

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

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

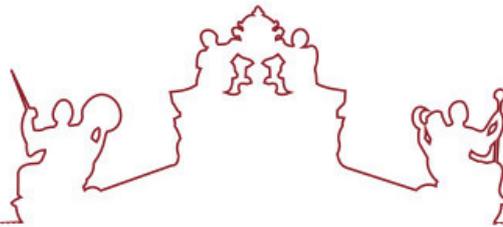
Métodos de Comunicação Eficazes aplicados à Pessoa Ventilada em UCI: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada

Cátia Ventura Cabrita

Orientador(es) | Isabel Bico

Évora 2022





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

Mestrado em Enfermagem

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

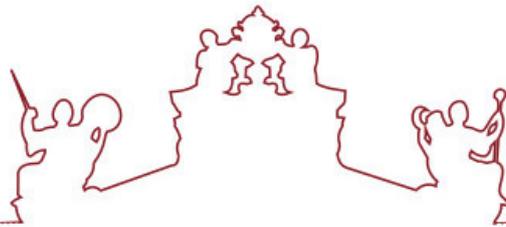
Relatório de Estágio

Métodos de Comunicação Eficazes aplicados à Pessoa Ventilada em UCI: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada

Cátia Ventura Cabrita

Orientador(es) | Isabel Bico

Évora 2022



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

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Isabel Bico (Universidade de Évora) (Orientador)
Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal) (Arguente)

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve...”*

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Muito grata,

À Professora Isabel Bico, pelo apoio, disponibilidade e encorajamento.

À Enfermeira Supervisora Ana Filipa Fernandes, pelo incentivo, ajuda e reflexão.

À minha Família, meu namorado, meus pais e minha irmã, por me ouvirem e sentirem em
todas as horas.

Aos meus Amigos por serem Luz no meu caminho.

Palavras são poucas para descrever.

Por tudo, muito obrigada a todos.

RESUMO

A pessoa mecanicamente ventilada não consegue comunicar verbalmente. A relação entre o enfermeiro e o doente fica comprometida refletindo-se na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados. Existem métodos de comunicação facilitada que podem otimizar uma comunicação terapêutica entre estes intervenientes.

Desenvolveu-se um projeto de intervenção profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem e Especialidade Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica. Utilizou-se a metodologia de projeto, para esse fim. Foi elaborado um instrumento facilitador de comunicação em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, nos alicerces da evidência científica, em prol da recuperação do doente e melhoria dos cuidados de enfermagem.

Aliado a isso, realizou-se uma análise reflexiva e fundamentada do percurso formativo na aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas da área de especialização referida bem como as de Mestre em Enfermagem. Os objetivos definidos foram atingidos como pretendido.

Palavras-chave: Pessoa Mecanicamente Ventilada, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Comunicação em Enfermagem, Métodos de Comunicação Facilitada.

ABSTRACT

Effective Communication Methods Applied to the Ventilated Person in ICU: A Specialised Nursing Intervention

The mechanically ventilated person cannot communicate verbally. The relationship between the nurse and the patient is compromised, which is reflected in the quality and safety of the nursing cares provided. There are methods of facilitated communication that can optimize therapeutic communication between these parties involved.

A professional intervention project was developed within the scope of the master's degree in nursing and Medical-Surgical Specialty for the Person in Critical Situation. A project methodology was used for this purpose. A communication facilitator tool was developed in an Intensive Care Unit context, based on scientific evidence, for the patient's recovery and the improvement of nursing care.

Allied to this, a reflective and grounded analysis of the training path was carried out in the acquisition and development of common skills, specific to the area of specialization referred to as well as those of a master's in nursing. The defined objectives were achieved as intended.

Keywords: Mechanically Ventilated Person, Medical-Surgical Nursing, Nursing Communication, Facilitated Communication Methods.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Processo interpessoal: fases da relação entre enfermeiro-doente e a sua sobreposição.	32
Figura 2- Diagrama de PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos nas bases de dados científica B-On e EBSCOhost.....	37
Figura 3- Distribuição gráfica das respostas dos participantes face às questões da escala ECS.	45
Figura 4- Sexo da amostra representativa dos enfermeiros.	47
Figura 5- Idade da amostra representativa dos enfermeiros.....	47
Figura 6- Tempo (em anos) de experiência profissional em contexto UCI.	48
Figura 7- Habilitações académicas da amostra representativa.....	48
Figura 8- Amostra representativa dos enfermeiros Especialistas e sem Especialidade.	49
Figura 9- Percentagem das respostas dos enfermeiros face à questão mencionada no gráfico.	49
Figura 10- Percentagem das respostas do enfermeiro face à envolvência da família.	50
Figura 11- Percentagem das respostas dos enfermeiros face à identificação dos obstáculos/barreiras que podem interferir na comunicação entre enfermeiros e doente ventilado.	50
Figura 12- Percentagem das respostas dos enfermeiros, na identificação dos sentimentos vivenciados quando ineficaz a comunicação com doente ventilado.....	51
Figura 13- Percentagem das respostas dos enfermeiros da UCIP relativamente à utilização de estratégias facilitadoras na comunicação com doente ventilado.	52
Figura 14- Percentagem das respostas dos enfermeiros da UCIP, relativamente aos métodos de comunicação que utilizam na comunicação com o doente ventilado.....	52
Figura 15- Percentagem das respostas dos enfermeiros da UCIP em relação às estratégias de comunicação que consideram mais eficazes na comunicação com doente ventilado.....	53
Figura 16- Respostas dos enfermeiros da UCIP relativamente à qualidade da sessão formativa apresentada.....	63
Figura 17- Respostas dos enfermeiros da UCIP relativamente à prestação do formador.....	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Análise SWOT.	54
Tabela 2- Levantamento dos métodos de comunicações eficazes aplicados ao doente submetido a VMI, segundo os autores da RSL (Carruthers et al., 2017; Dithole et al., 2016; Dithole et al., 2017; Salem & Ahmad, 2018).....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

APA- *American Psychological Association*

ASHA- *American Speech-Language-Hearing Association*

AR- Assembleia da República

B-On- Biblioteca do Conhecimento On-line

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CAA- Comunicação Aumentativa e Alternativa

CAM-ICU- *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit*

CHU- Centro Hospitalar Universitário

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19- Coronavírus 2019

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção-Geral da Saúde

ECMO- Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECS- *Ease of Communication Scale*

EBSCOhost- *Elton Bryson Stephens Company*

EEEMC-PSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EEMI- Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

E.P.E- Entidade Pública Empresarial

ECDC- *European Centre for Disease Prevention and Control*

GCL-PPCIRA- Grupo de Coordenação Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

JBI- *Joanna Briggs institute*

MeSH- *Medical Subject Headings*

MS- Ministério da Saúde

IACS- Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PIP- Projeto de Intervenção Profissional

p.-página

pp.- páginas

RASS- *Richmond Agitation Sedation Scale*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SAV- Suporte Avançado de Vida

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SPICI- Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

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

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UE- Universidade de Évora

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	19
1.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	21
1.1.1. Estrutura, recursos físicos e materiais	21
1.1.2. Recursos humanos	22
1.1.3. Organização e gestão do serviço	24
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	27
2.1. Enquadramento teórico e conceptual	28
2.1.1. Comunicação em Enfermagem.....	28
2.1.2. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau	31
2.1.3. Comunicação do enfermeiro com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva em UCI.	35
2.1.4. Em busca da evidência científica: Métodos de comunicação eficazes na relação enfermeiro-doente mecanicamente ventilado.....	36
2.2. Metodologia de Projeto.....	41
2.2.1 Diagnóstico da situação	42
2.2.2 Definição dos objetivos.....	55
2.2.3 Planeamento e execução	56
2.2.4 Avaliação e resultados	61
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	66
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista e de Mestre em enfermagem	67

3.2.Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – à pessoa em situação crítica e de Mestre em enfermagem.....	78
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICES	XCVIII
ANEXOS.....	CLXXXV

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio	XCIX
Apêndice B – Projeto de Intervenção	CXXIII
Apêndice C – Revisão sistemática da literatura intitulada de “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática da literatura”	CXXXVI
Apêndice D – Questionário aplicado às pessoas que vivenciam ou vivenciaram o processo de ventilação mecânica invasiva com respetivos <i>Ease of Communication Scale</i> e consentimento informado de aceitação livre e esclarecida	CXL
Apêndice E – Questionário aplicado à equipa de enfermagem com respetivo consentimento informado de aceitação livre e esclarecida	CXLIV
Apêndice F – Pedido formalizado para utilização do instrumento em versão portuguesa: <i>Ease of Communication Scale</i>	CXLIX
Apêndice G – Autorização da aplicação do instrumento em versão portuguesa: <i>Ease of Communication Scale</i>	CLI
Apêndice H – Cronograma de atividades do projeto de intervenção	CLIII
Apêndice I – Instrumento criado, intitulado de “Caixa de Comunicação”	CLV
Apêndice J – Folheto informativo designado de “Utilização correta das placas de comunicação aumentativa e alternativa”	CLVII
Apêndice K – Plano de sessão da formação ministrada, intitulada de “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada”	CLIX
Apêndice L – Cartaz de divulgação da sessão de formação: “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada”	CLXII
Apêndice M – Diapositivos da sessão de formação ministrada, designada de “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada”	CLXIV
Apêndice N – Grelha de monitorização: “A eficácia dos métodos de comunicação alternativa e aumentativa quando aplicados pelos enfermeiros da UCIP”	CLXXVIII

Apêndice O – Questionário de avaliação da sessão de formação intitulada de “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada” CLXXXI

Apêndice P – Poster científico intitulado de “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada” CLXXXIII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Parecer da chefia de enfermagem da UCIP sobre a implementação do projeto ...	CLXXXVI
Anexo B - Parecer do diretor clínico da UCIP sobre a implementação do projeto	CLXXXVIII
Anexo C - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e autorização pelo Conselho de Administração	CXC
Anexo D - Instrumento <i>Ease of Communication Scale</i> versão portuguesa.....	CXCII
Anexo E - Certificado de formador na realização da sessão formativa “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada”	CXCIV
Anexo F - Certificado de participação no “II Congresso de Mestrado em Enfermagem”	CXCVI
Anexo G - Certificado de participação na sessão de formação “Mobilização precoce de pessoa em situação crítica”	CXCVIII
Anexo H - Certificado de participação na sessão de formação “Impacto da obstipação no doente crítico”	CC
Anexo I - Certificado de participação no “Congresso Internacional Literacias no Século XXI”	CCII
Anexo J - Certificado de participação no “22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral”	CCIV
Anexo K - Certificado de participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?” ..	CCVI
Anexo L - Declaração de estágio observacional realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)	CCVIII

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Relatório, inserida no 5º Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora em associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto do Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

A proposta visa uma análise reflexiva, crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo e aquisição de competências com o intuito de obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) e Grau de Mestre em Enfermagem.

Importa referir que a elaboração do presente relatório incide substancialmente sobre as atividades desenvolvidas no Estágio Final dado que foram obtidas creditação e validação de competências na unidade curricular Estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica, pela experiência profissional de 9 anos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica num Serviço de Urgência.

O campo de estágio escolhido foi uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) localizada no Sul do Algarve. Decorreu entre 28 de junho de 2021 e 10 de outubro de 2021 com o cumprimento das horas previstas no planeamento da unidade curricular. A orientação pedagógica ficou ao cargo da Professora Isabel Bico e a supervisão clínica sob a responsabilidade da Enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica Ana Filipa Fernandes.

Antecipadamente planeámos um Projeto de Estágio (Apêndice A) onde se delinearão os objetivos e as atividades de resposta ao desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), das competências específicas de EEEMC-PSC (OE, 2018) bem como as competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o enquadramento legal patente no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 13 de setembro pela Presidência do

Conselho de Ministros, entidade do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Ao longo do estágio elaborámos um Projeto de Intervenção (Apêndice B) de acordo com a metodologia de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010, p.2).

Nos primeiros turnos de estágio, foi-nos permitida a observação não estruturada dos enfermeiros, das pessoas internadas, sendo posteriormente, realizada uma reunião com a enfermeira supervisora e o enfermeiro chefe, no sentido de discutir a problemática relacionada com o défice de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Perante este cenário verificámos que os métodos facilitadores de comunicação utilizadas na UCIP eram rudimentares e pouco uniformizados. A identificação deste problema motivou-nos a desenvolver um PIP intitulado "Métodos de Comunicação Eficazes aplicados à Pessoa Ventilada em UCI: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada".

De acordo com a evidência científica, percebemos que a prática de VMI será cada vez mais frequente em doentes conscientes. Nesta linha, uma sedação mais leve apresenta benefícios ao nível da redução do tempo de ventilação e da diminuição de complicações (Hosseini et al., 2018). Os doentes ventilados e conscientes referem como das piores experiências vivenciadas os sentimentos de desespero, irritação, raiva, stress por não serem compreendidos, não conseguirem pronunciar uma palavra e/ou exprimirem uma necessidade básica (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012; Pina et al., 2020)

Na prática de enfermagem a comunicação é um elemento essencial, na medida em que é através da relação enfermeiro-doente que se consegue compreender profundamente as necessidades físicas e emocionais inerentes ao estado de saúde da pessoa (Phaneuf, 2005). Na teoria das relações interpessoais de Peplau o bom relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o doente é um instrumento fundamental para uma comunicação terapêutica efetiva, pois é neste tipo de ambiente, através da aplicação de estratégias, que se propícia a identificação e resolução dos problemas (George, 2000).

Perante a mais elevada complexidade do Cuidar, salientamos as competências do EEEMC-PSC, que consiste num promotor fundamental de conhecimentos e liderança na garantia de uma relação terapêutica eficaz com este tipo de doentes (OE, 2018). Neste sentido, a Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) é constituída por vários métodos que podem ser potenciais recursos a utilizar

pelos enfermeiros na quebra das barreiras de comunicação com o doente ventilado (Pina et al., 2020).

A comunicação efetiva também tem influência na segurança e qualidade dos cuidados prestados, sendo muitas vezes, utilizada como um instrumento de boas práticas, tal como objetiva o “Pilar 3” referente à comunicação preconizado no “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026” (MS, 2021).

Posto isto, na construção do nosso relatório de estágio definimos como objetivo geral analisar reflexivamente as atividades e estratégias realizadas durante o “Estágio Final” e o contributo das mesmas no desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem. Delineámos, por sua vez, como objetivos específicos efetuar uma apreciação do contexto clínico onde decorreu o “Estágio Final”; apresentar o PIP nas várias etapas de acordo com a metodologia de projeto e desenvolver uma análise reflexiva, crítica e fundamentada face ao percurso formativo na obtenção das competências comuns do enfermeiro especialista, EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

O relatório de estágio é constituído por três capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma apreciação e descrição do enquadramento, estrutura, recursos (físicos, materiais e humanos), bem como uma análise da organização e gestão do serviço onde decorreu o estágio. No segundo capítulo é apresentado o PIP desde a sua fundamentação conceptual e teórica até às etapas preconizadas pela metodologia de projeto. No terceiro capítulo é exposta toda a análise reflexiva e fundamentada do processo de desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC bem como as de Mestre em Enfermagem. Finalizamos este relatório com uma breve conclusão acerca deste percurso formativo desenvolvido, de acordo com a avaliação dos objetivos definidos.

O presente documento foi regido, segundo as regras de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora tendo por base as normas da *American Psychological Association (APA), 7th Editions (APA, 2020)*, elaborado ao abrigo do novo acordo ortográfico de língua portuguesa.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde foi desenvolvido o Estágio Final encontra-se localizada geograficamente no Sul de Portugal e integrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), estando inserida numa instituição hospitalar pública no Algarve e, portanto, contemplada, no sector empresarial do estado português (CHU [Centro Hospitalar Universitário], 2020a).

No passado, a área abrangente de todo o território algarvio possuía três hospitais, localizados em Faro, Portimão e Lagos, que se relacionavam em interdependência. No entanto, com o Decreto-Lei n.º 69/2013, estes foram convertidos numa só instituição hospitalar do Sul regida pelo Estado Português, estruturada em dois polos: Polo inserido no Sotavento e o Polo inserido no Barlavento do Algarve (Ministério da Saúde [MS], 2017a). O mais atualizado Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 agosto veio integrar ainda, nesta instituição hospitalar, o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e a Universidade do Algarve (MS, 2017a). Este consórcio foi criado com o intuito de promover a transmissão de conhecimento científico na prestação de cuidados de saúde, integrar atividades de ensino universitário e investigação aumentando a qualidade dos cuidados e promover a permanência de profissionais de saúde qualificados no Algarve (CHU, 2020a).

Esta instituição hospitalar tem como missão a prestação dos melhores cuidados de saúde, através de elevada competência, rigor e excelência, em toda a região do Algarve e alguma parte do Alentejo, com foco na humanização, na promoção dos cuidados e na fomentação do espírito de equipa de todos os profissionais integrantes, incentivando-os à formação pré- e pós-graduada, bem como à investigação nos alicerces da evidência científica (CHU, 2021).

A sua identidade tem implícita a visão de evolução, adaptação à mudança, ambição, diferenciação e compromisso com o utente, caminhando nos valores assentes de:

“Humanização, dedicação e empenho; Competência, excelência e rigor; Contextos de trabalho saudáveis; Motivação e satisfação dos profissionais; Trabalho em equipa, com ênfase na multidisciplinaridade; Respeito pelos princípios éticos, dignidade humana, direitos dos utentes e por elevados padrões de segurança e qualidade assistencial; Equidade no acesso (e utilização) aos cuidados que disponibiliza; Criação de valor em saúde; Cultura de serviço público, centrado no utente e na sua satisfação; Efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis”. (CHU, 2021, p.9)

É constituída por sete departamentos: cirúrgico; médico; psiquiatria e saúde mental; crianças, adolescentes e família; emergência, urgência e cuidados intensivos; ginecologia, obstetrícia e reprodução humana; e serviços tecnológicos e terapêuticos. Estes são, orientados por uma equipa multidisciplinar constituída por um administrador, um médico diretor e um ou dois enfermeiros gestores (CHU, 2021). Os departamentos agrupam serviços clínicos por especialidade médica sendo geridos por um diretor de serviço (médico) e um/a enfermeiro/a chefe. Quando a especificidade do serviço não requer um profissional especializado na área médica é nomeado para o coordenar um técnico superior de tecnologias da saúde (CHU, 2021).

É importante ainda referir que, as duas principais unidades hospitalares contempladas na supracitada instituição hospitalar, localizadas em Faro (Polo de Sotavento) e Portimão (Polo do Barlavento), distam 70 quilómetros uma da outra e cerca de 300 quilómetros dos hospitais de referência em Lisboa, o que dificulta a resposta e gestão eficiente de recursos e tem um impacto negativo a nível de custos monetários de avaliação de desempenho da instituição (CHU, 2020b).

Além disso, estas unidades hospitalares mais diferenciadas, abrangem a prestação de cuidados de saúde a toda a população residente no Algarve e algumas valências do Alentejo, assegurando assistência a 16 concelhos e a uma vasta população de 440 mil residentes, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2020, que aumenta em centenas de milhares de pessoas na época do verão, pelo aumento do turismo sazonal da região (CHU, 2020b).

A unidade hospitalar de Portimão foi inaugurada em Julho de 1999 e possui, atualmente, um total de 319 camas. É relevante particularizar esta unidade, uma vez que integra o departamento onde foi realizado o Estágio Final, designado de departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos. Este é composto pelo serviço de urgência médico-cirúrgica, pelo serviço de urgência básica, pela viatura médica de emergência e reanimação (VMER), pela viatura de suporte imediato de vida, e pelo serviço de medicina intensiva (CHU, 2020b). Este último integra a unidade de internamento de doentes agudos; a sala de emergência; e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), local onde foi desenvolvido o Estágio Final.

1.1 . Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva estabelece terminologias para classificar os cuidados intensivos praticados nas unidades hospitalares, tendo em conta os serviços disponíveis e as técnicas utilizadas, sendo as Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal classificadas como Unidades de nível III (DGS, 2003). Isto significa que prestam serviços com fácil acesso a meios de diagnóstico, monitorização e terapêutica necessários; possuem equipas de médicos e enfermeiros com conhecimento específico e qualificado, que se encontram fisicamente presentes 24 horas; e que estão envolvidas constantemente em programas de ensino e treino contínuo, bem como na implementação de medidas de controlo da qualidade (DGS, 2003).

A UCIP é preconizada por camas de nível III, destinadas a doentes complexos com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais que são ameaçadoras para a vida, sendo espectável a necessidade de duas ou mais formas de suporte orgânico. Desta forma, a especialização do conhecimento é fundamental no cumprimento da missão assistencial de monitorizar, diagnosticar e tratar a pessoa em situação crítica de vida (MS, 2017b).

Nesta etapa do relatório é realizada a descrição da estrutura e dos recursos físicos, materiais e humanos que caracterizam o serviço onde decorreu a unidade curricular Estágio Final, sendo, igualmente, feita referência à organização e gestão dos cuidados praticados.

1.1.1. Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCIP encontra-se localizada no primeiro piso de um edifício hospitalar constituído por seis andares, partilhando-o com os serviços de Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intermédios, Imagiologia, Exames especiais, Sala de Emergência e Urgência Geral, que se encontram nas proximidades e dão apoio a esta Unidade, de acordo com as recomendações emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)(2013).

É constituída por duas áreas amplas e individualizadas, abertas (*open space*), com uma bancada central para vigilância de todos os doentes, assegurando acesso rápido ao tratamento e assistência aos doentes em situação crítica (ACSS, 2013). A sala um é composta por uma central de

monitorização, um carro de emergência equipado com desfibrilhador, seis unidades do doente divididas por cortinas, e um quarto de isolamento com antecâmara e sistema de pressão negativa, com janelas de acrílico que permitem a vigilância contínua (ACSS, 2013) das situações de doente em isolamento respiratório e/ou inverso. Atualmente, a sala dois é considerada isolamento por Coronavírus 2019 (COVID-19), sendo exclusivamente dedicada à prática de cuidados aos doentes críticos portadores dessa infeção. É constituída por seis unidades do doente e um quarto individualizado, utilizados segundo o plano de contingência hospitalar vigente (Grupo Operacional COVID Unidade Hospitalar de Portimão, 2021).

Cada unidade do doente é composta por cama elétrica/hidráulica; sistema de monitorização de sinais vitais e hemodinâmica; aspiração por vácuo; sistema de gases; seringas e bombas infusoras; gavetas para arrumações; material clínico e desinfetantes rigorosamente definidos; diversas tomadas de corrente elétrica; uma mesa de assistência e um ventilador para suporte ventilatório invasivo e não invasivo (Aleixo, 2016a).

Apresenta ainda a área considerada sala de tratamento onde se encontra acondicionada toda a medicação e se realiza a preparação de todas as terapêuticas necessárias; sala de trabalho onde se insere o gabinete de chefia de enfermagem, sala de enfermagem e sala de reuniões e/ou visitas; copa; vestiário de pessoal; sala de sujos/despejos; duas arrecadações, uma de fácil acesso a material mais utilizado e outra fechada para utilização pontual de material mais específico; e uma sala de equipamentos (ACSS, 2013), onde se encontram máquinas para terapias de substituição renal, pace-maker intracavitário, ventiladores de transporte, aparelho *PulmoVista*^{®1}, oxigenioterapia de alto fluxo, máquina de gasometria, eletrocardiógrafo, ecógrafo, mala de emergência e monitor com desfibrilhador de transporte, pertencentes à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI).

1.1.2. Recursos humanos

A equipa multidisciplinar é composta por trinta e seis enfermeiros, quinze assistentes operacionais, duas secretárias da unidade e uma equipa médica de internistas e intensivistas que

¹ *PulmoVista*[®] - equipamento que disponibiliza em tempo real a realização da tomografia de impedância eléctrica com o intuito de avaliar de forma contínua e não invasiva a distribuição de ar nos pulmões (Drägerwerk & Co, 2022).

possui um diretor clínico do serviço. Existem ainda outros profissionais de saúde externos à Unidade que dão apoio à equipa de UCI em situações que carecem de cuidados mais específicos ao doente crítico, como médicos de outras especialidades, fisioterapeuta, nutricionista, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica bem, e assistente social.

A equipa de enfermagem é composta por enfermeiros que, independentemente das suas funções específicas e diferenciadas, se regem por enunciados descritivos, integrados no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), fundamentais no exercício da profissão. São estes o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015a) e a Deontologia Profissional de Enfermagem (Assembleia da República [AR], 2015).

A equipa é constituída por um enfermeiro chefe, um elemento de substituição de chefia, oito responsáveis de turno e vinte e seis elementos de equipa. São contabilizados vinte e dois enfermeiros que prestam cuidados gerais sendo a sua prática profissional regida pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015c) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem dispostos pelo enquadramento concetual e enunciados descritivos (OE, 2001).

Os restantes elementos são enfermeiros detetores do título de Especialista, sendo o enfermeiro chefe Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; sete enfermeiros são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; cinco são enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica; e um enfermeiro é Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. Todos se regem no seu exercício profissional pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e pelo Regulamento de Competências Específicas de cada área de especialidade. É importante salientar os enfermeiros Especialistas de Médico-Cirúrgica à Pessoa em situação Crítica, regidos pelo Regulamento de Competências Específicas de EEEMC-PSC (OE, 2018b) e pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015d), na medida em que o Regulamento n.º 743/2019 da OE dita “Na constituição das equipas da UCI, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno”(OE, 2019b).

1.1.3. Organização e gestão do serviço

O serviço de UCIP tem um gestor de enfermagem que é o enfermeiro-chefe, tendo mais um elemento que dá apoio, assegurando ambos a gestão nos dias úteis em regime de horário. Quando a chefia de enfermagem não está presente, esta é representada por um enfermeiro responsável de turno que fica encarregue da organização do serviço, gestão de recursos humanos, materiais e ainda integra a EEMI, além de se manter na prestação de cuidados. As funções de enfermeiro responsável de turno não são exclusivamente desempenhadas por Enfermeiros Especialistas, podendo ser delegadas a elementos da equipa cujas competências são reconhecidas pelo enfermeiro chefe, em consideração ao tempo de exercício, experiência e investimento profissional na formação específica em área de doente crítico.

Os elementos de enfermagem que se encontram na prestação de cuidados utilizam o método individual de trabalho, ou seja, exercem as suas funções tendo em conta as etapas do processo de enfermagem individualizado aos doentes que lhes são atribuídos, sem descurarem, contudo, o trabalho de equipa habitualmente praticado.

Os registos de enfermagem seguem a mnemónica ISBAR² e são todos informatizados através da plataforma de gestão clínica das Unidades de Cuidados Intensivos designado de *B-ICU.Care*. Neste está inserido o programa *B-Simple* que monitoriza em tempo real os parâmetros ventilatórios, análises clínicas, exames complementares de diagnóstico do doente crítico. Ainda é possível selecionar os diagnósticos e intervenções adequados à prestação de cuidados de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). É ainda um meio de comunicação eficaz na transição de cuidados entre os vários elementos da equipa multidisciplinar contemplados na Norma da DGS N.º001/2017 (DGS, 2017a).

Os turnos são rotativos e organizados em turno da manhã (8h às 16h), tarde (15:30h às 24h) e noite (23:30h às 8:30h). O turno da manhã é constituído pela presença assídua do enfermeiro chefe e por seis elementos na prestação de cuidados, enquanto os turnos da tarde e noite contemplam uma equipa de cinco enfermeiros. É utilizada uma importante ferramenta de gestão em cuidados intensivos designada *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)*, que permite quantificar a carga de trabalho em enfermagem de acordo com o tipo de atividades efetuadas na prestação de

² ISBAR - "(...) Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)"(DGS, 2017a, p.1).

cuidados ao doente crítico e reflete o trabalho realizado nas 24 horas prévias (Aleixo, 2016b). O registo da mesma é efetuado pelos enfermeiros responsáveis pelos doentes no turno da noite.

Na UCIP praticam-se dotações seguras dos cuidados de enfermagem num rácio enfermeiro/doente de 1/2 (um enfermeiro para dois doentes). Este consiste num “modelo de prestação de cuidados” que, segundo a norma definida pela OE (2019b), é importante para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem praticados, através do recurso a critérios definidos que permitam adequar o número de elementos de enfermagem às necessidades de saúde de uma determinada população-alvo. Segundo a DGS (2003), numa UCI de tipologia nível III, é recomendado preferencialmente um rácio enfermeiro/doente de 1/1, o que, atualmente, não é passível de acontecer na UCIP, por fatores externos não controláveis face à situação pandémica de COVID-19.

Tal como foi referido anteriormente, a EEMI também é parte integrante da equipa, sendo constituída por um médico e um enfermeiro que, para além de assegurarem os cuidados ao doente crítico especificamente na UCIP, são chamados para prestar assistência imediata, noutros serviços da unidade hospitalar, a doentes em situações de Paragem Cardio-Respiratória e deteriorização fisiológica aguda, tal como é recomendado pela circular normativa sobre a Criação e Implementação de uma EEMI (DGS, 2010). É ainda importante salientar a existência de um elemento da equipa de enfermagem da UCIP que estabelece o elo de ligação com a comissão do controlo de infeção hospitalar, fazendo parte do Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

As consultas de *Follow-up* da medicina intensiva são outra parte integrante da UCIP, sendo realizadas uma vez por semana (quintas-feiras), no horário da manhã (9h às 12h) na consulta externa do hospital, num gabinete médico à responsabilidade de uma equipa multidisciplinar da medicina intensiva. Esta é constituída por dois médicos e duas enfermeiras especialistas na área da reabilitação pertencentes à UCIP, que trabalham em interdependência com outras especialidades médicas caso o doente e/ou família necessitem dessa assistência. A primeira consulta é realizada três meses após o doente ter alta hospitalar dos cuidados intensivos, as restantes após 6 e 12 meses. Têm como finalidade minimizar sequelas identificadas nas pessoas e/ou familiares em risco ou que já sofrem de Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) (Gomes, 2018). Este refere-se a um conjunto de fatores que condicionam a qualidade de vida do doente e da família, no sentido em que podem afetar a função psicológica, física e cognitiva das mesmas. A equipa multidisciplinar pretende, assim, desenvolver estratégias eficazes na adaptação das pessoas aos problemas resultantes da SPICI (Gomes, 2018).

Face à localização geográfica da UCIP no sul de Portugal, existem problemas inerentes às carências a nível da Rede de Referência de Medicina Intensiva na zona Sul, pela inexistência de valências médico-cirúrgicas para tratamento definitivo dos doentes com potencial recuperação. Consiste numa área carenciada de especialidades como Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica/Maxilo-facial, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Ortopédica de foro traumático como trauma vertebro-medular, neurorradiologia e técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) (MS, 2017b). Neste sentido, o departamento onde se insere esta UCI agilizou a criação de um “circuito do doente crítico” que permite transportar personaladamente o doente por via aérea ou terrestre de forma operacional, acompanhado por enfermeiro e médico da UCIP escalados para tal efeito, num regime de referência terciária para as unidades hospitalares existentes no Centro Hospitalar de Lisboa (MS, 2017b).

Face à necessidade elevada de suporte vital para doentes portadores de Síndrome de Distress Respiratório Agudo com critérios de ECMO, especialmente no Isolamento COVID, é acionado o programa de resgate interinstitucional. Este consiste numa equipa constituída por um médico e dois enfermeiros com formação específica nesta área, vindos do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, que preparam o doente, iniciam o procedimento e fazem o transporte por via terrestre até à instituição hospitalar de referência.

Segundo os indicadores de qualidade da UCIP, registou-se, num ano (entre 10 de novembro de 2020 e 10 de novembro de 2021), um total de 289 doentes admitidos, com um tempo médio de internamento de 12,24 dias e uma percentagem de mortalidade de 32,48%. A proporção de doentes submetidos a VMI foi de 58,13%, sendo o tempo de médio de ventilação invasiva de cerca de 3,36 dias. Os principais diagnósticos até à data da alta foram, maioritariamente, casos de pneumonia associada ao COVID-19, seguido de choque séptico e outras infeções por COVID-19. Foram também registadas, em menor número, doenças vasculares cerebrais agudas mal definidas, hemorragias gastrointestinais e tromboembolismos pulmonares.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente PIP foi concretizado no âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida na Especialidade Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, Mestrado em Enfermagem, no qual nos propusemos a desenvolver uma estratégia eficaz de comunicação adaptativa, recorrendo a vários métodos facilitadores da comunicação com o doente impedido de o fazer verbalmente por se encontrar submetido a VMI. Esta problemática dirigida para a comunicação em doente crítico, foi identificada na prática clínica aquando da prestação de cuidados de enfermagem a este tipo de doentes, através da necessidade da equipa de enfermagem se mostrar motivada em maximizar o seu potencial na otimização da comunicação com o doente submetido a VMI.

Este PIP emergiu do estágio na UCIP, decorrente entre 28 de junho de 2021 e 10 de outubro de 2021. Como suporte orientador foi utilizada a “metodologia de projeto” que visa uma investigação focada num problema real identificado, com a finalidade de resolução de adversidades, através da implementação de estratégias e intervenções eficientes, numa prática sustentada em evidência científica (Ruivo, et al., 2010).

Neste contexto, segue-se, neste capítulo, o enquadramento teórico e conceptual que sustenta a elaboração do PIP, assim como as etapas que contemplam a metodologia de projeto, que consistem em: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento e execução, e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, et al., 2010).

Considerou-se também importante contemplar as considerações éticas como uma etapa vital na implementação do PIP, tal como refere Nunes (2013) “A realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização”. (p.14)

2.1 Enquadramento teórico e conceptual

Neste subcapítulo, pretendemos de forma sustentada e reflexiva constituir “(...) uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo, et al., 2010, p.3).

Nestes termos, iremos abordar a comunicação de enfermagem, a teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau e a problemática existente na comunicação do enfermeiro com o doente submetido a VMI, que fundamentaram a nossa tomada de decisão em termos de conhecimento teórico adquirido, para a elaboração deste PIP.

Em busca da evidência científica mais atual, que complementasse todo o longo percurso supracitado, foi elaborada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) assente nos alicerces da investigação, como ponto-chave para o desenvolvimento de métodos de comunicação eficazes capazes de serem promovidos neste PIP. Desta forma, contribui-se para a melhoria contínua da qualidade e segurança da intervenção de enfermagem junto dos doentes submetidos a VMI, impedidos de comunicar verbalmente.

2.1.1. Comunicação em Enfermagem

A palavra “comunicação” deriva do latim *comunicare*, que significa pôr em comum (Morais et al., 2009). É algo intrínseco e transversal a todo o comportamento do ser humano, orientando todas as ações do mesmo na concretização das suas funções. Implica competências interpessoais que possibilitam o relacionamento entre as pessoas e que, exercitadas de forma adequada, minimizam mal-entendidos e conflitos, facilitando a resolução de problemas (Campos, 2017; Moraes et al., 2009). Mais profundamente, Phaneuf (2005) refere:

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente e inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa (...)”. (p.23)

Apesar do processo de comunicação integrar a comunicação verbal e não verbal, apenas 7% do que é transmitido por palavras demonstra o que se quer dizer. A comunicação não-verbal é a principal na compreensão do que se quer comunicar, responsável por 55%, sendo, deste modo, importante ter em conta que, na implementação de estratégias adequadas de comunicação, é necessário desenvolver a capacidade de prestar atenção para além das palavras (Coelho & Sequeira, 2014).

Phaneuf (2005) define que na comunicação “as nossas trocas compreendem duas componentes principais: uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo – *o quê* da mensagem – e uma parte mais afectiva ligada a maneira como é transmitida – *o como*” (p.24).

A comunicação, no âmbito da saúde, surge com o intuito de informar e influenciar comportamentos e decisões tomadas pelas pessoas e comunidades, através da aplicação de estratégias de comunicação encontradas pelo conhecimento e pela prática, e que procurem a promoção da saúde (Sequeira, 2016).

Nessa linha, comunicar em saúde é algo que não pode ser dissociado dos enfermeiros, uma vez que a comunicação terapêutica é uma ferramenta essencial na prestação dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005), sendo definida como “(...) um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa contribuindo simultaneamente para a melhoria da prática de enfermagem” (Coelho & Sequeira, 2014, p.31). É necessária a utilização efetiva da mesma, no sentido de tornar esta relação terapêutica eficaz. Consiste numa intervenção intencional, pois contribui para compreender mais profundamente o relacionamento entre a dimensão humana e, assim, melhorar as respostas dadas, através da adaptação à individualidade de cada pessoa, fatores estes que são bastante relevantes para a obtenção de ganhos em saúde (Campos, 2017; Coelho & Sequeira, 2014).

A comunicação terapêutica entre enfermeiro-doente, segundo Phaneuf (2005) não é considerada “(...) uma relação de autoridade, nem uma relação amigável, trata-se de uma relação profissional na qual os parceiros se reconhecem como seres humanos iguais. Não há superior nem subordinado, se bem que a enfermeira, sem exercer poder, possui uma certa autoridade” (p. 112).

Riley (2004) afirma que esta comunicação no cuidar é holística, ou seja, a pessoa é abordada como um todo, com respeito pelo doente como ser humano e não resumido apenas a um corpo físico alvo apenas de intervenções do enfermeiro. Para isso, defende que é importante a empatia e a capacidade intrínseca de nos colocarmos no lugar do outro para o compreender.

Neste sentido, falemos da comunicação em enfermagem como um cuidado humanizado, particularmente em ambientes despersonalizados como os hospitais, onde é importante humanizar, isto é “(...) acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente em sua singularidade e na apreciação da vida” (Morais, et al., 2009, p.324). Tal pode-se traduzir em ambientes mais calmos e menos tensos, promovendo uma prestação de cuidados ao doente com maior segurança e proximidade (Campos, 2017; Morais et al., 2009).

Para Potter & Perry (2003), o enfermeiro usa as capacidades de comunicação para reunir, analisar e transmitir informações, bem como para levar a cabo o trabalho de cada uma das fases do processo de enfermagem, constituindo uma estrutura fiável para a prestação de cuidados polivalentes, dominado a arte de comunicação interpessoal.

Inclusivamente, no campo de ação profissional de enfermagem é dado foco à comunicação, sendo esta definida na CIPE, como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais ou não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (OE, 2016, p. 47), que pode, ainda segundo a CIPE, estar comprometida (OE, 2016).

Partindo deste pressuposto, neste relatório, a problemática é focada no doente submetido a VMI, que tem a sua comunicação comprometida por não o conseguir fazer verbalmente, sendo nesta esfera de acontecimentos que os meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados, referidos pela CIPE, podem ser preponderantes no estabelecimento de comunicação terapêutica efetiva. Salienta-se a importância da intervenção do enfermeiro especialista, concretamente de Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, que nas suas unidades de competência específicas “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e “Gere o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363).

2.1.2. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau

A prática de cuidados de enfermagem assenta em modelos e teorias de enfermagem que contribuem para o desenvolvimento da profissão e potenciam a qualidade e segurança dos cuidados prestados. O enfermeiro acaba por escolher determinadas teorias em prol de outras, por considerar a que melhor se adequa numa determinada situação (George, 2000). Estas podem fornecer diferentes perspetivas dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem produzindo conhecimento teórico que se aplica à investigação e à prática, permitindo uma maior perceção da essência da teoria de médio alcance, também denominada teoria da prática (George, 2000).

Das múltiplas teorias e modelos de enfermagem publicados, no presente trabalho vamos abordar a teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, uma referência para o processo de comunicação em enfermagem.

Esta célebre enfermeira nasceu em 1909 nos Estados Unidos e faleceu em 1999, sendo considerada uma pioneira na enfermagem, mais especificamente na área da enfermagem psiquiátrica. Os seus contributos, contudo, transcendem esta área, na medida em que foram adaptados a todos as áreas de enfermagem onde existe comunicação entre o doente e o enfermeiro, tendo influenciado os padrões educativos, profissionais e práticos de enfermagem (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

Em 1952, Hildegard E. Peplau publicou o seu livro *“Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing”*, uma ferramenta útil para os enfermeiros, em que é dado ênfase à enfermagem como um processo interpessoal que se enquadra em qualquer situação de cuidados praticados onde é possível a comunicação (Tomey & Alligood, 2004). Essa relação interpessoal é uma interação entre duas ou mais pessoas que partilham objetivos em comum, proporcionando um estímulo para que o processo terapêutico aconteça. Por conseguinte, através da interação em busca de objetivos equivalentes, o enfermeiro e o doente tornam-se protagonistas na arte do cuidar e ser cuidado (George, 2000).

Peplau (1990) considera a **enfermagem** como uma “força amadurecedora e um instrumento educativo”(p.8)., uma vez que, através da utilização da relação interpessoal como principal ferramenta terapêutica na resolução de problemas junto do doente, o enfermeiro potencia o desenvolvimento de: diferentes habilidades para agir de forma eficaz; maior consciencialização dos próprios sentimentos, ações e perceções; e maior consciência face aos comportamentos individuais dos outros, ajudando também o doente a crescer (George, 2000). A **pessoa** é definida como um

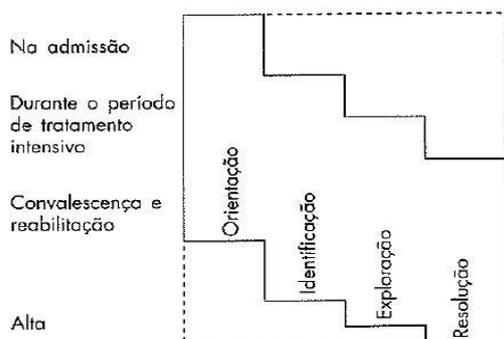
homem, sendo um organismo que luta para reduzir a instabilidade sentida pelas necessidades; a **saúde** é referida como “uma palavra simbólica que implica um movimento da personalidade para a frente, acompanhando outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (Peplau, 1990, p.10); e o **ambiente** está implícito quando Peplau afirma que há “forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura” (Peplau, 1990, p.7). George (2020), porém, defende que Peplau tem um conceito muito limitador de ambiente direcionado para adaptação ao meio hospitalar.

A Teoria das Relações Interpessoais é considerada de médio alcance, pois é específica e suficientemente abstrata nos pressupostos que apoia, possibilitando a generalização e aplicação em distintas populações (McEwen & Wills, 2016). Esta teoria é centrada na relação entre o enfermeiro e o doente, sendo considerada, portanto, uma teoria das escolas da interação. Baseia-se na realidade e psicodinâmica para compreender o comportamento de um sujeito (enfermeiros) no apoio a outros sujeitos (os doentes), durante o reconhecimento e resolução de problemas numa situação de necessidade (doença). Esta relação mútua provoca um crescimento recíproco e aprendizagem constante de ambos os intervenientes (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

Nesta ordem de ideias, Peplau, no desenvolvimento da sua teoria, operacionaliza o processo interpessoal, através das fases da relação entre o enfermeiro-doente. Estas relacionam-se e variam em duração, dependendo de cada processo, podendo até mesmo se sobrepor para chegar à solução (resolução da necessidade), sendo definida em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução (“Figura 1”) (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004). Atualmente, são consideradas fases correlacionadas com o processo de enfermagem, pois vão de encontro às etapas de colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação de intervenções e avaliação dos resultados (Campos, 2017).

Figura 1

Processo interpessoal: fases da relação entre enfermeiro-doente e a sua sobreposição.



Fonte: Adaptado de Peplau (1952), disponível em Tomey & Alligood (2004).

A relação interpessoal inicia-se na **fase de orientação**, onde o doente sente a necessidade de ajuda e procura o profissional de saúde. O doente é ajudado pelo enfermeiro a identificar e compreender o seu problema, e em conjunto realizam a análise da situação (Tomey & Alligood, 2004). Inicialmente, é considerada uma relação entre estranhos, mas no final desta fase já existe maior proximidade, o que permite evoluir para a próxima fase (George, 2000).

A **fase de identificação** é quando o doente se identifica com quem o pode ajudar, o que exige um relacionamento terapêutico mais intensivo, pois o doente agora responde mais seletivamente a quem o ajuda, sendo necessário esclarecimento das perceções e expectativas individuais face ao problema (George, 2000). O enfermeiro pretende explorar sentimentos e colaborar com o doente no enfrentamento do problema, através da utilização de ferramentas positivas que fomentem a satisfação do doente. Em resposta, este pode reagir de três formas: participar de forma interdependente com o enfermeiro; ser autónomo e totalmente independente perante o enfermeiro, isolando-se ou desenvolver um comportamento passivo e dependente do enfermeiro (George, 2000).

A **fase de exploração** ocorre no momento em que o doente através da relação, se sente parte integrante do ambiente terapêutico e é capaz de utilizar os serviços disponíveis, com a finalidade de resolver os seus problemas, podendo, contudo, experienciar sentimentos ambivalentes relacionados com a sua situação de dependência-independência (George, 2000). Nesta fase, o enfermeiro pode ter que lidar com algumas atitudes difíceis do doente, pelo que a utilização de instrumentos de comunicação devem ser explorados na tentativa de compreender, esclarecer e ensinar, fomentando um clima terapêutico de confiança e aceitação que auxilia o doente sem julgamentos (George, 2000).

Por último, na **fase de resolução** presume-se que as necessidades do doente foram resolvidas através dos esforços de cooperação entre o doente e o enfermeiro. Considera-se bem-sucedida apenas quando as outras fases anteriores são concluídas, podendo, assim, o elo de relação terapêutico ser quebrado, com ambos os intervenientes a tornarem-se independentes e fortalecidos (George, 2000).

Na concretização destas fases, Peplau define vários papéis de enfermagem que ocorrem durante a relação enfermeiro-doente: “**papel de estranha**” que acontece no primeiro contato terapêutico, em que ambos não se conhecem, com o enfermeiro a dever partir do pressuposto que o doente é emocionalmente capaz de comunicar, aceitando-o como pessoa, sem pré-julgamentos; “**papel de**

recurso” em que o enfermeiro direciona respostas apropriadas numa aprendizagem construtiva, dando esclarecimentos sobre o tratamento e planos de cuidados de saúde; **“papel de professora”**, posteriormente desenvolvido por Peplau, é a junção de todos os papéis de enfermagem, através da transmissão do conhecimento direcionado para uma determinada necessidade, com o intuito de o doente desenvolver capacidade de o utilizar; **“papel de líder”** prima pela forma democrática como o enfermeiro fomenta a participação ativa do doente no seu processo de tratamento e cuidado; **“papel de substituta”** é referido como o lugar que o enfermeiro ocupa perante o doente, que pode estar associado a um familiar, cabendo-lhe ajudar a distinguir os papéis, de forma a definirem bem as áreas de interdependência, independência e dependência; **“papel de conselheira”** está relacionado à forma como o enfermeiro ajuda o doente a identificar, aceitar, encarar e resolver os problemas, enfatizando as técnicas interpessoais à mercê da enfermagem, com o intuito de o ajudar a compreender a situação atual e integrá-la noutras experiências de vida; por último, o **“papel de especialista técnico”**, que inicialmente não foi referenciado no trabalho original de Peplau, sendo mais tarde inserido pela importância na relação enfermeiro-doente, uma vez que o enfermeiro proporciona atendimento físico, através das habilidades clínicas e técnicas que desenvolve como avaliação física do doente, e da utilização operacional dos equipamentos na prestação de cuidados (George, 2000; Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004).

Peplau (1990) defende que o doente é um elemento que aprende e é capaz de reagir aos estímulos vindos do ambiente, podendo o enfermeiro, através da prestação de cuidados holísticos, garantir o bem-estar do mesmo. O bom relacionamento interpessoal é o instrumento fundamental para uma comunicação terapêutica efetiva, pois é neste tipo de ambiente, através de estratégias aplicadas, que se propicia a troca de informação entre o enfermeiro e o doente na identificação e resolução dos problemas (George, 2000).

Neste prisma, é notória a conexão profunda que a Teoria das Relações Interpessoais representa para a relação enfermeiro-doente. É possível estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz num contexto de comunicação comprometida perante um doente submetido a VMI, através dos papéis que o enfermeiro pode assumir na otimização dessa interação, que visam a procura de estratégias promotoras de comunicação que facilitem todas as fases do processo de enfermagem centrado no doente.

2.1.3. Comunicação do enfermeiro com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva em UCI.

Na Europa, são ventilados, por doença crítica, cerca de 990.000 a 1.500.000 doentes/ano em unidades de cuidados intensivos (Paiva et al., 2017). A medicina intensiva centra-se na prevenção, diagnóstico e tratamento de doença aguda com potencial reversão, com focos em casos de falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais (Paiva et al., 2017). Nesse sentido, o doente crítico é sujeito a inúmeras técnicas invasivas, frequentemente ventilação invasiva associada à sedação, num ambiente despersonalizado e altamente tecnológico (Mata et al., 2021).

A VMI tem como benefício proteger os pulmões do doente, fornecendo ventilação e oxigenação até à eliminação das causas subjacentes. Esta técnica, contudo, provoca incapacidade de comunicar verbalmente devido à entubação endotraqueal ou traqueostomia que ocasiona perda de voz por um determinado período de tempo (Holm et al., 2020; Hosseini et al., 2018).

Na prática de enfermagem a comunicação é um elemento essencial, na medida em que é através da relação enfermeiro-doente que se consegue compreender profundamente as necessidades físicas e emocionais inerentes ao estado de saúde da pessoa (Phaneuf, 2005). Para isso, é estabelecido um contato de respeito e empatia, com o intuito de promover um trabalho relacional intensivo que não se reveja na desumanização e despersonalização dos cuidados (Phaneuf, 2005).

Perspetiva-se que a prática de VMI será cada vez mais frequente em doentes conscientes, tendo uma sedação mais leve benefícios na redução do tempo de ventilação, assim como, na diminuição de complicações (Hosseini et al., 2018). A prevalência de pessoas ventiladas mecanicamente e submetidas a protocolos de sedação ligeira permite a possibilidade de os doentes ficarem mais acordados e interativos, o que promove novos desafios aos enfermeiros no que concerne ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais adequadas para uma abordagem humanizada dos cuidados (Mata et al., 2021; Mehta et al., 2018).

Vários estudos evidenciam que os doentes ventilados e conscientes referem como das piores experiências vivenciadas os sentimentos negativos de desespero, irritação, raiva e *stress* por não serem compreendidos e não conseguirem pronunciar uma palavra e/ou exprimir uma necessidade básica, o que pode originar ansiedade e depressão após alta (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012; Pina et al., 2020). O enfermeiro, pela maior prestação de cuidados de proximidade, é perito na obtenção de soluções centradas no doente, no que respeita à otimização da comunicação durante a ventilação mecânica (Holm et al., 2020).

Phaneuf (2005) enaltece o tempo que o enfermeiro passa junto do doente, mencionando que, comparativamente com os outros profissionais de saúde, os enfermeiros estão presentes 24 horas por dia e 7 dias por semana junto da cabeceira do doente, sendo o veículo de toda a intervenção e envolvimento na atenuação do seu sofrimento.

A enfermagem de cuidados intensivos beneficia de enfermeiros especializados à pessoa em situação crítica, pois, os enunciados descritivos referem que para gerir a comunicação interpessoal numa situação de alta complexidade do estado de saúde, é fundamental uma relação terapêutica com a pessoa/família, sendo o enfermeiro especialista neste âmbito, promovido de competências de comunicação técnico-científicas avançadas na quebra das barreiras de comunicação e capaz de as adaptar (OE, 2018).

A identificação e aplicação de métodos eficazes de comunicação com o doente ventilado pode desenvolver sentimentos positivos para o doente e família/cuidador, no sentido em que beneficia a capacidade de expressar e controlar a dor e aumenta o nível de segurança, motivação e satisfação (Pina et al., 2020). Estas vantagens aplicam-se, igualmente, à equipa de enfermagem, traduzindo-se num aumento da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico ventilado em UCI (Pina et al., 2020).

2.1.4. Em busca da evidência científica: Métodos de comunicação eficazes na relação enfermeiro-doente mecanicamente ventilado.

Considerando a evidência científica mais atual, elaborou-se uma RSL (Apêndice C), que consiste numa síntese de evidência que pode ser elaborada considerando estudos quantitativos ou qualitativos relacionados com um determinado procedimento, intervenção ou processo, com recurso a perguntas de revisão (Apostolo, 2017).

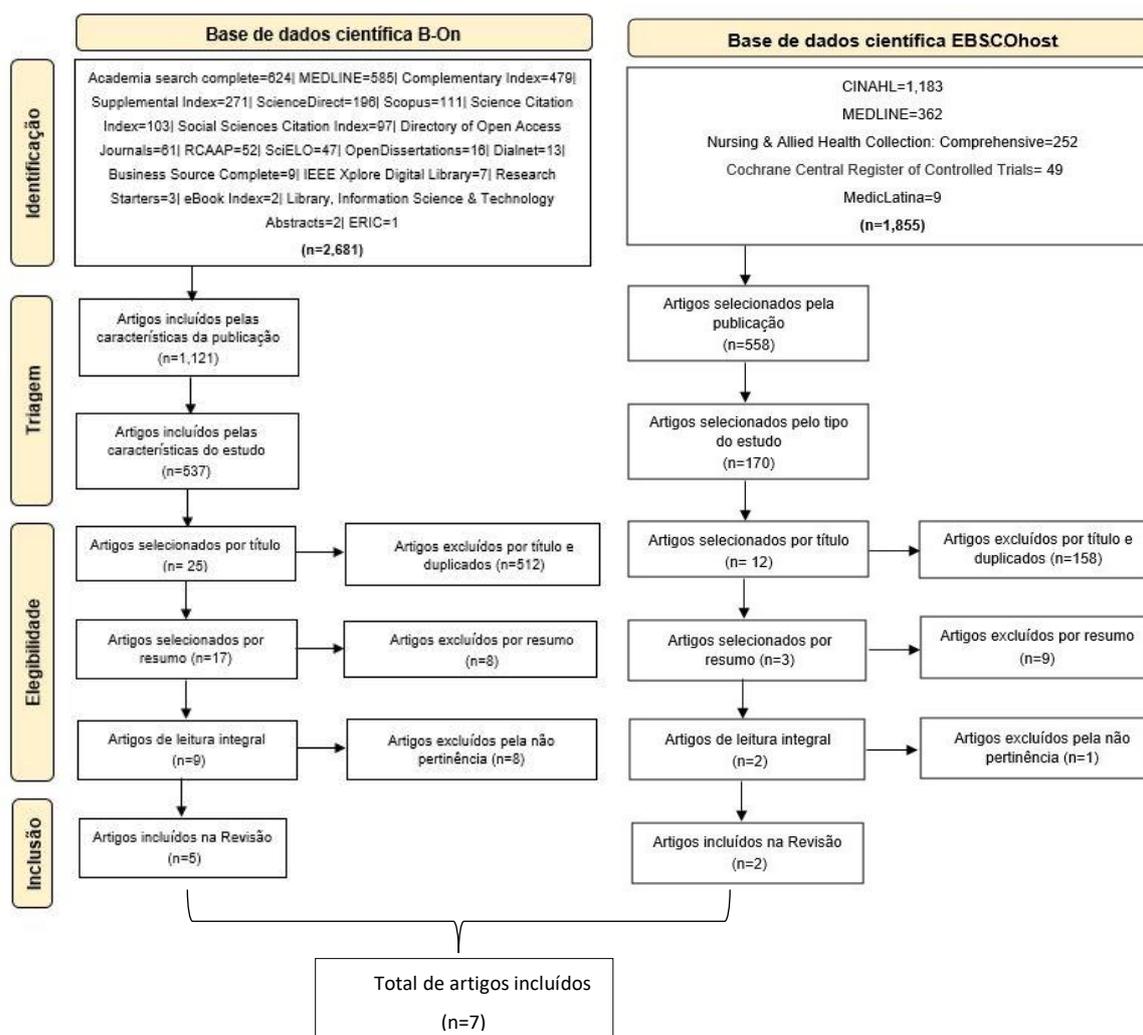
Nesta RSL, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais os métodos de comunicação eficazes que o enfermeiro pode utilizar na relação com a pessoa submetida a VMI em UCI? Esta pergunta foi construída baseada nos critérios de *Joanna Briggs institute* (JBI) (2020) segundo a mnemónica PICO que se traduz nos termos População (P), Intervenção (I), Contexto (C) e o *Outcome/Resultado* (O).

Foram selecionadas as palavras-chave procedendo-se à sua validação nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Foram definidas as palavras-chave

“Intensive care units”; “Mechanical ventilation”; “Critical care nursing”; “Nursing care”; “Communication” e “Communication barriers”. Estes termos foram conjugados utilizando os booleanos “OR” e “AND” nas bases de dados científicas de Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On) e Elton Bryson Stephens Company (EBSCOhost) no mês de agosto de 2021.

Na seleção dos estudos foram definidos os critérios de inclusão baseados nas características do estudo e da publicação (JBI, 2020) (Apêndice C), sendo excluídos os estudos não pertinentes pelo título, resumo e presença de duplicados. Recorreu-se à metodologia de diagrama de PRISMA (Haddaway et al., 2021) para demonstrar de forma estratificada o processo de seleção dos artigos nas bases de dados científicas B-On e EBSCOhost. Foram incluídos na RSL sete artigos (n=7), pela pertinência em relação à pergunta de investigação (“Figura 2”).

Figura 2
Diagrama de PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos nas bases de dados científica B-On e EBSCOhost.



Fonte: Elaboração própria.

Após a seleção dos sete artigos, foram-lhes aplicados instrumentos de avaliação para validar os níveis de evidência (JBI, 2014) e de qualidade dos mesmos (Bugalho & Carneiro, 2004), como se pode verificar no Apêndice C.

Na análise dos artigos foi necessário desenvolver uma tabela de síntese, de modo a facilitar a discussão dos resultados, sendo organizada por: título e autor do estudo; participantes, local e tempo da pesquisa; desenho de estudo; objetivos; intervenções e resultados (Apêndice C).

Relativamente à discussão, foi verificado que na comunicação do enfermeiro com o doente submetido a VMI são identificadas dificuldades que provocam sentimentos pouco positivos, tanto no profissional de saúde, como no doente.

Os enfermeiros, na maioria das vezes, sentem frustração por não conseguirem estabelecer comunicação verbal com o doente, desconhecendo métodos que facilitem nesse sentido, o que pode induzi-los a ignorar e negligenciar os doentes, levando ao isolamento dos mesmos (Handberg & Voss, 2018; Salem & Ahmad, 2018).

Por conseguinte, os doentes submetidos a VMI desejam saber mais sobre o seu estado de saúde e recuperação, bem como exprimir necessidade físicas (comer, beber, eliminação intestinal e vesical, higiene oral, posicionamento e verbalizar a dor). Ao não serem compreendidos, experienciam sentimentos de medo, ansiedade e frustração, sendo de realçar que a maioria das interações enfermeiro-doente são breves e direcionadas para a informação sobre procedimentos (Momennasab et al., 2019; Salem & Ahmad, 2018).

Neste sentido, todos os autores dos estudos selecionados destacam a importância de facilitar a comunicação e, deste modo, reduzir os níveis de ansiedade. Dithole et al. (2016) realça, como solução na prevenção do stress emocional entre enfermeiro-doente submetido a VMI, a implementação de estratégias de comunicação assistidas na UCI.

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) é o tipo de estratégia de comunicação, comum e validada entre os autores dos estudos, descrita como facilitadora de relação entre o enfermeiro e a pessoa sob VMI. Existem vários métodos aos quais o enfermeiro pode recorrer durante a intervenção, relativamente à comunicação com o doente submetido a VMI: sistemas de CAA sem auxílio tecnológico em que é utilizada a linguagem corporal, como, por exemplo, aperto de mão, mímica labial, expressão facial, acenar com a cabeça ou apontar objetos; sistemas de CAA de baixo nível tecnológico (não precisam de programação eletrónica), como por exemplo, placas de letras, símbolos, alfabeto, livros de imagens, utilização de papel/caneta; e, por último, sistemas CAA de

elevado nível tecnológico (permitem o fácil armazenamento e recuperação da mensagem eletrónica) referenciados como dispositivos geradores de voz e equipamentos eletrónicos, como o *tablet* ou computador com recurso a aplicações de comunicação facilitadora (Carruthers et al., 2017; Dithole et al, 2016; Dithole et al., 2017; Salem & Ahmad, 2018).

Existem várias perspetivas face à eficácia de cada método, sendo que certos estudos apenas fazem referência à comunicação física, realçando a sua importância devido à atenção do enfermeiro relativamente às expressões faciais e linguagem corporal na perceção da dor da pessoa, e às taxas de sucesso elevadas aquando do recurso a gestos e perguntas de resposta “sim ou não” (Dithole et al., 2016). O autor Momennasab et al. (2019), nos resultados do seu estudo, refere que as enfermeiras apenas se limitam a aplicar métodos de comunicação por linguagem corporal, já que 57% utilizaram gestos com mãos e olhares, 10.86% acenos de cabeça e uma pequena parte utilizou comunicação auxiliada por papel e caneta (0.57%). A comunicação entre enfermeiro e doentes entubados revelou baixos níveis de satisfação para ambos os intervenientes.

Em contrapartida, estudos que utilizam CAA de baixa e elevada tecnologia demonstram surpresa pela possibilidade de prestar cuidados motivadores e de alta qualidade, mencionando que as aplicações para *tablet*, quadro de assistência auditivo, quadro de letras, imagens e escala da dor ilustrada são os meios de comunicação mais eficazes. Descrevem situações reais como, por exemplo, os enfermeiros da UCI terem recorrido à placa de alfabeto para comunicar com o doente, o que permitiu que este fosse capaz de expressar a sua preocupação face ao seu estado de saúde e que os profissionais de saúde conseguissem corresponder, eficazmente, ao pretendido (Handberg & Voss, 2018).

É de realçar que foram demonstradas vantagens na utilização do *tablet* com recurso a aplicações de comunicação: viabilidade (94%), pois os doentes aprenderam a utilizá-lo em menos de 10 minutos; aumento da capacidade de os doentes comunicarem com equipa (80%); e importância clínica adjacente à comunicação com o doente (95%) (Santiago et al., 2019). A satisfação da pessoa no uso do *tablet* como instrumento de comunicação foi transversal a outro estudo que refere o exemplo: numa situação de prestação de cuidados emergentes, foi deixado o *tablet* com o doente entubado e, após o profissional de saúde voltar para junto do mesmo, este tinha escrito “Isto é muito inteligente” (Handberg & Voss, 2018; Santiago et al., 2019).

Outra evidência científica refere que a aplicação de CAA de baixo nível tecnológico confere melhorias no processo de comunicação, maior facilidade de utilização, menos gastos associados e maior acessibilidade. Refere ainda que a CAA de elevada tecnologia revela diminuição significativa das dificuldades na comunicação e aumenta a satisfação do doente através da sua utilização

contínua. Contudo, este necessita de mais formação e treino, apresenta problemas técnicos mais frequentes e tem um maior investimento monetário associado (Carruthers et al., 2017).

Na aplicação dos métodos de comunicação foram identificadas variáveis que limitam o sucesso da relação entre o profissional de saúde e a pessoa submetida a VMI. É descrito que os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, demonstram “resistência” à mudança confiando apenas na sua experiência profissional para compreender as mensagens que os doentes querem transmitir. Segundo os profissionais de saúde, isto deve-se à economia de tempo, priorizando os procedimentos comunicacionais que utilizam habitualmente, como a linguagem corporal (Handberg & Voss, 2018; Momennasab et al., 2019).

Face à aplicação dos métodos de CAA são demonstradas atitudes negativas dos enfermeiros pela elevada carga de trabalho, condições ambientais complexas e situação clínica dos doentes complicada. Nesta linha, é de realçar que os dispositivos se encontram, muitas vezes, fora do alcance do doente, o equipamento não funciona devidamente e os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, demoram tempo a atender as necessidades do mesmo, necessitando estes métodos de treino e formação para uma utilização eficaz (Carruthers et al., 2017; Salem & Ahmad, 2018). Para além disso, é necessário o apoio das chefias e gestão de recursos, com o intuito de garantir a disponibilidade e permanência dos dispositivos CAA na unidade, a fim de a sua aplicação se tornar numa prática comum (Dithole et al., 2017).

Para que os instrumentos de comunicação sejam eficazes é demonstrada a importância de conhecer e ajustar os recursos existentes à capacidade do doente para que as mensagens sejam efetivas e a necessidade de mudança de atitude dos enfermeiros em relação à adoção de competências na melhoria da comunicação com o doente. Para isto, é fundamental a formação contínua na propagação do conhecimento, bem como o desenvolvimento de protocolos institucionais que melhorem a comunicação entre o enfermeiro e o doente submetido a VMI (Dithole et al., 2017; Momennasab et al., 2019).

Em suma, verificou-se que a CAA é a estratégia de comunicação validada pela maioria dos autores dos estudos, sendo os sistemas de CAA sem auxílio tecnológico, os de baixo nível tecnológico e os de alto nível tecnológico métodos comunicacionais considerados eficazes. Compreendeu-se que a aplicação de ambos pode promover importantes quebras das barreiras existentes durante a comunicação entre o enfermeiro e as pessoas submetidos a VMI, aumentando o grau de satisfação dos intervenientes.

Na identificação dos métodos facilitadores da comunicação, é importante adequar os métodos disponíveis, através de uma avaliação prévia e individualizada do doente, de forma a aumentar a eficácia de utilização destes instrumentos de comunicação.

É importante salientar que o aumento da eficácia na comunicação reduz proporcionalmente os sentimentos negativos vivenciados tanto pelos enfermeiros, como pelos doentes.

Entendeu-se que os desafios apresentados se prendem, essencialmente, com a capacitação dos enfermeiros no desenvolvimento de competências de comunicação com os intervenientes envolvidos, através da formação e treino contínuo dos métodos de comunicação facilitada existentes, e com o desenvolvimento de estratégias que integrem as chefias superiores na disponibilização de material e concretização de protocolos institucionais que garantam o sucesso da comunicação eficaz entre os enfermeiros e a pessoa submetida a VMI.

2.2 METODOLOGIA DE PROJETO

O PIP foi elaborado após o consentimento positivo da chefia de enfermagem responsável (Anexo A), do diretor do serviço (Anexo B) da UCIP, da Comissão de Ética para a Saúde, e do Conselho de Administração da instituição hospitalar implicada (Anexo C).

Na aplicação dos questionários aos participantes em causa, no diagnóstico da situação, foram inseridos os consentimentos informados de aceitação livre e esclarecida (Apêndice D e E), elaborados de acordo com a norma da DGS nº 015/2013 (DGS, 2013a), cumprindo as condições previstas na Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Foram garantidos os direitos de privacidade e confidencialidade de todos os dados recolhidos e tratados de acordo com a Lei de Proteção de Dados Pessoais Portuguesa (MS, 2019).

Na utilização da ECS validada para a população portuguesa foi realizado um pedido formal à autora que realizou a sua tradução (Apêndice F), sendo autorizada a sua aplicação (Apêndice G) e assim assegurados os direitos de autor.

2.2.1 Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação é considerado a primeira fase da metodologia de projeto, implica, em contexto de cuidados de saúde, uma avaliação prévia das necessidades de uma determinada população num processo dinâmico, considerando um profundo aperfeiçoamento do que já existe na realidade, para posteriormente, serem implementadas em tempo útil medidas importantes e solucionáveis (Ruivo et al., 2010). Na prática clínica, inicia-se com a identificação de um problema, através de questionamentos que definem um problema real por resolver (Ruivo et al., 2010).

O diagnóstico de necessidade adveio dos momentos de observação não estruturada da prática clínica de enfermagem e do contato direto com os doentes internados na UCIP. A definição geral do problema surgiu durante a prestação de cuidados a uma doente submetida a VMI, em fase de desmame ventilatório, consciente, que demonstrava vontade em comunicar. Percebemos o quão difícil foi a relação entre enfermeiro-doente, sem que a doente pudesse comunicar sem voz, e de isso influenciar a prática dos cuidados de enfermagem de proximidade. A enfermeira supervisora disponibilizou uma folha de papel e uma caneta e a doente escreveu “quero comer um iogurte”. Esta situação foi o culminar da identificação de um problema real a averiguar.

Face ao sucedido, existiu primeiramente a necessidade de compreender as perspetivas das pessoas que vivenciam ou vivenciaram o processo de não conseguir comunicar verbalmente por se encontrarem submetidos a VMI.

Neste momento, em debate com enfermeira supervisora verificou-se a inexistência de bases de dados ou estudos estatísticos realizados na UCIP sobre o tema, que permitissem recolher informação na verificação da pertinência do mesmo. Foi realizada uma pesquisa exaustiva e encontrado um instrumento de diagnóstico da situação, que se poderia adequar ao pretendido, designado de *Ease of Communication Scale* (ECS) e validado para a versão portuguesa (Anexo D). Esta escala traduzida é da autoria da terapeuta da fala Doutora Carina Isabel Ferreira Martinho, a quem foi, formalmente, realizado o pedido (Apêndice F), que, atempadamente, foi aceite, sendo autorizada a sua utilização (Apêndice G).

A ECS foi desenvolvida em 1994 por uma enfermeira, Professora Doutora Linda Menzel, na sua tese de doutoramento, com o propósito de recolher dados para a amostra, sendo, por conseguinte, validada num estudo piloto. Em 1999, houve alterações editoriais pela autora original, adicionando-se quatro novas perguntas. Foi criada com a finalidade de “medir os níveis de dificuldades de

comunicação experienciados pelos doentes que estão ou que estiveram mecanicamente ventilados e, impedidos de comunicar através da fala” (Martinho, 2016, p.18).

Em 2016, Carina Martinho, com o intuito de contribuir para o avanço da exploração das dificuldades de comunicação sentidas pelos doentes submetidos a VMI em UCI portuguesas, mencionando a carência de estudos neste âmbito, desenvolveu, na obtenção do grau de Mestre em terapia da fala na área específica das necessidades complexas de comunicação, um projeto de tradução e validação da escala ECS para versão portuguesa. Como resultado, publicou um estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal em cinco UCI portuguesas, com resultados de elevada fiabilidade na fase aplicação da ECS (Martinho & Rodrigues, 2016).

A escala pode ser utilizada em duas situações distintas, quer durante o processo em que a pessoa está entubada (“durante a entubação”), quer durante a fase em que não se encontra entubada (“após a extubação”). É constituída por dez perguntas de resposta fechada, considerando diferentes situações intrínsecas à comunicação do doente mecanicamente ventilado em contexto UCI. A escolha das respostas por parte dos participantes deve descrever as experiências sentidas durante a necessidade de comunicar verbalmente e ser incapaz de o fazer por estarem mecanicamente ventilados (Martinho, 2016).

A sua aplicação não é complexa, uma vez que não é necessário treino ou explicação aprofundada e o seu preenchimento é do tipo escala de *Likert*³, entre 0 (“não foi difícil”) e 4 (“extremamente difícil”). A variação total dos resultados pode ir desde 0 a 52 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maiores dificuldades de comunicação experienciaram os doentes (Martinho, 2016).

Para a recolha de dados foi desenvolvido um questionário (Apêndice D) individual de respostas fechadas, dividido em três seções distintas, composto por consentimento informado, livre e esclarecido; caracterização sociodemográfica da população-alvo e instrumento ECS. Na amostra foram escolhidas as pessoas que estão ou estiveram internadas na UCIP submetidas a VMI sob sedação leve ou sem sedação, sendo excluídos os doentes internados ventilados mecanicamente em sedação moderada ou profunda.

O preenchimento do questionário “durante a entubação” foi realizado pelo investigador durante o estágio de permanência na unidade; enquanto que o questionário “após entubação” foi aplicado

³ *Likert*- É uma escala de avaliação. Os intervenientes podem responder em concordância relativamente à sua situação, através da utilização de escala gradual (pontuação) ou por escala de intervalos (ordinal) (Ruivo, et al., 2010).

nas consultas de *Follow-up* de medicina intensiva da UCIP, após agendamento com a enfermeira responsável.

Na aplicação do questionário foi realizada uma primeira abordagem à pessoa através da apresentação do investigador e o enquadramento do estudo. Entretanto, procedeu-se à leitura, explicação e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido pelo participante sendo cedido o nome, assinatura e endereço eletrónico académico do investigador profissional.

Posteriormente, o investigador procedeu à apresentação do questionário através de instruções orais. Foi cedido o questionário ao participante com intuito de proceder à leitura de cada pergunta e seleção da resposta desejada. A seleção das respostas às perguntas foi necessariamente executada por seleção direta na aplicação da escala após a extubação, ou indireta durante a entubação do participante. Na seleção direta a própria pessoa assinalou as respostas e na seleção indireta o investigador realizou esse papel, com os participantes a acenarem com a cabeça e/ou apontando a resposta, havendo uma dupla confirmação da validação da mesma.

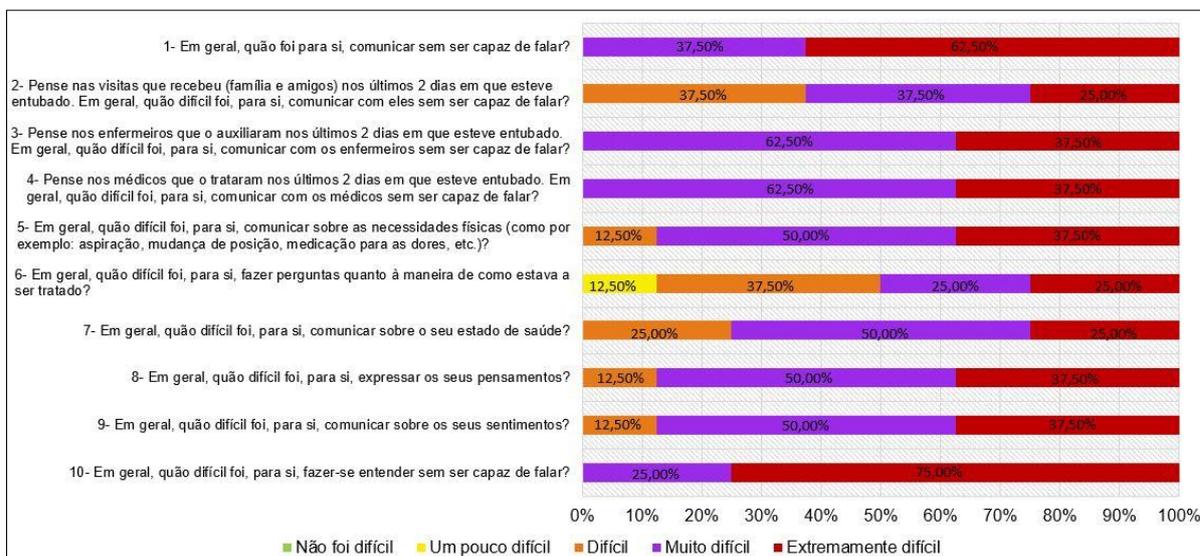
Na aplicação deste questionário ocorreram alguns contratempos na recolha de uma amostra de população significativa, pelo facto de a UCIP se encontrar em plano de contingência hospitalar devido a COVID-19, sendo a maioria dos doentes internados portadores desta patologia e submetidos a VMI sob sedação moderada a profunda. Por esta razão, as consultas de follow-up realizadas somente às quintas-feiras foram várias vezes suspensas. Outro constrangimento consistiu na demora de autorização da comissão de ética do hospital para a execução do projeto. Ainda assim, foi conseguida uma amostra total de 8 participantes (n=8) na aplicação do questionário.

Na caracterização sociodemográfica constatou-se que 62,5% das pessoas são do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino; as idades são acima dos 41 anos; nível de escolaridade desde sem estudos à presença de grau académico; 25% dos participantes encontravam-se entubados e 75% em situação após entubação.

Face a aplicação do instrumento ECS, é demonstrada na “Figura 3” a percentagem das respostas obtidas pelos participantes acerca das dificuldades sentidas em comunicar durante e após a VMI.

Figura 3

Distribuição gráfica das respostas dos participantes face às questões da escala ECS.



Fonte: Elaboração própria.

Considerando as respostas dos participantes, explanadas na “Figura 3”, percebeu-se que existe uma percentagem muito baixa de experiências de comunicação durante o processo de entubação classificadas como “Um pouco difícil”. Verificou-se que em relação à maioria do tipo de dificuldades de comunicação avaliadas, os participantes referiram as experiências como “Muito difícil” e “Extremamente difícil”, não existindo nenhum participante que considere que “Não foi difícil” comunicar sob entubação. A comunicação a fazerem-se entender sem serem capazes de falar, foram os pontos referidos como sendo mais difíceis, com 62,5% e 75% dos participantes a classificarem-nos como “Extremamente difícil”.

Em relação aos parceiros de comunicação, verificou-se que tanto no que concerne à comunicação com os enfermeiros, como com os médicos, 62,5% classificou-a de “Muito difícil” e 37,5% de “Extremamente difícil”. Os participantes demonstraram menor dificuldade de comunicar com a família do que com os profissionais de saúde.

Nos tópicos de conversação averiguou-se uma igual percentagem (87,5%) de participantes que consideraram “Muito difícil” ou “Extremamente difícil” comunicar os seus sentimentos e expressar os seus pensamentos; 75% das pessoas responderam “Muito difícil” ou “Extremamente difícil” a comunicação das preocupações face ao seu estado de saúde; 87,5% revelam que é “Muito difícil” ou “Extremamente difícil” a comunicação relacionada com as necessidades físicas e a realização de

perguntas quanto à maneira como a pessoa está a ser tratada foi a resposta de comunicação que suscitou menores dificuldades, verificando-se que 50% da amostra considerou a experiência de comunicação como “Muito difícil” ou “Extremamente difícil”.

Ao verificarmos estes dados, mencionados acima, ficamos cada vez mais despertos para esta problemática e com maior interesse em validar o tema. Neste sentido, foi realizada uma reunião exploratória, não estruturada em conjunto com a enfermeira supervisora e o enfermeiro chefe da UCIP, onde foi validada a pertinência e necessidade de trabalhar este tema junto da equipa de enfermagem. Nesta reflexão, foram ainda averiguados métodos facilitadores de comunicação com o doente ventilado, sendo estes quase inexistentes, desatualizados e pouco uniformizados na unidade.

Assim, foi desenvolvido um questionário direcionado para a equipa de enfermagem da UCIP (Apêndice E) com o intuito fundamental de apurar as perspetivas dos enfermeiros acerca de forma como vivenciam o processo de comunicação com os doentes em VMI na prestação de cuidados e que estratégias facilitadoras de comunicação aplicam na sua intervenção.

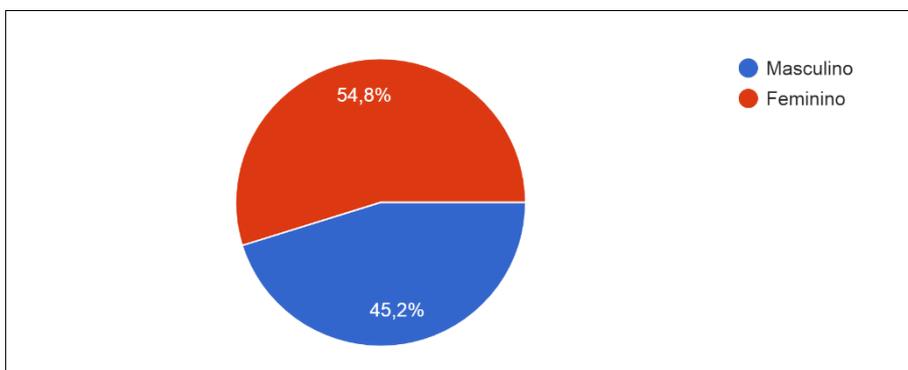
O questionário é dividido em duas secções distintas, sendo a primeira composto por consentimento informado, livre e esclarecido e a segunda secção recolha de dados relativamente à caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem; elaboração de questões na avaliação da pertinência do tema e identificação dos métodos facilitadores de comunicação mais considerados pelos enfermeiros na comunicação com o doente submetido a VMI.

Para o preenchimento do questionário recorreu-se a uma aplicação web de gestão em pesquisas designado Google Forms, que consiste numa plataforma administrada pela Google que possibilita aos utilizadores recolher informações, com recurso à criação de formulários ou questionários via online (Andres et al, 2020). Foi realizado um levantamento de todos os e-mails institucionais dos trinta e seis enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem na UCIP e enviados os questionários, de modo a conseguir o maior número de amostra possível.

Na aplicação dos questionários obteve-se uma taxa de respostas de 86,1% (n=31). Na caracterização sociodemográfica verificou-se que 54,8% (n=17) são enfermeiros do sexo feminino e 80,7% (n=25) são enfermeiros com idades inferiores a 40 anos. Podemos, assim, apurar que amostra representativa da equipa de enfermagem é maioritariamente do sexo feminino (“Figura 4”) e bastante jovem em termos de idade (“Figura 5”).

Figura 4

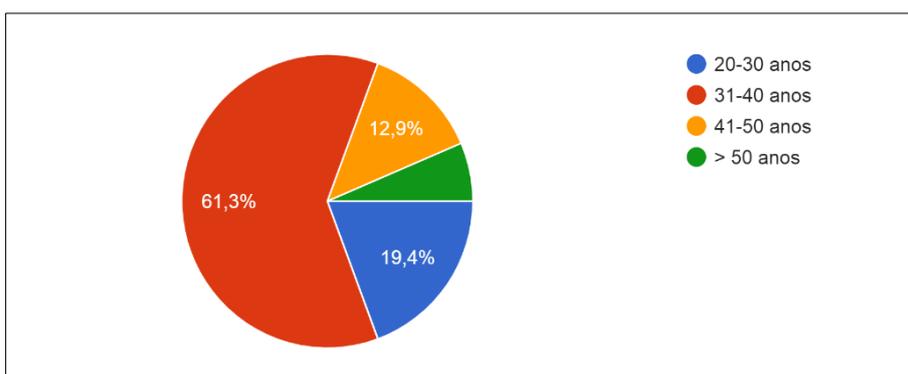
Sexo da amostra representativa dos enfermeiros.



Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Figura 5

Idade da amostra representativa dos enfermeiros.

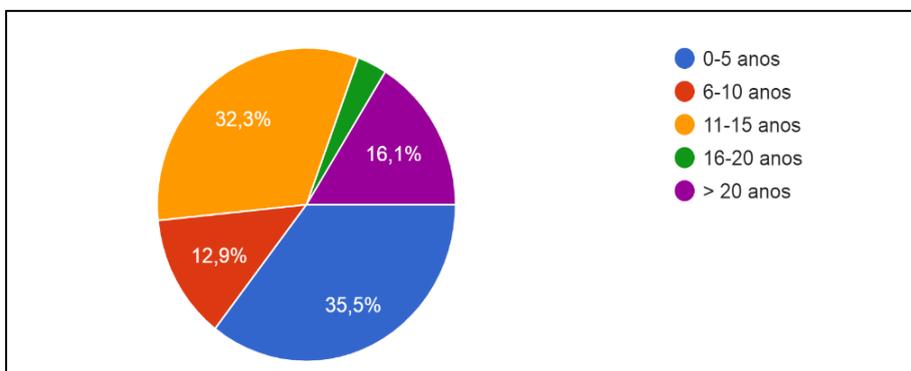


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

No que respeita à experiência profissional, Patricia Benner desenvolveu o modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem que se traduz em níveis de desenvolvimento de competências, enfatizando o desenvolvimento de cuidados de excelência quando existe ganho de perícia profissional através da aprendizagem pela experiência na prestação direta de cuidados (Benner, 2001). Na procura desta prática de excelência, foi verificado que, apesar de 35,5% (n=11) dos enfermeiros possuir menos de 5 anos de experiência; 64,5% (n=20) apresentam experiência de trabalho em UCI acima dos 6 anos e 32,3% (n=10) têm 11 a 15 anos de trabalho efetivo na intervenção ao doente crítico em UCI. Verifica-se, assim, uma amostra de enfermeiros com experiência profissional significativa, em contexto UCI. Estes resultados encontram-se explanados na “Figura 6”.

Figura 6

Tempo (em anos) de experiência profissional em contexto UCI.

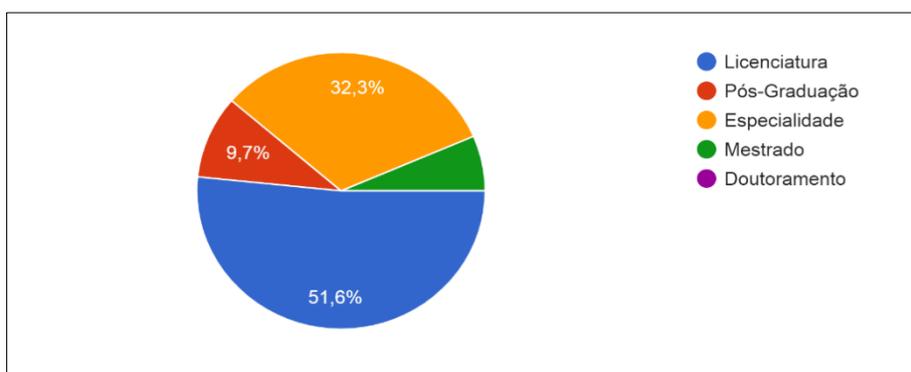


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

A nível de habilitações académicas, 51,6% (n=16) são exclusivamente licenciados e realça-se que 32,3% (n=10) investiram em especialidade de enfermagem ("Figura 7"). Verificou-se que 6,5% (n=2) são enfermeiros especialistas na área de Médico-Cirúrgica, igualmente 6,5% (n=2) possuem especialidade de Médico-Cirúrgica A Pessoa Situação Crítica, e 22,6% (n=6) são especialistas em Reabilitação, predominando esta área, segundo a "Figura 8".

Figura 7

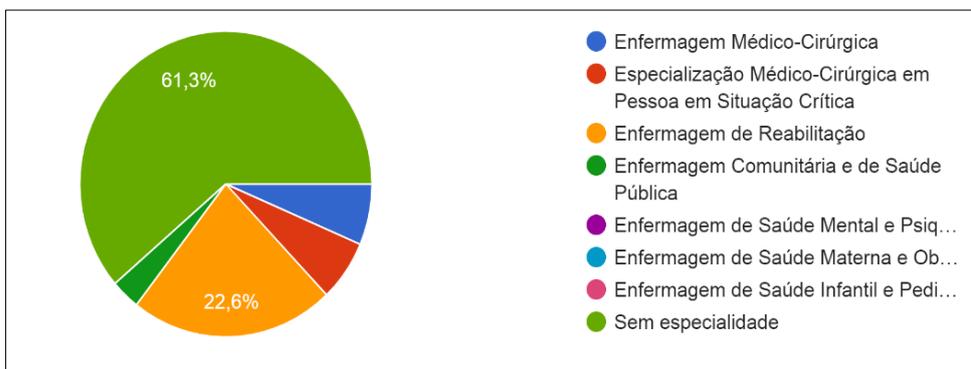
Habilitações académicas da amostra representativa.



Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Figura 8

Amostra representativa dos enfermeiros Especialistas e sem Especialidade.

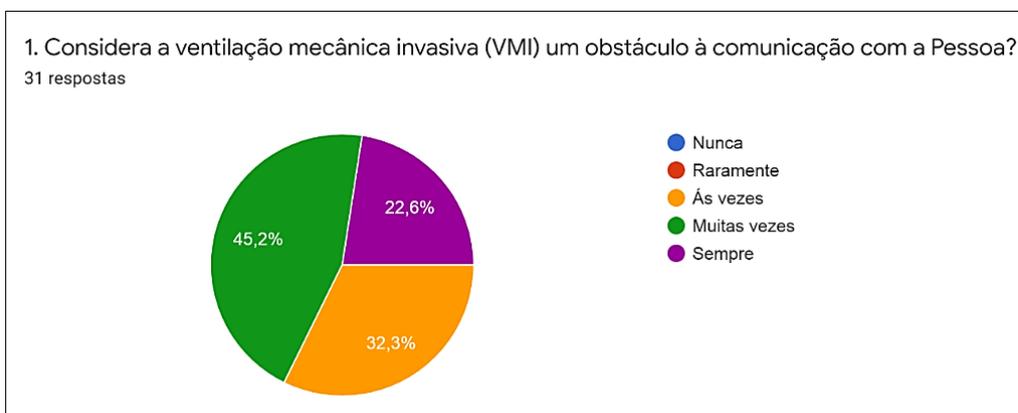


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Relativamente à perspetiva dos enfermeiros da UCIP sobre a pertinência do tema é verificado que todos os enfermeiros em causa consideram a VMI um obstáculo à comunicação com o doente, constatando-se que 45,2% (n=14) referem que este processo é “Muitas vezes” um obstáculo à comunicação, 32,3% (n=10) “Às vezes” e 22,6% (n=7) “Sempre” (“Figura 9”).

Figura 9

Percentagem das respostas dos enfermeiros face à questão mencionada no gráfico.

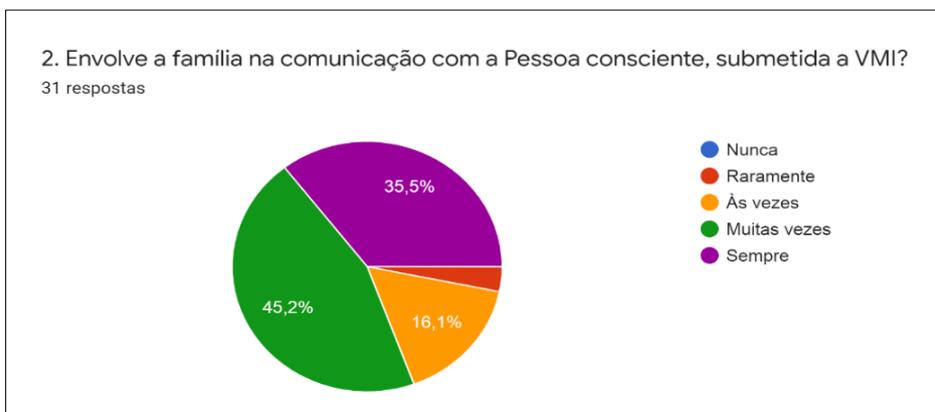


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Como forma de perceber até que ponto o enfermeiro integra a família na comunicação com o doente submetido a VMI é verificado que 45,2% (n=14) tem “Muitas vezes” o cuidado de envolver a família como parte integrante do processo de comunicação com este tipo de doente, 35,5% (n=11) dos enfermeiros inquiridos refere que o faz “Sempre”, e 16,1% (n=5) “Às vezes” (Figura “10”).

Figura 10

Percentagem das respostas do enfermeiro face à envolvimento da família.

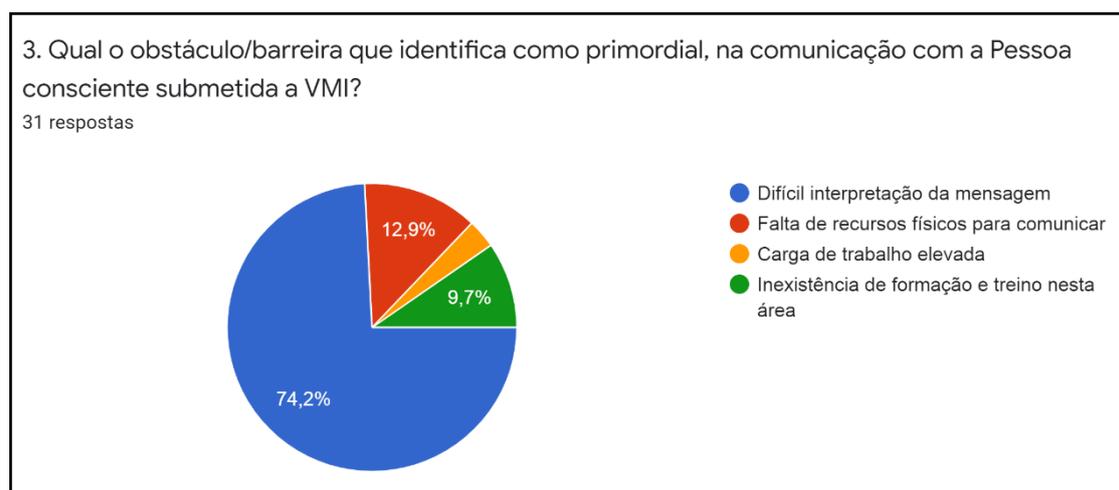


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Na tentativa de identificar o obstáculo ou a barreira que mais pode interferir na eficácia da comunicação do enfermeiro com o doente ventilado, foi verificado que a “Difícil interpretação da mensagem” é a opção mais considerada com 74,2% (n=23); não obstante que 12,9% (n=4) considera a “falta de recursos físicos para comunicar”; 9,7% (n=3) a “Inexistência de formação e treino nesta área” e apenas uma pequena percentagem de 3,2% (n=1) refere que o motivo é a “Carga de trabalho elevada” (“Figura 11”).

Figura 11

Percentagem das respostas dos enfermeiros face à identificação dos obstáculos/barreiras que podem interferir na comunicação entre enfermeiros e doente ventilado.

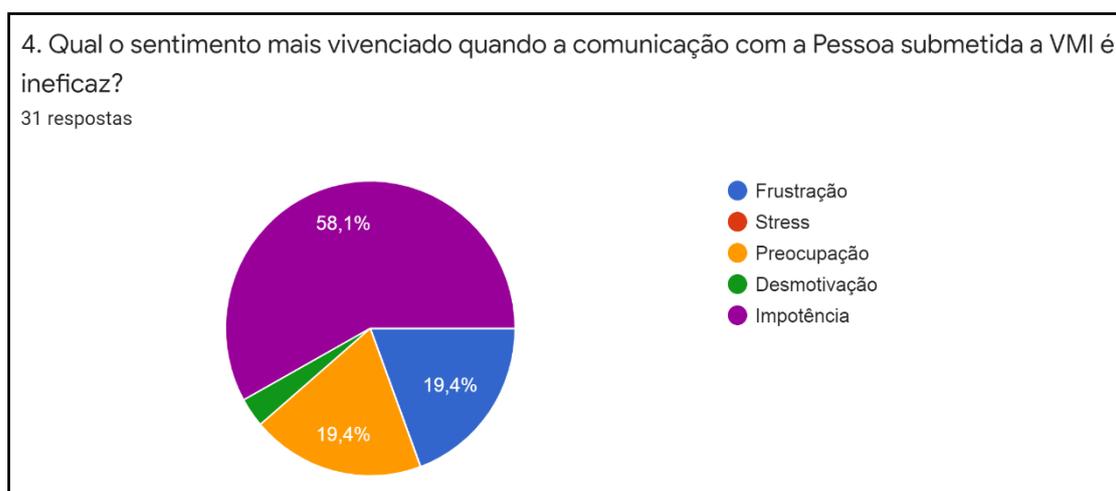


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros da UCIP quando comunicam de forma ineficaz com o doente ventilado provoca maioritariamente “Impotência”, com 58,1% (n=18) a referirem este sentimento; seguem-se percentagens de 19,4% (n=6) tanto para a “Frustração”, como para a “Preocupação”; e apenas 3,2% (n=1) consideram sentir-se “Desmotivados”, sendo a opção de sentir “Stress” não mencionada por nenhum enfermeiro (“Figura 12”).

Figura 12

Percentagem das respostas dos enfermeiros, na identificação dos sentimentos vivenciados quando ineficaz a comunicação com doente ventilado.

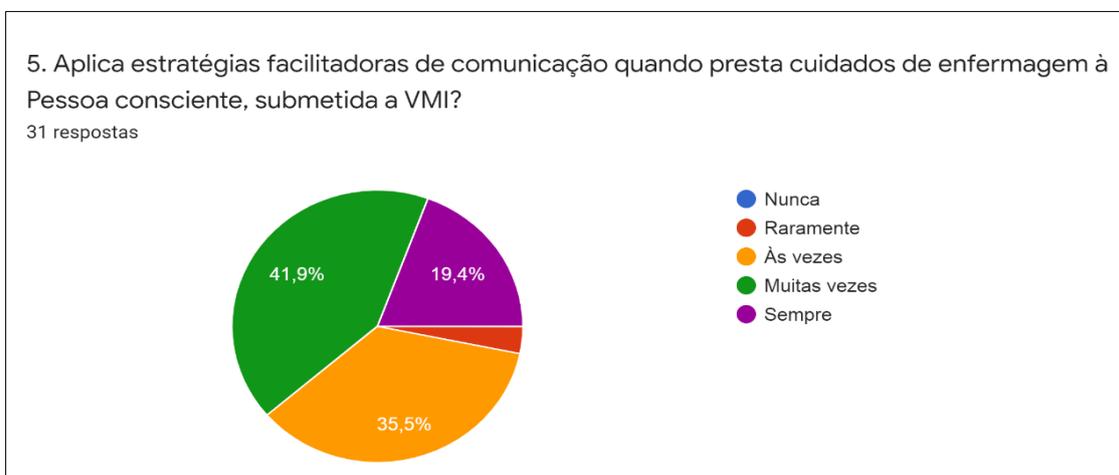


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

No que concerne às estratégias facilitadoras de comunicação mais utilizadas pelos enfermeiros da UCIP na relação com o doente submetido a VMI, considerou-se importante, primeiramente, averiguar se os enfermeiros aplicam de facto essas estratégias, constatando-se que todos referem utilizar: 41,9% (n=13) aplicam “Muitas vezes”; 35,5% (n=11) mencionam “Às vezes”; 19,4% (n=6) dos enfermeiros referem “Sempre”; e apenas uma pequena amostra de 3,2% (n=1) selecionou a opção “Raramente” (“Figura 13”).

Figura 13

Percentagem das respostas dos enfermeiros da UCIP relativamente à utilização de estratégias facilitadoras na comunicação com doente ventilado.

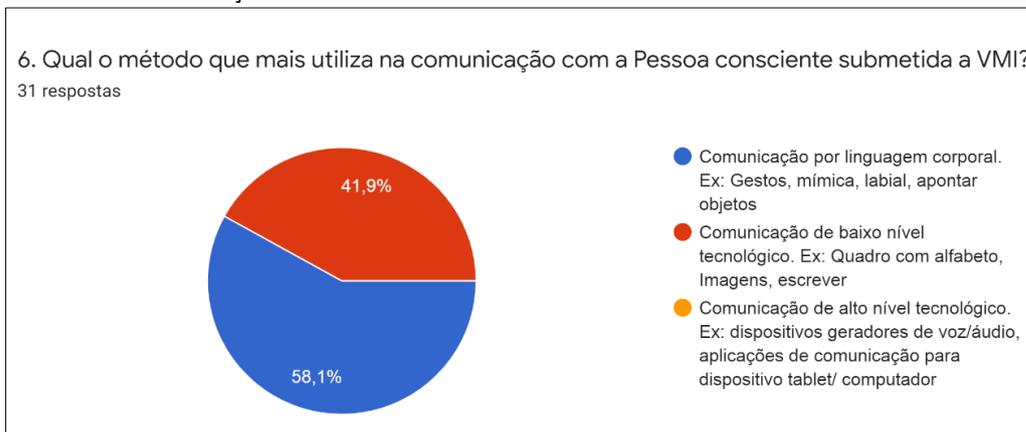


Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Com uma percentagem de 58,1% (n=18), a “Comunicação por linguagem corporal” é a estratégia facilitadora que os enfermeiros mais utilizam na relação com o doente submetido a VMI na UCIP, aplicando como métodos os gestos, mímica labial, apontar objetos. Por sua vez, 41,9% (n=13) utilizam a “Comunicação de baixo nível tecnológico”, através do uso, por exemplo, de um quadro com alfabeto, de imagens e da escrita. É de realçar que nenhum enfermeiro utiliza a comunicação de elevado nível tecnológico, que se refere a dispositivos geradores de voz/áudio, aplicações de comunicação para dispositivo *tablet* e/ou computador, já que são inexistentes nesta UCIP (Figura 14).

Figura 14

Percentagem das respostas dos enfermeiros da UCIP, relativamente aos métodos de comunicação que utilizam na comunicação com o doente ventilado.



Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

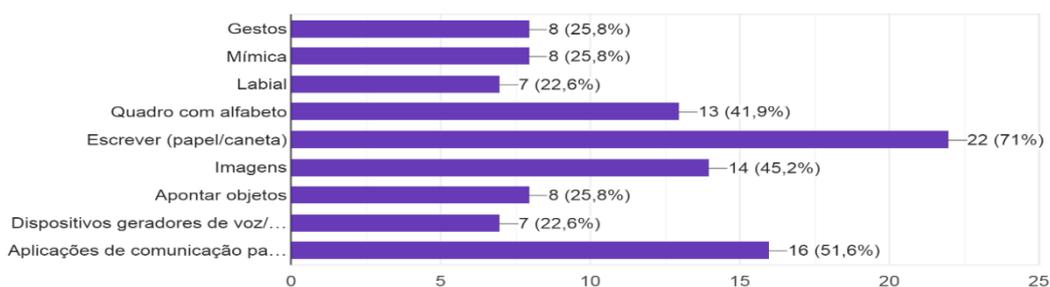
Considerou-se ainda importante investigar quais as estratégias facilitadoras de comunicação que os enfermeiros poderiam eventualmente considerar mais eficazes na comunicação com o doente ventilado. Segundo a “Figura 15”, constatou-se que 4 métodos de eleição, considerados mais eficazes: “Escrever (papel/caneta)” com a maior percentagem de 71%; recurso a “Aplicações de comunicação para dispositivo *tablet*/ computador” (51,6%); utilização de “Imagens” (45,2%); e o uso de “Quadro com alfabeto” (41,9%).

Figura 15

Percentagem das respostas dos enfermeiros da UCIP em relação às estratégias de comunicação que consideram mais eficazes na comunicação com doente ventilado.

7. Quais as estratégias facilitadoras que podem ser mais eficazes na comunicação com a Pessoa consciente submetida a VMI? (Selecione três opções)

31 respostas



Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria.

Ainda, como instrumento de diagnóstico realizou-se uma análise SWOT (*Strengths, Weakness, Threats* e *Opportunities*) que, de acordo com Ruivo *et al.* (2010) é um método constituído por um quadro, subdividido em quatro quadrantes com o objetivo de definir as forças, fraquezas, ameaças, e oportunidades num confronto dos aspetos positivos e negativos que podem ser identificados e influenciar a elaboração de um projeto (“Tabela 1”).

Tabela 1

Análise SWOT.

Aspetos Fortes (<i>Strengths</i>)	Aspetos Fracos (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem jovem e motivada; - Aprovação e apoio do enfermeiro Chefe, enfermeira supervisora e professora orientadora; - Auto-motivação originada pelo interesse do tema; - Incentivo à formação em serviço; - Ganhos em saúde na qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente submetido a VMI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carga de trabalho elevada; - Resistência de alguns elementos da equipa à mudança; - Poucos recursos físicos e desatualizados de otimização à comunicação com os doentes mecanicamente ventilados; - Inexistência de formação na área da comunicação com doente submetido a VMI.
Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Tema pouco desenvolvido e uniformizado no serviço; - Estratégia de implementação que visa a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados; - Instituição com programa de melhoria contínua; - Garantia dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem praticados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em vigor plano de contingência institucional devido à pandemia por COVID-19; - Demora de Autorização do Conselho de Administração e Comissão de ética do hospital para implementação do projeto.

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao anteriormente exposto, foram utilizados instrumentos de diagnóstico da situação que permitiram perceber o quão difícil é o doente ventilado comunicar. Conseguiu-se entender que este facto é também bastante limitativo para a equipa de enfermagem da UCIP, afetando a prestação de cuidados de proximidade com o doente submetido a VMI, verificando-se uma necessidade importante de aperfeiçoar a intervenção de enfermagem face à presença de comunicação comprometida do doente ventilado, com a finalidade de promover os cuidados de saúde com qualidade e segurança.

Neste sentido, foi percebido que os enfermeiros tentam colmatar esse problema, utilizando estratégias de comunicação facilitadores. Porém, identificámos que os métodos são bastante rudimentares, desatualizados e pouco uniformizados na UCIP, para além da inexistência de qualquer tipo de formação e treino na área da comunicação com doente ventilado.

Posto isto, foi definida a problemática que se traduz na promoção dos métodos de comunicação facilitadores mais eficazes na melhoria contínua da comunicação entre o enfermeiro e o doente submetido a VMI em contexto UCI, em busca de uma intervenção especializada tal como preconizam os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica no enunciado descrito de satisfação ao cliente:

“O empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência em saúde; (...) A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica; A implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica.” (OE, 2015d, p. 17241)

2.2.2 Definição dos objetivos

Após a realização do diagnóstico da situação, procedeu-se à definição de objetivos perante a problemática identificada.

Segundo Ruivo et al. (2010) “Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (p.18). Para a formulação do objetivo geral deve-se considerar os conhecimentos e capacidades a atingir, de acordo com competências vastas e de complexidade, enquanto que os objetivos específicos são elementares e operacionalizáveis, resultado da subdivisão de um objetivo geral na tentativa de dar resposta a este (Ruivo et al., 2010).

Posto isto, no desenvolvimento do PIP definimos como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, face à comunicação com o doente mecanicamente ventilado em UCI;

De modo a alcançar o objetivo geral, definimos como objetivos específicos:

- Criar um instrumento facilitador de comunicação eficaz de utilização entre o enfermeiro e o doente mecanicamente ventilado;
- Adaptar o instrumento criado à realidade da UCIP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem face à temática inerente à dificuldade em comunicar entre o enfermeiro e doente ventilado mecanicamente;

- Promover a apresentação e aplicação do instrumento criado, junto dos enfermeiros da UCIP.

2.2.3 Planeamento e execução

O planeamento contempla a terceira fase da metodologia de projeto, caracterizada pela delineação de um plano detalhado tendo em consideração as possíveis limitações e implicando o levantamento dos recursos disponíveis; a definição das atividades, dos métodos e das técnicas que se podem recorrer, e a elaboração de um respetivo cronograma (Ruivo et al., 2010).

Neste sentido, o cronograma desenvolvido referente ao projeto (Apêndice H) visou o planeamento das atividades a realizar em tempo definido, com a finalidade de cumprir os objetivos propostos, tendo sofrido ajustes de acordo com o que inicialmente traçámos para se adequar às limitações que existiram durante todo o processo. Estas limitações foram de encontro com às ameaças que definimos na análise SWOT.

Após a definição das estratégias na fase de planeamento, partimos para a implementação das mesma, ou seja, iniciamos a fase de execução do projeto que é definida como a etapa em que se coloca em prática todas as ações planeadas (Ruivo et al., 2010). Por esta relação, achámos por bem inserir a fase do planeamento e execução neste subcapítulo do PIP.

Primeiro objetivo específico: Criar um instrumento facilitador de comunicação eficaz de utilização entre o enfermeiro e o doente mecanicamente ventilado;

Segundo objetivo específico: Adaptar o instrumento criado à realidade da UCIP.

De forma a alcançar os primeiros objetivos definidos, elaborámos uma RSL, em busca da evidência científica mais atualizada relativamente aos métodos de comunicação eficazes aplicados ao doente ventilado em UCI.

O artigo científico designado de “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura” (Apêndice C) foi realizado segundo os critérios de JBI, com a formulação da seguinte questão de investigação: Quais os métodos de comunicação eficazes que o enfermeiro pode utilizar na relação com a pessoa submetida a VMI em UCI?

Esta pergunta de investigação foi propositadamente elaborada face ao identificado anteriormente na situação de diagnóstico. Precisávamos de obter respostas, baseadas em

evidência, que pudessem ser aplicadas para colmatar o problema identificado, ou seja, encontrar meios eficazes de comunicação que fossem passíveis de ser utilizados pelos enfermeiros, numa prática baseada na evidência, na tentativa de suprimir as necessidades dos doentes impedidos de comunicar verbalmente. Já Apóstolo (2017) menciona que tudo começa com perguntas, interesses e preocupações referindo que “A resposta a estas questões é dada através da geração de conhecimento e de dados para atender com eficácia e de forma adequada a essas necessidades de modo a que sejam aplicáveis e com significado para as populações, (...) e contextos”. (p.11)

Posto isto, verificamos que a CAA é a estratégia de comunicação validada pela maioria dos autores dos estudos revistos. A CAA é definida como “(...) um conjunto de ferramentas e estratégias para ultrapassar as barreiras à comunicação, quando a verbal está impedida e/ou prejudicada, pode ser um recurso para os enfermeiros e doentes no contexto do doente ventilado (...)” (Pina et al., 2020, p.2).

Os métodos de comunicação a que os enfermeiros podem recorrer durante a intervenção, relativamente à otimização da comunicação comprometida no doente submetido a VMI, estão inseridos nos sistemas de CAA sem auxílio tecnológico que consiste na utilização da linguagem corporal, e nos sistemas de baixo e elevado nível tecnológico que permitem o estabelecimento de comunicação através do uso de instrumentos externos ao utilizador. Ambos são considerados ferramentas de comunicação eficazes, uma vez que promovem importantes quebras das barreiras existentes durante a comunicação entre o enfermeiro e as pessoas mecanicamente ventiladas, aumentando o grau de satisfação dos intervenientes (Carruthers et al., 2017; Dithole et al., 2016; Dithole et al., 2017; Salem & Ahmad, 2018).

Posto isto, houve a necessidade de realizarmos um esquema (“Tabela 2”) com o levantamento dos métodos de comunicação eficazes mais mencionados pelos autores da RSL, a fim de comparar com os instrumentos já existentes na UCIP.

Tabela 2

Levantamento dos métodos de comunicações eficazes aplicados ao doente submetido a VMI, segundo os autores da RSL (Carruthers et al., 2017; Dithole et al., 2016; Dithole et al., 2017; Salem & Ahmad, 2018).

Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA)			
	Sistemas sem auxílio tecnológico	Sistemas de baixo nível tecnológico	Sistemas de elevado nível tecnológico
Métodos de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Gestos; - Mímica Labial; - Apontar objetos; - Perguntas de “sim/não”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas de palavras; - Placas de alfabeto; - Livros de imagens; - Utilização de escrita com recurso a papel e caneta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos geradores de voz; - Equipamentos eletrónicos: <i>tablet</i> e computador com recurso a aplicações de comunicação facilitada.

Fonte: Elaboração própria.

Na UCIP verificámos a existência de apenas um método de comunicação de baixo nível tecnológico, que consistia num livro bastante rudimentar designado de “Comunicação não verbal” onde constam alfabeto e imagens, muitas vezes de difícil visualização. Em termos dos métodos de elevado nível tecnológico, verificou-se inexistência dos mesmos, razão pela qual os enfermeiros da UCIP não aplicam este tipo de sistema na sua prática diária, apesar de considerarem que pode vir a ser eficaz, tal como constatado na situação de diagnóstico (“Figura 14 e 15”).

Verificámos na RSL elaborada que os autores dos estudos que utilizam sistemas de baixo e elevado nível tecnológico demonstram surpresa pela possibilidade de prestar cuidados motivadores e de alta qualidade, mencionando que as aplicações para *tablet*, quadro de assistência auditivo, quadro de letras, imagens e escala da dor ilustrada são os meios de comunicação mais eficazes (Handberg & Voss, 2018). Pina et al. (2020) refere que “A *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) enaltece o carácter multimodal da CAA, por integrar vários modos e formas de comunicação (...)” (p.2) e que essa diversidade de métodos de comunicação é positiva, uma vez que permitem várias escolhas dependendo da necessidade de cada doente, ou seja, os sistemas que podem ser indicados inicialmente podem não ser considerados futuramente, tendo, assim, o enfermeiro possibilidade de promover intervenções personalizadas na comunicação junto deste tipo de doentes.

Após reunião com o chefe de serviço e enfermeira supervisora sobre o que planeávamos criar, onde tivemos o parecer positivo, desenvolvemos um instrumento de CAA uniformizado e ajustado à realidade da UCIP. Para a sua elaboração, tivemos em conta as respostas dadas pela equipa de

enfermagem na situação de diagnóstico, nomeadamente as explanadas na “Figura 15”, referentes aos métodos de comunicação que foram os eleitos. São estes, o escrever (papel/caneta), o recurso a aplicações de comunicação disponíveis em dispositivos eletrónicos como o *tablet* e computador, utilização de imagens e quadro de alfabeto. Curiosamente, tínhamos verificado a inexistência de sistemas de elevado nível tecnológico e limitação dos sistemas de baixo nível tecnológico.

Com base em todo o conhecimento que fomos adquirindo ao longo do desenvolvimento deste PIP e as exaustivas pesquisas bibliográficas efetuadas, realizámos o levantamento dos métodos que já existiam e criámos um instrumento designado “Caixa de Comunicação” (Apêndice I), constituído por uma agregação de vários métodos de CAA contemplados nos sistemas de baixo e elevado nível tecnológico referenciados.

Os métodos de comunicação referentes aos sistemas de baixo nível tecnológico foram constituídos pelo livro de imagens já existente no serviço, tendo-se adicionado um quadro branco com marcador incorporado, placas de alfabeto, palavras e imagens bem como uma escala de avaliação da dor. Foram disponibilizados aos enfermeiros folhetos informativos com informação acerca da utilização correta das placas de CAA (Apêndice J). Estes métodos foram elaborados em vários idiomas (português, francês e alemão), tendo em conta o número elevado de doentes estrangeiros submetidos a VMI na UCIP durante o aumento da afluência de turismo no verão, na região do Algarve.

No que concerne aos métodos de comunicação inseridos nos sistemas de elevado nível tecnológico averiguámos os equipamentos eletrónicos pertencentes à UCIP que poderiam, eventualmente, ser passíveis de utilizar, constatando-se a existência de um *tablet* que pouco uso se fazia.

Após autorização da chefia de enfermagem, foi possível descarregarmos uma aplicação de CAA, que consiste num meio de comunicação diferente das placas físicas de pictogramas, uma vez que surge como uma opção digital que possibilita interação com pessoas que não comunicam verbalmente (Soares & Mager, 2020). A aplicação chama-se de *LetMeTalk* e é considerada de fácil manuseamento, disponibilizada de forma gratuita, sem necessidade obrigatória de ligação à internet, sendo um método que auxilia a comunicação através de imagens e símbolos (Soares & Mager, 2020).

Na criação da respetiva “Caixa de Comunicação” não foi necessário financiamento, uma vez que foram reutilizados os materiais já existentes na UCIP e disponibilizados, pelo hospital, a reprografia para fotocópias e plastificações. Este passo de plastificação foi considerado um importante

promotor de higienização, tendo em conta que pretendemos a utilização individualizada destes métodos, sem riscos associados no que concerne à contaminação cruzada.

Terceiro objetivo específico: Sensibilizar a equipa de enfermagem face à temática inerente à dificuldade em comunicar entre o enfermeiro e doente ventilado mecanicamente;

Quarto objetivo específico: Promover a apresentação e aplicação do instrumento criado, junto dos enfermeiros da UCIP.

Constatou-se que, segundo os vários autores da RSL desenvolvida, é essencial a capacitação dos enfermeiros no desenvolvimento de competências de comunicação, através da formação e treino contínuo dos métodos de comunicação facilitada existentes, com o intuito de promover uma comunicação eficaz no estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a VMI (Dithole et al., 2017; Momennasab et al., 2019).

Para tal, realizámos um plano de sessão de formação com a definição dos objetivos, os conteúdos programados, os recursos didáticos, metodologia e o tempo despendido em cada momento da sessão (Apêndice K). Após parecer positivo da enfermeira responsável pela área da formação, foi estipulado o dia, antecipadamente divulgado através de afixação de cartaz na sala de enfermagem (Apêndice L).

Elaborámos a sessão de formação (Apêndice M), realizando-a no dia 6 de outubro de 2021 na sala de reuniões da UCIP, tanto por via presencial como online, de forma a abranger o maior número de enfermeiros.

Iniciou-se a sessão formativa (Anexo E) com a exposição de relatos reais de doentes que experienciaram a VMI e de enfermeiros que vivenciam os desafios diários de estabelecer uma relação de comunicação terapêutica, através de excertos identificados em artigos científicos.

Tendo em conta o desenvolvimento do PIP, foi importante salientar que existem sentimentos negativos vivenciados por estes intervenientes, que dificultam as fases do processo de enfermagem, verificando-se que está intimamente ligada à diminuição da qualidade e segurança dos cuidados prestados bem como à redução da satisfação e recuperação dos doentes mecanicamente ventilados.

Assim, achámos por bem dar a conhecer o PIP, dando ênfase à partilha das respostas inerentes à situação de diagnóstico. Tanto as pessoas que vivenciaram ou vivenciam o processo de VMI, como os enfermeiros da UCIP inquiridos, demonstram em comum experiências pouco positivas aquando da dificuldade em estabelecer uma relação de comunicação terapêutica (“Figura 3, 11 e 12”). Na

teoria das relações interpessoais de Peplau, são enaltecidos os vários papéis que o enfermeiro pode estabelecer no encontro de soluções junto do doente que promovam a relação terapêutica, pois este ao consciencializar-se do que sente, pode ser determinante na compreensão dos sentimentos e comportamentos do outro e, assim, ajudá-lo a capacitar-se, definindo objetivos em comum, para se tornarem parceiros na arte do cuidar e ser cuidado (Peplau, 1990; George, 2000).

Neste sentido, apresentámos a “Caixa de Comunicação” criada como instrumento promotor à comunicação terapêutica, numa intervenção personalizada que o enfermeiro da UCIP pode recorrer, mediante os vários papéis que pode assumir na relação com o doente mecanicamente ventilado e em todo o processo de enfermagem, tal como considera Peplau no desenvolvimento da sua teoria das relações interpessoais (Peplau, 1990).

Durante a sessão de formação, depois de apresentarmos o instrumento desenvolvido, ainda disponibilizámos tempo para que os enfermeiros presentes se familiarizassem com os vários métodos de CAA criados, numa abordagem dinâmica e interativa. Como recursos físicos, distribuámos um folheto informativo elaborado (Apêndice J) com explicações alusivas à utilização do mesmo, que ficará junto do instrumento criado, à dispensa de todos. Permitimos, ainda, a utilização intuitiva da aplicação *LetMe Talk* descarregada para o tablet. Promovemos, assim, o manuseamento dos métodos de CAA, tanto de baixo como de elevado nível tecnológico.

2.2.4 Avaliação e resultados

A fase de avaliação da metodologia de projeto é considerada como “momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo que podem estar ou não previstos” (Ruivo et al., 2010, p.24). É um processo contínuo que apela à análise e reflexão global, nomeadamente à capacidade de resolução dos problemas, sendo, contudo, complexo ao ponto de poder implicar reajuste aos objetivos inicialmente traçados. É-nos permitida a utilização da observação, questionários e entrevistas como instrumentos de avaliação importantes, como contributo de melhoria em projetos futuros (Ruivo et al., 2010).

Face ao exposto, é realizada uma análise global do que foi realizado e a avaliação dos objetivos específicos definidos.

Primeiro objetivo específico: Criar um instrumento facilitador de comunicação eficaz de utilização entre o enfermeiro e o doente mecanicamente ventilado;

Segundo objetivo específico: Adaptar o instrumento criado à realidade da UCIP.

No artigo científico desenvolvido seguiu-se o protocolo da JBI, validando as palavras-chave nos descritores DeCS e MeSH e realizadas as pesquisas dos artigos nas bases de dados científicas B-On e EBSCOhost, para além do recurso a escalas de avaliação metodológica validadas na análise dos artigos selecionados.

A RSL elaborada permitiu adquirir importantes conhecimentos de contextualização teórica deste PIP, constituindo um preponderante suporte científico na construção de um instrumento capaz de ser implementado pelos enfermeiros da UCIP.

Foi através da formulação de uma pergunta de investigação que se obtiveram respostas possíveis de aplicar na prática, consideradas como prováveis soluções na resolução do problema identificado na situação de diagnóstico.

Isto levou-nos à elaboração de uma tabela com levantamento dos métodos de CAA (Tabela 2) que podem ser utilizados eficazmente numa abordagem promotora de uma intervenção de enfermagem individualizada e personalizada perante o doente incapaz de comunicar verbalmente suprimido pela VMI.

Posto isto, foi possível criar um instrumento a tempo de ser promovido, atualizado e ajustado à realidade da UCIP, designado “Caixa de Comunicação” (Apêndice I), constituído por métodos CAA de baixo e elevado nível tecnológico. É uma ferramenta construída com fundamento científico, que na possibilidade de utilização pode quebrar importantes barreiras existentes face à comunicação comprometida identificada no doente mecanicamente ventilado e, assim, contribuir para ganhos em saúde.

Quanto à avaliação da eficácia do mesmo, considerámos que seria possível verificar a sua aplicabilidade na prática dos cuidados prestados pelos enfermeiros ao doente implicado. Assim, foi construída uma grelha de avaliação (Apêndice N) com o intuito de monitorizar a eficácia do mesmo, como proposta de aplicação durante 6 meses após a implementação. Face ao tempo de estágio preconizado e de todas as burocracias que implicaria, não foi possível a sua aplicação. Ainda assim, foi promovido no serviço, no sentido de se criar, posteriormente, um grupo de trabalho para dar continuidade ao projeto.

Considerámos que os objetivos que nos propomos alcançar no tempo previsto de estágio foram alcançados.

Terceiro objetivo específico: Sensibilizar a equipa de enfermagem face à temática inerente à dificuldade em comunicar entre o enfermeiro e doente ventilado mecanicamente;

Quarto objetivo específico: Promover a apresentação e aplicação do instrumento criado, junto dos enfermeiros da UCIP.

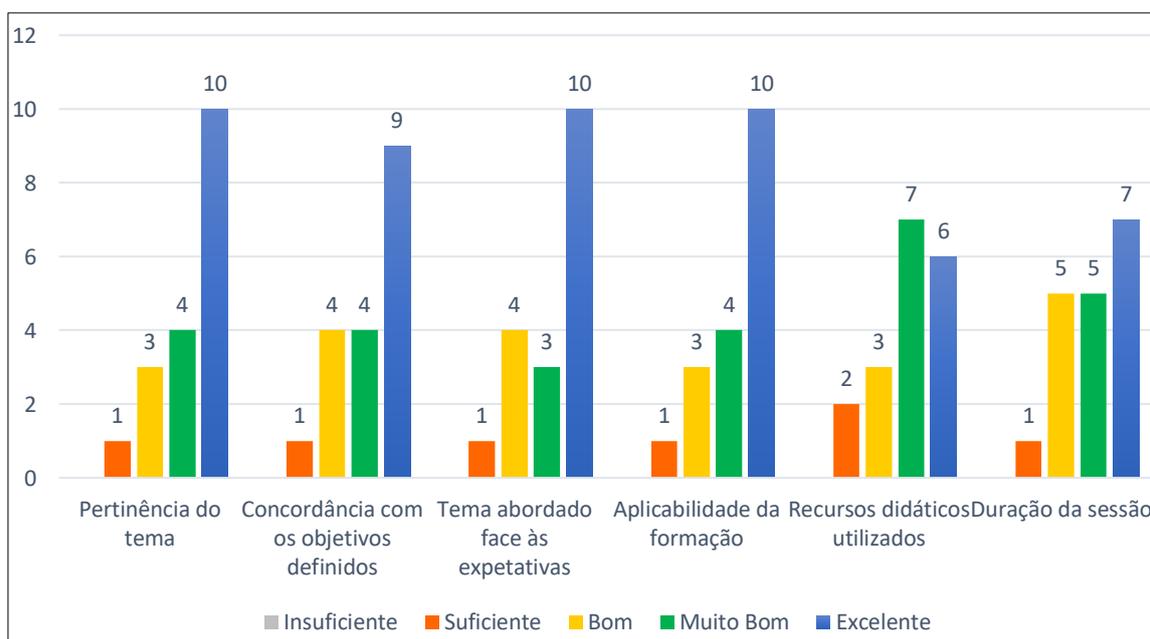
No total participaram na sessão formativa 50% (n=18) dos enfermeiros da UCIP, o que nos deixou bastante agradados, visto que a elevada carga de trabalho inerente ao plano de contingência COVID em vigor na instituição era considerada uma ameaça ao projeto.

No final da ação de formação, foram entregues aos formandos, tanto via online como presencial, um questionário de avaliação da sessão (Apêndice O) com o intuito de avaliar a qualidade da formação apresentada e a prestação do formador, numa abordagem de melhoria contínua.

Na análise dos questionários aplicados, no que concerne à qualidade da sessão, foi destacada a excelência (n=10) no que diz respeito à pertinência do tema, às expectativas face a esta problemática, e à aplicabilidade da formação desenvolvida (“Gráfico 16”).

Figura 16

Respostas dos enfermeiros da UCIP relativamente à qualidade da sessão formativa apresentada.

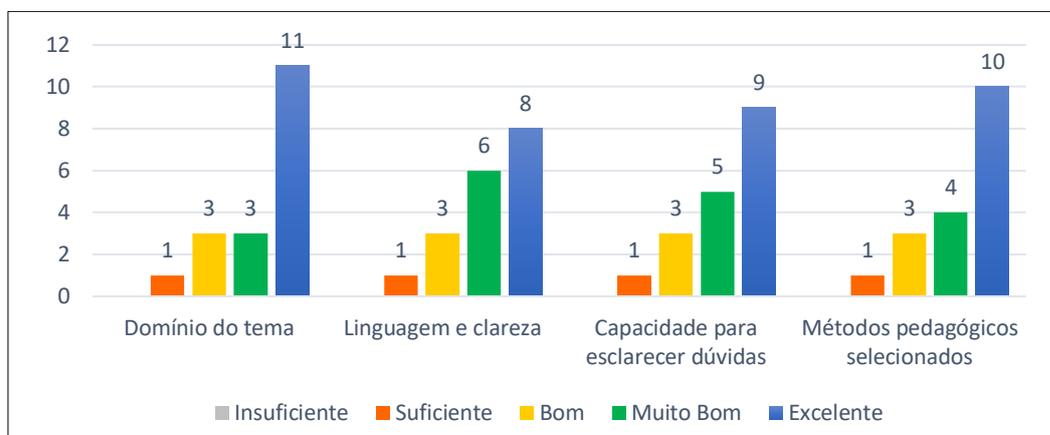


Fonte: Elaboração própria.

Perante as respostas dos formandos, verificou-se que o domínio do tema (n=11) e os recursos pedagógicos utilizados (n=10) foram a primazia da prestação do formador (“Figura 17”).

Figura 17

Respostas dos enfermeiros da UCIP relativamente à prestação do formador.



Fonte: Elaboração própria.

Na apreciação global da sessão, verificou-se que 56% dos enfermeiros participantes (n=10) avaliaram a formação como “Excelente” e os restantes 44% (n=8) consideraram como “Muito Bom”. Podemos, assim, inegavelmente aferir que foi muito positiva a realização da sessão formativa, sendo importante salientar que os enfermeiros presentes se mostraram bastante participativos na iniciativa e dinâmicos na partilha de experiências e conhecimento, existindo um elevado interesse mútuo em dar continuidade ao projeto.

Foi sugerida a inclusão no plano de formação em serviço de mais sessões formativas aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, ajustadas ao treino de manuseamento dos métodos de CAA criados. Referiu-se, como estratégia futura, a exposição de vídeos alusivos à utilização eficaz das ferramentas de CAA.

Para além disso, foi proposto o envolvimento de um grupo de trabalho para dar continuidade ao projeto, com a colaboração das chefias superiores. Foi proporcionado pelo enfermeiro chefe do serviço a colocação da “Caixa de Comunicação” no gabinete da chefia, estrategicamente localizada para que esteja disponível a todos os enfermeiros, de forma a que se inicie uma mudança de práticas de enfermagem na UCIP, numa melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados neste âmbito.

Considerámos que os objetivos específicos traçados foram atingidos, como perspetivávamos. Sabemos que os métodos de CAA criados estão a ser utilizados pelos enfermeiros na UCIP, na otimização da comunicação junto dos doentes mecanicamente ventilado. Estes conseguem, deste modo, interagir, o que está a aumentar o grau de satisfação dos intervenientes.

Na divulgação dos resultados, foi possível elaborar um Poster (Apêndice P) que foi apresentado no II Congresso de Mestrado em Enfermagem em Setúbal (Anexo F), alusivo à RSL elaborada sobre a temática. Considerou-se ainda importante partilhar o conhecimento junto da comunidade científica, sendo o artigo científico em questão proposto para revista científica.

Apresentou-se o projeto na sessão de formação realizada à equipa de enfermagem da UCIP, não esquecendo que todos os resultados obtidos foram tratados e analisados neste PIP, sendo alvo de divulgação no âmbito académico, na concretização deste relatório final que, futuramente, será disponibilizado publicamente.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Uma vez que os enfermeiros se fazem valer das suas competências para assistir as pessoas através dos cuidados prestados, a sua formação deverá ser baseada na aquisição e desenvolvimento destas competências, no sentido da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. O processo de aquisição de competências pode ser definido como o desenvolvimento de “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada família de situações” (Aued et al., 2016, p.143).

Neste prisma, no presente capítulo realiza-se uma reflexão sobre o processo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, detentor de conhecimentos aprofundados relativamente ao domínio específico de enfermagem, tendo em conta as “(...) respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745). Também se irá refletir sobre o desenvolvimento das competências específicas de EEEMC-PSC e o desenvolvimento das competências que caracterizam o grau de Mestre.

As competências de Mestre encontram-se descritas no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 63/2016, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). Destacam-se as competências de Mestre em Enfermagem, que se apresentam expostas no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência e Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora [UE], 2015).

O Mestrado em Enfermagem guia-se de maneira a que o mestrando consiga alcançar as sete competências que estão preconizadas, por forma a conseguir obter o grau de Mestre.

O Mestre em Enfermagem

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

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27)

As competências de Mestre de Enfermagem são transversais às competências comuns e específicas dos enfermeiros especialista, pelo que serão abordadas simultaneamente ao longo do capítulo.

O processo de aquisição das competências aqui retratado aborda atividades desenvolvidas ao longo do contexto de estágio, assim como participações em eventos pertinentes. Ao longo do presente capítulo pretende-se elucidar, numa atitude reflexiva sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas, a maneira como estas intervenções foram um contributo crucial para a garantia de uma prática apoiada na evidência. Este capítulo será também guiado pelo documento Projeto de Estágio (Apêndice A) elaborado no início do estágio, que foi uma importante fonte de orientação nas práticas clínicas realizadas durante o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências.

3.1 Competências comuns do enfermeiro especialista e de Mestre em enfermagem

Independentemente da área de especialidade, existem competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p.4745). Estas competências foram nomeadas, pela OE, como competências comuns e estão organizadas em quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

Competência de Mestre em Enfermagem

“3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015, p.27).

A enfermagem, enquanto profissão autorreguladora, é regida por documentos legais que norteiam a práxis de enfermagem, os quais enquadram a nossa tomada de decisão, responsabilidade profissional e ético-legal. Esses documentos são o REPE que invoca no ponto 1 do artigo 8º “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996, p.2961) e a Deontologia Profissional que está contemplada nos artigos 95.º ao 113.º, do Estatuto da OE (AR, 2015).

Desde o início do estágio, mantivemos sempre a conduta de revermos os referidos documentos, o que, apesar de já os conhecermos, foi importante no aperfeiçoamento do agir em conformidade com as diversas situações deparadas no âmbito de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica. Em complemento, foi pertinente mobilizar os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”, no sentido de integrarmos os conteúdos teóricos apreendidos com a prática clínica em contexto de estágio.

Apesar da familiarização com os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, uma vez que a nossa experiência profissional em contexto de serviço de urgência é de 9 anos, verificámos que o “olhar” na vertente de especialista ficou mais aprimorado nas questões ético-legais, responsabilidade profissional e respeito pelos direitos humanos.

Em contexto UCI existe uma elevada complexidade inerente à panóplia de equipamentos de alta tecnologia utilizados em prol da manutenção e/ou substituição das várias funções vitais à sobrevivência do ser humano. Inicialmente, este ambiente complexo teve algum impacto, que nos fez refletir sobre o que o enfermeiro assume perante a excelência do exercício profissional contemplado no artigo 109.º, alínea c), da Deontologia Profissional: “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015, p. 8103).

Neste sentido, queremos salientar que a vertente humana foi um dos nossos focos de atenção constante, tal como é assumido no artigo 99.º da deontologia de enfermagem “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (AR, 2015, p. 8102). A prestação de cuidados de enfermagem é, assim, assente nos pilares da dignidade humana, indissociável dos valores universais, tal como a expressa na Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (Organização das Nações Unidas, 1948, p.7).

Na UCIP estivemos perante cenários de doentes submetidos a diversos dispositivos invasivos, nomeadamente a VMI impossibilitados de comunicar verbalmente e/ou, até mesmo, sob sedações profundas sem qualquer estímulo para o ambiente.

Segundo a OE (2015a) a garantia dos valores humanos tem subjacentes os princípios éticos de beneficência (dever de fazer o bem), não maleficência (dever de não causar dano), autonomia (respeito à liberdade de decisão) e justiça (cuidados de equidade e adequação). Estes são colocados à prova todos os dias na complexidade do cuidar em enfermagem neste cenário. Principalmente, a promoção da autonomia é algo que transcende a nossa vontade, uma vez que os doentes não têm capacidade de tomar decisões nas circunstâncias referidas. Nunes (2015), destaca a dificuldade e inquietação demonstrada pelos enfermeiros quando não há possibilidade de conhecer a vontade do doente e refere que uma avaliação antecipada poderia permitir aferir a preferência do mesmo, ainda que nem sempre as circunstâncias o permitam.

De qualquer modo, procurámos sempre assegurar tudo o que estivesse ao nosso alcance no respeito pela individualidade de cada doente, preservando a intimidade e privacidade bem como o dever de sigilo profissional. Ao longo do estágio, foram vários os momentos em que refletimos em equipa sobre a transmissão de informação, nomeadamente aos familiares dos doentes, uma vez que dada a circunstância de pandemia por COVID-19, as visitas foram suspensas. De modo a minimizar transtornos, foi decidida pela equipa multidisciplinar a utilização do telefone como veículo de comunicação entre a equipa e os familiares. Sendo estas circunstâncias uma prática

comum no local de estágio, permitiu-nos refletir sobre o dever de sigilo profissional que o enfermeiro cumpre perante o artigo 106º da Deontologia Profissional (AR, 2015). Porém, por outro lado, o enfermeiro tem o dever de “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (AR, 2015, p. 8079). Ao longo do estágio, na tomada de decisão foi sempre identificado o familiar/cuidador do doente de modo a ser incluído como interveniente no plano terapêutico, sendo a informação pertinente partilhada por via telefónica apenas após esta confirmação, nunca comprometendo o direito à confidencialidade do doente.

As considerações éticas no que concerne à elaboração do PIP foram atendidas, através da obtenção dos pareceres positivos da chefia de enfermagem responsável, diretor do serviço, e da Comissão de Ética e Conselho de Administração da instituição hospitalar em causa. Também aos doentes e enfermeiros implicados neste projeto, foram pedidos os seus consentimentos informados de aceitação livre e esclarecida, na garantia dos direitos de privacidade e confidencialidade de todos os dados recolhidos e tratados.

Assim, consideramos que esta competência foi alcançada, uma vez que respeitámos os valores inerentes ao exercício profissional, promovemos sempre uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos, participámos no processo de tomada de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar.

B- Domínio da melhoria contínua da qualidade

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

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a).

Competência de Mestre em Enfermagem

“5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (UE, 2015, p.27).

No âmbito da melhoria da qualidade, o nosso caminho iniciou-se com a pesquisa de bibliografia e mobilização de conhecimentos que foram adquiridos nas unidades curriculares de “Gestão em Saúde e Governação Clínica”, “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde” e “Investigação em Enfermagem”, no intuito de estarmos mais despertos para a conceção de projetos de melhoria contínua.

Na fase inicial do estágio, o enfermeiro chefe gestor realizou-nos a apresentação do serviço e de todas as normas e protocolos de atuação vigentes, bem como da equipa de enfermagem, nomeadamente alguns enfermeiros responsáveis por programas no âmbito da melhoria da qualidade. Foi-nos bastante relevante esta abordagem, uma vez que potenciou o nosso interesse na participação e integração nas práticas existentes, num agir em conformidade com a garantia da qualidade e segurança do exercício profissional.

Foi fundamental a busca da melhor evidência científica associada à prestação de cuidados com qualidade e a revisão de normas da DGS, como os “Feixes de Intervenção” que engloba a “Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical” (DGS, 2017b), “Prevenção da pneumonia associada à intubação” (DGS, 2015c), Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015d) e a “Prevenção de infeção do local cirúrgico” (DGS, 2015a).

Consultámos na plataforma digital *intranet* da instituição hospitalar, protocolos, normas e procedimentos, verificando a existência de uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, cujo função é definir e monitorizar os indicadores de qualidade clínica, em concordância com os planos estratégicos emanados pelo SNS, como a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (MS, 2015) e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (MS, 2021).

Esta comissão é constituída por grupos de trabalho de gestão de risco clínico empenhados na notificação anónima de incidentes e eventos adversos, num sistema informático. Durante o estágio, um dos comportamentos de segurança e prevenção do risco adotados, foi a colaboração junto da equipa de enfermagem na aplicação das escalas de risco aos doentes da UCIP. Estas consistem na Escala de Braden de avaliação do risco de úlceras por pressão, na Escala de Morse de avaliação do risco de queda, e na Escala de Guss de avaliação da deglutição.

No âmbito do programa de formação contínua realizado no serviço, foi planeada a participação em sessões formativas da UCIP, pelo que assistimos às sessões de “Mobilização precoce de pessoa em situação crítica” (Anexo G) e de “Impacto da obstipação no doente crítico” (Anexo H). Estas uma mais-valia para contribuir para a melhoria contínua da qualidade. Tivemos sempre como foco de atenção os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à

pessoa em situação crítica que ditam a importância da “(...) existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” (OE, 2015d, p.17243).

A elaboração do PIP foi outra estratégia desenvolvida que contribuiu para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados na identificação de uma necessidade do serviço, para além de nos proporcionar o desenvolvimento de competências na área da liderança. Permitiu-nos, também, colaborar no programa de formação em serviço neste âmbito, com a construção e apresentação como formandos da sessão formativa “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada” (Anexo E).

Tivemos ainda oportunidade de participar num dos projetos multidisciplinares de melhoria contínua, que consiste nas consultas de *follow-up* implementadas com a finalidade de minimizar sequelas identificadas nas pessoas e/ou familiares em risco ou que já sofrem de SPICI, o que pode ser potencialmente prejudicial para a qualidade de vida das pessoas/família e levar a reinternamentos (Gomes, 2018).

Na promoção de um ambiente terapêutico e seguro foram realizados os registos informatizados e passagens de turno de acordo com a norma da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017a), vigente também na presente instituição hospitalar, que nos permitiu a organização do pensamento na otimização da transmissão dos cuidados de forma segura entre os diversos elementos que compõem a equipa multidisciplinar.

Ainda tivemos um papel dinamizador, no cuidado de colaborar com a equipa em estratégias de manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, que incluíram identificação do doente por pulseira e a confirmação do mesmo, quando o estado de consciência o permitisse; utilização individualizada dos materiais em cada unidade do doente; e validação da terapêutica instituída ao mesmo, antes da administração.

Foi possível realizar um estágio de observação na central de esterilização da unidade hospitalar. Considerámos este passo uma mais-valia para a compreensão de todas as etapas que envolvem o rigoroso processo de descontaminação e/ou esterilização de material físico e dos circuitos estabelecidos até à chegada dos equipamentos à UCIP. Isto é crucial na garantia de isenção de risco para os enfermeiros e doentes durante os procedimentos.

Face ao supracitado, considerámos que as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e a competência de mestrado mencionada foram adquiridas como pretendido.

C- Domínio da gestão dos cuidados

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

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.27).

No processo de desenvolvimento destas competências foi pertinente consolidar conhecimentos através de pesquisas bibliográficas sobre a gestão de cuidados, muitos deles mobilizados pelos conhecimentos adquiridos na vertente curricular de “Gestão em Saúde e Governação Clínica” nomeadamente a nível da liderança em enfermagem.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de realizar “(...) a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “(...) adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p. 4748).

No decorrer do estágio, prestámos cuidados de enfermagem ao doente crítico, cumprindo sempre as fases do processo de enfermagem, muitas vezes planeados mentalmente pela necessidade de resposta rápida e eficaz perante situações de instabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica, gerindo os cuidados de enfermagem ajustados aos recursos existentes a fomentando o trabalho de equipa multidisciplinar.

Colaborámos com a enfermeira especialista supervisora, enquanto chefe responsável de turno, na organização do turno. Na gestão de material, foram realizados pedidos de reposição quando necessário, foram registados produtos farmacológicos e a manutenção de estupefacientes, foi testada a operacionalidade do carro de emergência, e foi, também, confirmada a checklist do material da mala da EEMI. Na gestão da equipa, por sua vez, supervisionou-se tarefas delegadas aos assistentes operacionais para garantir a higienização das unidades dos doentes após a alta, respeitando a práxis inerente ao artigo 10.º do REPE (MS, 1996). Neste âmbito, foram, também, tomadas decisões necessárias à gestão da equipa de enfermagem e junto aos enfermeiros, como por exemplo a nível da gestão do regime terapêutico dos doentes quando se prestavam cuidados.

Desta forma, foi importante fazermos este enquadramento de funções, que apesar de não desempenharmos atualmente, colaboramos ajustadamente com a equipa de modo a garantir a gestão de turnos o mais adequados possível ao contexto e necessidades do momento.

Foram observados os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros responsáveis de turno que vão de encontro ao comportamento da chefia de enfermagem na gestão do serviço. Foi possível uma reflexão no sentido de perceber que não existe um único estilo de liderança, pois o enfermeiro chefe gestor adequa a sua postura e tomada de decisão perante as circunstâncias encontradas e de acordo com as necessidades da equipa. Contudo, várias foram as vezes que informalmente presenciámos reuniões de equipa em que o chefe de enfermagem deu toda a liberdade para serem debatidas e decididas em grupo várias situações ocorridas, pelo que podemos considerar tendencialmente fomentada uma liderança democrática (Rodrigues & Cardoso, 2020).

Independentemente da imprevisibilidade que caracteriza o ambiente em UCI, foi sempre fomentada a comunicação aberta junto da equipa de enfermagem, como elemento-chave na colaboração de todos na partilha de ideias, respeito e empatia na gestão de eventuais conflitos e eventos adversos. O enfermeiro chefe gestor de equipa, no turno de manhã, aquando presente na passagem de turno, fazia questão de auscultar as necessidades dos enfermeiros e efetuar uma supervisão e avaliação dos doentes internados. Segundo Correia et al. (2020), os enfermeiros gestores têm uma forte influência na garantia da segurança dos cuidados prestados, quando permitem uma comunicação aberta na transmissão de informação perante eventos adversos e gestão de conflitos.

Foi possível a realização de estágio de observação na área da gestão, acompanhando durante dois turnos o enfermeiro chefe gestor do serviço, o que nos permitiu colaborar e compreender todo o processo de gestão de um serviço no âmbito da enfermagem. Foi-nos possível entender qual o papel do enfermeiro gestor na assistência técnica e manutenção de stocks quando, por exemplo, os equipamentos ficam avariados, bem como perceber o trabalho logístico direcionado para o portal de concursos públicos na aquisição de materiais essenciais na garantia de cuidados seguros e de qualidade.

Face à gestão de recursos humanos, foi-nos possível visualizar a conceção de horários e do plano de trabalho no que concerne à distribuição dos elementos de enfermagem por turno. Neste sentido, verificou-se que obedece a normas, como a distribuição dos enfermeiros segundo as dotações seguras dos cuidados de enfermagem de acordo com esta UCI de tipologia III (OE, 2019b). Contudo, no momento do estágio, esta distribuição não foi possível de ser feita, pela grande afluência de doentes que padeciam de COVID-19. Face ao mencionado, nesta situação de exceção

em que vivíamos, realizou-se uma distribuição de UCI de tipologia II, num rácio de enfermeiro/doente de 1/2, segundo a norma definida pela OE, 2019b. Reconheceu-se que o número de enfermeiros que praticavam cuidados na UCIP, naquela fase, eram abaixo do esperado, o que influenciava a pontuação do TISS-28 na quantificação da carga de trabalho em enfermagem (Aleixo, 2016b).

O desenvolvimento do PIP foi um grande desafio na otimização do processo de cuidados a nível da tomada de decisão do enfermeiro, face à comunicação comprometida com o doente ventilado mecanicamente. Neste intuito, foi necessário assumir a liderança perante a elaboração do projeto na fase de diagnóstico da situação, planeamento, execução e avaliação, na articulação com toda a equipa de enfermagem, no encontro das melhores estratégias para o desenvolver, bem como de todas as burocracias e autorizações inerentes à concretização do mesmo. A elaboração e apresentação da sessão de formação em serviço sobre a temática inerente ao PIP foi um exemplo de liderança na gestão de recursos materiais e humanos.

Dado o exposto, considerámos que foram adquiridas as competências comuns de especialista no domínio da gestão de cuidados e de Mestre supracitadas.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a).

Competências de Mestre em Enfermagem

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

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015, p.27).

Primeiramente, gostaríamos de referir que, para a aquisição de competências neste domínio, foi bastante importante mobilizar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de

“Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental”, nomeadamente os exercícios aprofundados que fizemos de nós próprios na vertente pessoal e profissional. Estes ensinamentos motivaram-nos à autorreflexão e análise constante da nossa capacidade de relação connosco e com o outro, transferidos para a prática clínica quer na envolvimento com equipa multidisciplinar, quer na relação com o doente e família.

Em ambientes complexos como UCI, agravado perante a pandemia de COVID-19, fomos, inevitavelmente, obrigados a colocar muitas vezes à prova a nossa capacidade de resiliência. Foi necessário gerir os sentimentos e emoções, pelo diálogo assíduo com a enfermeira supervisora no final de cada turno de estágio, através da partilha humilde dos desafios deparados e na procura constante de estratégias de adaptação na melhoria contínua da práxis de enfermagem. Ao longo deste estágio, percorremos sucessivamente um percurso ascendente no sentido de demonstrar “a dimensão de si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019a, p.4749).

Benner (2001) defende que as enfermeiras aprendem a comunicar em situações difíceis de um modo bastante particular, definindo-os como conhecimentos não escritos, ou seja, estas utilizam recursos pessoais tal como o humor, tom de voz e atitude, sem nunca descorar a competência.

Neste estágio, desenvolvemos aprendizagens pessoais em momentos ricos de autoconhecimento, autorreflexão e utilizámos assertivamente a atitude e o humor como recursos pessoais transportados para as vivências profissionais. Desenvolvemos ainda a nossa prática de enfermagem com competência especializada, fomentado uma intervenção baseada na evidência científica, realizando constantes pesquisas bibliográficas sobre a abordagem especializada ao doente crítico em contexto de UCI. Em complemento, a revisão dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular de “Fisiopatologia e Intervenção terapêutica em enfermagem especializada” foram também um contributo importante na prestação de cuidados, fundamentada nos conhecimentos teóricos apreendidos.

Pode-se ainda considerar que a experiência profissional de 9 anos em serviço de urgência foi importante para a atuação eficaz sob situações de pressão e imprevisibilidade e para a antecipação de respostas perante instabilidade hemodinâmica de doente crítico.

Em busca da evidência científica mais atualizada fazemos como referência a unidade curricular de “Investigação em enfermagem” que nos deu sólidos contributos para a elaboração de um artigo científico, já mencionado anteriormente, com o título: “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura”

(Apêndice C). Este foi um suporte fundamental na operacionalização do PIP desenvolvido, visto que possibilitou a obtenção de novos conhecimentos e permitiu a construção de um instrumento de comunicação facilitador possível de ser implementado, na garantia de uma prática de enfermagem especializada com qualidade. Para além disso, pretendemos disseminar a investigação e contribuir para uma prática de enfermagem baseada na evidência, realizando um poster alusivo à RSL desenvolvida, que foi apresentado no II Congresso de Mestrado em Enfermagem em Setúbal (Apêndice P), submetendo o artigo referido para revista científica.

Ainda integrado no PIP, assumimos o papel de formadores e desenvolvemos, em contexto de trabalho, uma sessão de formação com o tema: “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI”. Na sua concretização e apresentação, utilizámos estratégias inerentes aos conhecimentos mobilizados em contexto académico na unidade curricular de “Formação e Supervisão em Enfermagem”, transmitindo, assim, conhecimentos científicos e promovendo a reflexão crítica junto da equipa de enfermagem, com o intuito de integrarem práticas mais atuais e baseadas na evidência.

Por fim, e não menos importante, participámos como formandos em vários momentos formativos de relevância científica, de modo a fomentar aprendizagens profissionais na manutenção e atualização de conhecimentos. Foram estes o “Congresso Internacional Literacias no Século XXI” organizado pelo Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo I); o “22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral” organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (Anexo J) e o “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica: *E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*”, organizado pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo K).

De acordo com todas as atividades e estratégias desenvolvidas, considerámos ter atingido as competências supracitadas.

3.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – à pessoa em situação crítica e de Mestre em enfermagem

A especialidade em enfermagem à pessoa em situação crítica é centrada nisso mesmo, na pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362). Considerando a complexidade das situações de saúde, neste nível de cuidados de enfermagem os cuidados prestados à pessoa, família/cuidador são exigentes, pois obriga a uma intervenção sistemática de observação e colheita de dados, numa abordagem contínua de prevenção e deteção precoce de complicações, na garantia, em tempo útil, de uma intervenção bem calculada, concreta e eficaz (OE, 2018).

Neste âmbito, a OE definiu três domínios de competências que os enfermeiros especialistas à pessoa em situação crítica devem adquirir, como atributos ao seu exercício profissional, que são: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19363) e “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”(OE, 2018, p.19364).

A sétima competência de Mestre em enfermagem a ser alcançada: “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27), será refletiva em associação com todas as competências específicas, uma vez que convergem para objetivos similares.

“1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19363).

A intervenção do enfermeiro especialista perante a pessoa em situação crítica traduz-se em “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa, (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362). Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem requer “(...) deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (OE, 2018, p.19360).

Primeiramente, destacamos a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos nas diversas unidades curriculares do mestrado, depois as constantes pesquisas bibliográficas realizadas em bases de dados científicas, e, por fim, a experiência profissional de 9 anos em serviço de urgência que foi um inegável contributo na intervenção eficaz sob situações de pressão e antecipação de respostas perante instabilidade hemodinâmica do doente crítico. Igualmente, a avaliação sistemática da pessoa em situação crítica, foi intuitivamente aplicada segundo a metodologia ABCDE⁴ perante os doentes à nossa responsabilidade e de acordo com a autonomia que nos era dada pela enfermeira supervisora.

Contudo, muitas são as especificidades de uma UCI, nomeadamente a nível de recursos tecnológicos e técnicas associadas, o que nos confrontou com novos desafios, oportunidades de aprendizagens e familiarização com outras já praticadas. Neste sentido, durante a nossa intervenção ao doente crítico, tivemos a possibilidade de contactar com: entubação e extubação endotraqueal; VMI; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva; colocação, monitorização do nível de consciência pelo índice bispectral (BIS); manutenção e remoção de cateter arterial e cateter venoso central; avaliação da pressão venosa central; realização e interpretação de gasometria arterial; terapias de substituição renal; preparação e administração de alimentação parentérica e de todos os fármacos diferenciados; realização de pensos cirúrgicos complexos, nomeadamente terapia de vácuo e drenagens torácicas e abdominais, muito recorrentes em doentes críticos cirúrgicos; e oxigenioterapia de alto fluxo, manutenção de VMI em circuito fechado e otimização de posicionamentos em decúbito ventral, muito característicos da prestação de cuidados aos doentes críticos com COVID-19.

⁴ ABCDE - É uma metodologia de abordagem transversal ao doente crítico utilizada na “(...) sequência de avaliação e atuação por prioridades, que é conhecida por (...) A: via aérea; B: ventilação; C: circulação; D: disfunção neurológica; E: exposição” (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020, p.7).

Particularmente, gostaríamos de salientar o desenvolvimento de habilidades na área da VMI, uma vez que foi uma prática recorrente na prestação de cuidados. As pessoas submetidas a este procedimento permanecem internadas por vários dias, portanto a nossa prática nesta vertente permitiu-nos aumentar a destreza no procedimento, consolidar conhecimentos sobre modos ventilatórios e os seus objetivos terapêuticos, bem como aplicar protocolos de atuação específicos da UCIP referentes à prevenção da pneumonia associada à entubação, etapas de desmame ventilatório e gestão de sedo-analgésia.

Foi uma agradável surpresa a possibilidade de cooperação com uma equipa multidisciplinar externa ao serviço, face à preparação e procedimento de aplicação do ECMO a doente com COVID-19. Esta técnica não é realizada na UCIP, vindo uma equipa de resgate de Lisboa para aplicação de ECMO e transporte do doente para hospital de referência. O facto de termos tido contacto inesperado com este procedimento nunca antes presenciado, permitiu-nos incrementar novos conhecimentos essenciais.

O agir antecipadamente e em conformidade sob situações urgentes e recorrentes de instabilidade hemodinâmica também foi conseguida, nomeadamente através do acompanhamento da enfermeira supervisora e do médico nas saídas de EEMIH na participação e intervenção face a doentes que se encontravam em risco de falência orgânica em serviços externos à UCIP. Foi uma mais-valia no entendimento acerca de que forma a equipa de EEMIH se coordena, comunica e processa todo o planeamento e pensamento crítico baseado em ações antecipadas antes da chegada ao cenário de atuação.

Na garantia de administração de protocolos complexos específicos existentes na UCIP, começámos o estágio a conhecê-los para posteriormente os aplicar, verificando que toda a equipa de enfermagem presta cuidados com foco em protocolos de atuação. Muitos deles apresentam escalas de monitorização específicas da mais recente evidência científica atual, que permitem a uniformização dos cuidados. A utilização de protocolos de atuação em enfermagem, na prestação de cuidados diários, é considerada uma estratégia positiva, uma vez que promove cuidados padronizados e procedimentos técnicos de evidência científica atual, o que favorece práticas de cuidados aos doentes com segurança e melhora, assim, a qualidade dos serviços (Sales, et al., 2018).

Neste âmbito, foram aplicados vários protocolos específicos da UCIP em vigor, já referenciados acima, e aplicadas escalas de monitorização. Nesta linha, foram utilizadas as seguintes escalas: escala de Coma de Glasgow, como instrumento de avaliação do estado de consciência; escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), particularmente utilizada em UCI, para avaliação do nível de sedação do doente, tendo em conta lhe são administrados diversos fármacos sedativos para

minimizar a ansiedade e agitação provocadas pela doença e pelos procedimentos invasivos (entre outros); escala *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM-ICU) que avalia o delírio; e, por fim, para gestão diferenciada da dor, a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), específica para doentes que não conseguem exprimir a dor devido à sedação a que estão submetidos ou a alterações do estado de consciência.

Durante todo o estágio aplicámos estas escalas preconizadas na UCIP e realizámos registos de enfermagem informatizados, no mínimo uma vez por turno, segundo o que está padronizado. Estes registos eram bastante importantes na avaliação do estado evolutivo do doente e permitiam a otimização de todo o processo de enfermagem.

Relativamente à comunicação terapêutica podemos-nos distinguir pela forma como gerimos a comunicação interpessoal no desenvolvimento do PIP adequado à realidade da UCIP sobre “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada”. Neste estágio, a nossa prestação de cuidados foi, maioritariamente, a doentes submetidos a VMI, muitos deles conscientes, mas impossibilitados de comunicar. Neste sentido, conseguimos desenvolver um instrumento de comunicação facilitada baseados na mais recente evidência científica, promotor de uma relação interpessoal positiva entre o enfermeiro e doente. Assim, os enfermeiros da UCIP podem estabelecer uma relação terapêutica e os doentes podem exprimir o que sentem, desejam ou precisam, durante o caminho da sua recuperação.

A família/cuidador dos doentes foi sempre uma preocupação constante durante o estágio, principalmente pela limitação do contacto presencial que existiu, uma vez que com a situação pandémica de COVID-19 existiu a necessidade de isolar os doentes da restante população, sendo restringidas as visitas em ambiente hospitalar. Na UCIP não foi exceção, vivenciando-se momentos em que o doente se mostrou preocupado face à possibilidade de morrer sem a presença dos seus familiares, o que originava a sentimentos de solidão e um risco acrescido de delírio. Este cenário apagou por completo a existência de uma UCI de portas abertas à família, surgindo a necessidade de repensar novas estratégias de humanização do cuidado.

De acordo com o que foi definido pela equipa multidisciplinar da UCIP, o contato mais próximo que conseguimos estabelecer com os familiares/cuidadores era por via telefónica. Numa atitude de respeito e empatia estabelecíamos o diálogo na transmissão de informação que nos competia e permitimos a expressão de emoções sentidas pelos mesmo. Não sendo o ideal, conseguimos também estabelecer relação terapêutica com os familiares que acompanhavam as pessoas na consulta de *Follow-up*. Ainda foi possível a mobilização de conhecimentos adquiridos na unidade curricular de “Médico-Cirúrgica 1” relativamente à transmissão da má notícia, referente a uma

situação específica de mau prognóstico inesperado. A família estava devastada e sendo um doente sem patologia COVID-19, foi, excepcionalmente e de forma controlada, possibilitada a entrada na UCIP da esposa e filhos. Esta foi, de facto, uma situação difícil, mas relevante, no sentido em que as estratégias de comunicação apreendidas em contexto académico foram importantes no suporte emocional à família.

Perante a análise reflexiva do exposto, consideramos que foi atingida a competência supracitada.

“2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19363).

De modo a atingirmos esta competência, definimos estratégias para conseguir contactar com o máximo de experiências dinamizadoras e enriquecedoras que possibilitassem, especificamente, a intervenção como enfermeiro especialista neste âmbito.

Perante uma situação de emergência “A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (OE, 2018, p.19362), dado que essa pessoa sofreu uma agressão tão violenta que pode colocá-la em risco de vida iminente (OE, 2018).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um organismo inserido no Ministério da Saúde que é “(...) responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (INEM, 2017, p.1). Este organismo é constituído por vários meios de emergência nomeadamente a VMER concebida para o transporte de uma equipa constituída por médico e enfermeiro, munidos de recursos materiais de Suporte Avançado de Vida (SAV), que rapidamente chegam ao local onde se encontra a vítima (INEM, 2017).

Com o intuito de observarmos as dinâmicas de atuação ocorridas em contexto pré-hospitalar e compreendermos o papel desempenhado pela enfermagem especializada na abordagem às vítimas nestas circunstâncias, foram realizados dois turnos de estágio observacional na VMER (Anexo L). Percebeu-se que a prestação de cuidados aos doentes críticos em ambiente pré-hospitalar requer elevados níveis de conhecimento, pela sistemática necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, como foco de estabilização da vítima para o seu rápido transporte em segurança para unidade hospitalar mais próxima.

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

Uma situação de catástrofe exige que o enfermeiro seja dotado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que se traduzam numa resposta emergente de integração, sistematização, rapidez e eficiência, a fim de reduzir o impacto negativo deste acontecimento, precisando treino nesse sentido (*International Council of Nursing*, 2009). Assim, é importante que os enfermeiros sejam dotados de conhecimentos e experiências, no sentido de desenvolver competências para reagirem corretamente e atempadamente.

Ao longo do estágio não ocorreu nenhuma situação de catástrofe, ou mesmo uma simulação que nos permitisse representativamente planejar e dar resposta perante possíveis cenários de catástrofe. Contudo, sendo acontecimentos tendencialmente imprevisíveis que podem atingir estruturas de resposta a cenários de calamidade, tais como as unidades de saúde, importa realçar que a preparação antecipada pode ser uma ferramenta útil na tentativa de minimizar eventuais danos no futuro.

Na procura de adquirir um maior conhecimento sobre a atuação em situações referidas, desenvolvemos atividades que visaram a leitura integral do Plano de Catástrofe Externa da instituição hospitalar e assistimos ação formativa sobre ativação e operacionalização do mesmo no serviço de urgência da unidade hospitalar. Conhecemos ainda normas mais específicas relacionadas com o plano de atuação interno da UCIP, que contempla um Plano de Contingência naquele momento em vigor devido à pandemia COVID-19, e um Plano de Evacuação. Foi-nos proporcionada uma pequena palestra realizada pela enfermeira especialista à pessoa em situação crítica responsável pelo Plano de Evacuação da UCIP. Este tem como principal foco um conjunto de ações bem sistematizadas e operacionalizáveis, que devem ser rapidamente executadas para a evacuação de todos os ocupantes desta Unidade para serviços de resgate, caso essa decisão seja tomada por uma ocorrência de emergência.

Participámos ainda no “Congresso Internacional Literacias no Século XXI” (Anexo I), onde, em determinados momentos, foram abordadas várias perspetivas de estratégias de planeamento em caso de situação de emergência ou catástrofe, com ênfase na dinamização dos papéis que o EEEMC-PSC pode assumir, quer a nível intra-hospitalar, quer extra-hospitalar, como por exemplo em contexto de proteção civil, numa abordagem mais comunitária.

Para o desenvolvimento desta competência, foi ainda fundamental o contacto e atuação numa realidade de exceção. “Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p.19362).

A 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou a COVID-19 um surto de Emergência de Saúde Pública de importância internacional. Devido à gravidade e rápida propagação da mesma, no dia 11 de março de 2020 a OMS declarou situação de pandemia COVID-19, à escala global (OMS, 2020).

Ao longo do estágio, encontrava-se em vigor o “Plano de Contingência de COVID-19 3ªVaga” (Grupo Operacional COVID Unidade Hospitalar de Portimão, 2021), contemplado em toda a instituição hospitalar. Naquele momento, a UCIP era constituída por uma ampla área de isolamento dedicada somente aos doentes mais graves de COVID-19, ou seja, que dependiam de VMI para sobreviver. Apesar de, nesta fase, os recursos físicos, materiais e humanos já se encontrarem mais enquadrados nesta situação de exceção, inevitável será dizer que alterou os padrões habituais do cuidar em saúde, sendo os enfermeiros obrigados a adaptar os seus cuidados a esta nova realidade.

Dada a nossa experiência profissional como enfermeiros em serviço de urgência de “primeira linha”, a nossa capacidade de atuação e adaptação foi um pouco mais fácil no que concerne à prestação de cuidados com segurança, dada a familiarização com toda a panóplia de normas e protocolos que foram exigidos, como por exemplo as especificidades de utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI). No entanto, durante o estágio, tornou-se inevitável a reflexão do papel do enfermeiro especialista nesta pandemia junto da equipa de enfermagem, acerca de que forma pode diferir dos restantes profissionais de saúde, no sentido em que devemos ser dotados de elevadas capacidades de planeamento, adaptação, gestão e prestação de cuidados a todo um novo cenário de atuação, num ambiente tão complexo que é a UCI.

Foi assim possível, dinamizar respostas desde a conceção à ação face a esta competência, pelo que considerámos que foi atingida.

“3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p.19364).

“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (OE, 2017, p.11). A pressão acentua-se aquando da utilização inadequada de antibióticos, que aumenta o grau de resistência dos microrganismos. Estes são, assim, problemas que estão estreitamente relacionados, e que nenhuma instituição de saúde pode ignorar, devido ao impacto que as infeções podem ter no aumento da taxa de morbilidade e mortalidade, e no prolongamento dos internamentos e consequente elevação dos custos na saúde (DGS, 2017c).

A OE (2017) refere que esta problemática é acentuada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, uma vez que, “À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção”. (p.11)

Na UCI, os doentes apresentam maior risco de contrair uma infeção devido à sua doença de base e frequente submissão a técnicas invasivas, portanto redes de vigilância e monitorização fazem sentido serem implementadas para prevenção e controlo das IACS hospitalares (*European Centre for Disease Prevention and Control* [ECDC], 2018).

Neste prisma, a OE (2018) considera que perante a possibilidade “(...) de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica (...)” o EEEMC-PSC “responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos”. (p.19364)

Para que essa resposta seja eficiente, primeiramente achámos importante reler alguns documentos relativos à temática, nomeadamente o “Programa de Prevenção e Controlo de Infeções de Resistência aos Antimicrobianos” (PPCIRA), que implementou a Estratégia Multimodal de promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) (DGS, 2017c), procedimentos que se traduzem em boas práticas que o enfermeiro deve adotar nos diferentes contextos de prestação, de forma a minimizar as IACS. Desta forma, permitiu-nos aprofundar conhecimentos e fundamentar muito da nossa prática diária ao longo do estágio.

Em contexto de UCI, foi também bastante útil a leitura atenta das normas emanadas pela DGS relativas aos “feixes de intervenção”, nomeadamente a “Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical” (DGS, 2017b), a “Prevenção da pneumonia associada à intubação” (DGS, 2015b), a Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015c) e a “Prevenção de

infecção do local cirúrgico” (DGS, 2015b), uma vez que, todos os procedimentos implícitos nestas normas foram realizados diariamente na nossa prestação de cuidados ao doente crítico, sendo, assim, uma mais-valia na prevenção e controlo de IACS.

Ainda nesta instância, verificámos que os protocolos existentes na UCIP são baseados nas normas da DGS e adaptados à sua realidade. Gostaríamos de salientar, em particular, os documentos emanados pela DGS que foram fruto da elaboração de uma norma de procedimento pelo GCL-PPCIRA: “Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos” (DGS, 2017d) e “Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados” (DGS, 2015a). A norma da GCL-PPCIRA é operacionalizada na UCIP durante a admissão do doente, sendo realizada antecipadamente uma avaliação individual do risco de infeção que obriga a maioria dos doentes a ficarem em isolamento de contacto prévio, até à chegada de resultados microbiológicos negativos. Neste tipo de isolamento é utilizado método barreira, sendo a unidade do doente individualizada com cortinas fechadas, implicando que o enfermeiro utilize EPI adequado na prestação de cuidados diretos ao doente. Sendo este um dos procedimentos de boas práticas da área da PBCI (DGS, 2013b), tivemos várias vezes contacto com esta realidade e conseguimos dar resposta adequada às necessidades em tempo útil.

No início do estágio, através de uma reunião informal, conhecemos a enfermeira responsável pelo elo de ligação ao GCL-PPCIRA na UCIP, que nos deu a conhecer o programa de vigilância epidemiológica integrado neste serviço, designado de Helics-UCI. Este permite a monitorização da incidência de infeções, nomeadamente das pneumonias associadas a ventilador que são um dos grandes focos de atenção. Os registos são realizados numa plataforma da DGS, e posteriormente recolhidos pela ECDC, para fins estatísticos de controlo epidemiológico a nível europeu.

O elo de ligação tem também um papel dinamizador na promoção das PBCI, realizando anualmente auditorias na UCIP, como por exemplo à correta higienização das mãos nos “5 momentos” (DGS, 2019). Foi também importante refletir junto desta enfermeira sobre os critérios de mudança adotados face à pandemia de COVID-19, relativamente à gestão dos novos circuitos de limpos e sujos no manuseamento e triagem dos lixos, aos novos produtos aplicados e modos de descontaminação das unidades dos doentes e de toda área de isolamento da UCIP, e à utilização adequada do EPI. Neste último, assumimos alguma liderança em conjunto com a enfermeira responsável por esta área e a enfermeira supervisora, na discussão e supervisão de adequação do EPI, uma vez que, nos casos confirmados de COVID-19, na prestação de cuidados ao doente crítico

deverá ser selecionado antecipadamente o tipo de EPI de acordo com o tipo de procedimento gerador de aerossóis que se irá realizar. Em contexto de UCI, na maioria das vezes, são procedimentos de elevado risco, portanto será fundamental ponderar o tipo de respirador (máscara) e outros equipamentos a utilizar (DGS, 2020), de forma a minimizar o risco e também promover práticas de segurança do próprio prestador de cuidados, neste caso o enfermeiro.

O desenvolvimento de estágio observacional de dois turnos no GCL-PPCIRA desta instituição, foi de tamanha importância, uma vez que nos permitiu consolidar conhecimentos face ao exposto e perceber a dinâmica e organização do mesmo, com acesso aos relatórios de atividades anuais de avaliação epidemiológica e resultado de auditorias no âmbito da instituição hospitalar, para perceber o papel ativo que diariamente representam no levantamento e sinalização dos novos casos de COVID-19 internados no hospital.

Não menos importante, foi a realização dois turnos de estágio observacional na Central de Esterilização da unidade hospitalar, na tentativa de entender como se processa toda a descontaminação e/ou esterilização do material hospitalar, bem como a sua correta selagem. São procedimentos muito rigorosos na garantia que os equipamentos se encontrem totalmente isentos de microrganismos patogénicos. São procedimentos que primam pelas boas práticas de PBCI de descontaminação do equipamento clínico, tendo o enfermeiro especialista um papel bastante ativo de gestão, coordenação e supervisão, na garantia que os materiais cheguem aos respetivos serviços isentos de contaminação.

Por fim, a participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica: *E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*” organizada pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo K), foi mais um contributo para a atualização de conhecimentos e novos paradigmas de liderança que podem vir a surgir no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Dado o que foi explanado, consideramos ter atingido as competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Perante o que foi exposto durante o processo de reflexão sobre as competências específicas de EEEMC-PSC, julgamos que foi alcançada a sétima competência de Mestre: “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

CONCLUSÃO

A finalização do presente relatório de estágio traduziu-se no encerramento de uma caminhada formativa de aprendizagens importantes aliada ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC e de Mestre em enfermagem.

Este percurso foi percorrido tendo em consideração a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares na vertente académica, transferidos para o Estágio final, numa prática clínica invocada pelo nosso pensamento crítico e reflexivo, com base em evidência científica sustentada. O nosso agir constante foi centrado na pessoa em situação crítica, num compromisso holístico de integração dos metaparadigmas da práxis de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

A realização de estágio em UCI foi motivada pela vontade de contactarmos com uma realidade diferenciada, em ambiente de complexidade extrema, mas controlado, diferente do que estávamos habituados a vivenciar em contexto profissional. Apesar de todos os desafios inerentes às especificidades deste contexto clínico, procurámos, permanentemente, oportunidades de aprendizagem no leque das competências que precisávamos de adquirir, de uma forma resiliente e proativa.

A concretização do PIP foi de encontro a todas as etapas que constam na metodologia de projeto. Consideramos que esta intervenção representou um dos pilares importantes de atuação relativamente ao percurso formativo pertencente ao Estágio Final. O projeto assentou nos métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI, uma iniciativa criativa e inovadora que o EEEMC-PSC pode promover e aplicar, na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Tivemos em conta a justificação da problemática nos alicerces da UCI, definimos os conceitos na arte de comunicar em enfermagem, e referenciámos à teoria de médio alcance das Relações Interpessoais de Peplau. Esta permitiu-nos perceber a profunda conexão que o enfermeiro e o

doente podem assumir no estabelecimento de uma comunicação terapêutica em prol do crescimento mútuo e por conseguinte a da recuperação do doente.

A situação de diagnóstico foi o ponto-chave para o desenrolar da ação, pois cuidadosamente selecionámos instrumentos de pesquisa que foram adequados para a definição dos objetivos. Destacamos também a elaboração da RSL como suporte essencial à investigação de enfermagem. Sem este, não teria sido possível a realização de um projeto atualizado e baseado em evidência científica, que nos permitiu a criação de métodos de comunicação capazes de serem eficazes, quando aplicados devidamente na otimização da comunicação entre o enfermeiro e o doente submetido a VMI.

Foi uma mais-valia o impacto positivo que esta intervenção representou para a equipa de enfermagem, sendo mesmo alvo de continuidade. Os métodos de comunicação criados já se encontram em implementação na UCIP, pelo que ficamos com um sentimento de gratidão e propósito cumprido.

Referente à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem, consideramos que fomos capazes de incorporar os conhecimentos já adquiridos e operacionalizar as atividades e estratégias que definimos inicialmente, além de outras que nos foram proporcionadas ao longo do estágio, sendo possível o desenvolvimento e consolidação das mesmas, numa procura constante de melhoria e crescimento profissional e pessoal.

Reconhecemos alguns contratempos na implementação do PIP, inerentes ao plano de contingência institucional em vigor, devido à pandemia por COVID-19, nomeadamente a demora da autorização do Conselho de Administração e Comissão de ética do hospital. No entanto, consideramos que conseguimos ultrapassar esses obstáculos com empenho e perseverança, atingindo, deste modo, os objetivos delineados.

Face ao exposto, terminamos este percurso mais enriquecidos pessoalmente e profissionalmente, pois foi possível mobilizar conhecimentos já apreendidos anteriormente, consolidar e desenvolver novas competências pertinentes para a especialização e mestrado em causa, e adotar um pensamento mais crítico e reflexivo na busca da evidência científica mais atual que fundamente as tomadas de decisões. Caminhamos mais conscientes de nós próprios e da excelência profissional, como enfermeiros prestes a contribuir ainda mais para o desenvolvimento da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Aleixo, F. (2016a). *Manual de Enfermagem Da Unidade de Cuidados Intensivos*. Portimão: CHU.
- Aleixo, F. (2016b). *Sistema de quantificação da carga de trabalho de enfermagem (Therapeutic Intervencion Scoring System-TISS 28)- Unidade Hospitalar Portimão/Lagos Centro Hospitalar Universitário*. Portimão: CHU
- Andres, F. d. C., Andres, S. C., Moreschi, C., Rodrigues, S. O., & Ferst, M. F. (2020). A utilização da plataforma Google Forms em pesquisa acadêmica: Relato de experiência. *Research, Society and Development*, 9(9) .
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 154-162.
- Assembleia da República (AR). (2006). Lei n.º 126/2006. Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, n.º 126/2006, Série I (03 de julho de 2006), pp. 4696 – 4706.
- Assembleia da República (AR). (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Código Deontológico inserido no Estatuto da OE republicado como anexo. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, 8059-8105.
- Aued, G., Bernardino, E., Peres, A. M., Ribeiro Lacerda, M., Dallaire, C., & do Nascimento Ribas, E. (2016). Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 130–137.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Bugalho, A., Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101.

- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? *A systematic review. Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96.
- Centro Hospitalar Universitário (CHU). (2020a). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde*. Faro, Portugal: Centro Hospitalar Universitário.
- Centro Hospitalar Universitário (CHU). (2020b). *Relatório de Gestão de Contas 2020*. Faro, Portugal: Centro Hospitalar Universitário.
- Centro Hospitalar Universitário (CHU). (2021). *Plano de Atividades e Orçamento: Triénio 2021-2023*. Faro, Portugal: Centro Hospitalar Universitário.
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1(11), 31-7.
- Correia, T., Martins, MM, & Forte, EC (2020). Gestão em enfermagem: estratégias para a segurança do cliente e do profissional. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health* , 2 (11), 73–80.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2010). Circular normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de junho: *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2013a). *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Lisboa. Disponível em https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2013b). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2015a). Norma n.º 018/2014 atualizada a 27 de abril de 2015: *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015b). *Norma n.º 020/2015 de 15 de dezembro: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015c). *Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro (versão atualizada a 30/05/2017): “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015d). *Norma n.º 022/2015 de 16 de dezembro: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma 001/2017. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017b). *Norma n.º 019/2015 de 15 de dezembro (atualizada a 30/05/2017): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017d). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. Recomendação: prevenção da transmissão de Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-COV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC nursing*, 16(1), 1-6.
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a structured review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206.

- Drägerwerk AG & Co. KGaA (2022). PulmoVista® 500. Dräger. Disponível em https://www.draeger.com/pt-br_br/Products/PulmoVista-500#benefit
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2018). *Incidence and attributable mortality of healthcare-associated infections in intensive care units in Europe, 2008–2012*. Estocolmo: Autor. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/surveillance-report-HAI-Net-ICU-mortality-2008-2012.pdf>
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre. Editora Artmed.
- Gomes, E. (2018). *Hospital Pedro Hispano previne sequelas após internamento em cuidados intensivos*. Disponível em <https://justnews.pt/noticias/hospital-pedro-hispano-previne-sequelas-aps-internamento-em-cuidados-intensivos#.YfrZJtXP2vE>
- Grupo Operacional COVID Unidade Hospitalar de Portimão. (2021). *Protocolo nº 277/CHU Plano de contingência COVID-19: 3ª VAGA - Unidade Hospitalar Portimão/Lagos Centro Hospitalar Universitário*. Portimão: CHU.
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). “Not being able to talk was horrid”: a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and critical care nursing*, 31(3), 179-186.
- Haddaway, N.; McGuinness, L.; Pritchard, C. (2021). *PRISMA2020: PRISMA Flow Diagram*. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114.
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909-2920.
- Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., & Feizi, A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 358.
- International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: International Council of Nurses. ISBN 978-92-95065-79-6
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Disponível

- em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2017). O INEM. In *Instituto Nacional de Emergência Médica*. Disponível em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- Joanna Briggs Institute [JBI]. (2014). JBI Level of Evidence. *Joanna Briggs Institute*. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Joanna Briggs Institute [JBI]. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis: 2020 Edition. *The Joanna Briggs Institute*. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.
- Martinho C. (2016). *A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos* [Relatório de Mestrado em Terapia da Fala]. Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 132-140.
- Mata, C., Fernandes, M., Monteiro, M., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 7-17.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem*. 4ª ed. Artmed Editora.
- Mehta, S., Spies, C., & Shehabi, Y. (2018). Ten tips for ICU sedation. *Intensive Care Medicine*, 44(7), 1141–1143.
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário da República*, 1.ª série - n.º 176, pp. 3174-3177.
- Ministério da Saúde (MS). (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, n.º 205/1996, Série I-A (4 de setembro de 1996), pp. 2959 – 2962.
- Ministério da Saúde (MS). (2015). Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, n.º 102/2015, Série II (27 de maio de 2015), pp. 13550 – 13553.
- Ministério da Saúde (MS). (2017a). Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 162, 4971-4974.

- Ministério da Saúde (MS). (2017b). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa Saúde.
- Ministério da Saúde (MS). (2019). Decreto-Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 3-40.
- Ministério da Saúde (MS). (2021). Despacho n.º 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, n.º 187/2021 1º Suplemento, Série II (24 de setembro de 2021), p.96-103.
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoochaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2).
- Morais, G. S. D. N., Costa, S. F. G. D., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 323-327.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. Disponível em <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015c). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 79, 10087 - 10090.

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015d). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123, 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2016). *CIFE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. Leiria, Portugal: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro: Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 128-155.
- Paiva, J.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J.; Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. República Portuguesa Saúde.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Masson-Salvat Enfermeria. Barcelona
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Potter, P., & Perry, A. (2003). *Fundamentos de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157, 4147-4182.

- Rodrigues, F. C. P., & Cardoso, C. T. C. (2020). A importância da liderança do enfermeiro na configuração do processo de trabalho da enfermagem. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 3 (2), 13-23.
- Riley, J.B. (2004). Comunicação em enfermagem. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-38.
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614-630.
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. D. F. P., Moura, A. A. D., & Zanetti, A. C. B. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 126-134.
- Santiago, C., Roza, D., Porretta, K., & Smith, O. (2019). The use of tablet and communication app for patients with endotracheal or tracheostomy tubes in the medical surgical intensive care unit: a pilot, feasibility study. *Critical Care Nursing*, 17.
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Soares, K., & Mager, G. (2020). Pictogramas, categorias e iconotipos: Uma análise em aplicativos de comunicação aumentativa e alternativa (CAA)| Pictograms, categories and icons: An analysis in augmentative and alternative communication applications (AAC). *InfoDesign-Revista Brasileira de Design da Informação*, 17(1), 56-72.
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de enfermagem)*. 5ª ed. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Universidade de Évora [UE] (2015). *NCE/14/01772 – Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Disponível em <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROJETO DE ESTÁGIO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João De Deus

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica 2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO

Discente:

M46977, Cátia Ventura Cabrita

Julho 2021

C

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João De Deus

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica 2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO

Professora orientadora:

Professora Mestre Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Enfª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Filipa Fernandes

Discente:

M46977, Cátia Ventura Cabrita

Julho 2021

CI

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA - *American Psychological Association*

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CAM-UCI- *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit*

CHU- Centro Hospitalar Universitário

COVID-19- *Coronavírus 2019*

DGS- Direção Geral de Saúde

EEEMC-PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica

EEMIH - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EPI- Equipamento de Proteção Individual

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

PBCI- Básicas de Controlo de Infeção

RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Índice

Introdução.....	CIV
Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	CVI
Objetivos do Estágio.....	CVII
Atividades/Estratégias a Desenvolver no Estágio.....	CVIII
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	CVIII
Competências Específicas de EEEMC-PSC.....	CXIII
Competências de Mestre.....	CXVII
Considerações Finais.....	CXVIII
Referências Bibliográficas.....	CXIX
Apêndices.....	CXX
Apêndice I - Cronograma das atividades a desenvolver na elaboração de projeto de intervenção sobre comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva na UCIP.	

Introdução

O presente trabalho é desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio II, que é considerado o estágio final inserido no Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, pertencente ao 5º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, em associação, no ano de 2021/2022.

A proposta contemplada no planeamento curricular da disciplina visa avaliação de dois componentes: as competências clínicas e de investigação, em que ambas terão a ponderação de 50%, respetivamente.

O campo de estágio selecionado foi o Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) inserido no Centro Hospitalar Universitário (CHU), no qual decorrerá ao longo de trezentas e oitenta e oito horas, de início a 28 de junho de 2021 e término a 10 de outubro de 2021. Será sob orientação clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Ana Filipa Fernandes e a orientação pedagógica da Professora Mestre Isabel Maria Tarico Bico.

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é preconizada por camas de nível III que são destinadas a pacientes complexos com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais que são ameaçadoras para a vida, sendo espectável a necessidade de duas ou mais formas de suporte orgânico, pelo que a especialização do conhecimento é fundamental no cumprimento da missão assistencial de monitorizar, diagnosticar e tratar a pessoa em situação crítica de vida (Paiva et al., 2017).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) é centrado nisso mesmo, na pessoa em situação crítica que carece de uma vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, submetidos a vigilância, monitorização e terapêutica avançada, em que os cuidados do enfermeiro são de elevada qualificação, prestados interruptamente para dar resposta às necessidades existentes, manutenção das funções básicas de vida, prevenção de complicações e diminuição da incapacidade, com a finalidade de recuperação total (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O presente estágio que contempla o desenvolvimento das competências clínicas, tem como objetivos a elaboração de um projeto de estágio que abrange o levantamento das competências comuns, específicas do enfermeiro especialista bem como as de Mestre, com a finalidade de planear estratégias/atividades que me preponho a desenvolver, com o intuito de melhoria contínua das necessidades que o local de estágio apresenta. Neste seguimento, será elaborado um projeto de intervenção realista, ajustado à organização e tipologia do serviço, bem como a elaboração de um artigo científico que prima pelo desafio de aliar às competências de investigação.

Na elaboração deste trabalho realiza-se uma breve caracterização do campo de estágio, os objetivos do mesmo a que me proponho bem como as estratégias/atividades que considero importantes delinear para atingir as competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC e de Mestre. Em apêndice, apresento uma proposta de cronograma que visa ao cumprimento dos tempos, para a concretização de um projeto de intervenção, com possibilidade de serem feitas alterações ao definido inicialmente.

Recorreu-se às regras de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora tendo como base as normas da American Psychological Association (APA), 7th Editions, elaborando o presente documento ao abrigo do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O CHU é composto por três unidades hospitalares (Faro, Portimão e Lagos), que são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde diferenciados no Algarve. Asseguram os cuidados de saúde em 16 concelhos, a uma população de 450.000 habitantes que triplica na época do verão pelo aumento do turismo da região.

A UCIP está inserida no Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados intensivos do Serviço de Medicina intensiva. Encontra-se localizada na unidade hospitalar de Portimão, no primeiro piso de um edifício constituído por seis andares. Tem como áreas de influência os concelhos de Albufeira, Silves, Lagoa, Portimão, Monchique, Lagos e Aljezur.

A nível de recursos físicos é constituído por uma sala de tratamento onde se realiza a preparação de terapêutica, uma sala de trabalho, uma sala de reuniões/visitas e duas salas de internamento “open space”. A Sala 1 apresenta seis cama incluindo um quarto individualizado de isolamento. A Sala 2 é constituída atualmente por 6 camas, ativadas em situação de contingência devido à pandemia COVID-19, incluindo também um quarto individualizado. Em cada sala existe uma bancada central de vigilância, tendo apenas a Sala 1 central de monitorização. A unidade de cada doente é composta por cama elétrica/hidráulica, sistema de monitorização de sinais vitais e hemodinâmica; aspiração por vácuo; sistema de gases; seringas e bombas infusoras; gavetas para arrumações de material; diversas tomadas de corrente elétrica, uma mesa de assistência e um ventilador para suporte ventilatório invasivo e não invasivo.

A nível de recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por 36 enfermeiros, 15 assistentes operacionais, 1 administrativa e uma equipa médica que possui um diretor clínico do serviço.

A equipa de enfermagem é composta por 1 chefe, 1 elemento de substituição de chefia, 8 responsáveis de equipa e 26 elementos de equipa. Quando os elementos de chefia superior não estão presentes, um dos responsáveis de equipa assume esse papel no turno, mantendo-se efetivamente na prestação de cuidados bem como elemento que integra a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH). O turno da manhã é constituído por enfermeiro chefe e 6 enfermeiros na prestação de cuidados (um em regime de horário fixo); no turno da tarde e da noite contemplam 5 enfermeiros respetivamente, sendo mais habitual o rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes.

Na organização dos cuidados de enfermagem os registos são todos informatizados pela aplicação *B-ICU.Care* que irá refletir o planeamento, execução e continuidade dos cuidados bem como meio de comunicação entre os vários elementos da equipa de saúde, a curto e longo prazo.

Objetivos do Estágio

Os objetivos da unidade curricular, apresentados no planeamento curricular, prendem-se por mobilização dos conteúdos adquiridos nas diferentes unidades curriculares que anteriormente foram desenvolvidas no curso e que agora pretende-se que sejam aplicados na prática clínica, num desenvolvimento exequível de atividades lógicas, coerentes, pensamento crítico e evidência científica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, inseridas nas competências de EEEMC-PSC.

Em consideração de tais factos, propus-me a definir objetivos gerais e específicos de estágio, bem como definir as atividades/estratégias que pretendo operacionalizar no sentido de responder às competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas de EEEMC-PSC e de Mestre em enfermagem.

Definem-se como objetivos gerais: mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares anterior para dar resposta aos acontecimentos que ocorrem no estágio no processo de cuidar na pessoa em situação crítica/ou falência orgânica a vivenciar processos complexos de doença; desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC e de Mestre de enfermagem com finalidade de adquirir o título de especialista e Mestre.

Enumeram-se como objetivos específicos: prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com base numa responsabilidade deontológica, ética e legal; garantir condições de segurança e ambiente terapêutico durante o processo de cuidar à pessoa em situação crítica no serviço de UCIP; realizar formação em serviço no âmbito de promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem; aplicar protocolos de atuação e escalas de monitorização específicas implementadas na UCIP; elaborar um projeto de intervenção que visa o suprir de uma necessidade do serviço; desenvolver conhecimentos sobre emergência, exceção e catástrofe na UCIP, compreender as estratégias preconizadas, de prevenção e controlo de infeção utilizadas na pessoa em situação crítica e realizar uma artigo científico do tipo revisão sistemática da literatura.

Atividades/estratégias a desenvolver no estágio

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
A1.1 — Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	- Mobilizar conhecimentos ético, deontológicos e jurídicos adquiridos na unidade curricular;
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	- Prestar cuidados a pessoa/família de acordo com os princípios ético-deontológico;
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	- Atuar em conformidade com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Deontologia Profissional;
	- Consultar a política hospitalar sobre código de ética do CHU;
	- Colaborar com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão e avaliar resultados;
	- Observar os comportamentos presenciados, adotados pelos profissionais de saúde;
	- Refletir sobre os comportamentos por mim adotados, com a enfermeira orientadora;

A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	- Atuar de acordo com a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais;
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	<ul style="list-style-type: none"> - Autorização da Comissão de ética para realização do projeto de intervenção, bem como o consentimento de aceitação livre esclarecida aos participantes do mesmo; - Refletir sobre práticas de segurança, privacidade e dignidade da pessoa/família, junto da enfermeira orientadora.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

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

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

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares na melhoria continua; - Consultar normas e protocolos de atuação em serviço e agir em conformidade;
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar projetos institucionais e/ou programas existentes junto do enfermeiro chefe e da enfermeira orientadora.
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentar as práticas clínicas com recurso a evidência científica; - Assistir as formações em serviço;

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar um projeto de intervenção para melhoria contínua, aliado ao estímulo de liderança; - Participar nas consultas de <i>follow up</i> em conjunto com enfermeira responsável, como programa de melhoria contínua.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados especializados que diminuam o desconforto físico, psicossocial, cultural e espiritual a pessoa/família; - Identificar as situações de risco no ambiente e durante a prestação de cuidados; - Adotar comportamentos de segurança na aplicação das escalas de prevenção do risco existentes na UCIP: Escalas de Braden, Morse e Guss; - Notificar a situações de risco com enfermeira orientadora.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	

Domínio da gestão dos cuidados

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

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e compreender o serviço de UCIP: recursos físicos, humanos e funcionamento; - Articular com equipa multidisciplinar na gestão do regime terapêutico das pessoas, aos quais presto cuidados;
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	

	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar em conjunto com a enfermeira orientadora na supervisão aquando responsável de turno; - Confirmar unidade de doente, durante admissão, internamento e alta garantido a higienização, segurança e qualidade; - Planear os cuidados à pessoa em situação crítica em colaboração com a enfermeira orientadora.
<p>C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar a enfermeira orientadora aquando chefe de equipa na delegação, gestão e coordenação do serviço;
<p>C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estágio de observação na área da gestão em enfermagem com enfermeiro-chefe; - Observar o estilo de liderança adotado pelo enfermeiro-chefe; - Desenvolver conhecimentos sobre a gestão de equipas, recursos e dotações seguras com enfermeiro-chefe do serviço; - Refletir junto do enfermeiro-chefe sobre o papel do enfermeiro especialista na gestão, em momentos propícios.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	- Desenvolver conhecimentos sobre gestão de emoções;
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	- Identificar e partilhar as dificuldades sentidas durante o estágio, com enfermeira orientadora; - Planear estratégias na superação das fragilidades sentidas, junto da enfermeira orientadora; - Refletir acerca do desenvolvimento das competências, nas reuniões intercalares, junto da enfermeira orientadora.
D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	- Planear um projeto de intervenção adaptado à realidade do serviço após entrevista com enfermeiro-chefe e orientadora;
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	- Realizar formação em serviço de acordo com as necessidades levantadas;
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	- Elaborar uma revisão sistemática da literatura sobre a comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva; Desenvolver uma prática especializada fundamentada na evidência científica.

Competências Específicas de EEEMC-PSC

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

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	- Planejar intervenções de enfermagem que visam dar resposta as necessidades da pessoa em situação crítica;
1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	- Executar intervenções de enfermagem baseadas na evidencia científica, de forma autónoma e em tempo útil;
1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.	- Avaliar resultados dos cuidados prestados centrados na pessoa em situação crítica;
1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	- Adquirir habilidades nas áreas da ventilação, vigilância/monitorização hemodinâmica, terapia de substituição renal, oxigenioterapia de alto fluxo, entre outros; - Aplicar protocolos de atuação e escalas de monitorização específicas existentes na UCIP, na garantia de processos terapêuticos complexos: <i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i> ; <i>Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)</i> ; <i>Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i> ;
1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas no desenvolvimento de competência à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	- Antecipar e agir em conformidade em situações de emergência e/ou maior

	<p>instabilidade acompanhando enfermeira orientadora nas saídas da EEMIH;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e gerir analgesia e sedação de acordo com o protocolo em vigor; - Promover estratégias facilitadoras de comunicação terapêutica com pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença através da elaboração do projeto de intervenção; - Desenvolver comunicação estratégica perante pessoa/família que vivenciou situação crítica, através da participação nas consultas de <i>follow-up</i> integradas na UCIP.
--	---

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

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	- Conhecer o plano de emergência e catástrofe preconizado no CHU;
2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	- Entender o Plano de evacuação da UCIP, junto da enfermeira responsável pela sua elaboração;
2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe.	- Participar no congresso de “Literacia XXI” 15 e 16 de julho 2021 que aborda várias perspetivas estratégicas de planeamento em caso de situação de emergência ou catástrofe;
2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	- Prestar cuidados aos doentes positivos para Coronavírus 2019 (COVID-19);
2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	- Refletir com enfermeira orientadora sobre os critérios de mudança na UCI, exigidas pela pandemia de COVID-19;

	- Realização de estágio de observação na VMER.
--	--

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

Unidades de competência	Estratégias/ Atividades
3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobiano; - Reler as normas emanadas pela DGS relativas aos “Feixes de intervenção” numa abordagem de prevenção e controlo
3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o elo de ligação do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) na UCIP, através de reunião para identificar normas, protocolos e planos existentes; - Aplicar adequadamente as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) a realçar: Isolamento dos doentes, higienização das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), descontaminação de materiais/equipamentos, gestão do circuito dos resíduos; - Agir de acordo com as normas vigentes fase à pandemia COVID-19 relativamente ao controlo de infeção e adequação dos EPI;

	<p>- Realização de estágio observacional no GCL-PPCIRA desta instituição e na Central de Esterilização;</p>
--	---

Competências de Mestre

Competências de Mestre	Estratégias/ Atividades
1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.	<p>- Desenvolvimento de projeto de intervenção no âmbito das competências de Mestre em enfermagem (Apêndice I);</p> <p>- Elaboração de artigo científico.</p>
2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.	
3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.	
4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.	
5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.	
6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.	
7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.	

Considerações finais

Para a elaboração deste pré-projeto, foi determinante centralizar o local onde decorre o Estágio Final e o período de tempo despendido para a conclusão do mesmo.

Considerou-se, o planeamento do mesmo, uma linha orientadora para estruturar o pensamento, apelar à capacidade de síntese, definir atividades/estratégias exequíveis e identificar necessidades a serem colmatadas com a elaboração de um projeto de intervenção.

Após a realização de alguns turnos no serviço e a possibilidade de discutir/refletir com a enfermeira orientadora foi fundamental para o levantamento das necessidades do local de estágio e assim ponderar os projetos que podem ser trabalhados de modo que sejam úteis e façam a diferença na melhoria contínua da prestação de cuidados altamente qualificados à pessoa em situação crítica.

Na melhor compreensão das competências do enfermeiro especialista, foi um fator preponderante no desenvolvimento da visão holística, do que é ser uma futura enfermeira especialista.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Paiva, J.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J.; Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. República Portuguesa Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de julho (2019). Diário da República, 2.ª série – N.º 26. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Diário da República, 2ª Série – N.º 135. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ministério da Saúde. Lisboa.

Apêndices

Apêndice I - Cronograma das atividades a desenvolver na elaboração de projeto de intervenção com o tema “Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI”.

Ano letivo 2020/2021		Dias/Mês				
		29-30 junho	1-31 julho	1-31 agosto	1-30 setembro	1-10 outubro
Etapas	Atividades/Estratégias					
Diagnóstico da situação	Definição do problema					
	Análise do problema: Entrevista exploratória não estruturada com Enfermeiro-Chefe, Enfermeira Orientadora, Professora Orientadora para validação da necessidade do tema.					
	Instrumentos de diagnóstico: Elaboração de questionário para aplicar aos enfermeiros e análise SWOT.					
Definição dos objetivos	Objetivos: Geral e específicos.					
Autorizações	Pedido de parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHU					
	Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora.					
Planeamento	Recolha de dados para desenvolvimento de atividade.					
	Análise dos dados obtidos.					
	Elaboração de um instrumento de otimização.					
Execução	Realização de sessão de formação em serviço com enfermeiros da UCIP-Portimão sobre a problemática e instrumento elaborado.					
	Aplicação do instrumento apresentado.					
Avaliação	Avaliação da aplicação do instrumento.					

APÊNDICE B – PROJETO DE INTERVENÇÃO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João De Deus

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica 2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Projeto de Intervenção

Discente:

M46977, Cátia Ventura Cabrita

Julho 2021

CXXIV

Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem S. João De Deus
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica 2021/2022
Unidade Curricular: Estágio Final

Projeto de Intervenção

Professora orientadora:

Professora Mestre Isabel Maria Tarico Bico

Enfermeira Orientadora:

Enf^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Filipa Fernandes

Discente:

M46977, Cátia Ventura Cabrita

Julho 2021

CXXV

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA - *American Psychological Association*

CHU- Centro Hospitalar Universitário

ECS- *Ease of Communication Scale*

EEEMC-PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

Índice

Introdução.....	CXXVIII
Justificação do tema.....	CXXX
Proposta de Metodologia.....	CXXXI
Definição dos objetivos.....	CXXXI
Diagnóstico da situação: Esboço.....	CXXXII
Planeamento.....	CXXXIII
Considerações Finais.....	CXXXIV
Referências Bibliográficas.....	CXXXV
Apêndices.....	
Apêndice I – Pedido formalizado para utilização do instrumento em versão portuguesa: <i>Ease of Communication Scale</i>	
Apêndice II- Questionário a aplicar à equipa de enfermagem	
Apêndice III- Questionário a aplicar às pessoas com a respectiva <i>Ease of Communication Scale</i>	
Apêndice IV – Cronograma do projecto de intervenção	

Introdução

O presente projeto de intervenção será elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio Final, que está contemplado nas diretrizes do Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, pertencente ao 5º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, em associação, no ano de 2021/2022.

A proposta será desenvolvida no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) inserido no Centro Hospitalar Universitário (CHU) através da utilização da metodologia de projeto com a finalidade de obtenção das competências comuns, específicas e de estre em enfermagem.

A metodologia de projeto *“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”* (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010, p.2). Assim, nos primeiros turnos de estágio foi-me permitido observação não estruturada dos enfermeiros, das pessoas internadas e posteriormente reunião com enfermeira supervisora e enfermeiro chefe, identificando-se a problemática dirigida para o défice de comunicação eficaz com a pessoa submetida a entubação orotraqueal, bem como as estratégias facilitadoras de comunicação pouco uniformizadas e desatualizadas utilizadas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

Definido o problema, é proposto um projeto de intervenção titulado de "Métodos de Comunicação Eficazes aplicados à Pessoa Ventilada em UCI: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada".

Posto isto, o presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver um projeto de intervenção com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas e de Mestre em enfermagem. Foram delineados como objetivos específicos:

- Justificar a pertinência do tema;
- Desenvolver a metodologia de projeto;
- Retificar cronograma de projeto já previamente elaborado.

Este documento encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro pretende-se fundamentar a pertinência do tema em questão e o segundo capítulo prende-se com apresentação de um esboço relativo ao que se pretende desenvolver para a concretização do projeto de intervenção. Como ponto de partida considera-se as questões éticas

inerentes, traça-se os objetivos, descreve-se sucintamente o diagnóstico da situação e planeia-se as atividades a desenvolver.

Recorreu-se às regras de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora tendo como base as normas da American Psychological Association (APA), 7th Editions, elaborando o presente documento ao abrigo do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

Justificação do tema

Na prática de enfermagem a comunicação é um elemento essencial, na medida em que é através da relação enfermeiro-doente que se consegue compreender profundamente as necessidades físicas e emocionais inerentes ao estado de saúde da pessoa (Phaneuf, 2005).

Perspetiva-se que a prática de ventilação mecânica invasiva será cada vez mais frequente em doentes conscientes, uma sedação mais leve tem benefícios na redução do tempo de ventilação e diminuição de complicações (Hosseini et al., 2018). Doentes ventilados e conscientes referem como das piores experiências vivenciadas os sentimentos de desespero, irritação, raiva, stress por não serem compreendidos, não conseguirem pronunciar uma palavra e/ou exprimirem uma necessidade básica (Karlsson et al., 2012; Pina et al., 2020).

Phaneuf (2005) enaltece o tempo que o enfermeiro passa junto do doente, mencionando que, comparativamente com os outros profissionais de saúde, os enfermeiros estão presentes 24 horas por dia e 7 dias por semana junto da cabeceira do doente, sendo o veículo de toda a intervenção e envolvimento na atenuação do seu sofrimento.

O Enfermeiro é perito no encontro de soluções centradas no doente face à otimização da comunicação durante a ventilação mecânica, pela maior prestação de cuidados de proximidade (Holm et al., 2020). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) gere a comunicação interpessoal numa situação de alta complexidade do estado de saúde dos doentes, otimiza uma relação terapêutica com a pessoa/família, sendo promovido de competências de comunicação técnico-científicas avançadas na quebra das barreiras de comunicação e capaz de as adaptar (OE, 2018).

A Comunicação Alternativa e Aumentativa é constituída por vários métodos que podem ser potenciais recursos a utilizar pelos enfermeiros na quebra das barreiras à comunicação com doente ventilado (Pina et al., 2020).

A comunicação eficaz tem influência na segurança e qualidade dos cuidados prestados, utilizada como instrumento terapêutico como objetiva o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026” (MS, 2021).

Proposta de metodologia

O projeto de intervenção será realizado tendo em conta todos os aspetos éticos inerentes ao mesmo. No preenchimento do questionário e a aplicação da escala, estarão inseridos os consentimentos informados de aceitação livre e esclarecida elaborado de acordo com a norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, cumprindo as condições previstas na Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Após aplicação dos mesmos, irá realizar-se o tratamento dos dados recolhidos que abrange o cumprimento do Regulamento Geral da Proteção de Dados (2016/679), garantindo sempre o anonimato.

Em suma, comprometo-me a garantir aos intervenientes deste estudo, o consentimento informado livre e esclarecido bem como o anonimato e confidencialidade de todos os dados recolhidos de modo a cumprir todos os princípios éticos inerentes a este projeto.

A *Ease of Communication Scale* (ECS) validada para a população portuguesa é da autoria da terapeuta da fala Dra. Carina Isabel Ferreira Martinho, tendo sido conseguida autorização formal para aplicar no projeto (Apêndice I).

Definição dos objetivos

No desenvolvimento do projeto de intervenção definimos como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, face à comunicação com o doente mecanicamente ventilado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);

De modo a alcançar o objetivo geral, traçamos como objetivos específicos:

- Criar um instrumento facilitador de comunicação eficaz de utilização entre o enfermeiro e o doente mecanicamente ventilado;
- Adaptar o instrumento criado, à realidade da UCIP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem face à temática inerente à dificuldade em comunicar entre o enfermeiro e doente ventilado mecanicamente;
- Promover a apresentação e aplicação do instrumento criado, junto dos enfermeiros da UCIP.

Diagnóstico da situação: Esboço

A situação de diagnóstico terá início aquando autorização por parte da Comissão de Ética para a Saúde bem como do Conselho de Administração do CHU para implementação do projeto.

Tem por base investigar, através da implementação de instrumentos que visem primeiramente compreender a perspetiva dos doentes que vivenciam ou vivenciaram o processo de comunicação comprometida pela VMI e dos enfermeiros que prestam cuidados a este tipo de doentes.

- Primeira fase: Aplicar instrumento ECS às pessoas que estiveram ou estão internadas na UCIP e um questionário aos enfermeiros da UCIP, bem como realizar o tratamento dos dados.
- Segunda fase: Elaborar uma Revisão Sistemática da Literatura. Desenvolver um instrumento facilitador de comunicação e realizar ação de formação para promover a implementação do instrumento desenvolvido.
- Terceira fase: Desenvolver uma grelha de avaliação para monitorizar a eficácia do mesmo, seis meses posteriores.

Critérios de Inclusão/Exclusão

A aplicação do estudo tem como critérios de inclusão os enfermeiros e as pessoas internadas na UCIP que estão ou estiveram sob VMI. Como critérios de exclusão serão os outros profissionais de saúde bem como doentes em sedação moderada e/ou profunda que não estiveram submetidos a VMI.

Amostragem

- Pessoas licenciadas em enfermagem que prestem cuidados na UCIP, independentemente do tempo de experiência profissional ou outro grau académico.

- Pessoas que estão ou estiveram internados na UCIP, submetidos a VMI sob sedação leve ou não sedados.

Instrumentos de Recolha de Dados

- Questionário de preenchimento pelos enfermeiros (Apêndice II). Realização de perguntas fechadas e de resposta individual, composto por duas partes: A primeira parte serão realizadas

questões de caracterização sociodemográfica e a segunda parte questões que visam avaliar a pertinência do tema e a identificação das estratégias facilitadoras de comunicação mais utilizados pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa com VMI;

- Instrumento ECS em versão portuguesa (Apêndice III) que faz a medição das dificuldades de comunicação dos doentes mecanicamente ventilados na UCI, podendo ser aplicada durante a intubação ou após a extubação (Martinho, 2016). Será aplicada às pessoas que estão ou estiveram submetidos a VMI, no internamento e na consulta de *follow up* da UCIP, respetivamente. Terá também questões iniciais de caracterização sociodemográfica dos intervenientes.

Planeamento

Cronograma

Foi retificado o anterior cronograma do projeto (Apêndice IV) com a finalidade do planeamento das atividades a realizar em tempo útil, com a finalidade de cumprir os objetivos propostos, tendo sofrido ajustes de acordo com o que inicialmente traçamos, de forma adequar-se ao pretendido.

Análise SWOT

Aspetos Fortes (<i>Strengths</i>)	Aspetos Fracos (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none">- Equipa de enfermagem jovem e motivada;- Aprovação e apoio do enfermeiro Chefe, enfermeira supervisora e professora orientadora;- Auto-motivação originada pelo interesse do tema;- Incentivo à formação em serviço;- Ganhos em saúde na qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente submetido a VMI.	<ul style="list-style-type: none">- Carga de trabalho elevada;- Resistência de alguns elementos da equipa à mudança;- Poucos recursos físicos e desatualizados de otimização à comunicação com os doentes mecanicamente ventilados;- Inexistência de formação na área da comunicação com doente submetido a VMI.
Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none">- Tema pouco desenvolvido e uniformizado no serviço;- Estratégia de implementação que visa a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados;- Instituição com programa de melhoria contínua;- Garantia dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem praticados.	<ul style="list-style-type: none">- Em vigor plano de contingência institucional devido à pandemia por COVID-19;- Demora de Autorização do Conselho de Administração e Comissão de ética do hospital para implementação do projeto.

Considerações Finais

A realização deste esboço será uma linha orientadora das atividades que se pretendem desenvolver para a concretização do projeto de intervenção no âmbito da unidade curricular Estágio Final. Pretende-se elaborar um projeto adequado ao serviço e em tempo útil no cumprimento dos objetivos propostos, com intuito de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC e de Mestre em enfermagem.

Referências Bibliográficas

Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909-2920.

Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., & Feizi, A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 358.

Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.

Martinho C. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos [Relatório de Mestrado em Terapia da Fala]. Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Ministério da Saúde (MS). (2021). Despacho n.º 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, n.º 187/2021 1º Suplemento, Série II (24 de setembro de 2021), p.96-103.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370.

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

Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.

Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-38.

APÊNDICE C – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA INTITULADA DE “MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA”

Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura

Effective communication methods applied to the ventilated person in intensive care unit: Systematic literature review

Cátia Ventura Cabrita – Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Á Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora.

Ana Filipa Duarte Fernandes – Enfermeira Mestre, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Isabel Maria Tarico Bico – Mestre em Sociologia, Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora

RESUMO

Objetivo: Identificar os métodos de comunicação eficazes na interação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, internada em unidade de cuidados intensivos.

Metodologia: Elaborada uma revisão sistemática da literatura, seguindo o protocolo de *Joanna Briggs Institute*. Formulada a pergunta de investigação segundo a metodologia PICO. Realizada pesquisa nas bases de dados científicas B-On e EBSCOhost utilizando seis palavras-chave validadas nos descritores DeCS e MeSH. Selecionados sete artigos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: Os enfermeiros e as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva vivenciam sentimentos negativos por não conseguirem comunicar. A comunicação alternativa e aumentativa é das estratégias mais utilizadas no encontro de soluções centradas no doente, composto por vários métodos que apresentam taxas elevadas de sucesso e eficácia dependente do controlo das variáveis existentes, na sua aplicação.

Conclusões: Os sistemas de comunicação alternativa e aumentativa sem auxílio tecnológico, de baixo nível tecnológico e de alto nível tecnológico são os métodos mais utilizados na comunicação enfermeiro e pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. A sua eficácia depende da avaliação prévia e individualizada do doente, formação contínua dos enfermeiros bem como o apoio das chefias, promovendo qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva; Ventiladores mecânicos; Enfermagem de cuidados críticos; Cuidado de enfermagem; Comunicação; Barreiras de comunicação.

ABSTRACT

Objective: To identify effective communication strategies in the interaction between nurses and patients in invasive mechanical ventilation in an intensive care unit.

Methodology: A systematic review of the literature was carried out, following the Joanna Briggs Institute protocol. Formulated a research question following the PICO methodology. Research was conducted in scientific databases B-On and EBSCOhost

using six keywords validated in the descriptors DeCS and MeSH. Seven articles were selected, applying the inclusion and exclusion criteria.

Results: Nurses and patients submitted to invasive mechanical ventilation experience negative feelings for not being able to communicate. The alternative and augmentative communication is one of the most widely used strategies focused on finding patient solutions, composed of several methods that have high rates of success and effectiveness depending on the control of the existing variables in its application.

Conclusions: The non-technological, low-technological and high-technological alternative and augmentative communication systems are the most commonly used methods of communication between nurses and patients in invasive mechanical ventilation. Their effectiveness depends on the prior and individualised assessment of the patient, the continuous training of nurses and the support from managers, thus promoting quality and safety of care.

Keywords: Intensive care units, Mechanical ventilation, Critical care nursing, Nursing care, Communication, Communication barriers.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS PESSOAS QUE VIVENCIAM OU VIVENCIARAM O PROCESSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA COM RESPETIVOS *EASE OF COMMUNICATION SCALE* E CONSENTIMENTO INFORMADO DE ACEITAÇÃO LIVRE E ESCLARECIDA

Projeto de intervenção a desenvolver sobre

“Comunicação com a Pessoa Ventilada Mecanicamente em UCI”

A aluna Cátia Ventura Cabrita, do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, encontra-se a realizar o Estágio Final na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário.

No âmbito deste estágio encontra-se a desenvolver o projeto de intervenção em Serviço denominado: “Comunicação com a Pessoa submetida a Ventilada Mecânica Invasiva na UCI” sob supervisão clínica da Enfermeira Ana Filipa Fernandes Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e orientação da professora Isabel Bico.

Para a sua elaboração solicita-se às pessoas que estão ou estiveram ventiladas na UCIP, a assinatura para obter o consentimento informado, livre e esclarecido e o preenchimento do questionário com o objetivo de avaliar as dificuldades de comunicação sentidas no internamento na UCIP.

O documento encontra-se dividido em três secções distintas, sendo o documento composto por perguntas fechadas de resposta individual:

Secção 1- Consentimento informado, livre e esclarecido;

Secção 2- Avaliação sociodemográfica da população-alvo;

Secção 3 - Aplicação do Instrumento -*Ease of Communication Scale* Versão Portuguesa

Prevê-se o preenchimento do questionário no tempo total de 10 minutos.

A participação no estudo é voluntária e livre de recusar participar, com direito a desistir a qualquer momento, sem implicar qualquer tipo de constrangimento. Garante-se o anonimato e confidencialidade de todos dos dados recolhidos.

Qualquer esclarecimento não hesite em contactar através do endereço eletrónico: m46977@alunos.uevora.pt

Muito obrigada pela sua colaboração

Cátia Ventura Cabrita

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Secção 1: Consentimento informado, livre e esclarecido

Eu, _____ que estou ou estive internado/a na UCIP submetido/a ventilação mecânica invasiva, declaro ter lido e compreendido este documento bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de justificação. Neste sentido, aceito participar no estudo e autorizo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Secção 2: Avaliação sociodemográfica da população-alvo

Parte I – Caracterização sociodemográfica

1. Género

Masculino Feminino

2. Idade

20-30 anos 31-40 anos 41-50 anos > 50 anos

4. Escolaridade

1ºCiclo 2º Ciclo 3ºCiclo Secundário

Outro grau académico Qual? _____

Instrumento -*Ease of Communication Scale* Versão Portuguesa

	Não foi difícil	Um pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1- Em geral, quão foi para si, comunicar sem ser capaz de falar?					
2- Pense nas visitas que recebeu (família e amigos) nos últimos 2 dias em que esteve entubado. Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar com eles sem ser capaz de falar?					
3- Pense nos enfermeiros que o auxiliaram nos últimos 2 dias em que esteve entubado. Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar com os enfermeiros sem ser capaz de falar?					
4- Pense nos médicos que o trataram nos últimos 2 dias em que esteve entubado. Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar com os médicos sem ser capaz de falar?					
5- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar sobre as necessidades físicas (como por exemplo: aspiração, mudança de posição, medicação para as dores, etc.)?					
6- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar fazer perguntas quanto à maneira de como estava a ser tratado?					
7- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar sobre o seu estado de saúde?					
8- Em geral, quão difícil foi, para si, expressar os seus pensamentos?					
9- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar sobre os seus sentimentos?					
10- Em geral, quão difícil foi, para si, fazer-se entender sem ser capaz de falar?					

Martinho, C (2016)

**APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM COM RESPETIVO
CONSENTIMENTO INFORMADO DE ACEITAÇÃO LIVRE E ESCLARECIDA**

Questionário aos Enfermeiros

A aluna Cátia Ventura Cabrita, do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, encontra-se a realizar o Estágio Final na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário.

No âmbito deste estágio encontra-se a desenvolver o projeto de intervenção em Serviço denominado: Comunicação com a Pessoa Ventilada Mecanicamente em UCI sob supervisão clínica da Enfermeira Ana Filipa Fernandes Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e orientação da professora Isabel Bico.

Para a sua elaboração solicita-se a todos os enfermeiros da UCIP o preenchimento do documento para obter o consentimento informado, livre e esclarecido de cada elemento e elaboração de questionário com os objetivos de caracterização sociodemográfica da população-alvo, avaliação da pertinência do tema e identificação das estratégias facilitadoras de comunicação mais utilizados pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa submetida a VMI.

O documento encontra-se dividido em duas seções distintas, sendo o questionário composto por perguntas fechadas de resposta individual:

Secção 1- Consentimento informado, livre e esclarecido;

Secção 2 – Questionário aos enfermeiros da UCIP.

Prevê-se o preenchimento do questionário no tempo total de 5 minutos.

A participação no estudo é voluntária e livre de recusar participar, com direito a desistir a qualquer momento, sem implicar qualquer tipo de constrangimento. Garante-se o anonimato e confidencialidade de todos dos dados recolhidos.

Qualquer esclarecimento não hesite em contactar através do endereço eletrónico: m46977@alunos.uevora.pt

Muito obrigada pela sua colaboração

Cátia Ventura Cabrita

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Secção 1: Consentimento informado, livre e esclarecido

Eu, _____ enfermeiro/a da UCIP declaro ter lido e compreendido este documento bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de justificação. Neste sentido, aceito participar no questionário e autorizo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Secção 2: Questionário aos enfermeiros da UCIP

Parte I – Caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem

1. Género

Masculino Feminino

2. Idade

20-30 anos 31-40 anos 41-50 anos > 50 anos

3. Experiência profissional na UCIP

0-5 anos 6-10 anos 11-15 anos 16-20 anos >20 anos

4. Habilitações académicas

Licenciatura Pós-Graduação Especialidade Mestrado
 Doutoramento

5. Se tem especialidade, qual?

Enfermagem Médico-Cirúrgica	
Especialização Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica	
Enfermagem de Reabilitação	
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	

Parte II – Pertinência do tema e estratégias de comunicação utilizadas na comunicação com pessoa sob entubação orotraqueal.

1. Considera a ventilação mecânica invasiva (VMI) um obstáculo à comunicação com a Pessoa?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

2. Envolve a família na comunicação com a Pessoa consciente, submetida a VMI?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

3. Qual o obstáculo/barreira que identifica como primordial, na comunicação com a Pessoa consciente submetida a VMI?

- Difícil interpretação da mensagem
- Falta de recursos físicos para comunicar
- Carga de trabalho elevada
- Inexistência de formação e treino nesta área

4. Qual o sentimento vivenciado quando a comunicação com a Pessoa submetida a VMI é ineficaz?

Frustração Stress Preocupação Desmotivação Impotência

5. Aplica estratégias facilitadoras de comunicação quando presta cuidados de enfermagem à Pessoa consciente, submetida a VMI?

- Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

6. Qual o método que mais utiliza na comunicação com a Pessoa sem sedação sob VMI?

- Comunicação por linguagem corporal. Ex: Gestos, mímica, labial, apontar objetos
- Comunicação de baixo nível tecnológico. Ex: Quadro com alfabeto, imagens, escrever
- Comunicação de alto nível tecnológico. Ex: dispositivos geradores de voz/áudio, aplicações de comunicação para dispositivo tablet/ computador.

7. Quais as estratégias facilitadoras que podem ser mais eficazes na comunicação com a Pessoa consciente submetida a VMI? (Selecione **três** opções)

- Gestos Mímica Labial Quadro com alfabeto
- Escrever (Papel/caneta) Imagens Apontar objetos
- Dispositivos geradores de voz/áudio
- Aplicações de comunicação para dispositivo tablet/ computador

**APÊNDICE F – PEDIDO FORMALIZADO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO EM VERSÃO
PORTUGUESA: *EASE OF COMMUNICATION SCALE***

Ex.^{ma} Sr.^a Carina Isabel Ferreira Martinho,

O meu nome é Cátia Ventura Cabrita, trabalho como enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão. De momento, encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora.

Neste âmbito, propus-me a realizar um projeto de intervenção intitulada de Comunicação com a Pessoa Ventilada Mecanicamente em UCI, pelo que venho por este meio pedir a sua autorização formal para a utilização da versão portuguesa da *Ease of Communication Scale*.

Desde já obrigada pela atenção, sendo que me encontro disponível para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

Cátia Ventura Cabrita,

Portimão, 26 julho de 2021

**APÊNDICE G – AUTORIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO EM VERSÃO
PORTUGUESA: EASE OF COMMUNICATION SCALE**

Ex.^{mos} Senhores,

Eu, Carina Martinho, portadora do cartão de cidadão 13633277, autora da versão portuguesa do instrumento de avaliação “*Ease of Communication Scale*”, autorizo a aluna Cátia Ventura Cabrita a utilizar o referido instrumento de avaliação no seu projeto de intervenção intitulado de “Comunicação com a Pessoa Ventilada Mecanicamente em UCI”, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora.

Sem mais nenhum assunto.

Com os melhores cumprimentos,



(Carina Martinho)

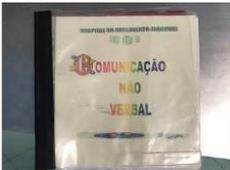
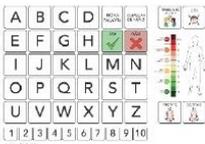
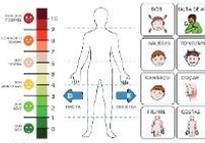
Lisboa, 17 de setembro de 2021

APÊNDICE H – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Cronograma de atividades do projeto de intervenção

		Ano letivo 2021/2022				
		28-30 junho 2021	1-31 julho 2021	1-31 agosto 2021	1-30 setembro 2021	1-10 outubro 2021
Etapas	Atividades/Estratégias					
Diagnóstico da situação	Definição geral do problema;					
	Análise do problema: Entrevista exploratória não estruturada com Enfermeiro-Chefe, Enfermeira Orientadora, Professora Orientadora para validação da necessidade do tema;					
	Pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética para a saúde do hospital;					
	Instrumentos de diagnóstico: - Questionário às pessoas que estão ou estiveram submetidas a VMI; - Questionário aos Enfermeiros da UCIP; - Análise SWOT					
	Recolha e tratamento dos dados reunidos na aplicação dos instrumentos de diagnóstico;					
Definição de objetivos	Objetivos geral e específicos;					
Planeamento	Elaboração de artigo científico: Revisão sistemática da literatura;					
	Desenvolvimento de um instrumento de comunicação facilitada: "Caixa de comunicação";					
	Elaboração de sessão de formação em serviço;					
Execução	Realização de sessão de formação aos enfermeiros da UCIP;					
	Promover a implementação do instrumento: Caixa de comunicação";					
Avaliação	Avaliação da sessão de formação realizada em serviço;					
	Entrega de grelha para monitorizar a eficácia do instrumento criado, durante os 6 meses seguintes.					

APÊNDICE I – INSTRUMENTO CRIADO, INTITULADO DE “CAIXA DE COMUNICAÇÃO”

“Caixa de Comunicação”		
		
Sistemas de baixo nível tecnológico	Métodos de comunicação	
	Livro de imagens	
	Quadro branco incorporado marcador	
	Placa de alfabeto	
	Placa de palavras e imagens	
	Escala de avaliação da dor	
Sistemas de elevado nível tecnológico	Equipamento eletrônico: <i>tablet</i> com descarregamento de aplicação CAA: <i>LetMe Talk.</i>	

Fonte: Elaboração própria, adaptado de <https://www.ufrgs.br/comacesso/pranchas-caa-hospitalar/>

**APÊNDICE J – FOLHETO INFORMATIVO DESIGNADO DE “UTILIZAÇÃO CORRETA DAS
PLACAS DE COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA”**

Utilização correta das Placas de Comunicação Aumentativa e Alternativa



1. Informar o doente que esta é a estratégia alternativa para comunicar enquanto não conseguir falar;
2. Apresentar as placas de CAA e demonstrar como se utiliza. Por exemplo: Se estiver com frio, pode apontar para a palavra “frio” descrita na placa;
3. Diga ao doente que poderá ter a opção de utilizar placa de alfabeto, para com gestos, soletrar as letras com intuito de construir nomes, frases curtas, etc;
4. Manter a placa de comunicação próxima do doente, ao alcance de quem está a comunicar para conseguir uma interação mais facilitada;
5. Se o doente apresentar diminuição/ perda de mobilidade nas mãos pode-se auxiliar a comunicação da seguinte forma:

- Encontrar um método que o doente consiga responder “SIM”. Por exemplo: pelo movimento dos olhos, piscar, realizar algum movimento do corpo;

- Questionar se a mensagem que pretende transmitir se encontra na placa por grupo ou linha, indicando com o dedo;



- Foque-se apenas para uma resposta “SIM”;

- Posteriormente, selecione cada quadrado até conseguir comunicar;



- Na placa de alfabeto, poderá conseguir compreender a mensagem após duas ou mais letras serem selecionadas pelo doente. Questione se a palavra está correta.

**APÊNDICE K – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO MINISTRADA, INTITULADA DE
“MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI –
UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”**

**PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
SERVIÇO / UNIDADE**

Tema: Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI – Uma intervenção de enfermagem especializada.

Formadora | Cátia Ventura Cabrita

Destinatários: Enfermeiros da UCIP

Local: Via presencial na sala de reuniões da UCIP/ Via online em Microsoft Teams

Data: 06/10/2021

Hora: 16:00

Duração prevista: 1 hora

Objetivos

Geral

- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a VMI: comunicação comprometida na UCIP2.

Específicos

- Dar a conhecer o projeto de intervenção desenvolvido na UCIP2;
- Apresentar instrumento facilitador de comunicação eficaz na interação com o pessoa submetido a VMI;
- Sensibilizar os enfermeiros e promover aplicação do instrumento criado.

Conteúdos

	CONTEÚDOS	RECURSOS DIDÁTICOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema do trabalho • Objetivos Geral e Específicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Power Point - Internet 	Expositiva	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência científica: Desafios em comunicar, Perspetivas dos enfermeiros, Perspetivas das Pessoas submetidas VMI, • Projeto de Intervenção na UCIP2: Diagnóstico, Planeamento, Execução e Avaliação; • Apresentação do instrumento de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA). 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Power Point - Internet - Tablet - Métodos de CAA 	Expositiva Interrogativa Ativa	45 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Considerações finais; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Power Point - Internet 	Expositiva Interrogativa	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sessão. • Heteroavaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Power Point - Internet 	Expositiva Interrogativa Ativa	5 min

Avaliação da sessão

Grelha de avaliação da formação e do formador.

Referências Bibliográficas

- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC nursing*, 16(1), 1-6.
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a structured review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206.
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and critical care nursing*, 31(3), 179-186.
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114.
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909-2920.
- Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., & Feizi, A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 358.
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 132-140.
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2).
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614-630.
- Santiago, C., Roza, D., Porretta, K., & Smith, O. (2019). The use of tablet and communication app for patients with endotracheal or tracheostomy tubes in the medical surgical intensive care unit: a pilot, feasibility study. *Critical Care Nursing*, 17

APÊNDICE L – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI – UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
1820-030 DE EVORA

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde

ES
Escola Superior
de Saúde
IPortalegre

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de
Saúde

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Enfermeiros da UCIP

MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

06 de outubro 2021

Enf.^a Cátia Cabrita

16.00H

Via presencial: Sala de reuniões da UCIP

Via online: Microsoft Teams

**APÊNDICE M – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO MINISTRADA, DESIGNADA DE
“MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI –
UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica À Pessoa em Situação Crítica

MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI

UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

Discente/Formadora: Cátia Ventura Cabrita

Orientadora de estágio: Enfermeira Especialista Ana Filipa Fernandes

Docente orientadora: Professora Mestre Isabel Maria Tarico Bico

Portimão, 6 de Outubro 2021

SUMÁRIO

- Objetivos da sessão de formação
- Evidência científica: Desafios na dificuldade em comunicar
- Projeto de intervenção na UCIP2
- Apresentação de instrumento de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA)
- Considerações finais
- Referências bibliográficas
- Avaliação da sessão formativa

OBJETIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

• **Objetivo Geral**

- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a VMI: comunicação comprometida na UCIP2.

• **Objetivos Específicos**

- Dar a conhecer o projeto de intervenção desenvolvido na UCIP2;
- Apresentar instrumento facilitador de comunicação eficaz na interação com o pessoa submetido a VMI;
- Sensibilizar os enfermeiros e promover aplicação do instrumento criado.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DESAFIOS NA DIFICULDADE EM COMUNICAR



A VMI, causa incapacidade de comunicar verbalmente devido a entubação endotraqueal ou traqueostomia, pelo que os doentes ficam sem voz por um determinado período de tempo.

Perspetiva-se que a prática de VMI será cada vez mais frequente em doentes conscientes, uma sedação mais leve tem benefícios na redução do tempo de ventilação e diminuição de complicações.

O Enfermeiro é perito no encontro de soluções centradas no doente face à otimização da comunicação durante a ventilação mecânica, pela maior prestação de cuidados de proximidade.

Holm et al. (2020); Hosseini et al.(2018)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS

A incapacidade para interagir com os doentes está associada a sentimentos de frustração, impotência e insatisfação nos cuidados prestados.



Enfermeiros relatam que os doentes sob VMI podem correr o risco de serem ignorados, negligenciados e isolados devido comunicação ineficaz.

Guttormson et al. (2015); Salem & Ahmad (2018)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PERSPETIVA DAS PESSOAS SUBMETIDAS VMI



Estar ventilado não era a pior coisa do mundo, mas não poder falar era horrível. Por isso, quando finalmente a taparam (traqueostomia), foi um bom dia. Foi o pior, não ser capaz de falar.
(Mulher 64 A, sob VMI 9 dias)



Sem força no meu corpo. E... (breve hesitação)... senti-me como uma criança, sabes, que não pensa muito, não pode fazer nada; não consigo urinar sozinho, evacuar sozinho, não consigo fazer nada.

Muita da ansiedade vem de continuar a expressar as mesmas preocupações e perguntas e de não as terem compreendido.

Guttormson et al. (2015); Karlsson et al. (2012)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

PERSPETIVA DAS PESSOAS SUBMETIDAS VMI

Havia alturas em que eu estaria a chamar por alguém e ele dizia: "Volto já". E pensava: "Não me compreende". Eu não consigo respirar bem. Preciso que me ajudes agora mesmo.
(Mulher 50 A, sob VMI 1,5 dias)



Continuava a escrever coisas e ela (enfermeira) não respondia à pergunta. Era como uma esposa que tentava adivinhar o que se ia dizer antes de o dizer. Por isso, ela não me deixava terminar a minha escrita. Então, escrevi em letras grandes: "OUÇA".
(Homem 61A, sob VMI 2,5 dias)

A grande melhoria que poderia ser feita em toda esta situação (experiência na UCI) é desenvolver um sistema de comunicação entre o pessoal e o paciente. Sabes, quando não se consegue falar...podia-se inventar algo do género, ficaríamos muito, muito ricos.

Guttormson et al. (2015); Karlsson et al. (2012)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica

PROJETO DE INTERVENÇÃO NA UCP2

DIAGNÓSTICO

PLANEAMENTO

EXECUÇÃO

AVALIAÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIAGNÓSTICO

Mestrado em Enfermagem em Associação

Seção 1: Caracterização Sociodemográfica, VMI e Escala de

Seu nome: _____, endereço: _____, telefone: _____, e-mail: _____

Seção 2: Questionário de Informação de Dados Demográficos

Dados de Caracterização Sociodemográfica da pessoa submetida

1. Sexo: Masculino Femenino

2. Idade: 18-30 anos 31-40 anos 41-50 anos >50 anos

3. Especialidade profissional (ICPC): 0-4 anos 4-9 anos 10-15 anos 16-20 anos >20 anos

4. Iniciação no trabalho: Lactante Pré-Extubação Extubação Morte Desconhecido

Seção 3: Aplicação do Instrumento Ease of Communication Scale Versão Portuguesa

Assinale com 'X' a resposta que consideras

	Não foi difícil	Um pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Impossível
1. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar com um colega de shift?					
2. Foi fácil, quando o paciente (família e amigo) não sabia o que se estava a passar. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar com eles sobre os cuidados de saúde?					
3. Foi fácil, quando o enfermeiro que o avaliava não sabia? Foi fácil, quando foi preciso, comunicar com os enfermeiros sobre os cuidados de saúde?					
4. Foi fácil, quando o médico que o tratava não sabia? Foi fácil, quando foi preciso, comunicar com os médicos sobre os cuidados de saúde?					
5. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar sobre as necessidades básicas (como por exemplo: alimentação, higiene, mobilização) para os doentes, etc.?					
6. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar sobre o estado de saúde de um doente?					
7. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar sobre os pensamentos?					
8. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar sobre os sentimentos?					
9. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar sobre os problemas de saúde?					
10. Foi fácil, quando foi preciso, comunicar sobre os problemas de saúde?					

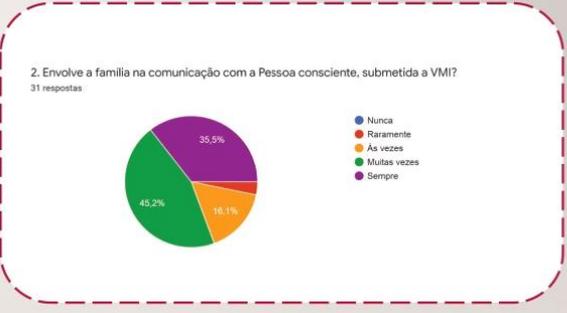
Adaptado de (2016)

- Questionário aos Enfermeiros UCIP2**
- Caracterização sociodemográfica;
 - Avaliação da pertinência do tema;
 - Identificação dos métodos de comunicação utilizados.

- Ease of Communication Scale (ECS) Entubação ou após extubação**
- Medição das dificuldades de comunicação das pessoas submetidas VMI.
 - Aplicação: Internamento e Consulta Follow up UCI.

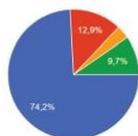
RESULTADOS AO QUESTIONÁRIO

TAXA DE RESPOSTA: 86,1%



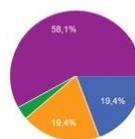
RESULTADOS AO QUESTIONÁRIO

3. Qual o obstáculo/barreira que identifica como primordial, na comunicação com a Pessoa consciente submetida a VMI?
31 respostas



- Difícil interpretação da mensagem
- Falta de recursos físicos para comunicar
- Carga de trabalho elevada
- Inexistência de formação e treino nesta área

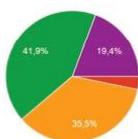
4. Qual o sentimento mais vivenciado quando a comunicação com a Pessoa submetida a VMI é ineficaz?
31 respostas



- Frustração
- Stress
- Preocupação
- Desmotivação
- Impotência

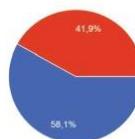
RESULTADOS AO QUESTIONÁRIO

5. Aplica estratégias facilitadoras de comunicação quando presta cuidados de enfermagem à Pessoa consciente, submetida a VMI?
31 respostas



- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Muitas vezes
- Sempre

6. Qual o método que mais utiliza na comunicação com a Pessoa consciente submetida a VMI?
31 respostas

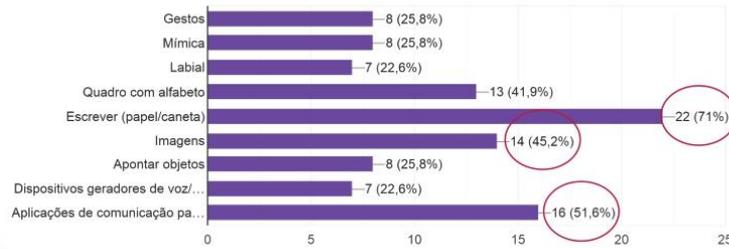


- Comunicação por linguagem corporal. Ex: Gestos, mímica, labial, apontar objetos
- Comunicação de baixo nível tecnológico. Ex: Quadro com alfabeto, imagens, escrever
- Comunicação de alto nível tecnológico. Ex: dispositivos geradores de voz/áudio, aplicações de comunicação para dispositivo tablet/ computador

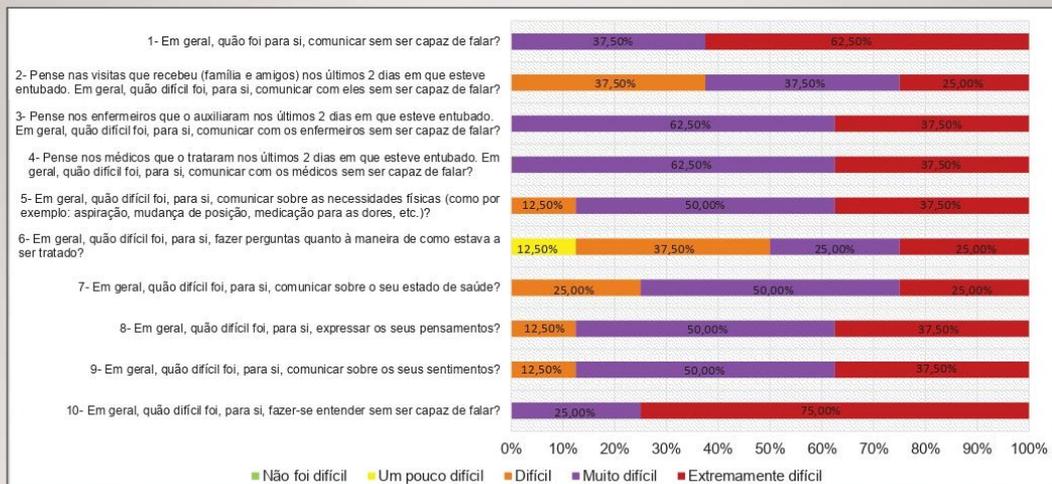
RESULTADOS AO QUESTIONÁRIO

7. Quais as estratégias facilitadoras que podem ser mais eficazes na comunicação com a Pessoa consciente submetida a VMI? (Selecione três opções)

31 respostas



EASE OF COMMUNICATION SCALE (ECS)



PROJETO DE INTERVENÇÃO: PLANEAMENTO

Elaboração
Artigo Científico

Revisão Sistemática
da Literatura

I CONGRESSO MESTRADO em ENFERMAGEM	
MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI - UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA -	
Castaño, Cilia*, Dico, Isabel*, Perdomo, Ana*	
PROBLEMÁTICA	OBJETIVO
Perpetuar-se tem a prática de ventilação mecânica invasiva (VMI) em UCI, visto que favorece que doentes com ventilação não verbalizem suas necessidades, na redução da tensão de oxigênio e alteração de pH sanguíneo.	Identificar métodos de comunicação eficazes na interação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a VMI, intervenida em UCI.
Doentes ventilados e conscientes sofrem como das fases respiratórias, alteração de ambiente de temperatura, irradiação, ruído, stress por não serem compreendidos, não conseguem perceber-se, não sabem como comunicar suas necessidades básicas.	METODOLOGIA
O objetivo é partir de um estudo de revisão sistemática no estado da arte a identificação de comunicação inovada a ventilação mecânica para uma população de indivíduos de prioridade.	Revisão sistemática de literatura
JUSTIFICAÇÃO	RESULTADOS
COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA (CAA)	
CAA TECNOLÓGICO	CAA NÃO TECNOLÓGICO
<p>Linguagem corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais Verbo não verbal Comunicação tátil Paralela "um na mão" <p>Baixos níveis de satisfação dos intervenientes.</p>	<p>Não precisam de programação eletrónica</p> <ul style="list-style-type: none"> Placas de letras, símbolos Placas de objetos Cartões de imagens Ícones de especificação <p>Melhoria na comunicação; maior acessibilidade; maior facilidade de utilização; menos gastos associados.</p>
CAA NÃO TECNOLÓGICO	CAA TECNOLÓGICO
	<p>Fácil armazenamento e recuperação da mensagem</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos portáteis de voz Equipamento eletrónico: tablet, computador com recurso aplicações de comunicação tradicional <p>Elevados níveis de satisfação; mais formação e treino; maiores problemas técnicos; mais investimento monetário.</p>
CONCLUSÃO	DESAFIOS
A CAA é considerada estratégia de comunicação eficaz. Métodos de comunicação eficazes contribuem para a melhoria da comunicação, melhorar a eficácia da comunicação melhor proporcionalmente os resultados negativos associados para enfermeiros e doentes. Doentes operando são beneficiados no aumento da Qualidade e Segurança dos cuidados prestados em intervenções na UCI.	<ul style="list-style-type: none"> Mutação de atitudes dos enfermeiros Falta de investimento nos equipamentos de comunicação Falta de atualização sobre o conhecimento Falta de formação adequada Dependências de protocolos institucionais

Instrumento de Comunicação
Alternativa e Aumentativa
(CAA)

PROJETO DE INTERVENÇÃO: PLANEAMENTO

Instrumento de Comunicação Alternativa e Aumentativa

Estratégia de comunicação para facilitar a interação entre o enfermeiro e o doente. É composto por vários métodos que o enfermeiro pode recorrer na intervenção face à comunicação comprometida com a pessoa submetida a VMI em UCI.

Sem Auxílio
Linguagem corporal

Baixos níveis de
satisfação dos
intervenientes.

Baixo nível tecnológico
Não precisam de
programação eletrónica

Melhoria na comunicação;
Maior acessibilidade;
Maior facilidade de utilização;
Menos gastos associados.

Alto nível tecnológico
Permitem o fácil armazenamento e
recuperação da mensagem

Elevados níveis de satisfação;
Mais formação e treino;
Majores problemas técnicos;
Mais investimento monetário.

Carruthers et al. (2017); Dithole et al. (2016); Dithole et al. 2017; Salem & Ahmad (2018)

PROJETO DE INTERVENÇÃO: PLANEAMENTO

EFICÁCIA DO INSTRUMENTO DE CAA

■ Avaliação prévia individualizada: Nível de consciência do doente;

■ Formação no desenvolvimento das competências de comunicação;

■ Treino contínuo na utilização eficaz dos métodos;

■ Mudança de atitude dos enfermeiros: Participação.

Adequação sedação e analgesia



Escala de Coma de Glasgow (ECG)
SCORE: superior 11

Escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)
SCORE: entre -2 a 2

Momennasab et al. (2019)

PROJETO DE INTERVENÇÃO: EXECUÇÃO

CAA Baixo Nível Tecnológico

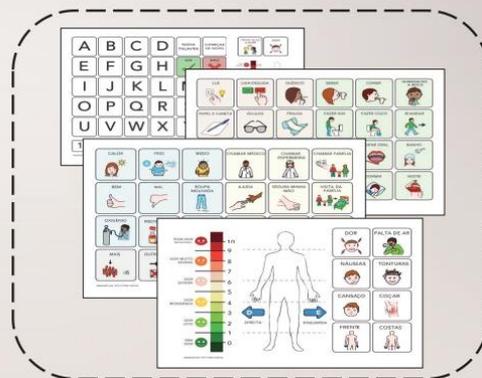
Criação: Caixa de Comunicação UCIP2



- Livro de imagens;
- Quadro branco e marcador;
- Placa de alfabeto;
- Placas de palavras e imagens;
- Escala de avaliação da dor.

PROJETO DE INTERVENÇÃO: EXECUÇÃO

CAA Baixo Nível Tecnológico ➔ Métodos de CAA



INSTRUÇÕES

Uso correto de Placas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)



1. Informar o doente que esta é a estratégia alternativa para comunicar enquanto não conseguir falar;
2. Apresentar as placas de CAA e demonstrar como se utiliza. Por exemplo: Se estiver com frio, pode apontar para a palavra "frio" descrita na placa;
3. Diga ao doente que poderá ter a opção de utilizar placa de alfabeto, para com gestos, soletrar as letras com intuito de construir nomes, frases curtas, etc;
4. Manter a placa de comunicação próxima do doente, ao alcance de quem está a comunicar para conseguir uma interação mais facilitada;

INSTRUÇÕES Continuação....

5- Se o doente apresentar diminuição/ perda de mobilidade nas mãos pode-se auxiliar a comunicação da seguinte forma:

- Encontrar um método que o doente consiga responder "SIM". Por exemplo: pelo movimento dos olhos, piscar, realizar algum movimento do corpo;
- Questionar se a mensagem que pretende transmitir se encontra na placa por grupo ou linha, indicando com o dedo;



- Foque-se apenas para uma resposta "SIM";
- Posteriormente, selecione cada quadrado até conseguir comunicar;



- Na placa de alfabeto, poderá conseguir compreender a mensagem após duas ou mais letras serem selecionadas pelo doente. Questione se a palavra está correta

PROJETO DE INTERVENÇÃO: EXECUÇÃO

CAA Elevado Nível Tecnológico

Descarregado aplicativo "LetMe Talk", para o equipamento tablet da UCIP2.



https://play.google.com/store/apps/details?id=de.appnotize.letmetalk&hl=pt_PT&gl=US

PROJETO DE INTERVENÇÃO: **AVALIAÇÃO**

Inclusão no Plano de Formação em Serviço: Treino dos métodos de CAA

Desenvolvimento de Grelha de Avaliação

Monitorização da eficácia do instrumento criado na UCIP2

Posterior avaliação
após 6 meses

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- CAA promovem importantes quebras das barreiras na comunicação entre enfermeiro e a pessoa submetida VMI;
- Reduz proporcionalmente os sentimentos negativos vivenciados pelos intervenientes;
- Envolvimento das Chefias superiores é importante no apoio e disponibilização de material;
- Concretização de protocolos institucionais na uniformização dos cuidados prestados face comunicação comprometida dos doentes na UCI;
- Proposta de criação de uma Grupo de Trabalho sobre a temática para dar continuidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC nursing*, 16(1), 1-6.
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale - Tshweneagae, G. (2016). Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a structured review. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 13(3), 197-206.
- Guttomson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and critical care nursing*, 31(3), 179-186.
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114.
- Holm, A., Vittrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909-2920.
- Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., & Feizi, A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 358.
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 132-140.
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2).
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614-630.
- Santiago, C., Roza, D., Porretta, K., & Smith, O. (2019). The use of tablet and communication app for patients with endotracheal or tracheostomy tubes In the medical surgical intensive care unit: a pilot, feasibility study. *Critical Care Nursing*, 17

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

FORMATIVA



<https://forms.gle/JhBsURehN2wQ7hAF7>

MUITO OBRIGADA!

APÊNDICE N – GRELHA DE MONITORIZAÇÃO: “A EFICÁCIA DOS MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA QUANDO APLICADOS PELOS ENFERMEIROS DA UCIP”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica

GRELHA DE MONITORIZAÇÃO

A eficácia dos métodos de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA)
quando aplicados pelos enfermeiros da UCIP.

(Selecionar as opções com X)

1- Motivo de o doente não comunicar verbalmente

Entubação endotraqueal	
Traqueostomia	
Afasia	
Outro. Qual?	

2- Nível de consciência

	Score
Escala de Coma de Glasgow (ECG)	
Escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)	

3- Sob sedação (Se sim, selecione correspondente)

Propofol	
Midazolam	
Dexmedetomicina (Dexdor)	
Outro. Qual?	

4- Os métodos de CAA mais eficazes aplicados ao doente para comunicar

CAA	Métodos	
Sem auxílio (Linguagem Corporal)	Gestos	
	Mímica labial	
	Apontar objetos	
	Perguntas "Sim/não"	
Baixo nível tecnológico	Livro de imagens	
	Quadro branco com marcador	
	Placa de alfabeto	
	Placas de palavras e imagens	
	Escala de avaliação da dor	
Elevado nível tecnológico	Dispositivo Tablet com aplicativo "LetMe Talk"	

5- Finalidade dos métodos aplicados na comunicação estabelecida com o doente

Identificação das necessidades físicas/emocionais	
Avaliação da dor/conforto	
Orientação no espaço, tempo e pessoa	
Incentivo à participação nos cuidados de enfermagem	
Explicação dos procedimentos a serem executados	
Comunicação com a família	

6- Fatores que interferiram durante aplicação dos métodos

Doente	Estado de consciência/Nível de sedação	
	Idade do doente	
	Necessidade de óculos/Aparelho auditivo	
	Função neuromuscular alterada	
Enfermeiro	Difícil interpretação da mensagem	
	Carga de trabalho elevada	
	Necessidade de formação e treino	
UCI	Hora da visita	
	Problemas com equipamento de comunicação	
	Fatores ambientais (controlo de infeção, ruído, luz)	

Notas

**APÊNDICE O – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO INTITULADA
DE “MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI –
UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Métodos de Comunicação Eficazes aplicados à Pessoa Ventilada em UCI: Uma intervenção de enfermagem especializada

Data: ___/___/___

Preencha o seguinte documento, assinalando com uma cruz (X) a opção que reflete a sua opinião.

Escala de Avaliação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Sessão de formação					
Pertinência do tema					
Concordância com os objetivos propostos					
Tema abordado face às expectativas					
Aplicabilidade da formação					
Recursos didáticos utilizados					
Duração da sessão					
Desempenho do formador					
Domínio do tema/ Conteúdos					
Linguagem e clareza					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
Métodos pedagógicos selecionados					
Apreciação global da sessão formativa					

Sugestões: _____

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE P – POSTER CIENTÍFICO INTITULADO DE “MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI – UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”

MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI - UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA -

Cabrita, Cátia¹; Bico, Isabel²; Fernandes, Ana³

(1) Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora; (2) Docente orientadora, Mestre em Sociologia, Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora; (3) Orientadora de estágio, Enfermeira Mestre, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

PROBLEMÁTICA

Perspetiva-se que a prática de ventilação mecânica invasiva (VMI) será cada vez mais frequente em doentes conscientes, uma sedação mais leve tem benefícios na redução do tempo de ventilação e diminuição de complicações.

Doentes ventilados e conscientes referem como das piores experiências vivenciadas os sentimentos de desespero, irritação, raiva, stress por não serem compreendidos, não conseguirem pronunciar uma palavra e/ou exprimirem uma necessidade básica.

O Enfermeiro é perito no encontro de soluções centradas no doente face à otimização da comunicação durante a ventilação mecânica, pela maior prestação de cuidados de proximidade.

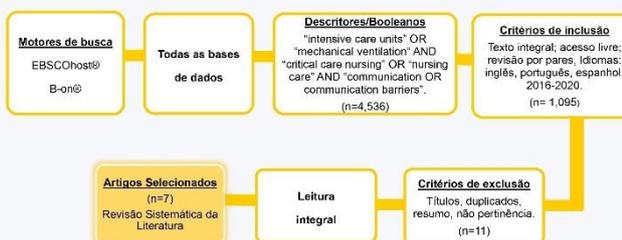
SOLUÇÃO!

COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA (CAA)

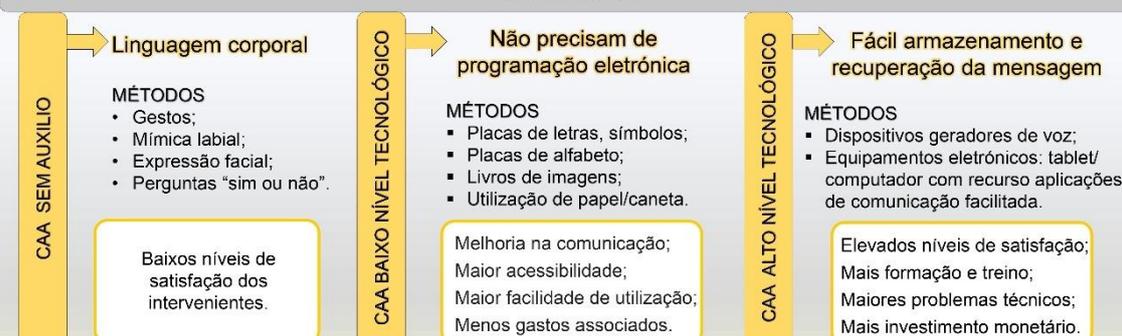
OBJETIVO

Identificar métodos de comunicação eficazes na interação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a VMI, internada em UCI.

METODOLOGIA



RESULTADOS



AVALIAÇÃO PRÉVIA DO DOENTE + INDIVIDUALIZAÇÃO DOS MÉTODOS

CONCLUSÃO

A CAA é considerada estratégia de comunicação eficaz;
Métodos de comunicação eficazes contribuem para quebras das barreiras na comunicação;
Alcançar a eficácia da comunicação reduz proporcionalmente os sentimentos negativos vivenciados pelos enfermeiros e doentes;
Desafios superados são fundamentais no aumento da Qualidade e Segurança dos cuidados prestados em enfermagem, na UCI.

DESAFIOS

- Mudança de atitude dos enfermeiros;
- Formação no desenvolvimento das competências de comunicação;
- Treino de utilização eficaz dos instrumentos;
- Apoio das chefias superiores;
- Desenvolvimento de protocolos institucionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

2. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

3. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

4. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

5. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

6. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

7. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

8. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

9. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

10. Cabrita, Cátia, Bico, Isabel, Fernandes, Ana. (2021). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI. *Revista de Enfermagem em Associação*, 29(1), 1-10.

ANEXOS

**ANEXO A - PARECER DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UCIP SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO
DO PROJETO**

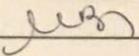
Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de Investigação Comunicação com a pessoa ventilada mecanicamente (título)
em UCI

(Nome) Maria do Rosário Lourenço, na qualidade de Diretor do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável (sublinhar o que interessa) de UCI 2, declaro que autorizo / dou parecer favorável (sublinhar o que interessa), à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 26/07/2021

Assinatura

 80611

ANEXO B - PARECER DO DIRETOR CLÍNICO DA UCIP SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

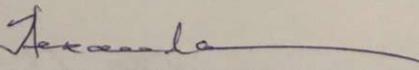
Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de investigação Comunicação com a Pessoa Ventilada (título)
Mecanicamente em UCI

(Nome) Alexandre Miguel P. H. Baptista, na qualidade de Diretor
do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável (sublinhar o que interessa) de Sev. Med. Inten. declaro
que autorizo / dou parecer favorável (sublinhar o que interessa), à execução do Estudo de Investigação acima
mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com
o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 27/7/2021

Assinatura



**ANEXO C - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E AUTORIZAÇÃO PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que o estudo de investigação: “**Comunicação com a pessoa ventilada mecanicamente em UCI**”, teve como integrante na Equipa de Investigação a **Enfermeira Cátia Ventura, a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2**, sendo que obteve o **parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde a 12-08-2021** e foi **autorizado pelo Conselho de Administração a 26-08-2021**.

Portimão, 21 de setembro de 2021

Francisco Serra
Director
Departamento de Ensino, Investigação e Inovação

Assinado por: **FRANCISCO MANUEL DIONÍSIO SERRA**
Num. de Identificação: 06061369
Data: 2021.09.21 14:07:16+01'00'



ANEXO D - Instrumento -*Ease of Communication Scale* Versão Portuguesa

Instrumento -Ease of Communication Scale Versão Portuguesa

	Não foi difícil	Um pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1- Em geral, quão foi para si, comunicar sem ser capaz de falar?					
2- Pense nas visitas que recebeu (família e amigos) nos últimos 2 dias em que esteve entubado. Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar com eles sem ser capaz de falar?					
3- Pense nos enfermeiros que o auxiliaram nos últimos 2 dias em que esteve entubado. Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar com os enfermeiros sem ser capaz de falar?					
4- Pense nos médicos que o trataram nos últimos 2 dias em que esteve entubado. Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar com os médicos sem ser capaz de falar?					
5- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar sobre as necessidades físicas (como por exemplo: aspiração, mudança de posição, medicação para as dores, etc.)?					
6- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar fazer perguntas quanto à maneira de como estava a ser tratado?					
7- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar sobre o seu estado de saúde?					
8- Em geral, quão difícil foi, para si, expressar os seus pensamentos?					
9- Em geral, quão difícil foi, para si, comunicar sobre os seus sentimentos?					
10- Em geral, quão difícil foi, para si, fazer-se entender sem ser capaz de falar?					

**ANEXO E - CERTIFICADO DE FORMADOR NA REALIZAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA
“MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UCI: UMA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”**

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Cátia Ventura Cabrita**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço "**Métodos de comunicação eficaz aplicados à pessoa ventilada em UCI - uma intervenção especializada**", na qualidade de formador/orador/a, realizada a 06 de outubro de 2021, no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 da Unidade Hospitalar de Portimão, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

Desafios em comunicar;
Perspetivas dos enfermeiros;
Perspetivas das pessoas submetidas VMI;
Projeto de intervenção na UCIP2;
Diagnostico, planeamento, execução e avaliação;
Apresentação do instrumento de Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA)

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira Mariana Santos



Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Entidade Reguladora



GOVERNO DA REPÚBLICA
PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO F - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “II CONGRESSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Cátia Cabrita** apresentou a **comunicação oral: *Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: uma intervenção de enfermagem especializada*** no II CONGRESSO DO Mestrado em Enfermagem (em Associação), que decorreu nos dias 23 e 24 de setembro de 2021, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através da Plataforma online Colibri Zoom.

Setúbal, 24 de setembro de 2021

Pela Comissão Organizadora

Prof. Hugo Franco

Assinado por: **Hugo Miguel Martins Alves Franco**
Num. de Identificação: 10992739
Data: 2021.11.04 12:46:26+00'00'



**ANEXO G - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE FORMAÇÃO “MOBILIZAÇÃO
PRECOCE DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”**

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Cátia Ventura Cabrita**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço "**Mobilização precoce da pessoa em situação crítica**", no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, na qualidade de formando/a, realizada a 23 de agosto de 2021, na Unidade Hospitalar de Portimão, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

Fraqueza muscular adquirida na comunidade – Fisiopatologia;
Mobilização precoce – Fatores de risco, contraindicações e critérios de interrupção;
Posicionamentos – princípios gerais;
Posicionamentos – mecânica corporal;
Posicionamentos – decúbitos (dorsal, lateral, semi-lateral e ventral);
Posicionamentos – transferências

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira Mariana Santos



Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Entidade Reguladora



**ANEXO H - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE FORMAÇÃO “IMPACTO DA
OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO”**

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Cátia Ventura Cabrita**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço "**O impacto da obstipação no doente crítico**", na qualidade de formando/a, realizada a 07 de outubro de 2021 no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, da Unidade Hospitalar de Portimão, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

Anatomofisiologia do tubo digestivo;
Definição de obstipação;
Etiologia da obstipação;
Diagnóstico de obstipação;
Tratamento não farmacológico e farmacológico;
Impacto da obstipação;
Resultados do estudo retrospectivo.

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira Mariana Santos



Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Entidade Reguladora

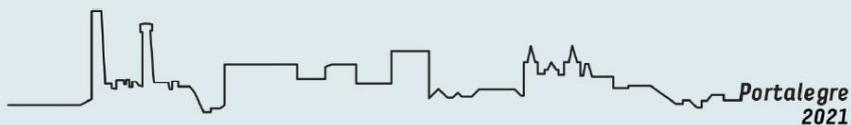


GOVERNO DA REPÚBLICA
PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

**ANEXO I - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CONGRESSO INTERNACIONAL LITERACIAS
NO SÉCULO XXI”**



International Congress on 21st Century Literacies July 15-16, 2021

Certificate

We certify that **Cátia Ventura Cabrita** actively participated at the **International Congress on 21st Century Literacies (ICCL2021)**, held from 15 to 16 of July 2021, at the Campus of the Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Executive Committee Chair

Cristina Paula da Silva Dias
Instituto Politécnico de Portalegre
Portugal

Executive Committee Chair

Carla Santos
Instituto Politécnico de Beja
Portugal

Sponsors:



ANEXO J - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “22º CONGRESSO DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL”

22^o

CONGRESSO NÚCLEO DE ESTUDOS
DOENÇA VASCULAR CEREBRAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

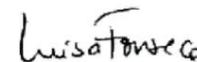
CERTIFICADO

Certifica-se que

Cátia Ventura Cabrita

Participou no **22^o Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**,
que se realizou em formato híbrido
no Hotel Crowne Plaza no Porto, nos dias 25, 26 e 27 de novembro de 2021.

Coordenadora do NEDVC/SPMI



Dra. Luísa Fonseca



ANEXO J - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: E SE NÃO HOUVESSE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA?” ORGANIZADA PELA ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA”

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Cátia Ventura Cabrita**, com o documento de identificação n.º 13445543, participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de 16 horas.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



Liliana Mota

LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora

Ândrea Figueiredo

ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



**ANEXO K - DECLARAÇÃO DE ESTÁGIO OBSERVACIONAL REALIZADO NA VIATURA MÉDICA
DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER)**

Declaração

Para os devidos e legais efeitos se declara que a Enfermeira **Cátia Ventura Cabrita** com o número mecanográfico 83482 a exercer funções no Serviço de Urgência Geral da Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, no âmbito da frequência no Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - *A Pessoa em Situação Crítica*, realizou um estágio observacional na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da Unidade de Portimão, nos dias 6 e 7 de setembro de 2021 com o número total de 16 horas.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, 25 de janeiro de 2022



Mariana Santos
Enfermeira Diretora