "NURSE"; "SPIKE	0	0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
II. Módulo de simulação											
Conteúdos de aprendizagem											
1. Princípios comunicacionais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica:											
1.1. Preparar o encontro com os familiares da pessoa em situação crítica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.2. Avaliar a perceção dos familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.3. Auscultar preferências e informações dos familiares	0	0,0	0	0,0	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0,89
1.4. Compartilhar informações clínicas com os familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.5. Avaliar/atender às reações dos familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.6. Gerir as incertezas	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	11,1	7	77,8	0,89
1.7. Compartilhar a tomada de decisões	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
1.8. Resumir/planear	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.9. Atitude/comportamento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
1.10. Registos de enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
Metodologias de ensino											
1. Simulação											
1.1. Briefing - Visualização de vídeo: uma situação de comunicação inadequada; uma situação de comunicação adequada.	0	0,0	1	11,1	1	11,1	0	0,0	7	77,8	0,78
1.2. Treino simulado											
1.2.1. Cenário: caso clínico representativo de comunicação do enfermeiro com familiares da	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00

pessoa em situação crítica (construído pelo professor).												
1.2.2.Participantes: Grupos de 10 estudantes.	0	0,0	0	0,0	1	11,1	5	55,6	3	33,3	0,89	
1.2.3.Formato realístico: Um estudante desempenha o papel de enfermeiro e aplica os conhecimentos e habilidades de comunicação; O papel de familiar, será desempenhado por outro estudante recrutado do grupo; Os restantes estudantes são observadores que serão divididos em 2 grupos, um grupo regista os aspetos positivos e o outro os aspetos negativos para serem apresentados e discutidos no debriefing.	0	0,0	1	11,1	0	0,0	5	55,6	3	33,3	0,89	
1.2.4.Moderação: O docente conduz o treino simulado e preenche a Checklist de verificação do desempenho do estudante em simulação que servirá para dar feedback.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	55,6	4	44,4	1,00	
1.2.5.Debriefing: Após a simulação, realizar-se-á um momento de esclarecimentos e partilha em que: O estudante é convidado a apresentar de forma crítica e reflexiva o seu desempenho; Os docentes e os estudantes observadores dão feedback do desempenho.	0	0,0	1	11,1	0	0,0	3	33,3	5	55,6	0,89	

III. Módulo reflexivo

Metodologias de ensino

1.Autorreflexão

1.1.Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008).	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	1,00
1.2. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008).	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	1,00
1.3. Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
1.4.Autopsocopia sobre a prática simulada (opcional).	0	0,0	0	0,0	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0,89
1.5. Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00

Opinião Global sobre Programa Educativo (N=9)

Questões	1 - Discordo totalmente		2 - Discordo		3 - Não concordo nem discordo		4 - Concordo		5 - Concordo totalmente		IVC (4+5)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Programa adequado face ao fim a que se destina.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00
Programa com utilidade face ao fim a que se destina.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
O Programa apresenta clareza de conteúdo.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,00
O Programa apresenta um processo de avaliação adequado.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	1,00
O Programa apresenta uma estrutura congruente.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	1,00

APÊNDICE V – Programa Educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica: contexto de simulação

PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONTEXTO DE SIMULAÇÃO

Título: Programa educativo de comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica: contexto de simulação

Autores: Albertina Marques

Tema/Palavras Chave: Comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica

Público alvo: estudantes de enfermagem dos vários ciclos de estudos

Contexto: académico

Duração: 7h

Objetivo do programa: desenvolver nos estudantes/enfermeiros competências comunicacionais com familiares da pessoa em situação crítica.

PROGRAMA EDUCATIVO DE COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONTEXTO DE SIMULAÇÃO					
Módulos	Conteúdos de aprendizagem	Objetivos de aprendizagem	Competências a desenvolver	Metodologias de ensino	Avaliação
I.Módulo teórico (4h) (dimensão cognitiva)	<p>1.A comunicação com familiares da pessoa em situação crítica - uma intervenção e um desafio para os enfermeiros:</p> <p>1.1. Comunicar em situações complexas. Comunicar notícias difíceis.</p> <p>1.2.Estratégias comunicacionais no cuidado aos familiares da pessoa em situação crítica.</p> <p>1.3.Algoritmos de comunicação: 4C's²; ASCEND³; NURSE⁴; SPIKES⁵.</p> <p>1.4.Competências emocionais: autoconsciência e autorregulação emocional, empatia, gestão das emoções e sentimentos, gestão da emoções/relacionamentos em grupos (Goleman, 2000).</p> <p>1.5.Questões éticas na comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica.</p>	<p>Reconhecer o processo de comunicar notícias difíceis.</p> <p>Identificar as estratégias comunicacionais para o cuidado dos familiares da pessoa em situação crítica.</p> <p>Reconhecer os algoritmos da comunicação</p> <p>Reconhecer as competências emocionais necessárias à gestão das próprias emoções e da relação com os familiares da pessoa em situação crítica.</p> <p>Reconhecer questões bioéticas em contexto em cuidados à pessoa em situação crítica.</p>	<p>Ser capaz de analisar criticamente problemas de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica e selecionar a estratégia de comunicação adequada.</p>	<p>1.Exposição teórica por peritos</p> <p>2.Análise em grupo (2-5 formandos) de um caso clínico representativo de comunicação entre enfermeiro e familiares da pessoa em situação crítica, com recurso a PBL¹, identificando os conceitos chave da comunicação em situação crítica, com base nas estratégias: "4C's", ASCEND; "NURSE"; "SPIKES"</p>	<p>Autoavaliação</p> <p>Feedback dos professores e colegas</p>
II.Módulo prático de simulação (2h) (dimensão prática)	<p>1.princípios comunicacionais e comportamentais do enfermeiro com os familiares da pessoa em situação crítica:</p> <p>1.1.Preparar o encontro com os familiares da pessoa em situação crítica</p> <p>1.2.Avaliar a perceção dos familiares</p> <p>1.3. Auscultar preferências e informações dos familiares</p> <p>1.4.Compartilhar informações clínicas com os familiares</p> <p>1.5.Avaliar/atender às reações dos familiares</p> <p>1.6. Gerir as incertezas</p> <p>1.7. Compartilhar a tomada de decisões</p> <p>1.8. Resumir/planear</p> <p>1.9. Atitude/comportamento</p> <p>1.10.Registo de enfermagem</p>	<p>Aplicar os conhecimentos adquiridos no módulo teórico.</p> <p>Aplicar estratégias comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica.</p>	<p>Ser capaz de estabelecer comunicação empática com os familiares da pessoa em situação crítica.</p>	<p>1.Simulação</p> <p>1.1.Briefing - Visualização de vídeo: uma situação de comunicação inadequada; uma situação de comunicação adequada.</p> <p>1.2.Treino simulado</p> <p>1.2.1.Cenário: caso clínico representativo de comunicação do enfermeiro com familiares da pessoa em situação crítica (construído pelo professor).</p> <p>1.2.2.Participantes: Grupos de 10 estudantes.</p> <p>1.2.3.Formato realístico: Um estudante desempenha o papel de enfermeiro e aplica os conhecimentos e habilidades de comunicação; O papel de familiar, será desempenhado por outro estudante recrutado do grupo; Os restantes estudantes são observadores que serão divididos em 2 grupos, um grupo regista os aspetos positivos e o outro os aspetos negativos para serem apresentados e discutidos no debriefing.</p> <p>1.2.4.Moderação: O docente conduz o treino simulado e preenche a Checklist de verificação do desempenho do estudante em</p>	<p>Pag. 2</p>

				<p>simulação que servirá para dar feedback.</p> <p>1.2.5. Debriefing Após a simulação, realizar-se-á um momento de esclarecimentos e partilha em que: O estudante é convidado a apresentar de forma crítica e reflexiva o seu desempenho; Os docentes e os estudantes observadores dão feedback do desempenho;</p>	
III. Módulo reflexivo (1h) (dimensão afetiva)	<p>Competências comunicacionais com os familiares da pessoa em situação crítica, ministradas no Módulo I e II</p>	<p>Integrar os conhecimentos e habilidades comunicacionais adquiridos ao longo do processo formativo que permita identificar problemas de comunicação com familiares da pessoa em situação crítica, bem como intervir de forma adequada, organizada e sustentada.</p>	<p>Ser capaz de estabelecer um plano de melhorias no processo comunicacional com os familiares da pessoa em situação crítica, atendendo ao autoconhecimento das respostas emocionais e sentimentais, assim como dos pontos fortes e fracos.</p>	<p>1. Autorreflexão Refletir na e para a ação a partir das respostas aos seguintes instrumentos: 1.1. Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008). 1.2. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008). 1.3. Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação. 1.4. Autospcopia sobre aprática simulada (opcional). 1.5. Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação.</p>	
	<p>1. PBLI - Practice-based learning and improvement 2. 4C's - Cliente (solução para); Custo (para o cliente); Conveniência; Comunicação. 3. ASCEND – (anticipation, summary, concerns elicited, exploration/explanation, next steps, documentation – tradução: Antecipação, Resumo, Preocupações levantadas, Exploração/explicação, Próximos passos, Documentação. 4. NURSE - Naming (Nomear a emoção do paciente); Understanding (Explicitar se entendeu ou não o sentimento do paciente); Respecting (Manifestar respeito pelo paciente); Supporting (Demonstrar apoio ao paciente); Exploring (Demonstrar interesse pelo foco de preocupação do paciente); 5. SPIKES - Setting up (Preparando-se para o encontro); Perception (Percebendo o paciente); Invitation (Convidando para o diálogo); Knowledge (Transmitindo as informações); Emotions (Expressando emoções); Strategy and Summary (Resumindo e organizando estratégias).</p>				

APÊNDICE VI – Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação

Checklist de verificação das habilidades desenvolvidas na comunicação com familiares da pessoa em situação crítica em contexto de simulação

Instrumento para:

- Docentes realizarem a avaliação do desempenho dos estudantes com o propósito de lhes fornecer feedback formativo no debriefing.
- Estudantes identificarem as habilidades desenvolvidas e não desenvolvidas para elaboração da autorreflexão.

Lista de verificação de habilidades comunicacionais e comportamentais*	Realização		
	Sim	Não	N/A
1.Preparação do encontro com a família da pessoa em situação crítica			
Consulta o processo clínico e confirmou dados clínicos/estado atualizados			
Definir objetivos do encontro com o familiar, com a equipe de cuidados com propósitos comuns.			
Agiliza um ambiente confortável (local privado, telefones desligados, minimizadas as distrações)			
Apresenta, cumprimenta os familiares e pede para se apresentarem			
2.Avaliar / compreender a percepção do(s) familiar(es)			
Foca-se na pessoa em situação crítica como sujeito de cuidados, em vez de colocar o foco na doença			
Pede ao familiar para compartilhar a sua perspectiva sobre o estado clínico da pessoa em situação crítica.			
3. Auscultar preferências e informações do(s) familiar(es)			
Pergunta ao familiar quem a equipe de saúde deve contatar em caso de necessidade			
Questiona os familiares sobre aspetos que seriam úteis para aclarar a condição clínica			
Ausculda as preferências, desejos, vontades dos familiares			
4.Compartilhar informações clínicas com o(s) familiar(es)			
Estabelece comunicação franca, clara e transparente sobre a condição clínica da pessoa em situação crítica (isto é, evitou termos técnicos)			
Pergunta se a família entendeu a informação transmitida, isto é, pergunte-diga-pergunte			
Dá “tiros de aviso” de notícias difíceis com tempo de preparação			
fornece informações em pequenas doses			
fornece nível de detalhe conforme o nível de detalhe desejado pelo familiar			
5. Avaliação / atenção às reações do(s) familiar(es)			
Avalia as preocupações psicossociais e emocionais do(s) familiar(es), isto é, diga-me mais...			
Pesquisa as preocupações espirituais e culturais do(s) familiar(es)			
Reconhece o stress/ansiedade do familiar e refletida com precisão, ou seja, emoção nomeada			
Valida a reação do familiar, isto é, declaração empática			
6. Gestão das incertezas			

Avalia a consciência prognóstica, isto é, compreensão atual, esperança futura e preocupação			
Identifica a incerteza da trajetória clínica da pessoa em situação crítica, ou seja, técnica de esperança/preocupação			
Enfrentamento normativo promovido, ou seja, esperança para o melhor/preparação para o pior, negação/aceitação			
7. Compartilhar a tomada de decisões			
Alcançou o entendimento comum da condição clínica do doente			
Discussão focada nos valores / objetivos do doente antes da discussão de intervenções específicas			
Recomendações oferecidas quando em conformidade com o processo de tomada de decisão da família			
8. Resumir / planejar			
Resumo do que foi dito			
Sugeridas as próximas etapas, incluindo contato futuro com os familiares			
Preparada a familiar para o inesperado			
Forneceu os recursos / informações de contato necessários para ajudar a apoiar a família			
9. Atitude/comportamento			
Usar questionamento reflexivo			
Convidar o familiar a fazer perguntas durante o encontro/conversa			
Ouvir sem interrupção			
Permissão do Silêncio			
Pistas não-verbais demonstrando empatia/engajamento			
10.Registos de enfermagem			
Registo da data e hora da reunião, os familiares presentes;			
Registado um resumo da reunião			

*Adaptado de McCallister et al/2015/Communication Skills training Curriculum for Pulmonary and Critical Care Fellows/Annals of the American Thoracic Society/Vol 12, no.4

APÊNDICE VII – Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação

Guia de elaboração de um plano de aprendizagem futura com base na autorreflexão sobre as habilidades comunicacionais desenvolvidas durante a simulação

1. Tendo em conta as habilidades comunicacionais identificadas na Checklist de verificação e os resultados dos questionários de regulação emocional, analise e descreva:

1.1. O que correu bem durante a simulação? (Indique 2 aspetos que correram bem durante a simulação?)

1.2. O que foi mais desafiador durante a simulação? (Indique 2 aspetos que foram mais desafiadores durante a simulação?)

1.3. O que retira da simulação, enquanto, ponto de partida?

2. Tendo por base a autorreflexão efetuada, elabore um plano de aprendizagem futura pessoal e profissional, identificando quais as habilidades de comunicação a desenvolver.

APÊNDICE VIII – Sugestões de melhoria efetuada pelos peritos

Sugestões de melhoria efetuada pelos peritos

Não tenho

Sugeria uma estratégia que identifique o familiar com quem se vai estabelecer a comunicação, ou pretende que a comunicação seja com mais de um membro da família, será mais difícil implementar todas as habilidades contempladas numa reunião familiar onde se apresentarão sujeitos diferentes com expectativas e capacidades de enfrentamento da situação de doença crítica de diferente forma.

Excelente iniciativa!

Não conheço na prática a aplicação dos instrumentos 1) Questionário regulação emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008) e 2) a Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (Adaptado PPT Vaz e Martins 2008), pelo que não consigo validar com uma concorrência total... necessitaria de validar a aplicação do instrumento.

Entendo o benefício da visualização dos vídeos (exemplos de situação adequada e inadequada) mas isso funciona mais como uma revisão de conteúdos transmitidos no módulo teórico do que briefing propriamente dito. O briefing deve ajudar os estudantes a perceber o treino simulado no qual vão participar, nomeadamente as etapas do treino simulado, o que se espera deles, dar a conhecer o espaço, incluindo diferenças entre o cenário simulado e o ambiente real (se forem identificadas), e deve terminar com informações sobre o cenário que irá decorrer (por exemplo qual o diagnóstico da pessoa em situação crítica, com que familiares vão falar, sobre o quê, etc.).

Eventualmente as opções metodológicas podem ter necessidade de flexibilidade em função do grupo, sendo ideal que todos os elementos possam passar pela experiência do papel "enfermeiro" e "familiar", podendo se criar para tal dinâmica em grupos mais pequenos (os respetivos para os participantes e um observador) sendo possível a rotação. Com discussão final das experiências e das reflexões sobre as experiências com respetiva ponte para a aprendizagem.

As questões de melhoria, salvo melhor opinião prendem-se com as questões do debriefing e do tamanho dos grupos. Tamanho grande e parece-me que deveriam usar uma estratégia de debriefing estruturado e pela experiência que tenho, não resulta colocar os observadores a falarem nos aspetos negativos, diria a melhorar. mas sim apenas nos positivos e com a reflexão fazer com que os que participaram cheguem ao que devem melhorar sem ser o facilitador ou os colegas a comentarem. Pretendem-se experiências positivas de simulação.

- a autoscopia, sendo opção, poderia ser utilizada no debriefing como análise e avaliação por prof e estudantes porque me parece que pode contribuir para ir além da autorreflexão e favorecer a análise do desempenho e as decisões comportamentais comunicacionais a melhorar por cada elemento do grupo;
- as perguntas do guia - 1.1 e 1.2 - deixava só as que estão entre parentesis por serem as mais objetivas; a pergunta 1.3 - Aberta e sujeita ao entendimento subjetivo pessoal, não sei se é o objetivo ou se pode dificultar a análise; a última pergunta parece-me extensa e simplificava: identificadas as capacidades de comunicação aponte o plano de melhoria para as desenvolver.

Manter a flexibilidade possível do programa, para que seja possível introduzir algum elemento de melhoria que venha a tornar-se adequado.