



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos

Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos

Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO ESPECIALIZADO AO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Arguente: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira, Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Orientador: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago, Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde de Beja.

Data: 07 de outubro de 2020

EPÍGRAFE

Não pode haver uma totalidade da
comunicação.
Com efeito, a comunicação seria verdade se
ela fosse total.

Paul Ricoeur

AGRADECIMENTOS

Uma caminhada nunca é feita só, sendo imprescindível agradecer a todos aqueles que sempre estiveram presentes e representaram uma ajuda importante durante o percurso.

À professora orientadora Maria Dulce dos Santos Santiago, um muito obrigado pelos muitos momentos de ajuda e disponibilidade para a concretização de todo o processo.

À enfermeira orientadora, por todo seu apoio e partilha em muitos momentos de aprendizagem.

À amiga Helena Bragança, companheira desta aventura, obrigada por nunca me teres abandonado e tornares tudo mais fácil com as palavras certas e o apoio incondicional.

À família e amigos, pelo apoio e incentivo de vários quilómetros de distância.

RESUMO

A comunicação é tida como um elemento básico, intrínseco e fundamental à profissão de enfermagem. A relação entre enfermeiro e doente afirma-se através da comunicação, proporcionando um cuidado holístico e centrado no doente. O doente crítico, internado em Unidade de Cuidados Intensivos apresenta na maioria das circunstâncias um compromisso na comunicação, sendo crucial o reconhecimento das barreiras existentes para a adoção de estratégias eficazes para uma comunicação plena, promovendo a humanização dos cuidados de enfermagem prestados neste tipo de unidades.

No decorrer no Estágio Final, foi desenvolvida uma Intervenção Profissional Major com o objetivo de melhorar o processo comunicacional com o doente crítico em contexto de cuidados intensivos, através da efetivação de estratégias promotoras da uniformização dos cuidados relativos ao processo comunicacional com o doente crítico, as quais se apresentam no presente relatório.

Acerca do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, assim como competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, é desenvolvida uma análise e reflexão crítica fundamentada.

Palavras-chave: Comunicação; Doente crítico; Unidade de Cuidados Intensivos; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Communication is considered a basic, intrinsic and fundamental element to the nursing profession. The relationship between a nurse and a patient is made through communication, providing a patient-centred holistic care. The critically ill patient admitted to the Intensive Care Unit (ICU) presents, in most cases, compromised communication, thus it's crucial to recognize the existing barriers in order to adopt effective strategies to enable proper communication, promoting the humanization of nursing care provided in this type of unit.

Along the final internship, in order to improve the communication process with critically ill patients in an intensive care context, it was developed a Major Professional Intervention, through the use of uniformizing strategies upon the communicational process with a critically ill patient, which are presented in the following report.

It is also developed an analysis and fundamented critic reflexion, regarding the process of acquiring and developing competences, in both the context of the degree of Master in Nursing, as well as, in a broader sense, those of a Critically Ill Patient Specialized Nurse, both specific and common.

Key-words: Communication; Critically Ill Patient; Intensive Care Unit; Medical-Surgical Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
1.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO	18
1.1.1. Estrutura, recursos humanos, físicos e materiais.....	20
1.1.2. Análise da produção de cuidados	23
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR.....	25
2.1. PROBLEMÁTICA: A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE UCI	26
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	31
2.2.1. Modelo de relação pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee.....	31
2.2.2. Comunicação com o Doente Crítico e Qualidade em Saúde	34
2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	37
2.4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	47
2.5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	48
2.6. AVALIAÇÃO E RESULTADOS	53
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA	56
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	57
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE DE ENFERMAGEM	67
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES.....	88
ANEXOS	170

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos Participantes.....	39
Gráfico 2 - Género dos participantes.....	40
Gráfico 3 - Tempo de exercício profissional dos participantes.....	40
Gráfico 4 - Tempo de experiência profissional em UCI dos participantes.....	41
Gráfico 5 - Habilitações académicas.....	41
Gráfico 6 - Especialidades existentes dos participantes abrangidos pelo questionário.....	42
Gráfico 7- Importância da comunicação para a prestação de cuidados em contexto de UCI.....	42
Gráfico 8 - Aspetos privilegiados aquando da comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente.....	43
Gráfico 9 - Utilização de estratégias alternativas à comunicação verbal.....	44
Gráfico 10 - Fatores que mais condicionam a comunicação com o doente crítico em contexto de UCI.....	44
Gráfico 11 - Perceção da dificuldade na comunicação.....	45
Gráfico 12 - Principais dificuldades sentidas aquando da comunicação com o doente com a comunicação comprometida.....	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Conceitos do Modelo Relação Pessoa-a-pessoa de Joyce Trabelbee	33
---------------------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

Apêndice A. Projeto de Estágio.....	89
Apêndice B. Resumo do Artigo Científico - Fatores que influenciam a qualidade da comunicação com o doente crítico internado em UCI: Revisão Integrativa da Literatura ...	107
Apêndice C. Análise SWOT.....	112
Apêndice D. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Apreciação da Pertinência de Elaboração de Projeto de Intervenção na Área da Comunicação com o Doente Crítico.	114
Apêndice E. Consentimento informado, esclarecido e livre.....	119
Apêndice F. Cronograma da Intervenção Profissional Major.....	123
Apêndice G. Proposta de Projeto de Intervenção Profissional enviada ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUSJ.	126
Apêndice H. Instrumento de colheita de dados: Guião de observação.....	138
Apêndices I. Proposta de Protocolo Orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.....	141
Apêndices J. Plano das Sessões Formativas.....	148
Apêndices K. Apresentação Utilizada nas Sessões Formativas.....	151
Apêndices L. Questionário de Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando.....	158
Apêndices M. Tabelas Representativas dos Dados Recolhidos com a observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros com o doente crítico na UCIPG.	160
Apêndices N. Póster - A simulação como preparação para a Catástrofe.	164
Apêndices O. Póster - Ventilação Não Invasiva no Doente Crítico Idoso com DPOC.	166
Apêndices P. Póster - O Processo Comunicacional entre o Enfermeiro e o Doente Crítico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.	168

ANEXOS

Anexo A. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário de São João.	171
Anexo B. Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019	178

Anexo C. Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "A simulação como preparação para a Catástrofe".	180
Anexo D. Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "Ventilação Não-Invasiva no Doente Crítico Idoso com DPOC". ...	182
Anexo E. Certificado de Participação nas 1 ^{as} Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho intitulado SOBRE "VIVER" AOS CUIDADOS INTENSIVOS: da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar.	184
Anexo F. Certificado de Participação nas 1 ^{as} Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, como autora Poster "Processo comunicacional enfermeiro-doente crítico em contexto de UCI.....	186
Anexo G. Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida.	188
Anexo H. Certificado de Formação em Trauma.	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESES – Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

CAA – Comunicação alternativa e aumentativa

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

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João

CI – Cuidados Intensivos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de proteção Individual

et al. – e outros

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

IPM – Intervenção Profissional *Major*

ITLS – *International Trauma Life Support*

MCTES - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

MI – Medicina Intensiva

MS – Ministério da Saúde

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. - página

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

pp. – páginas

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

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

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIPG – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

UE – Universidade de Évora

UH – Unidade Hospitalar

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INTRODUÇÃO

O corrente Relatório de Estágio emerge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, integrada no plano de estudos do 2.º ano, do curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) - A Pessoa em Situação Crítica (PSC), concebido pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio, tendo sido revisto em 6 de agosto de 2018 pela Declaração de Retificação n.º 652/2018, na Universidade de Évora, em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal (Universidade de Évora [UE], 2016).

A formação assume um papel preponderante no avanço dos cuidados de enfermagem, sendo promotora de condutas, comportamentos e de atitudes profissionais. O conhecimento é uma vertente basilar para a prática de enfermagem.

Com a realização deste relatório procura-se uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de desenvolvimento e aquisição de competências durante o Estágio Final e do percurso académico.

Em conformidade com o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, foi elaborado um projeto de estágio (Apêndice A), onde foram traçadas as atividades a desenvolver para a aquisição das competências estabelecidas nos Regulamentos das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018; OE, 2019); assim como as Competências de Mestre em Enfermagem, regulamentadas no documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), enquadrado no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 e posteriormente atualizado numa publicação do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2018).

O Estágio Final desenvolveu-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIPG), no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), num período de 18 semanas, entre o dia 17 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, num total de 388 horas de estágio.

A Intervenção Profissional Major (IPM) desenvolvida encontra-se enquadrada na linha de investigação do Mestrado em Enfermagem no ramo de EMC e PSC “Segurança e qualidade de vida”. Uma IPM compreende uma intervenção com maior relevo quando comparada com

outras atividades desenvolvidas, no que compete à temática da comunicação entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos (CI).

A comunicação assume um papel de destaque no quotidiano do enfermeiro, segundo Phaneuf (2005) a comunicação é uma condição para a qualidade dos cuidados, bem como a principal ferramenta terapêutica à disposição do enfermeiro. Comunicar e cuidar encontram-se inevitavelmente ligados, sendo essencial ter em consideração que a comunicação terapêutica seja efetiva e eficaz através do cuidar das pessoas e da compreensão da situação que elas enfrentam.

Perante o Regulamento n.º 429/2018 referente às Competências Específicas do EEEPSC, salienta-mos a gestão da “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, através da afirmação de conhecimentos em técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação face à pessoa, família/cuidador em situação crítica e adequar a comunicação à condição complexa de saúde da PSC (OE, 2018, p. 19363).

Em conformidade com o regulamento anteriormente citado a Ordem dos Enfermeiros emana também os Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, no regulamento n.º 361/2015, onde realça que para a prestação de cuidados de qualidade “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, 2015, p. 17241).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde entre 2015-2020 tem como missão a promoção da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo por base uma obrigação ética pela equidade e respeito dos cuidados prestados, pressupondo uma adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Ministério da Saúde [MS], 2015a). A comunicação efetiva corresponde a uma componente crucial para garantir a segurança do doente, com reflexo na qualidade dos cuidados prestados, tratando-se de um item a ser valorizado na prática de enfermagem. Ouvir e compreender as preocupações dos doentes, bem como a promoção na sua participação nos cuidados melhora a recuperação do seu estado clínico.

A IPM baseou-se na problemática em questão, elaborada conforme as regras da metodologia de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), que compreende a criação de um protocolo orientador acerca da comunicação entre enfermeiro e doente crítico. Em UCI a

utilização de protocolos por si só não assegura melhorias na qualidade dos cuidados, no entanto tornam-se instrumentos de grande utilidade para o alcance de tais metas (Kavanagh & Nurok 2016). A análise do desenvolvimento de competências e a realização da IPM foram sustentados pelo Modelo de relação pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee.

Assente nas mudanças de paradigma que têm ocorrido nos últimos anos, a comunicação tem-se revelado fundamental para a relação enfermeiro/doente, tornando-se um objetivo estratégico na gestão dos cuidados de enfermagem. A importância da comunicação denota-se não só porque permite o desenvolvimento de relação entre os intervenientes no processo de cuidar, mas também por se tornar um indicador de qualidade dos cuidados.

A execução do Relatório diz respeito à fase final do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de EMC em PSC, pelo que foram traçados os seguintes objetivos:

- Realizar uma apreciação do contexto clínico onde decorreu o Estágio Final;
- Descrever a IPM realizada, com base nas diversas etapas;
- Desenvolver uma análise crítica, reflexiva e fundamentada do percurso formativo para a aquisição de competências de EE em EMC e de Mestre de Enfermagem.

O presente documento encontra-se organizado em três capítulos, seguindo o regulamento do estágio final e de relatório do Mestrado em Enfermagem. O primeiro capítulo diz respeito à apreciação do contexto clínico onde decorreu o estágio final, e foi desenvolvida a IPM, encontra-se assim descrito o enquadramento institucional, a estrutura, recursos físicos, materiais e humanos, assim como a análise de gestão e produção de cuidados. O segundo capítulo abarca a IPM desenvolvida, seguindo a metodologia de projeto, é dividido em vários subcapítulos consoante as diferentes etapas de construção da IPM. Começamos por fundamentar a problemática designada, segue-se o enquadramento teórico e conceptual, onde se encontra descrito o modelo teórico aplicado. De forma a descrever a IPM foram retratadas e analisadas as suas etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e resultados. No último capítulo é desenvolvida a análise crítico-reflexiva acerca do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC, bem como das competências relativas ao grau de Mestre em Enfermagem. Finalizamos com uma conclusão sucinta relativa ao percurso desenvolvido.

Este trabalho foi elaborado segundo as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, orientado pelas normas de referência bibliográfica da *American Psychological*

Association, 6ª edição e as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (2ª versão).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio Final desenvolveu-se em contexto de Medicina Intensiva (MI), especificamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIPG), em uma Unidade Hospitalar (UH) na zona Norte, denominado por Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), situado na cidade do Porto. Neste capítulo, é realizada a descrição da apreciação do contexto do Estágio Final.

O CHUSJ situa-se na cidade do Porto, oferece assistência direta à população das freguesias de Paranhos, Bonfim, Campanhã e Aldoar e ao concelho da Maia - Pólo do Porto, bem como aos habitantes de Alfena, Campo, Ermesinde, Sobrado e Valongo - Pólo de Valongo. Assente nas diretrizes da Rede de Referência Hospitalar, presta ainda assistência como centro de referência a áreas geográficas mais distantes, do Distrito de Braga e Viana de Castelo (CHUSJ, 2018).

O CHUSJ serve de referência para cerca de 3 milhões de pessoas, possui uma capacidade para uma lotação total de 1 095 camas distribuídas pelas várias especialidades médicas e cirúrgicas, tratando-se da UH com maior capacidade na zona norte. Segundo o artigo 2.º da Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, esta instituição classifica-se como uma UH de Grupo III, na medida que abarca todas as especialidades médicas e cirúrgicas (CHUSJ, 2017).

A descrita UH estabelece como missão “prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais” (CHUSJ, 2018, p. 4). Os profissionais que nela trabalham assentam em valores como “competência, humanismo, paixão, rigor, transparência, união, solidariedade e ambição”. Como princípios seguem o “reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa que o habita, centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade, postura e prática com elevados padrões éticos e respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis” (CHUSJ, 2018, p. 4).

A visão do CHUSJ define-se como “ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca de referência no setor da saúde” (CHUSJ, 2018, p. 4).

Baseado nas regras da Portaria n.º 194/2014, o CHUSJ é tido como um Centro de Referência em diversas áreas de especialidade, precursor em inúmeras áreas da assistência clínica e realização de procedimentos cirúrgicos e técnicas de elevada complexidade, nomeadamente no transplante de coração e de rim e no *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), entre outros (CHUSJ, 2017).

Como Centro de Referência designa-se qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à alta prevalência de doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas (MS, 2014a).

O CHUSJ é reconhecido perante a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), para referência primária, secundária e terciária, com camas de nível II e III (ACSS, 2017). A classificação por níveis das UH descreve que, uma unidade de nível I diz respeito somente à monitorização não invasiva, ou minimamente invasiva do doente em risco de desenvolver disfunção ou falência orgânica, geralmente denominadas por unidades de cuidados intermédios. O nível II corresponde às unidades com competência para monitorizar invasivamente o doente e ter capacidade de suportar funções vitais, podendo pontualmente não ter acesso a meios de diagnóstico e a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, devendo assim responsabilizar-se pela articulação com outras unidades que tenham os meios necessários, ou seja, unidades de nível III. As unidades nível III, são aquelas que tem capacidade de garantir uma assistência por médico com especialidade em medicina intensiva 24 horas/dia, bem como ter acesso a meios terapêuticos e de diagnóstico indispensáveis (Valentin & Ferdinande, 2011; ACSS, 2013; MS, 2015a).

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO

Nos últimos cinquenta anos, consequência da enorme evolução da medicina, em várias áreas multidisciplinares, nas ciências e tecnologias, levou a um progresso no conhecimento sobre anatomia e fisiopatologia, refletindo-se nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI). Os SMI têm como finalidade prevenir a deterioração do estado de saúde do doente, suportar e recuperar as funções vitais, com o objetivo de proporcionar condições e possibilitar tratar a patologia subjacente que colocou o doente numa condição fisiopatológica em que a sua vida

se encontra comprometida, mas que é possivelmente reversível, podendo vir a ter um futuro com qualidade de vida (MS, 2015a).

A Medicina Intensiva (MI) teve início aquando da epidemia de poliomielite de Copenhaga em 1952, tendo sido um marco de grande incitação na área da assistência médica e de enfermagem (Paiva, et al., 2016). Após esta epidemia, face ao grande número de doentes com necessidade de respiração artificial e cuidados especializados constatou-se ser essencial que cada doente permanecesse numa enfermaria individualizada, com um enfermeiro e um médico especializado, despontando assim a primeira UCI na Europa, em dezembro de 1953 (Kelly, Fong, Hirsch, & Nolan, 2014).

A nível Nacional, as primeiras UCI foram criadas no final da década de 50, levando à necessidade de formação de médicos intensivistas. Segundo (Paiva, et al., 2016), cabe a estas unidades o maior volume de custos hospitalares (13,4%), uma percentagem de 4,1% dos custos em saúde a nível nacional e 0,56% do produto nacional bruto. Perante o envelhecimento da população, bem como a expansão das doenças crónicas, os hospitais têm tido necessidade de aumentar as suas capacidades de internamento e de resposta em áreas destinadas ao doente crítico, nomeadamente a resposta das UCI (Paiva, et al., 2016).

Tal como em toda a Europa, em Portugal a procura pela MI encontra-se em crescente. Atualmente o rácio de camas de MI encontra-se em 6,4 camas por 100 000 habitantes, encontrando-se ainda abaixo da média europeia que é 11,5 por 100 000 habitantes, ou seja, incapaz de cobrir as necessidades da população (Paiva, et al., 2016).

As UCI podem ser classificadas em três níveis distintos, consoante as técnicas usadas e as valências disponíveis na instituição onde estão inseridas. Posto isto, as unidades de nível I visam, basicamente, a monitorização não invasiva do doente. As de nível II têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, embora, possa não proporcionar, ocasional ou permanentemente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas. Quanto às unidades de nível III, são designadas por Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos, que contêm quadros próprios, ou no mínimo, equipas funcionalmente dedicadas (médicos e enfermeiros), equipa médica qualificada, por intensivista, e presente 24 horas/dia. Estas unidades proporcionam o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários, devendo possuir medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (OE, 2014).

O crescimento das UCI tem sido claro, quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde, e com isso, a exigência para com os mesmos tem sido igualmente elevada, tendo como objetivo profissionais mais especializados para dar uma resposta adequada. Trabalhar

numa UCI “exige atenção constante de enfermeiros que sejam responsáveis, com uma perceção positiva e realista de si mesmos” (Mendes R. N., Carmo, Haddad, & Rossaneis, 2014, p. 1905).

O trabalho num UCI exige aos enfermeiros um esforço adicional, de maneira a suportar com o cansaço não só físico, como mental de forma a manter o desempenho esperado e assim não colocar em risco a vida do doente (Machado, Louro, Figueiredo, & Vianna, 2012). O profissional que presta cuidados em ambiente especializado como é o caso das UCI deve deter certas particularidades, no sentido de dar resposta ao cuidado prestado neste tipo de contextos com visível aparato tecnológico. A presença de avançada tecnologia necessita sempre de ser complementada por um saber prático e científico por parte dos profissionais. Exige-se que o enfermeiro tenha capacidade para enfrentar situações complexas, ser expedito e acertado na tomada de decisão e na gestão de prioridades (Silva & Ferreira, 2012).

1.1.1. Estrutura, recursos humanos, físicos e materiais

A Unidade de Atendimento Geral da Urgência e da Medicina Intensiva do CHUSJ contém um Serviço de Urgência Polivalente, que engloba um Centro de Trauma, conforme as normas definidas pelo Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014b) e um Serviço de Medicina Intensiva (SMI) que compreende a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência, a UCIPG, a Unidade de Neurocríticos (Cuidados Intensivos e Intermédios) e a Unidade de Cuidados Intermédios Gerais. O SMI é composto por cinco unidades, no total de 66 camas, destas, 38 camas são de cuidados de nível III e encontram-se distribuídas em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (12 camas), a UCIPG (16 camas) e Neurocríticos (10 camas), e 29 camas de nível I e II, distribuídas da seguinte forma: 12 camas na Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência, 10 camas na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente Geral e 6 camas nos Neurocríticos, conforme a Classificação de Valentin & Ferdinande (2011) e subscrita pela ACSS (2013).

A UCIPG foi criada pela união de duas áreas de Cuidados Intensivos, a Unidade de Reanimação Respiratória, tendo sido fundada pelo Serviço de Anestesiologia nos anos 60, sendo uma das primeiras UCI do país, e a Unidade de Cirurgia programada. Trata-se de uma UCI nível III com idoneidade formativa, composta por 16 camas de nível III, com base na tipologia de doentes nela internados, as necessidades destes, as valências e técnicas disponíveis, assim como o número de profissionais que nela trabalham e os respetivos rácios (Valentin & Ferdinande, 2011; ACSS, 2013).

Fisicamente a UCIPG localiza-se no piso seis, ala nascente da UH, contém duas salas de unidades de doentes, uma com 5 camas, em que uma delas destina-se a isolamentos e a segunda unidade caracteriza-se por ser uma sala ampla (*open space*) e contém 11 camas. As duas salas possuem um posto de vigilância centralizada, onde se encontram os computadores e monitores com visualização dos parâmetros de cada doente presente nas unidades. A disposição das salas permite uma visualização ampla e aberta de todos os doentes e um acesso rápido aos mesmos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003; ACSS, 2013).

A missão assistencial da UCIPG define-se fundamentalmente em duas áreas: o internamento e “*outreach*”. O internamento destina-se ao tratamento de doentes em situação de doença aguda, ou crónica agudizada, potencialmente reversível, e que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Portanto, faz o diagnóstico e tratamento dos doentes críticos com origem extra e intra-hospitalar internado nas camas intensivas ou intermédias da unidade (CHUSJ, 2018).

Saliento a elevada exposição das unidades à luz natural, e de várias salas de apoio distinto, como o gabinete da enfermeira-chefe, gabinetes médicos, área de apoio ao secretariado e gestão documental, salas de arrumação e armazenamento de material de uso clínico e equipamentos, um espaço de refeições e uma sala que possui algum equipamento diferenciado, assim como armazenamento de terapêutica e o sistema informatizado de dispensa de terapêutica (*Pyxis MedStation*). Nesta última sala também contempla um quadro de fixação de informação pertinente e escalas de trabalho entre outros. Existe ainda no perímetro externo da UCIPG, duas salas afetas à unidade, para armazenamento de material de grandes dimensões e uma sala para acolhimento da família do doente, concedendo privacidade e partilha de informação.

Cada unidade do doente possui material específico destinado à prestação de cuidados do mesmo, bem como equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, monitorização eletrocardiográfica, pressões arteriais invasivas e não invasivas, monitorização de capnografia, monitorização de valores de *Bispectral Index* para monitorização da sedação, frequência respiratória, saturações periféricas de oxigénio, ventilador, diversas bombas e seringas infusoras. Tanto o ventilador, como o monitor encontram-se ligados em rede com a aplicação informática de registos, o *B-ICU Care*. Quanto às seringas e bombas infusoras ainda não se encontram conectadas em rede, sendo necessário realizar manualmente todas as alterações e colheita de dados destes equipamentos. É possível monitorizar também a pressão intracraniana, do bloqueio

neuromuscular (através do *near-infrared spectroscopy*) e a oxigenação cerebral (sistema de INVOS).

Com uma classificação de nível III, esta unidade intervém ao nível de suporte e/ou substituição de órgão, como por exemplo através da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, a oxigenoterapia de alto fluxo, a ECMO, a prática de técnicas de substituição renal contínuas, intermitentes ou a sua conjugação. A nível de suporte hemodinâmico é possível promover através do balão intra-aórtico e dispositivos de suporte ventricular cardíaco por meio do *Impella 5.0*. No entanto, são também admitidos neste serviço doentes com necessidade de cuidados que normalmente são prestados na unidade nível II, mas por indisponibilidade de vaga ou pelo carácter do doente poder vir a sofrer instabilidade.

A UCI detém uma equipa multidisciplinar própria, em presença física 24 horas por dia, contudo, sempre que necessário a unidade tem apoio externo, nomeadamente do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, bem como de técnicos auxiliares de diagnóstico, técnicos superiores e de médicos com formação em diversas áreas.

A operosidade clínica é composta por um diretor clínico da unidade, com uma equipa de cerca de 10 médicos especialistas, bem como médicos em regime de internato de especialidade.

Quanto à equipa de enfermagem é assegurada pela enfermeira chefe em dedicação exclusiva, constituída por 55 elementos (45 mulheres e 10 homens). A organização é feita por equipas, incorporadas de acordo com a experiência profissional, competências acrescidas e posse de título de Enfermeiro Especialista, entre outros.

Dos 55 enfermeiros, 17 detêm o título de EE, em que 10 são especialistas em EMC, 6 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 é especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A prestação de cuidados baseia-se no método de trabalho individual, no entanto está sempre patente o trabalho em equipa entre os elementos. O rácio compreende a distribuição de um enfermeiro para dois doentes. O enfermeiro chefe de equipa, sendo sempre um EE, nos turnos da tarde e noite geralmente também asseguram cuidados diretos a um doente.

A distribuição dos cuidados compreende 11 enfermeiros no turno da manhã (8:00-15:00h), sendo um deles o enfermeiro chefe, e um enfermeiro atribuído ao apoio à gestão, um enfermeiro coordenador de turno e um enfermeiro afeto à realização de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação e 7 enfermeiros na prestação de cuidados. No turno da tarde (14:30-21:30h), estão escalados 9 enfermeiros, em que um trata-se do enfermeiro coordenador e um EE em reabilitação. Quanto ao turno da noite (21:00-

8:30h) estão escalados 7 enfermeiros incluindo o enfermeiro coordenador que geralmente possui um doente atribuído.

Assim, em todos os turnos encontra-se presente um enfermeiro coordenador de turno, enfermeiro com o título de EE, que geralmente não assume a prestação de cuidados de forma direta, todavia colabora na prestação quando necessário, arcando, segundo as competências comuns do EE a gestão de cuidados e de coordenação de equipa. Para além disso, assume a supervisão clínica, a função de coordenador de turno e a realização de auditorias no turno da manhã, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Os cuidados de enfermagem são regidos pelos padrões de qualidade de cuidados para enfermeiros de cuidados gerais e para EE, e da deontologia profissional publicados no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

1.1.2. Análise da produção de cuidados

A UCIPG possui uma equipa multidisciplinar empenhada e especializada para o atendimento de doentes críticos de diferentes tipologias, que na sua maioria carecem do uso de tecnologias avançadas e técnicas invasivas de substituição de órgão, bem como de monitorização complexa do estado clínico.

Face à necessidade de dados indicadores da produção de cuidados referentes à UCIPG no ano de 2019, não foi possível a obtenção dos mesmos durante a realização do estágio, pela impossibilidade por parte da Enfermeira responsável para a análise dos mesmos em tempo útil. Sendo nossa intenção a obtenção dos mesmos no momento oportuno, ou seja, após os dados serem trabalhados e analisados, que seria em meados do mês de fevereiro e início do mês de março, o que não foi possível perante a situação de Pandemia do país.

No entanto, achamos pertinente e oportuna a utilização dos dados analisados da UCIPG referentes ao ano de 2018, sendo valores de referência da unidade. Geralmente são prestados cuidados nesta unidade entre 700 e 800 doentes num período anual, o que perfaz cerca de 90% na sua taxa de ocupação, com um tempo médio de internamento de 8 dias.

Quanto ao local de proveniência dos doentes, observa-se predominância em pacientes que advêm do Serviço de Urgência, seguindo-se do bloco operatório e os restantes advêm de serviços de internamento e de outras instituições. Os doentes apresentam tipologia diversa, constatando-se que a maioria corresponde à área médica, de seguida do foro cirúrgico, neste caso maioritariamente para estabilização hemodinâmica e vigilância no pós-operatório imediato, de trauma e do foro cardíaco/coronário, neste caso doentes com choque cardiogénico e doentes pós Paragem Cardiorrespiratória são os mais frequentes.

Relativamente à taxa de mortalidade durante o internamento na UCIPG referente ao ano 2018, foi uma percentagem de 21,37%. Para avaliar a gravidade dos doentes são usadas escalas como a Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II) e o Acute Physiology and Chronic Health Evolution II (APACHE II), que através da atribuição de um score a cada doente é feita uma estimativa da mortalidade em percentagem tendo em conta valores analíticos e variáveis clínicos. Ao longo do ano de 2018, o score no APACHE II foi de 19,64 e de 44,2 no SAPS II, o que corresponde a taxas de mortalidade de 46,14% no caso do APACHE II e de 45,7% do SAPS II, ou seja, uma percentagem mais elevada do que aquela que foi observada na realidade da unidade, traduzindo a qualidade dos cuidados prestados na UCIPG.

Na unidade descrita, é usado um instrumento validado para a população portuguesa, para calcular a carga de trabalho de enfermagem, também usado em outras UCI, chamado Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28), este quantifica a carga de trabalho de enfermagem em MI relacionando-o com a gravidade da doença. Trata-se assim de um índice que permite relacionar intervalos de gravidade do estado do doente crítico com a sua sobrevivência (Padilha & Sousa, 2005). Nesta ferramenta de gestão são avaliados 28 itens, subdivididos em 7 categorias: atividades físicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas (Miranda, A., & Schaufeli, 1996). A pontuação gerada pode atingir um score máximo de 78, sendo que cada ponto corresponde a 10 minutos de prestação de cuidados.

Na UCIPG, no ano de 2018, o valor médio de TISS-28 foi de 38,6, representando mais de seis horas de prestação de cuidados de enfermagem. O TISS-28 é realizado pelos enfermeiros, diariamente, no turno da noite, e classifica os dados referentes às últimas 24 horas de cuidados, possibilitando uma melhor distribuição dos doentes pelo número de enfermeiros em cada turno.

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

O uso de tecnologia avançada e as modalidades de suporte de vida têm permitido prolongar a vida dos doentes. O enfermeiro de cuidados críticos, assume uma posição preponderante, maioritariamente junto à cama do doente e seus familiares, na prestação de cuidados sofisticados, proporcionando conforto e bem-estar. A presença contínua dos enfermeiros possibilita que estes profissionais tenham uma visão mais realista do doente, da sua condição clínica e das suas necessidades, assim como dos seus familiares.

No âmbito da UC Estágio Final do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em EMC em PSC, desenvolvemos uma IPM, integrada na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, a fim de desenvolver competências de investigação, em paralelo com a ampliação de competências clínicas com o propósito da melhoria dos cuidados prestados à PSC.

Ao longo do percurso profissional, ao experienciar diversas situações clínicas, os enfermeiros adquirem e aprofundam competências por meio da mobilização de conhecimentos teóricos que suportam a sua atuação. O desenvolvimento pessoal e profissional é progressivo, e depende não só das experiências, mas também do investimento pessoal, sendo que a transição de iniciado a perito não é um processo simples nem estanque (Benner, Hooper, & Daphne, 2011).

Posto isto, pretende-se que o EE conceba, implemente e avalie planos de intervenção que dão resposta às necessidades identificadas, contemplando a deteção precoce, a estabilização, a recuperação de saúde e de qualidade de vida dos doentes, através do uso de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, independentemente do contexto em que são prestados os cuidados (OE, 2018).

De forma a concretizar o IPM é indispensável a realização prévia de um planeamento de todas as fases e procedimentos fundamentais, segundo Imperatori & Giraldes (1993) Planeamento em Saúde diz respeito à “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 21).

A Metodologia de Projeto, assim como o Planeamento em Saúde são dois processos contínuos, dinâmicos e flexíveis, que pretendem à resolução de problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Posto isto, a IPM desenvolvida

assentou em uma problemática identificada e definida no decorrer da prática clínica na UCIPG, que diz respeito ao processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico em Cuidados Intensivos, como será descrito posteriormente.

Assim, o IPM desenvolveu-se com base na Metodologia de Projeto, seguindo as etapas que compreende um processo contínuo e interdependente: elaboração do diagnóstico de situação, definição de objetivos, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação de resultados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

2.1. PROBLEMÁTICA: A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE UCI

A comunicação deriva do termo latim *Communicare* e representa partilhar, conferenciar e tornar comum. A comunicação é um processo ativo, complexo e contínuo, através do qual as pessoas transmitem e recebem informação, procurando a compreensão entre os integrantes (Sequeira, 2016). A comunicação faz parte do quotidiano do ser humano e traduz-se na base dos cuidados de saúde. Segundo Freixo (2011) a comunicação faz parte das necessidades humanas básicas em que, “todos temos uma ideia sobre a natureza da comunicação, dada a naturalidade com que falamos, escrevemos e nos relacionamos com os outros através justamente da comunicação” (Freixo, 2011, p. 25).

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

Perante Phaneuf (2005) comunicar consiste

“(…) evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós” (Phaneuf, 2005, p. 22).

Comunicar em saúde consiste no “estudo e utilização de estratégias de comunicação, para influenciar as decisões das pessoas e das comunidades, com base em conhecimentos, atitudes e práticas, no sentido de promover a saúde” (Sequeira, 2016, p. 88). No âmbito hospitalar, a comunicação é imprescindível para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados (Hoorn, Elbers, Girbes, & Tuinman, 2016).

“Comunicar com eficácia em saúde é muito relevante para os profissionais e para os utentes (...), pois possibilita que um maior conteúdo informativo seja assimilado pelos utentes, o que promove uma maior adesão aos planos terapêuticos e uma melhor satisfação com os cuidados prestados” (Sequeira, 2016, p. 78).

A comunicação tem assumido uma importância cada vez mais evidente no setor da saúde, não só no que toca à partilha de informação, mas, como um instrumento terapêutico essencial, do qual os enfermeiros dispõem para cuidar do doente, permitindo compreender a personalidade e o contexto em que a pessoa está inserida, bem como a sua visão do mundo.

A relação entre enfermeiro e o doente é possível por meio da comunicação, tornando a relação terapêutica e a comunicação dois conceitos inseparáveis. A profissão de enfermagem encontra-se estritamente ligada ao conceito do cuidar, prestigiando a relação interpessoal estabelecida entre o profissional e a pessoa cuidada. Na prestação de cuidados de enfermagem a relação terapêutica “(...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Nunes, 2017, p.12).

A comunicação deve ser considerada pela equipa de enfermagem como um momento crucial e importante dos cuidados, com vista na escuta e valorização das queixas do paciente/família, na identificação das suas necessidades e no respeito pelas diferenças. Um dos propósitos da comunicação passa por assistir a pessoa em situação crítica a ultrapassar os sentimentos de ansiedade e angústia advindos da sua situação de doença.

Phaneuf (2005) define relação terapêutica como uma

“relação de natureza consumatória, quer dizer virada inteiramente para o outro. Não é 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 (...)” (Phaneuf, 2005, p. 112).

Para a ocorrência de uma relação terapêutica é fundamental que a comunicação seja eficaz, proporcionando assim uma maior satisfação para os participantes no processo de cuidar. Segundo Sequeira (2016) uma relação terapêutica consiste “na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma comunicação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o utente, de modo a ajudá-lo a enfrentar os seus problemas” (Sequeira, 2016, p. 97).

O processo comunicacional por vezes é difuso e complexo (Glitus & Sanap, 2018) e nem sempre existe a garantia de que a mensagem recebida é assimilada da maneira como foi enviada. Existem vários fatores que determinam a comunicação de enfermagem, entre eles, o contexto onde está inserida, assim a pessoa em situação crítica (PSC) ao ser internada em contexto de Cuidados Intensivos é submetida à padronização e despersonalização, sendo afastada dos seus pertences pessoais, que significam para si um suporte da sua identidade individual (Nunes, 2017).

O ambiente de CI, composto por um elevado nível de tecnologia, com a utilização constante de uma linguagem técnica, e muitas vezes tendo como centro de cuidados os meios tecnológicos, a vigilância, monitorização e terapêutica especializada dos quais a sobrevivência da PSC depende, são características que condicionam todo o processo de comunicação.

Cavaco, José & Lourenço (2013) descrevem que a comunicação é a arte do cuidado holístico do doente e o foco de parte dos cuidados de saúde. É imprescindível associar a tecnologia à humanização do cuidado, baseada na individualidade do doente, compreendido como ser integral e ao mesmo tempo singular nas suas necessidades. Na manipulação de bombas infusoras, monitores, ventiladores, o profissional de saúde utiliza as suas competências no âmbito da tecnologia, mas não pode esquecer o seu compromisso em lidar diretamente com o doente. As UCI têm como primeira finalidade a satisfação das necessidades biológicas dos doentes, podendo acarretar uma despersonalização dos mesmos (Laerkner, Egerod, Olesen, & Hansen, 2017).

Se o doente sentir que o profissional de saúde não está a ser verdadeiro, dificilmente ocorre uma relação terapêutica, pois "(...) a pessoa cuidada, devido ao seu estado de vulnerabilidade, tem uma percepção aguçada destas contradições" podendo até refletir em efeitos negativos no processo de recuperação do doente (Phaneuf, 2005, p. 28). O doente experiencia a sua individualidade fragilizada e vulnerável, fazendo com que, a comunicação desenvolvida pelos profissionais de saúde tenha um grande impacto na forma como o doente enfrenta a sua situação clínica e como vai avaliar os cuidados recebidos.

Holden (2017) explica que perante a PSC, podendo estar de alguma forma impossibilitada de comunicar verbalmente, os cuidados prestados devem ser bem direcionados, procurando comunicar eficazmente para que a pessoa sinta a presença do profissional, perceba os cuidados que lhe vão ser prestados e que tenham em consideração as suas necessidades, proporcionando menos ansiedade quanto à sua situação clínica e medo da morte.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura (Apêndice B), com o objetivo principal de analisar os fatores que influenciam o processo comunicacional entre o enfermeiro e o

doente crítico internado em UCI, e que conseqüentemente originou a elaboração de um artigo científico. Vários estudos faziam referência à existência de uma comunicação mínima por parte dos enfermeiros, sendo que a comunicação existente encontrava-se focada na satisfação das necessidades físicas e não nas necessidades emocionais do doente (Dithole, Sibanda, Moleki, & Thupayagale-Tshweneagae, 2016; Momennasab, et al., 2019).

Existem três formas de comunicação: a comunicação verbal (forma de expressão oral e escrita), comunicação paraverbal (sentimentos transmitidos durante o estabelecimento de um diálogo) e comunicação não verbal (transmissão de informação sem utilização de palavras (Stefanelli & Carvalho, 2005). Para além destes tipos de comunicação, o enfermeiro pode recorrer ao uso de estratégias alternativas à comunicação oral, como é o caso da Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA).

A comunicação não verbal tem sido amplamente estudada e desenvolvida, sendo considerada por alguns autores como o tipo de comunicação mais importante, segundo Phaneuf (2005) a comunicação dá-se através da comunicação verbal e não verbal, sendo que a sua eficácia depende da compreensão da receção da mensagem. Sequeira (2016) explica, que no processo de comunicação, apenas uma percentagem de 7% é feita de forma verbal, 38% é feita por sinais paralinguísticos e 55% através de gestos corporais, deduzindo assim que os componentes verbais dizem respeito a uma pequena parcela, comparativamente com os restantes componentes.

As estratégias de CAA possuem um papel importante face à impossibilidade de utilização da linguagem verbal e, compõe várias técnicas, métodos e procedimentos, que tem como principal objetivo possibilitar uma comunicação complementar ou alternativa, podendo ser temporária ou permanente, a pessoas que não possam comunicar de forma oral. Esta surge como forma de complementar as habilidades comunicacionais e pode ser feita de duas formas: através de sistemas sem ajuda, ou seja, por meio da utilização de símbolos sem recorrer a nenhum dispositivo ou sistemas com ajuda, com recurso a dispositivos.

A utilização de dispositivos, compreende o uso de fotografias, desenhos, pictogramas ou uso de produtos de apoio, como os quadros e as tabelas comunicacionais. Como recursos tecnologicamente mais desenvolvidos e menos utilizados nas UCI existem os comunicadores/digitalizadores de fala, uso de aplicações informáticas e uso de dispositivos de acesso como manípulos ou teclados virtuais (Escola Superior de Educação e Ciências Social, 2012).

A escolha de um instrumento de CAA deve ser realizada de acordo com a análise e estudo das potencialidades e necessidades específicas de cada doente, de forma a serem mais eficazes e adequadas possíveis. Embora os profissionais de enfermagem estejam

atentos para a importância de uma comunicação eficaz como revelador de cuidados de qualidade, ainda demonstram um uso limitado ou inadequado de estratégias e dispositivos auxiliares à comunicação (Happ, et al., 2015).

É importante reconhecer que a inexistência de uma “(...) relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico” (Phaneuf, 2005, p. 11).

Posto isto, o desenvolvimento de competências comunicacionais deve ser uma prioridade por parte dos enfermeiros, pois é na comunicação que se encontra o cerne do cuidar humanizado e “a competência em comunicação faz-se cada vez mais necessária - somente assim é possível continuar oferecendo um cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e humanitário” (Stefanelli & Carvalho, 2005, p. 5). Segundo o Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados tendo o dever de dar atenção à pessoa na sua singularidade, inserida numa família e numa comunidade e propiciar o desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2009).

Uma UCI trata-se de um ambiente complexo, sendo fundamental refletir e compreender a humanização nestes ambientes, ou seja compreender o ser humano, como um ser complexo, singular e capaz de se reorganizar conforme as condições e o ambiente onde se encontra e das relações que são estabelecidas.

A humanização dos cuidados leva a uma excelência da prática de enfermagem, no sentido em que reflete a dimensão do cuidado holístico do doente crítico e a comunicação permite aos profissionais compreender as verdadeiras necessidades da pessoa cuidada, sendo assim vista como um instrumento fundamental para humanizar o cuidado de enfermagem nas UCI.

Pretende-se que a relação entre os profissionais e o doente seja baseada na empatia, compaixão, humildade e respeito, tendo sempre assegurados os princípios éticos de maneira a garantir a verdade acerca da condição do doente, o respeito pela autonomia e o processo de tomada de decisão (Nunes, 2013).

A comunicação constitui um desafio para os profissionais de saúde em CI, pois envolve a capacidade de adaptação e uma realidade em constante mudança, de maneira a satisfazer as verdadeiras necessidades do doente e sua família (Gordon, Ellis-Hill, & Ashburn, 2009). Espera-se que os enfermeiros usem adequadamente as suas competências comunicativas, como a escuta ativa e reflexiva, demonstrar interesse e disponibilidade, companhia, silêncio,

gestos de afeto, boa disposição e sorrisos, que permitem a construção de uma relação terapêutica (Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan, 2013).

Sabe-se que as competências comunicacionais são uma aptidão e não um traço de personalidade, podendo assim ser trabalhadas e melhoradas. Posto isto, é imprescindível a realização de programas de formação e treino de competências comunicacionais para os enfermeiros (Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, Akpor, & Moleki, 2017).

Segundo Phaneuf (2005) a aquisição de competências emerge no conjunto de três fatores: a formação/experiência profissional; o desenvolvimento da personalidade/experiências pessoais e a evolução que ocorre por meio das diferentes práticas e desafios no local de trabalho. No que respeita às competências a nível comunicacional cabe a cada enfermeiro responsabilizar-se por desenvolver as suas competências nesta área, de forma a melhorar o seu desempenho, a forma como comunica, para uma melhor interpretação das dificuldades e necessidades da PSC, em direção à satisfação e excelência do cuidar.

2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Neste subcapítulo encontra-se descrito o enquadramento concetual e teórico dos conceitos essenciais, assim como o modelo de enfermagem que sustenta o IPM, sem esquecer a realização de uma reflexão crítica fundamentada do mesmo.

Como referencial teórico para a IPM e para o desenvolvimento de competências, foi escolhido o Modelo de Relação Pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee, que será descrito no ponto seguinte. Assim como, apresentamos os conceitos basilares da linha de investigação proposta e uma conceptualização sobre a qualidade em saúde e segurança dos cuidados, sobre a temática do processo comunicacional com o doente crítico.

2.2.1. Modelo de relação pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee

Joyce Travelbee foi uma enfermeira que trabalhou na área da psiquiatria, educadora e escritora, nascida em 1926 e falecida em 1973. Embora tenha tido uma vida breve, contribuiu significativamente para a enfermagem. Iniciou a sua carreira como professora em enfermagem, ensinando precisamente enfermagem psiquiátrica, assim como produziu várias publicações de enfermagem. O desenvolvimento da sua teoria deveu-se essencialmente à sua vasta experiência em instituições de caridade Católica, na medida em que acreditava que o cuidado de enfermagem estava diretamente relacionado com compaixão (Tomey & Alligood, 2004).

Influenciada por Ida Jean Orlando, que tinha desenvolvido um modelo idêntico, Travelbee desenvolveu o Modelo de relação pessoa-a-pessoa, esta acreditava que a enfermagem necessitava de uma revolução humanística, a criação de uma nova imagem do cuidar, um retorno do foco para o cuidado como função primordial (Tomey & Alligood, 2004). Esta teórica de enfermagem afirmou que o propósito da enfermagem é assistir o indivíduo, a família e a comunidade a enfrentar a doença e o sofrimento.

O Modelo de relação pessoa-a-pessoa desenvolvido por Travelbee foi aplicado pela mesma na área da psiquiatria e posteriormente muito utilizado em cuidados paliativos, auxiliando os doentes com doenças terminais (Tomey & Alligood, 2004). No entanto, é evidente que se adapta e tem aplicabilidade em outras áreas, podendo assim ser transposto para a pessoa em situação crítica, tendo em conta que é fundamental a relação entre enfermeiro, doente e família.

Para uma melhor compreensão do modelo é importante descrever os conceitos que o definem, apresentados em tabela (tabela n.º 1):

Conceito	Definição
Ser Humano	Indivíduo único e insubstituível.
Doente	Termo padrão, que define seres humanos individuais que requerem de ajuda e assistência de outros indivíduos.
Enfermeira	Ser humano com conhecimentos especializados e capacidades para prestar assistência a outros seres humanos.
Doença	Travelbee não definiu doença como não ser saudável, considerando que a experiência humana de doença varia de indivíduo para indivíduo.
Sufrimento	Sentimento de desprazer, podendo ser mental, físico ou espiritual.
Dor	Não é observável, apenas os efeitos que produz nos indivíduos. Trata-se de uma experiência singular de cada indivíduo.
Esperança	Estado mental de desejo pelo alcance de um dado fim ou objetivo.
Desespero	Estar sem esperança.
Comunicação	Processo que permite à enfermeira firmar uma relação pessoa-a-pessoa com o objetivo de auxiliar os indivíduos e as famílias a lidar com a experiência de doença e de sofrimento, e se possível assistilos a encontrar sentido nessas experiências.
Interação	Qualquer contato entre dois indivíduos, que sofrem influencia mútua um sobre o outro e comunicam entre si.
Interação enfermeiro-doente	Qualquer contato entre a enfermeira e a pessoa doente.

Necessidades de Enfermagem	de	Qualquer necessidade da pessoa doente ou família, que possa ser satisfeita tendo em conta a definição legal da prática de enfermagem.
Uso terapêutico do Self		Uso por parte do enfermeiro da sua personalidade para estabelecer uma relação e de estruturar a intervenção de enfermagem
Empatia		Processo que permite um individuo compreender o estado psicológico de outro.
Simpatia		Vontade de ajudar um individuo.
Harmonia		Acontecimento, experiência ou um conjunto de experiências vividas pelo enfermeiro e pela pessoa cuidada.
Relação pessoa-a-pessoa		Experiência ou conjunto de experiências vivenciadas entre a enfermeira e a pessoa cuidada/família com necessidade de enfermagem. Esta relação ocorre quando há harmonia, empatia e simpatia e é através dela que é atingido o propósito da enfermagem.

Tabela 1 - Conceitos do Modelo Relação Pessoa-a-pessoa de Joyce Trabelbee. Fonte: Elaboração própria, adaptado de Tomey & Alligood, 2004.

Para Trabelbee, a relação pessoa-a-pessoa é firmada quando cada pessoa percebe o outro como ser humano único. O modelo em questão destaca as premissas de que o estabelecimento e manutenção da relação pessoa-a-pessoa consta numa atividade que se enquadra no campo da prática de enfermagem e a relação estabelece-se a partir do momento que cada interveniente entende o outro como ser humano único.

Joyce Trabelbee preza a relação afirmada entre o enfermeiro e a pessoa doente/família, que é feita através da comunicação, da escuta, da percepção e do cuidado (Tomey & Alligood, 2004).

O modelo de Trabelbee tem como pressupostos teóricos a enfermagem estabelecer-se através da relação pessoa-a-pessoa, em que a condição humana é igual para todos e em algum momento a maioria das pessoas irão vivenciar experiências de alegria, contentamento, felicidade e amor. No entanto, todas as pessoas poderão estar perante um episódio de doença e de dor e até confrontadas com a morte (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo a teórica, a qualidade e quantidade do cuidado prestado depende da percepção que a enfermeira faz da pessoa doente. O termo doente e enfermeira são meramente termos que facilitam a comunicação, sendo essencial os papéis destes intervenientes serem ultrapassados para que seja possível a relação entre ambos. A comunicação é vista como o meio de estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa (Tomey & Alligood, 2004).

Trabelbee defende que a doença e o sofrimento não se resumem a uma experiência física, mas também espiritual e emotiva. O enfermeiro ao ajudar a encontrar sentido na

experiência de doença e sofrimento permite aos indivíduos lidar melhor com as consequências que se sucedem. É dever do enfermeiro auxiliar a pessoa doente e família a compreender o significado do sofrimento e da doença. O modelo defende ainda que a preparação do enfermeiro é fundamental para proporcionar cuidados humanizados (Chistóforo, Zagonel, & Carvalho, 2006).

Para a teórica em questão, o encontro entre o enfermeiro e a pessoa doente é o começo de uma relação que tem como propósito a Harmonia na relação. É por meio da comunicação que este primeiro encontro ocorre, permitindo que cada participante use a sua personalidade de forma consciente, originando uma relação de empatia. Após o estabelecimento da empatia, surge a vontade de ajudar, isto é, surge uma relação de simpatia entre a enfermeira e a pessoa doente. No final estamos perante uma Harmonia que se traduz no desenvolvimento até chegarmos a esta etapa, na presença de sentimentos mútuos, com respeito pelo outro enquanto ser humano ímpar e impreterível (Tomey & Alligood, 2004).

2.2.2. Comunicação com o Doente Crítico e Qualidade em Saúde

Doente Crítico ou Pessoa em Situação Crítica (PSC) define-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

Os cuidados prestados à PSC, consistem num processo difícil, que deve basear-se numa visão holística da pessoa como centro do cuidado, portanto, é esperado que o EEEPSC, firme a sua prática nos padrões de qualidade dos cuidados especializados da sua área. Posto isto, é fundamental a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2015, p. 17243).

Segundo o metaparadigma da enfermagem descrito no Enquadramento Conceptual da profissão emitido pela OE nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001, engloba quatro conceitos importantes: a pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem (OE, 2001). O enfermeiro é o profissional que “(...) se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multidisciplinar de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir” (Nunes, 2017, p. 13).

O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, desenvolvendo assim uma relação

terapêutica que tem como fim ajudar o doente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

A qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação crescente nos últimos anos, quer a nível internacional, quer a nível nacional. Cabe ao estado “Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (Assembleia da República, 2005, p. 4652).

Face ao reconhecimento dado aos cuidados relativos à segurança do doente, gestão de risco e qualidade de vida do doente, exige a criação e aplicação de estratégias, assim como a adoção de novas conceções nas organizações de saúde, tendo como objetivo uma melhoria de ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes (1993); Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010).

Em paralelo com as orientações estratégicas emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Portugal, através do Plano Nacional de Saúde é adotado um modelo concetual com quatro eixos estratégicos: cidadania, acesso, políticas saudáveis e qualidade (DGS, 2015a).

A OMS define qualidade em saúde como, prestação de cuidados de saúde eficazes, pertinentes, equitativos, seguros e centrados na pessoa, com intenção de melhorar os resultados de saúde esperados pelas pessoas e pelas comunidades (OMS, 2006). Em conformidade com esta definição, a DGS (2015a) e o MS (2015a) mencionam que qualidade em saúde traduz-se pela “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”, considerando sempre as suas expetativas e necessidades (DGS, 2015a, p. 16).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 apresentado no Plano Nacional da Saúde, consta que

“A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas de inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem e conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015a, p. 13551).

Nesta linha de pensamento, destacamos que a intervenção de enfermagem “(...) corresponde à prática de um cuidado, que é concretizado numa pessoa e com uma pessoa,

na dupla perspetiva de que se materializa no ser humano verificando-se nele a produção de resultados, e que se desenvolve numa relação pessoa-enfermeiro” (Deodato, 2014, p. 20). Salienta-se, que o tratamento holístico à pessoa em situação crítica implica um compromisso de cuidado a quem dele necessita, na alçada do agir profissional (saber fazer), do fundamento ético (saber ser) e na deontologia profissional em enfermagem (saber estar) (Nunes, 2017).

Face ao exposto, o conceito de cuidado humanizado deve ser tido como fulcral, ou seja, os cuidados devem ser centrados no doente, tendo sempre em consideração as suas necessidades individuais e se possível permitir que tome decisões sobre os cuidados recebidos. Considera-se um cuidado de saúde incompleto quando não engloba uma intervenção no âmbito da comunicação que responda a situações do carácter físico e emocional (Saldaña, Alarcón, & Romero, 2015).

A dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença tem vindo a ser considerada nas relações e na comunicação do profissional de saúde com os doentes. “O cuidado em enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística e sob a luz de uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado aos seus clientes, vislumbrando uma assistência de qualidade (...), pressupõe habilidade técnica do profissional de saúde no exercício de suas funções, além de competência pessoal evidenciada na capacidade de perceber e compreender o ser paciente (...) satisfazendo as suas necessidades” (Morais, Costa, Fontes, & Carneiro, 2009, p. 324).

Tendo por base que a comunicação permite aos profissionais compreender as necessidades da pessoa cuidada, é importante refletir sobre a importância da comunicação no processo do cuidar humanizado em UCI. Pretende-se que a relação entre os profissionais e o doente seja baseada na empatia, compaixão, humildade e respeito, tendo sempre assegurados os princípios éticos de maneira a garantir a verdade acerca da condição do doente, o respeito pela autonomia e o processo de tomada de decisão (Nunes, 2013).

Reforçando o já apresentado, nos enunciados do Modelo de Relação Pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee, a comunicação diz respeito a um processo que permite reforçar a relação entre o enfermeiro e o doente crítico de forma a ajudá-lo a lidar com a sua situação de doença, mas para isso é imprescindível olhar para o doente como um todo.

Phaneuf (2005) explica que “é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico” (Phaneuf, 2005, p. 11).

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro é “um agente responsável pela humanização dos cuidados tendo o dever de dar atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e propiciando o desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2009).

A comunicação é um elemento chave na garantia da segurança do doente, manifestando-se na qualidade dos cuidados. O estímulo à comunicação é uma estratégia fundamental e determinante no setor da saúde, a qualidade e efetividade da comunicação reflete-se diretamente no estado de saúde dos doentes (Brás & Ferreira, 2016). Uma comunicação eficaz permite uma maior satisfação dos doentes e promove o incremento da qualidade dos cuidados (Brás & Ferreira, 2016).

A qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes interfere com o estado de saúde e a utilização dos serviços, possibilitando uma perceção dos riscos e determinar uma possível alteração de comportamentos. Uma comunicação eficaz conduz a uma satisfação do utente e uma maior adesão aos cuidados de saúde com vista em melhores resultados. A qualidade do cuidado depende não somente da presença de competência técnica por parte dos profissionais, mas especialmente da habilidade de comunicar e interagir com os utentes e sua família.

Deste modo, é evidente a importância da implementação de planos que promovam uma comunicação eficaz com o doente crítico, sendo que a identificação e adoção de estratégias, que promovam uma comunicação eficaz com o doente crítico, objetivam a segurança e melhoria dos cuidados prestados aos doentes críticos internados em UCI.

2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Segundo a Direção Geral da Saúde (2017a) diagnóstico de situação tem como finalidade “traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde” (DGS, 2017a, p. 6)

A primeira etapa da metodologia de projeto consiste no diagnóstico de situação, que tem como objetivo “(...) elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10). A conceção do diagnóstico deve ir ao encontro das necessidades de saúde da população em estudo, que determina a pertinência do planeamento e as atividades a desenvolver (Imperatori & Giraldes, 1993).

Perante o que foi dito anteriormente, na primeira semana de estágio na UCIPG foi fundamental a consulta das normas de orientação clínica e de protocolos existentes na

unidade, assim como tomar conhecimento dos projetos de melhoria da qualidade a decorrer na mesma.

No decorrer do estágio desenvolvido em UCI surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento da temática da comunicação do enfermeiro com o doente após verificar uma dificuldade pessoal, assim como apurar ser uma área de grande importância e por vezes carenciada neste contexto. Em conjunto com entrevistas exploratórias não estruturadas com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora de estágio surgiu a temática da comunicação com o doente crítico em contexto de UCI, área que me entusiasmou a nível pessoal, para além de nunca ter sido aprofundada pela equipa da unidade em questão.

No que diz respeito à humanização dos cuidados de saúde, a comunicação assume uma dimensão importante no âmbito do cuidar, que por si só fundamenta a necessidade de estabelecer uma comunicação eficaz, permitindo o planeamento de intervenções de enfermagem adequadas às reais necessidades dos doentes. A comunicação com o doente sem limitações na comunicação verbal por si só já compreende um processo difícil, sendo agravado quando nos deparamos com o doente crítico, em grande parte das situações com comprometimento da comunicação verbal, mostrando ser um desafio para os profissionais de saúde.

Para avaliar a potencialidade da IPM foi também usado o método para a elaboração de diagnósticos de investigação social, a análise SWOT, sendo um acrónimo para *Strengths, Weakness, Threats* e *Opportunities* (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) (Apêndice C). Na análise SWOT estão descritas as forças e fraquezas, oportunidades e ameaças para a implementação desta IPM. Embora a UH escolhida afirma-se como Centro de Referência para a prestação de cuidados de qualidade bem como a humanização dos mesmos, verifica-se ainda alguma dificuldade em realizar mudanças e formar as equipas, este fato é agravado muitas vezes pela grande rotatividade das equipas, por falta de incentivos aos profissionais o que conduz a desmotivação dos mesmos. Assim como, a elevada carga de trabalho não permite que os profissionais tenham tempo para a realização de mais formações, assim como projetos de melhoria realizados na unidade.

No período de tempo entre 1 de novembro a 30 de novembro de 2019 foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem da UCIPG, ao longo dos turnos da manhã, tarde e noite, num total de 25 enfermeiros, que consistia numa primeira parte de caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda parte pretendia a avaliação da equipa quanto à pertinência da intervenção proposta (Apêndice D).

Salientamos, que todos os elementos da equipa de enfermagem da UCIPG foram previamente à aplicação do questionário informados acerca da IPM e convidados a participar

no mesmo, pressupondo o preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes, por escrito, por meio de um documento elaborado para tal (Apêndice E), visto que, “a participação no projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos” (Nunes, 2013, p. 10). Foi também assegurado o anonimato dos participantes.

As dúvidas por parte dos participantes foram sendo suprimidas aquando da entrega dos questionários, todos eles foram devolvidos devidamente preenchidos. Para o tratamento dos dados obtidos, foi realizada a análise estatística quantitativa, com a utilização do sistema *Microsoft Excel*.

A aplicação dos questionários foi possível apenas a 25 elementos, do total de 55 enfermeiros, ou seja 45,5% de toda a equipa da UCIPG. A primeira parte do questionário, tal como já foi referido, compreende a caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos participantes, e de seguida serão apresentados os dados colhidos.

Podemos constatar que a amostra representativa da equipa de enfermagem possui idades muito jovens, em que 100% dos elementos têm idade inferior a 40 anos (Gráfico 1), assim como é constituída maioritariamente por elementos do género feminino (60%) (Gráfico 2).

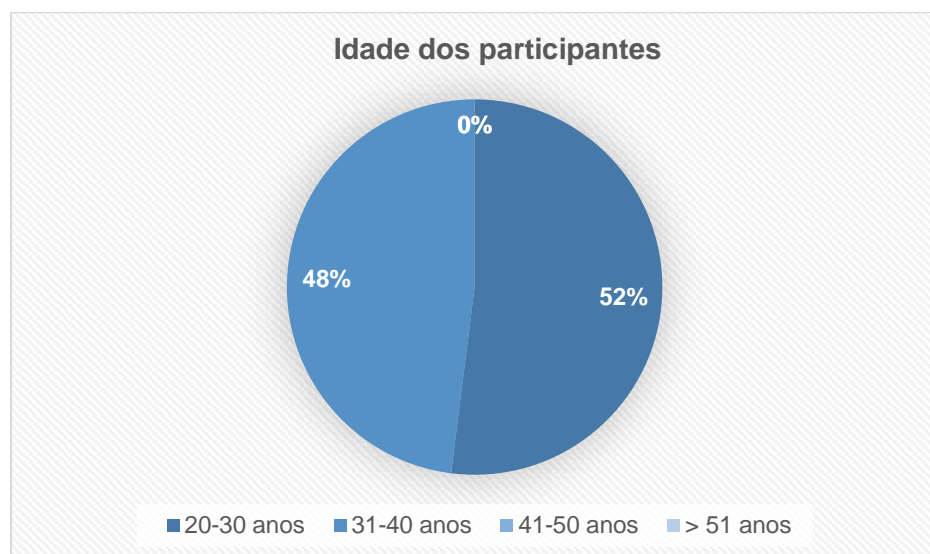


Gráfico 1 - Idade dos Participantes. Fonte: Elaboração própria.

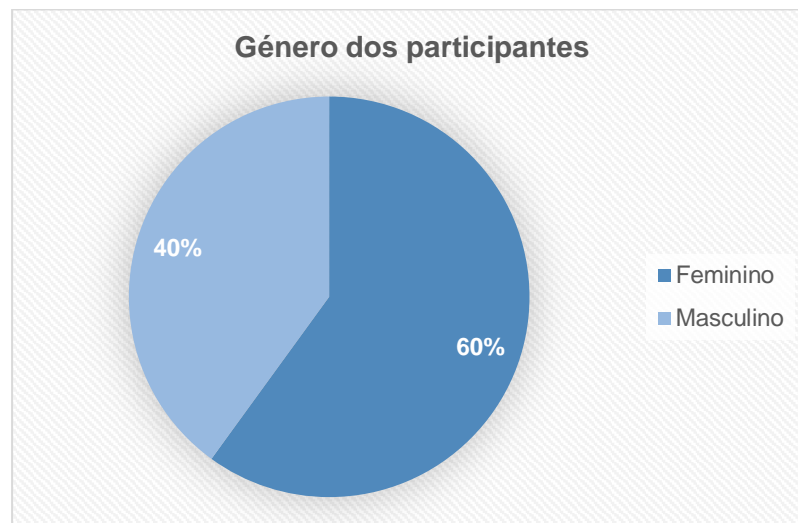


Gráfico 2 - Género dos participantes. Fonte: Elaboração Própria.

Relativamente aos dados profissionais, 44% participantes têm entre 5-9 anos de tempo de exercício profissional e apenas 12% dos elementos têm mais de 15 anos de exercício profissional (Gráfico 3). Quanto ao tempo de experiência em UCI (Gráfico 4), a maioria (72%) dos enfermeiros tem apenas entre 0-4 anos de experiência profissional neste tipo de unidades. Podemos concluir, que para além de uma equipa muito jovem, com poucos anos de experiência profissional, a maioria iniciou a sua vida profissional em contexto de UCI.



Gráfico 3 - Tempo de exercício profissional dos participantes. Fonte: Elaboração Própria.

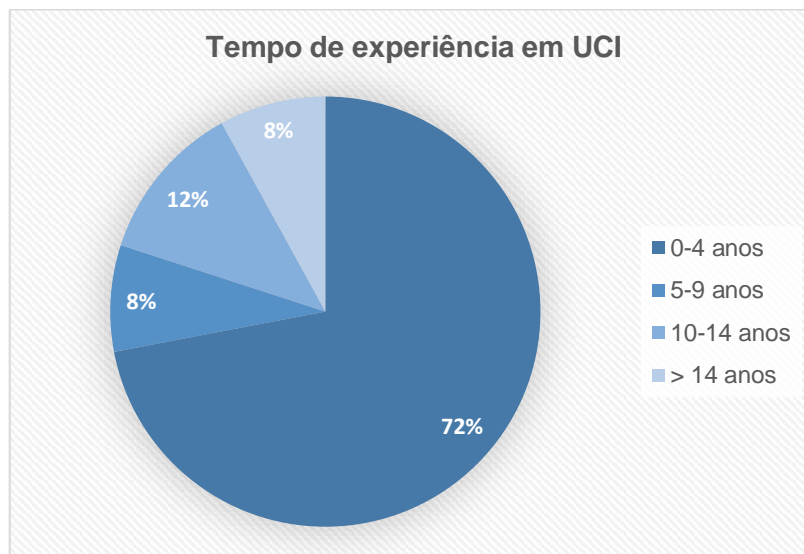


Gráfico 4 - Tempo de experiência profissional em UCI dos participantes. Fonte: Elaboração Própria.

No que diz respeito às habilitações académicas dos participantes dos questionários, 41% dos enfermeiros questionados possuem apenas a licenciatura, 17% possuem uma pós-graduação, todas elas relacionados com o doente crítico, 20% têm título de EE e com grau académico de mestrado (20%) (um Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, um em Sexologia, um em Ciências de Enfermagem e cinco Mestres em EMC) (Gráfico 5). Quanto à área de especialização, seis enfermeiros são especialistas em EMC e dois em enfermagem de reabilitação, como se pode constatar no gráfico 6.

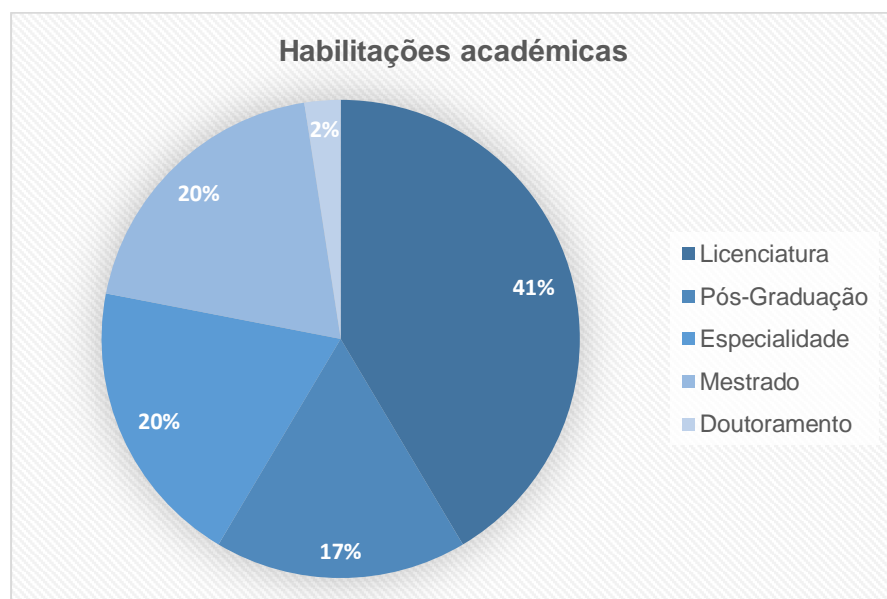


Gráfico 5 - Habilitações académicas. Fonte: Elaboração Própria.

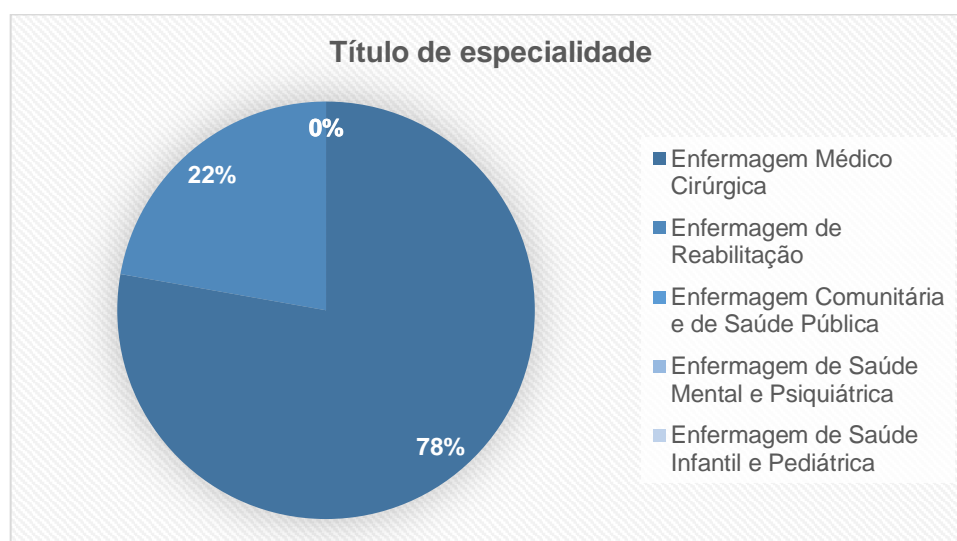


Gráfico 6 - Especialidades existentes dos participantes abrangidos pelo questionário. Fonte: Elaboração Própria.

A segunda parte do questionário refere-se à compreensão da pertinência da temática em estudo, todos os participantes consideram importante a atualização de conhecimentos na área da comunicação entre o enfermeiro e o doente crítico internado em UCI, assim como consideram que a comunicação é entre muito a extremamente importante na prestação de cuidados no contexto de UCI (Gráfico 7).

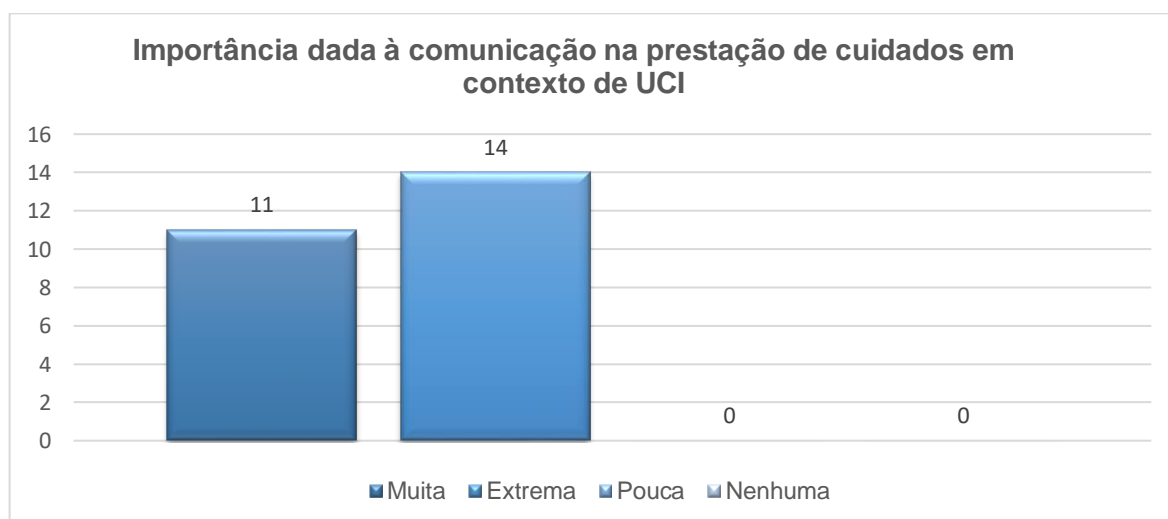


Gráfico 7- Importância da comunicação para a prestação de cuidados em contexto de UCI. Fonte: Elaboração Própria.

Os aspetos que os participantes mais privilegiaram na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente foram em primeiro as expressões faciais e a postura, seguindo-se os gestos e expressões gestuais e o olhar, com menor importância foram

assinalados o sorriso e o toque. O aspeto menos valorizado por parte dos profissionais questionados foi o silêncio. Um participante descreveu como aspeto que privilegia na comunicação com o doente a presença de familiares/pessoa significativa e comunicar sempre a intervenção a realizar e quando possível obter o seu consentimento, e outro enfermeiro privilegiou o ambiente envolvente/privacidade como aspeto importante na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente (Gráfico 8).



Gráfico 8 - Aspetos privilegiados aquando da comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente. Fonte: Elaboração Própria.

A questão número quatro do questionário dizia respeito ao uso de estratégias alternativas à comunicação verbal, em que os participantes descrevem aquelas que usam na sua prática profissional. Ficou claro que a estratégia mais usada pela totalidade dos participantes corresponde a incentivar a escrita (100%) fornecendo papel e caneta ao utente para comunicar. Outras duas estratégias mais usadas são o uso do abecedário e do álbum de imagens. A estratégia da tabela de frases foi aquela que os enfermeiros assinalaram como a menos usada. Um participante descreveu que usa também a estratégia de fazer questões de resposta simples (sim ou não) e dois enfermeiros usam os gestos e a interpretação labial como estratégia alternativa à comunicação verbal (Gráfico 9).

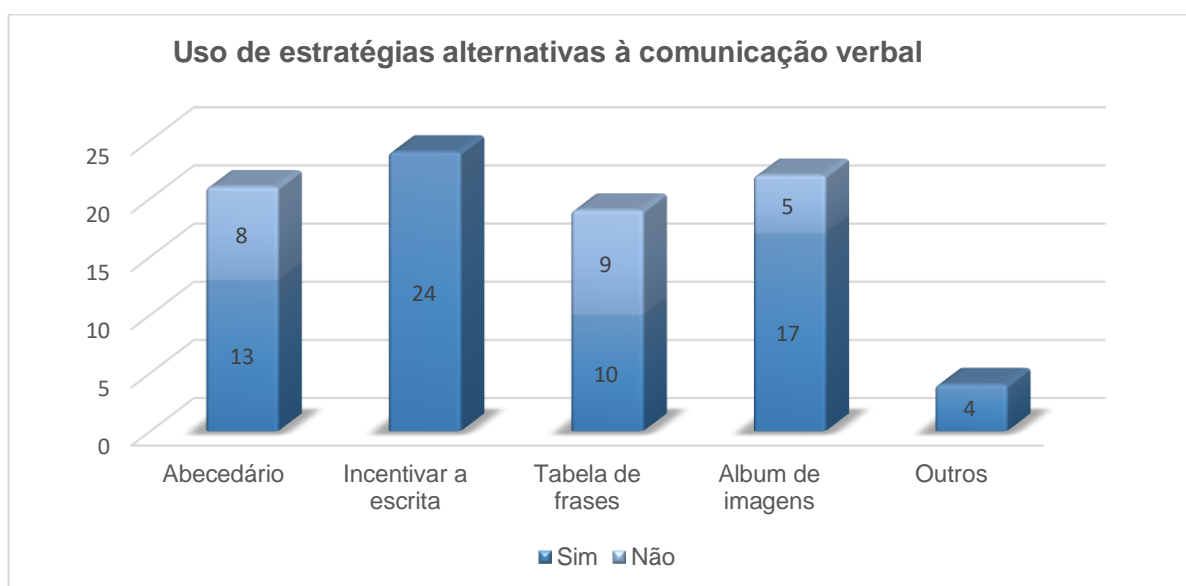


Gráfico 9 - Utilização de estratégias alternativas à comunicação verbal. Fonte: Elaboração Própria.

Na opinião do conjunto dos enfermeiros da amostra, os fatores que mais condicionam a comunicação com o doente crítico em contexto de UCI são o estado de consciência do doente e a falta de tempo por parte dos profissionais para comunicar com os doentes. A relação enfermeiro-doente e o espaço físico são vistos como condicionantes por menos enfermeiros, e a presença de outras pessoas releva-se um fator pouco condicionador da comunicação. Alguns enfermeiros descreveram os equipamentos médicos, como o tubo endotraqueal, o ruído e a múltipla solicitação/várias tarefas em simultâneo como condicionantes à comunicação estabelecida com o doente crítico (Gráfico 10).

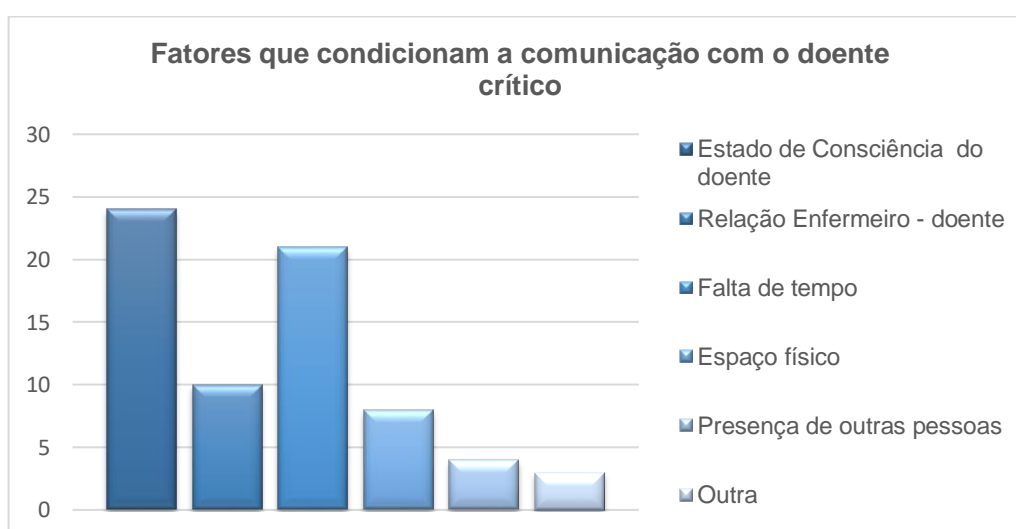


Gráfico 10 - Fatores que mais condicionam a comunicação com o doente crítico em contexto de UCI. Fonte: Elaboração Própria.

Uma das questões pretendia percebermos o quanto os enfermeiros percecionavam as suas dificuldades de comunicação, ou seja, o grau de dificuldade que sentem. A maioria dos inquiridos (16 enfermeiros) sentem alguma dificuldade na comunicação, seis enfermeiros sentem muita dificuldade e apenas um elemento sente extrema e outro pouco dificuldade na comunicação (Gráfico 11).

No gráfico 12 encontram-se descritas as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando da comunicação com o doente crítico. A maioria dos profissionais (19 enfermeiros) referem sentir mais dificuldade em compreender a comunicação oral do doente, quando este não se expressa oralmente de forma clara. A segunda dificuldade mais sentida (12 enfermeiros) refere-se à dúvida acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida, assim como compreender os doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios (11 enfermeiros) e expressar-se através da comunicação não verbal (9 enfermeiros). Apenas dois participantes referem sentir dificuldade pela escassa relação de confiança entre o enfermeiro e o doente. Um enfermeiro atribui a dificuldade na comunicação à falta de tempo para a mesma (Gráfico 12).



Gráfico 11 - Perceção da dificuldade na comunicação. Fonte: Elaboração Própria.

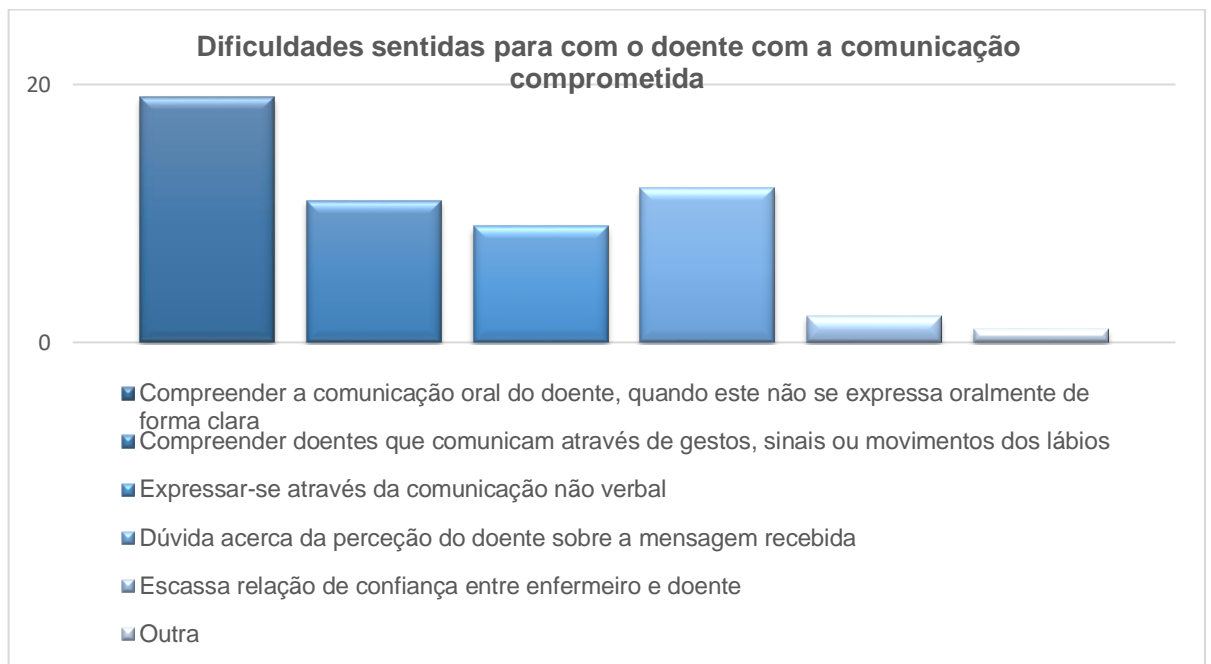


Gráfico 12 - Principais dificuldades sentidas aquando da comunicação com o doente com a comunicação comprometida. Fonte: Elaboração Própria.

Face ao anteriormente exposto, a contextualização da problemática, análise e interpretação do questionário e da análise SWOT, definimos como situação-problema a ausência de estruturação e protocolização, bem como material diferenciado para uma eficaz comunicação com o doente crítico em contexto de CI.

Assim, a problemática define-se como: comunicação com o doente crítico em contexto de CI, tendo sido primordial iniciar-se com uma pesquisa bibliográfica em torno da temática, com o objetivo de perceber o estado da arte nesta área e para a definição de objetivos para o estudo.

Salienta-se que para a prestação de cuidados de qualidade, no documento da OE (2015) acerca dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em PSC, está descrito sobre a satisfação do 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, 2015, p. 17241).

É fundamental a uniformização dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento de linhas orientadoras que suportem a tomada de decisão dos enfermeiros, tendo como finalidade a melhoria dos cuidados prestados.

2.4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação procede-se à etapa da definição de objetivos a alcançar perante o problema identificado, sendo estabelecido um período de tempo para o mesmo. É imperativo uma correta definição dos objetivos pois esta dita o sucesso da IPM. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) é “mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 45).

O presente IPM tem como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria do processo comunicacional com o doente crítico em contexto de UCI.

Segundo (Mão-de-Ferro, 1999), o objetivo geral é avaliado através da definição de objetivos mais específicos, permitindo uma mais abrangente objetivação dos resultados esperados. Assim foram delineados quatro objetivos específicos:

1. Observar as práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG;
2. Divulgar os dados obtidos através da observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG;
3. Construir uma proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG;
4. Divulgar a proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

2.5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento diz respeito à terceira fase metodológica, compreendendo uma planificação detalhada da IPM, em que são definidos os recursos necessários para a execução, assim como as limitações do mesmo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Perante os objetivos anteriormente traçados, nesta etapa são definidas as atividades e estratégias a desenvolver, assim como os métodos e recursos utilizados para tal.

Nesta fase é definido o período de implementação da IPM, elaborando um calendário com as intervenções propostas, a sua duração assim como as atividades a desenvolver. O planeamento da IPM foi feito através da criação de um cronograma (Apêndice F) de atividades a desenvolver em cada uma das fases da metodologia de projeto, no entanto o cronograma foi sofrendo alterações ao longo do projeto devido à demora na obtenção de aprovação por parte da comissão de ética para a saúde, tendo sido necessário reestruturar o mesmo.

A fase que segue o planeamento diz respeito à etapa da execução, traduzido por uma concretização de tudo o que foi colocado em plano anteriormente (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). A fase do planeamento e a fase da execução encontra-se ligadas entre si, e por esse motivo são apresentadas no mesmo subcapítulo.

Tendo em conta o supracitado, foi realizada uma proposta de projeto da IPM na UCIPG na data de 20 de outubro de 2019, que obteve o parecer positivo da Enf. Chefe e do Diretor Clínico da UCIPG a 15 de novembro de 2019, bem como da Docente Orientadora. Posteriormente a este parecer positivo, face ao caráter académico do trabalho realizado numa instituição, este “(...) tem de ser devidamente autorizado (...) por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (Nunes, 2013, p. 14), tendo sido feito o pedido à Comissão de Ética do CHUSJ, através do preenchimento de vários formulários específicos da instituição em causa (Apêndice G). A 28 de novembro foi-nos comunicado a necessidade de esclarecimento acerca da documentação enviada. Assim no dia 11 de dezembro foi avaliado em reunião da comissão de ética para a saúde, tendo sido o resultado comunicado via email no dia 17 de dezembro de 2019, data em que recebemos o parecer positivo (Anexo A).

Na data de 14 de janeiro de 2020, a Enf. Chefe comunicou a necessidade de alterar a IPM, justificada pelas condições do serviço na altura, com vários elementos de enfermagem de baixa, e os restantes com uma carga de trabalho elevada, a realizar turnos extraordinários, conseqüente à grande afluência de doentes à unidade.

Assim, depois de reconhecida a temática e confirmada a pertinência da IPM junto das chefias e da equipa de enfermagem da UCIPG, por meio da aplicação do questionário acima aludido no ponto 2.3., definidos os objetivos e considerando o tempo limitado para o

desenvolvimento da IPM, foram definidas as estratégias e atividades a realizar para a concretização de cada objetivo específico traçado, assim como os recursos usados e os indicadores de avaliação, sendo eles:

Objetivo:

1. Observar as práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG.

Atividades e estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre o processo de comunicação entre o enfermeiro e o doente crítico em contexto de CI;
- Elaboração de um Guião para a observação da prática comunicacional entre enfermeiro e o doente crítico na UCIPG;
- Validação do Guião elaborado para a observação pela docente orientadora, enfermeira orientadora e enfermeira chefe;
- Calendarização da realização da observação do processo comunicacional entre o enfermeiro e doente crítico na UCIPG em conjunto com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe;
- Realização de observação das práticas comunicacionais entre o enfermeiro e doente crítico na UCIPG;
- Preenchimento do guião para a observação do processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG;
- Análise dos dados obtidos através da observação das práticas comunicacionais entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG.

Recursos humanos: Enfermeira orientadora da UCIPG; Enfermeira Chefe da UCIPG e Docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: internet; bibliografia variada; bases de dados científicas; guião de observação.

Indicadores de avaliação:

- Realização de pelo menos 50 observações do processo comunicacional entre o enfermeiro e doente crítico na UCIPG.

A estratégia adotada por intermédio da observação participante pretendia observar a interação comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico para uma maior compreensão do processo comunicacional entre os intervenientes. Segundo Fortin (2009) a observação participante diz respeito ao processo de “observar e descrever, de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação “ (Fortin, 2009, p. 371).

Assim as observações realizadas tiveram por base um guião (Apêndice H), tratando-se de um instrumento que compreende vários tópicos de preenchimento rápido, com seleção dos itens a observar, e um espaço aberto para apontamento de notas.

O guião para a realização das observações teve como itens principais:

- Caracterizar o doente crítico, se este se encontra impossibilitado de comunicar verbalmente ou não, avaliar o nível de consciência e se está sujeito a algum tipo de sedação;
- Identificar a finalidade da comunicação estabelecida pelos enfermeiros;
- Identificar o tipo de comunicação estabelecida pelos enfermeiros;
- Identificar os fatores que interferem no processo comunicacional com o doente crítico;
- Identificar as dificuldades sentidas e vivenciadas pelos enfermeiros aquando da comunicação com o doente crítico;
- Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para comunicar com o doente crítico.

Não foi definido um limite de número de interações por enfermeiro. As observações decorreram ao longo dos turnos da manhã, tarde e noite, conforme o serviço permitisse, tendo sido na sua maioria realizadas no turno da manhã, com início em 1 de dezembro de 2019 e término 10 de janeiro de 2020.

As observações foram realizadas em diversos momentos de cuidados, de forma a abranger o máximo de interações desenvolvidas pelos participantes, entre eles, aquando da prestação de cuidados de higiene e conforto, na realização de procedimentos técnicos, momentos de administração de terapêutica e manipulação de dispositivos médicos do doente. Os momentos expostos anteriormente foram os mais observados, no entanto foi possível colher dados de momentos de interação comunicacional entre os enfermeiros e o doente crítico em situações em que o doente intercepta o enfermeiro para esclarecimento de dúvidas ou para fazer algum pedido. Foram igualmente observados momentos em que o enfermeiro se dirige ao doente com intenção de questioná-lo e perceber as suas necessidades.

Objetivo:

3. Construir uma proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

Atividades e estratégias planeadas:

- Efetuar uma pesquisa bibliográfica com a mais recente evidência científica sobre o tema da comunicação com o doente crítico em contexto de CI;
- Criação de uma proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG (Apêndice L);
- Discussão da proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG com a enfermeira orientadora;
- Revisão da proposta de acordo com as recomendações da enfermeira orientadora e enfermeira chefe;
- Formulação da proposta final sobre o protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

Recursos humanos: Enfermeira orientadora da UCIPG; Enfermeira Chefe da UCIPG e Docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: internet; bibliografia variada;

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final do protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

Com o propósito da implementação da proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG, foi planeada uma segunda sessão formativa contendo a apresentação da temática da comunicação com o doente crítico fundamentada com evidência recente, exposição de estratégias facilitadoras da comunicação e por último a exposição da proposta de protocolo.

Objetivo:

2. Divulgar os dados obtidos através da observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG;

4. Divulgar a proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico á equipa de enfermagem da UCIPG.

Atividades e estratégias planeadas:

- Discussão dos dados obtidos através da observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG com a enfermeira orientadora;
- Construção dos planos de sessão para as ações formativas;
- Elaboração das apresentações para suporte das ações formativas;
- Validação dos planos de sessão e das sessões de formação junto da enfermeira orientadora e enfermeira chefe;
- Calendarização das ações formativas em conjunto com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe;
- Realização das ações formativas para apresentação dos dados obtidos por meio da observação do processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico e divulgar a proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG;
- Realização e aplicação de um questionário de avaliação para cada sessão formativa.

Recursos humanos: Enfermeira orientadora da UCIPG; Enfermeira Chefe da UCIPG e Docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: internet; bibliografia variada; bases de dados científicas; computador; ecrã multimédia e sala de formação da UCIPG.

Indicadores de avaliação: Presença de pelo menos 50% dos enfermeiros da UCIPG na sessão formativa e o preenchimento do questionário de avaliação da sessão por parte de todos os elementos presentes nas mesmas.

Os objetivos acima identificados encontram-se apresentados em simultâneo, pois as atividades e estratégias traçadas para atingi-los foram desenvolvidas em conjunto.

Perante (Mattia, Kleba, & Prado, 2018) a formação dos profissionais é fundamental e influência diretamente a prática dos mesmos, conduzindo a um melhor cuidado em saúde, numa maneira de articular a teoria com a prática, possibilitando ao público-alvo refletir sobre as suas aprendizagens, consolidar e aplicá-las no contexto prático.

Face aos últimos objetivos específicos expostos, consideramos importante numa primeira sessão formativa apresentar a IPM e divulgar os dados obtidos através das observações realizadas às práticas comunicacionais entre os enfermeiros e o doente crítico na UCIPG. Numa segunda sessão formativa pretendemos incidir sobre a problemática do processo comunicacional com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos através da

apresentação e divulgação da proposta de protocolo orientador do processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico, possibilitando a sensibilização da equipa de enfermagem para a otimização da comunicação na UCIPG e na promoção da uniformização de procedimentos no processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

Para a realização de ambas as sessões formativas, foi elaborado um plano de sessão onde estão mencionados os objetivos, recursos necessários, métodos utilizados e o tempo previsto para a duração de cada etapa da sessão (Apêndice I).

As sessões formativas foram calendarizadas em conjunto com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe, tendo em consideração os aspetos internos da unidade, tendo sido planeado a sua realização para as duas últimas semanas do estágio (20 a 31 de janeiro de 2020) (Apêndice J).

Após a realização das sessões formativas é aplicado um questionário para avaliar a sessão de formação por parte do formando (Apêndice J).

2.6. AVALIAÇÃO E RESULTADOS

A avaliação diz respeito à fase de interrogar o trabalho desenvolvido (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) e, deve ser realizada no decorrer do percurso desenvolvido, de forma a contribuir para a avaliação final. Avaliar um projeto "(...) implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente" (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 26).

Segundo Nunes (2017) a última fase da Metodologia de Projeto "(...) deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficácia (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)" (Nunes, 2017).

A etapa da avaliação compreende distintamente a avaliação do processo e a avaliação dos resultados, assim como uma análise e reflexão acerca da execução da IPM (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Realço que, o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Travelbee aludiu-nos para a pertinência e importância da temática da IPM no serviço de CI, fundamentalmente das atividades que nos propusemos realizar pois, as pessoas internadas em UCI experimentam situações de ansiedade, dúvida e medo. A efetivação de uma relação interpessoal, com valorização da comunicação, da escuta e da perceção por parte do doente relativamente aos cuidados que lhe são prestados, proporciona que os enfermeiros reflitam acerca da relevância da preparação profissional, como metodologia para a otimização e humanização dos cuidados.

Neste sentido, segue-se a análise das atividades e estratégias adotadas e a avaliação dos objetivos anteriormente definidos, consoante os indicadores traçados.

Objetivo:

1. Observar as práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG;

Indicadores de avaliação: Realização de pelo menos 50 observações das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG.

É de realçar que a equipa de enfermagem da UCIPG mostrou desde sempre uma enorme disponibilidade para a colaboração na realização e posterior implementação da IPM. Embora a equipa estivesse a ultrapassar uma fase de carência de elementos, assim como a participar na integração de elementos novos de enfermagem na unidade, após tomarem conhecimento da IPM, participaram de forma voluntária, esclarecida e empenhada na realização das observações das práticas comunicacionais, na medida do possível.

A realização de observações ao processo de interação comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG, contabilizou um total de 55 observações, conseguindo desta forma superar o objetivo inicialmente estabelecido. As observações decorreram no tempo estipulado e uma vez finalizada a etapa da colheita de dados, foi realizada a análise dos mesmos. A análise do conteúdo extraído das observações possibilitou-nos analisar a comunicação com o doente crítico na UCIPG e encontram-se descritos no (Apêndice M).

Bardin (2016) descreve a metodologia de análise dos conteúdos como um “conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/receção (variáveis indeferidas) destas mensagens” (Bardin, 2016, p. 37).

Objetivo:

3. Construir uma proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG;

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final do protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

Face ao descrito no ponto 2.5., as estratégias definidas dizem respeito à apresentação final do protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG, o

que não foi possível a aprovação final do mesmo por parte das chefias da unidade, face à necessidade de alteração das atividades a desenvolver na unidade, a pedido da enfermeira chefe, como já foi referido nesse mesmo capítulo. Deixamos claro que a proposta de protocolo orientador foi realizada, encontrando-se finalizada para posterior aprovação, no entanto não foi possível ser avaliada pelas entidades responsáveis, por razões internas da unidade onde decorreu a IPM, o que levou ao não cumprimento do objetivo em questão.

Objetivo:

2. Divulgar os dados obtidos através da realização de observação da prática comunicacional dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG;

4. Divulgar a proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico á equipa de enfermagem da UCIPG.

Indicadores de avaliação: Presença de pelo menos 50% dos enfermeiros da UCIPG nas sessões formativas e o preenchimento do questionário de avaliação das sessões por parte de todos os elementos presentes nas mesmas.

Após a extração dos dados obtidos através da observação feita das práticas comunicacionais entre os enfermeiros e o doente crítico, seguiu-se a organização, discussão e reflexão sobre os mesmos, tendo sido partilhada e discutida a informação retirada com a enfermeira orientadora. Posto isto, é imprescindível que os dados recolhidos sejam transmitidos a toda a equipa de enfermagem, proporcionado igualmente uma reflexão crítica por parte dos enfermeiros sobre as práticas comunicacionais na UCIPG.

Cada momento formativo planeado e elaborado, pretendia uma adesão de pelo menos 50% dos elementos da equipa de enfermagem, que por si só foi um indicador ambicioso, aferimos que a conclusão deste objetivo não foi bem-sucedida. A calendarização para a realização da mesma foi feita para a última semana de janeiro de 2020, que correspondia igualmente à última semana de estágio não tendo sido possível a realização da mesma por motivos internos da unidade.

No final das sessões formativas estava planeada a aplicação de um questionário de avaliação da sessão, como meio de avaliação do processo desenvolvido. O questionário realizado pretendia a avaliação da adequação e benefício prático da formação, os conteúdos e meios usados, a prestação do formador e por fim o entendimento e reflexão dos formandos quanto aos contributos das sessões formativas para o desenvolvimento de conhecimentos sobre o processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico em CI.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste terceiro capítulo irá ser apresentada a análise reflexiva, crítica e fundamentada quanto à aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do EE, Competências Específicas do EEPSC e Competências de Mestre, no decorrer do percurso formativo do Mestrado em Enfermagem, abrangendo o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o Estágio Final.

Pretende-se que o mestrando mobilize os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, para o estágio, de maneira a desenvolver aptidões e competências para a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar situações de doença crítica e/ou falência de órgãos. Além disso, o estudante deve adquirir competências de mestre e especialista em EEPSC (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES], 2016).

Relativamente às competências de Mestre, estas encontram-se descritas no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 63/2016, que estabelece os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior. As competências próprias de um Mestre em Enfermagem são sete e encontram-se expostas no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), da Universidade de Évora (UE) (2015), em que o Mestre em Enfermagem:

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

Algumas competências de Mestre em Enfermagem mostram-se transversais às competências comuns e específicas do EEEPSC, pelo que decidimos proceder à sua análise em paralelo.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo a OE existem competências que são comuns e fundamentais a todos os EE, independentemente da área de especialização, assim a OE define enfermeiro especialista como aquele “aquele a quem se reconhece competência específica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744).

O enfermeiro especialista é aquele que desenvolveu e afunilou o seu conhecimento numa área específica da enfermagem, com capacitação para o julgamento clínico e tomada de decisão em assuntos da área em particular. Os EE permitem que, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde partilham vários domínios, denominados de competências comuns. O regulamento da OE descreve que, competências comuns são “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745).

As competências comuns apresentam quatro esferas de ação: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

- Competências Comuns do EE do **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialização, 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, 2019).

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

3 Ter 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 (MCTES, 2016).

A enfermagem trata-se de uma profissão autorregulada, sendo os profissionais responsáveis por cumprir os pressupostos descritos na deontologia profissional e no Regulamento para a Prática de Enfermagem (MS, 1996), tendo como objetivo a proteção da saúde do indivíduo, família e/ou comunidade, com respeito pela sua singularidade, direitos e a ética profissional, para a formação de uma relação favorável à pessoa.

Com foco no desenvolvimento das competências acima citadas, procuramos enquanto enfermeiros de cuidados gerais e por meio da mobilização de conhecimentos adquiridos no período teórico do curso com as respetivas unidades curriculares, desenvolver uma prática segura, profissional e ética, na toma de decisões éticas e deontológicas e procurando agir de acordo com as melhores opções para os doentes, consoante as suas vontades e preferências, sempre que possível, assim como com o que vem descrito no artigo 97º do código deontológico dos enfermeiros acerca de “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Assembleia da República, 2015, p. 8078).

Com intenção na melhor prestação de cuidados elaboramos uma revisão nos documentos que estabelecem a *praxis* de Enfermagem anteriormente já mencionados, que tinham sido abordados na Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, sendo imprescindível integrar a teoria e a prática clínica, em contexto de estágio, assim como na nossa prática regular.

No nosso contexto em particular, centrado no doente crítico, foi uma adaptação difícil, sendo a UCIPG uma área de cuidados nova e por nós desconhecida. Em várias ocasiões foi possível observar as práticas e debater princípios éticos e legais acerca da obstinação terapêutica/ processo curativo e terapêutico, em que tivemos necessidade de analisar mais profundamente o enquadramento deontológico profissional, no que se refere a deveres dos enfermeiros na manutenção e proteção da dignidade humana, da vida e da qualidade de vida.

Ao EE cabe a tomada de decisões tendo como base a mais recente evidência científica, mas não pode desvalorizar a individualidade da pessoa doente, assim, o enfermeiro deve fundamentar a tomada de decisão na moral, saber ético, experiência de vida, virtude,

informação e comprometer-se em fazer o mais correto para o doente (Nora, Vieira, & Zoboli, 2016; Nunes, 2016).

Tendo como base os direitos humanos, na prática de cuidados especializados em situações críticas, intervimos com responsabilidade, em cumprimento dos princípios básicos da ética. Intrínseco à dignidade da pessoa, o doente tem o direito de ser cuidado de forma justa, equitativa e adequada à sua situação singular, ou seja, estamos perante o princípio da justiça. Quanto ao princípio da beneficência e não-maleficência, agimos em benefício do doente, não causando dano de forma intencional, tendo em consideração a vontade do doente, sempre que possível, mesmo que os valores do enfermeiro estejam em desacordo com os valores do doente ou seus familiares (Nora, Vieira, & Zoboli, 2016; Nunes, 2016).

Na UCIPG, como elementos de uma equipa multidisciplinar, os enfermeiros são em várias situações envolvidos na tomada de decisão no que comporta o processo/decisão terapêutica a adotar, num contexto de partilha de opiniões e partilha de responsabilidade, em decisões que podem refletir-se na vida/morte dos doentes mais graves, tendo em conta sempre os princípios já referidos anteriormente. A qualidade dos serviços de saúde, bem como dos cuidados de enfermagem é ditada pela tomada de decisão dos profissionais, assim como pela efetivação de práticas seguras e humanizadas.

A relação criada entre o enfermeiro e o doente crítico é crucial, o profissional deve centrar-se no doente como um ser humano e embora na maioria dos casos em contexto de UCI o doente não possa interagir, esta é mais uma razão para se reger segundo os valores e princípios éticos. Cabe ao enfermeiro a criação de um ambiente que respeite a dignidade do doente e sua família.

O ambiente tecnológico característico das UCI pode induzir aos enfermeiros a centralização da sua atenção em cuidados técnicos complexos que se praticam, esquecendo os riscos que isso acarreta para o doente. Neste sentido, tivemos sempre presente a necessidade de informar e acolher o doente e sua família no processo de cuidados, permitindo o esclarecimento de questões e a sua participação no processo de tomada de decisão. Na ausência de capacidade decisiva por parte do doente, a família assume um papel de informar a equipa sobre as crenças, valores e decisões tomadas pelo doente acerca da sua saúde. Habitualmente, nestas situações, na UCIPG os profissionais consultam se existe vontade antecipada do doente ou nomeação de um procurador de saúde.

O doente crítico na maioria das vezes tem a sua autonomia limitada pela sua incapacidade de comunicar e demonstrar as suas vontades, sendo assim imprescindível uma prática baseada no respeito e adequação à situação clínica do doente.

Ainda no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, é importante referir que a realização do IPM teve em conta as considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem (Nunes, 2013). O projeto foi submetido e aprovado pela comissão de ética para a saúde, foi mantida a confidencialidade dos dados, a participação informada dos participantes e a recolha autorizada dos dados.

A adequada referenciação bibliográfica do presente Relatório atesta a ética e o respeito na utilização da informação. Posto isto, consideramos as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal adquiridas.

- **Competências Comuns do EE do Domínio da Melhoria da Qualidade:**

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

B2 – Desenvolver práticas de qualidade, gere e colabora em programas de melhoria contínua;

B3 – Garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais (MCTES, 2016).

A área da saúde tem vindo a sofrer um importante desenvolvimento científico e tecnológico, que por sua vez trouxe uma necessidade de criar sistemas de qualidade em saúde, por parte das organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *International Council of Nurses* (ICN), assim como organizações nacionais como a OE.

Existe um enquadramento concetual e enunciados descritivos emanados pela OE em 2001 que definem os padrões de enfermagem para que todos os enfermeiros considerem no seu exercício profissional, que compreende o processo de tomada de decisão e a reflexão, com vista na melhoria dos cuidados prestados, “a qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, e que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (OE, 2001, p. 7).

A qualidade em saúde está diretamente relacionada com a segurança dos cuidados de saúde, em que os enfermeiros têm um papel essencial na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados, como profissionais que passam mais tempo perto dos doentes (MS,

2015b). A promoção da segurança e consequentemente da qualidade dos cuidados, bem como a gestão do risco associado à prestação de cuidados de saúde visa “garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde” (MS, 2015c, p. 3882).

Posto isto, para alcançar os padrões de qualidade de prestação de cuidados de enfermagem de EE e de EE em EMC, foi mais uma vez necessário rever documentação que serve de fundamento e sustento para a prática, assim como conteúdos adquiridos ao longo do plano de estudos, em algumas UC. Foram também consultadas as diretrizes no que diz respeito aos valores e missão do CHUSJ e mais especificamente da UCIPG onde decorreu o estágio final.

As UCI são unidades complexas, com alta tecnologia e doentes instáveis, diz respeito a um local onde é extremamente imprescindível a criação e implementação de normas e protocolos que possam orientar a prestação de cuidados, baseados na mais recente evidência científica. Foi importante conhecer a estrutura física, os recursos disponíveis e a gestão dos mesmos, as diferentes valências existentes na UCIPG, bem como todos os protocolos presentes na unidade, tornando possível uma integração adequada para uma melhor prestação de cuidados.

O contexto clínico para realização de estágio Final tem como atenção os indicadores de qualidade emanados pela DGS e uma preocupação com a segurança do doente. Posto isto, existem elementos na equipa de enfermagem da UCIPG que têm o papel de elos de ligação com as equipas hospitalares responsáveis por temas como a Prevenção e Controlo de Infecção, Gestão de Risco, Prevenção de Quedas e Incidência de úlceras por pressão.

Como já foi referido, a UCIPG é uma unidade com doentes críticos, expostos a muitas técnicas invasivas que podem levar à aquisição de infeções associadas aos cuidados de saúde, regendo-se pelas recomendações ditadas pelo Gabinete de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos no que respeita às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), na Pesquisa de portador de Microrganismos Multirresistentes, no uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI), admitindo que qualquer doente pode estar colonizado, os profissionais atuam de acordo com o mesmo (DGS, 2013; DGS, 2017b; DGS, 2018).

Segundo a DGS (2013) “Na admissão à unidade de saúde (...), deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção”, pelo

que “os doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada (...), devem ser colocados num local que minimize esse risco” (DGS, 2013, p. 3).

Durante o estágio foi possível acompanhar em alguns turnos o EE, coordenador de turno, sendo responsável por realizar auditorias no seguimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, auditorias no cumprimento do “Feixe de Intervenções” da Prevenção da Pneumonia associada à intubação, bem como o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central emitidas pela DGS (DGS, 2017b). Pudemos assim participar na recolha de dados indicadores de qualidade da UCIPG diretamente relacionados com os cuidados de enfermagem, componente imprescindível de uma abordagem contínua e dinâmica da qualidade de um serviço, o que possibilita afirmarmos que contribuímos para a melhoria contínua da qualidade.

A qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com a segurança do doente e nesse sentido é realizada a gestão do risco, na UCIPG verificamos uma crescida atenção no que se refere à incidência e prevalência de úlceras por pressão e da taxa de infeções da corrente sanguínea relacionadas com dispositivos como o caso do cateter venoso central, indicadores de segurança da DGS e da ACSS (DGS, 2015; DGS, 2018). Relativamente à prevenção de queda e notificação da mesma, a UCIPG detinha dois instrumentos de recolha de dados acerca dessas intervenções, com o propósito de prevenir e/ou eliminar a ocorrência de quedas de doentes.

Pudemos ter contato com uma experiência nova, na UCIPG existia o *Briefing* de Segurança da unidade, tratando-se de uma ferramenta de avaliação de risco, que leva à identificação dos riscos e gestão dos mesmos, isto significa que, era analisada a possibilidade de ocorrência de erros ou riscos existentes na unidade e perante isso eram desenvolvidas atividades para a prevenção dos mesmos logo que fossem identificados de maneira a minimizar a sua ocorrência e posterior provocação de dano e/ou eventos adversos para o doente, família e equipa multidisciplinar.

Outro tópico referente à segurança em saúde e à qualidade dos cuidados, refere-se à identificação inequívoca do doente, na UCIPG existem regras de identificação e garantia para minimizar a ocorrência de eventuais erros quanto à administração de hemoderivados, de terapêutica, assim como no que toca à comunicação de informação clínica, sendo que existem normas na unidade em que é avaliado o seu cumprimento por meio de auditorias.

Salientamos que, a realização da IPM, enquadra-se no domínio da melhoria contínua da qualidade, com intenção de promover a segurança do doente e a qualidade de vida, pois a comunicação é um agente importante para a segurança do doente que merece especial atenção por parte dos profissionais de saúde. A comunicação, tal como ficou evidenciado ao

longo do relatório trata-se de uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados, sendo a base de uma relação terapêutica face à PSC.

Segundo o DGS (2015) a comunicação é um “pilare fundamental para a segurança do doente”, quer relativamente à transmissão da informação acerca da prestação de cuidados na passagem de turno, na transferência de doentes para outras unidades, quer referente à comunicação que é desenvolvida para com o doente e sua família (DGS, 2015, p. 3882).

Encontrava-se em implementação na UCIPG a Norma da DGS n.º 001/2017, intitulada por Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que preconiza a técnica ISBAR (sigla com o significado de: *Identify* - identificação, *Situation* - situação atual, *Background* - antecedentes, *Assessment* - avaliação e *Recommendation* - recomendações). Embora esteja em processo de normalização na unidade, podemos observar que a equipa já assume esta técnica como estratégia para uma comunicação segura.

É fulcral que haja um investimento na formação dos profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros, como elementos responsáveis pela defesa da segurança do doente, inculcando nos mesmos uma política de segurança, que permita melhorar o seu desempenho o que leva a uma melhoria da qualidade dos cuidados, como refere a DGS (2015) e o ICN (2012).

- **Competências Comuns do EE do Domínio da Gestão dos Cuidados:**

C1 – Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de enfermagem;

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

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada (MCTES, 2016).

Um dos objetivos principais do exercício profissional do enfermeiro abrange a organização e a priorização de cuidados, particularmente no que diz respeito à PSC, assim torna-se fundamental a aquisição de competências na área da gestão dos cuidados. A gestão no âmbito das organizações de saúde pretende uma utilização eficiente dos recursos disponíveis na mesma, nomeadamente recursos humanos, materiais, passando ainda pela capacidade de gestão de cuidados, de emoções e até do tempo.

Apoiados em Benner, Hooper, & Daphne (2011), o enfermeiro deve ter capacidade de comunicar em e com a equipa e avaliar a prestação de cuidados, no sentido de monitorizar a qualidade dos cuidados, numa busca continua na melhoria dos mesmos através da implementação de estratégias de liderança e educacionais para com a equipa (OE, 2019).

É fundamental o desenvolvimento de competências que permitem ao EE a gestão de cuidados “optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, adequando os “recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados” (OE, 2011a, p. 8652).

Tivemos oportunidade na UCIPG de acompanhar em dois turnos o enfermeiro com função de coordenação de turno, o que permitiu observar a dinâmica imprescindível para o funcionamento de uma equipa multidisciplinar extensa, na otimização e gestão de recursos humanos e materiais face à tipologia complexa da unidade em questão, o tipo de doentes internados e com atenção para as dotações seguras definidas. O papel do enfermeiro coordenador passa por assistir à passagem de turno médica, com o objetivo de mediar a avaliação da equipa multidisciplinar num todo acerca da situação dos doentes, bem como tomar conhecimento do processo terapêutico que está ser implementado em cada um deles e o que é esperado nas próximas horas para o mesmo, posteriormente as informações pertinentes são comunicadas à equipa de enfermagem, para uma melhor otimização de cuidados e recursos de enfermagem.

Foi notória na unidade em questão, a importância do papel do enfermeiro coordenador de turno, sendo crucial por parte do mesmo um conhecimento profundo da mesma. Embora não tenhamos a possibilidade de assumir tal papel durante o estágio, podemos observar as funções essenciais do EE neste âmbito, o que permitiu uma reflexão sobre a relevância do mesmo nas organizações de saúde.

Uma prática recorrente na UCIPG neste domínio, refere-se à discussão de perspetivas entre a equipa de enfermagem e o enfermeiro coordenador do turno aquando da tomada de decisões para benefício do doente, podendo ser observadas vários métodos de liderança. Outra função do EE observada, foi a reorganização da equipa face à carga de trabalho, por alterações no plano de trabalho, ou quando um enfermeiro se deslocava para fora da instituição de forma a transferir um doente, bem como na presença de instabilidade de um doente ou na necessidade de colaboração face a técnicas invasivas.

Para a aquisição das competências neste âmbito realizamos igualmente uma revisão bibliográfica da evidência mais recente relativamente à gestão de cuidados e tipos de liderança. Face ao exposto, consideramos ter atingido as presentes competências, na medida

em que também na realização da IPM assumimos a liderança da sua conceção, planeamento, execução e avaliação da mesma.

- Competências Comuns do EE do **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:**

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

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

6 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida e 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 (MCTES, 2016).

Para a aquisição das competências deste domínio, consideramos que a cursão nas Unidades Curriculares permitiram um incremento de conhecimento, o enfermeiro deve ter um papel ativo na sua aprendizagem, na medida em que é através das experiências formativas e de reflexão sobre as mesmas que este é capaz de progredir.

Ao enfermeiro, perante o ambiente complexo onde exerce funções, é exigido que desenvolva a competência de refletir antes de agir, ou seja, deve ser feito um planeamento antecipado à ação, se ocorrer alguma alteração desse plano durante a ação, o profissional deve se adaptar e alterar a sua estratégia, e após a ação deve ser capaz de fazer uma reflexão sobre toda a ação realizada, permitindo assim a aquisição de mais aprendizagens, tendo sempre como base a mais recente evidência científica (Neto & Fortunato, 2017).

Foi imprescindível ao longo do estágio uma constante pesquisa bibliográfica sobre a prática especializada e sobre as temáticas relacionadas com a abordagem à PSC. Uma reflexão realizada no decurso do estágio relativamente às atividades desenvolvidas permitiu-nos confrontar as práticas com a evidência científica, com vista à melhoria dos cuidados prestados.

Consideramos essencial para a aquisição desta competência, os conteúdos abordados aos longo do curso, mais especificamente na UC de investigação, formação e supervisão clínica, pois possibilitou o desenvolvimento de autoformação e de assertividade. Na presença

da PSC, num ambiente difícil como o de uma UCI, foi fundamental a criação de relações terapêuticas com os doentes e sua família, e neste sentido o conhecimento adquirido na UC de Relação de Ajuda foi muito importante, permitindo o desenvolvimento da nossa autorreflexão e autoconhecimento, o enfermeiro deve ser capaz de mostrar “a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019, p. 4749). Na UCIPG eram frequentes momentos de *debriefing* no final de cada turno, sendo oportunidades de reflexão, partilha e fomento ao autoconhecimento de cada profissional acerca das suas práticas, bem como de si mesmo.

Sendo a UCI um espaço altamente tecnológico, na presença de técnicas invasivas e inovadoras, um local de estágio que permitiu uma experiência profissional na área Médico-Cirúrgica em cuidados à PSC, como ambiente novo e muito rico em experiências variadas, desconhecido até então, representou assim, uma necessidade de revisão permanente relativamente à prática de cuidados de enfermagem neste campo e mais aprofundado acerca de técnicas específicas realizadas na unidade como no caso de cirurgias cardíacas e pulmonares, tecnologia usada no suporte cardiovascular, técnicas de substituição renal e ECMO, entre outros. Neste sentido, a UC de Médico-Cirúrgica e a de Fisiopatologia foram basilares face à necessidade de conhecimentos exigidos durante o estágio.

O desenvolvimento da IPM, no âmbito de investigação-ação possibilitou-nos o diagnóstico de necessidades, a investigação da recente evidência, o planeamento e execução da ação, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os conhecimentos assimilados na UC de Formação e Supervisão em Enfermagem foram elementares para a construção do projeto de IPM e para o plano de formação enquadrado no mesmo, pois preparou-nos acerca dos modelos de aprendizagem e formação de adultos, assim como da formação em serviço, para a prática em contextos de saúde.

Na disciplina de Enfermagem, a investigação assume um papel imprescindível para a difusão de conhecimentos, assim a realização de uma revisão integrativa da literatura a respeito de “Fatores que influenciam a qualidade da comunicação com o doente crítico internado em UCI” (Apêndice B) permitiu contribuir para a disseminação da investigação em Enfermagem e promover a prática de Enfermagem baseada na evidência.

A nossa prática profissional tem por base a procura de um exercício profissional de excelência, o Código Deontológico da Profissão de Enfermagem descreve que é um dever do enfermeiro realizar uma atualização permanente dos seus conhecimentos e manter uma formação contínua e intensa. No seguimento desta premissa, participamos em momentos formativos durante o estágio, tendo sido o primeiro momento no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 que decorreu em Setúbal, nos dias 23-25 de outubro de 2019 (Anexo B),

tendo participado com a exposição e discussão de dois pósteres intitulados por “A simulação como preparação para a Catástrofe” (Anexo C) e “Ventilação Não Invasiva no Doente Crítico idoso com DPOC” (Anexo D) e nas 1^{as} Jornadas de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho intitulado por “VIVER” AOS CUIDADOS INTENSIVOS: da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar (Anexo E), com a apresentação e discussão de um póster titulado como “O processo comunicacional entre enfermeiro e o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos - Revisão Integrativa da Literatura” (Anexo F). Face ao descrito, consideramos ter atingido as competências no que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE DE ENFERMAGEM

O que caracteriza um EE é um conjunto de competências e conhecimentos aprofundados numa determinada área do saber, articulando esses conhecimentos com a sua prática clínica, de forma a proporcionar os melhores cuidados, com uso do julgamento clínico e na coerente tomada de decisões (OE, 2011a).

O desenvolvimento tecnológico, científico e o avanço do conhecimento permitiram o progresso em técnicas de diagnóstico e de tratamento que proporcionam o aumento da esperança média de vida, o que nem sempre está aliado à promoção de uma maior qualidade de vida das pessoas. Perante esta realidade e com vista à melhoria da qualidade de vida, a OE considera imprescindível o desenvolvimento de cuidados especializados nos cuidados de enfermagem dos setores de doentes urgentes e emergentes que

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

Na prestação de cuidados à PSC pretende-se que os enfermeiros sejam

“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mãos funções vitais

em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b, p. 8656).

As competências específicas do EE em EMC em PSC são: cuidar da pessoa a viver processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; a capacidade de dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, atuando desde a conceção à ação e por fim, atuar como potenciador da prevenção e controlo de infeção perante a PSC, tendo em conta a complexidade da situação e da necessidade de resposta adequada e em tempo útil (OE, 2018).

Tal como foi anteriormente exposto na análise das competências comuns do EE, neste subcapítulo são analisadas as competências específicas do EE em EMC em PSC em conjunto com as competências de Mestre em Enfermagem que, consideramos se interligarem.

- Competência específica do EEEPSC:

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

A OE descreve que processos complexos de doença representam o “conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliar e comunitário” (OE, 2018, p. 19360).

A escolha da UCIPG para a realização do estágio como centro de referência, possibilitou-nos o contato com diversos motivos de internamento de doentes, bem como diferentes *scores* de gravidade, doentes politraumatizados, com disfunção de órgão, com suporte de órgão a aguardar transplantação, doentes com falência cardíaca, que exigem uma monitorização e vigilância contínua e de suporte e/ou substituição de função do órgão. A Medicina Intensiva (MI) diz respeito a uma área diferenciada das Ciências Médicas que aborda em específico a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda com potencial reversível,

face a doentes com presença ou na iminência de falência de uma ou mais funções vitais (ACSS, 2017).

A UCIPG como UCI de nível III polivalente significa “ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável” (OE, 2014, p. 30254). Desta forma, mostra a necessidade de possuir uma equipa competente na abordagem ao doente de forma a detetar precocemente alterações no seu normal padrão fisiológico.

Os cuidados de enfermagem são caracterizados pela utilização da metodologia científica que compreende a identificação de um problema; colheita e avaliação de dados; formulação de diagnósticos de enfermagem; execução de plano de cuidados; operacionalização adequada dos cuidados planeados; avaliação dos cuidados prestados e a sua reformulação. A prestação de cuidados especializados implica a prática baseada na evidência, assente em consistentes padrões de conhecimentos. Por meio da interação com os peritos presentes na UCIPG, bem como pesquisa bibliográfica e pela mobilização de conhecimentos anteriormente adquiridos no decorrer do curso, assim como competências e conhecimentos adquiridos em contexto profissional podemos integrar a evidência científica nos nossos cuidados, em modo crescente a nível pessoal e profissional. A realização dos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo G) e *International Trauma Life Support* (ITLS)(Anexo H) foram igualmente determinantes para a prática clínica e conseqüentemente uma mais valia para a aquisição desta competência de EEEMCPSC.

Acerca do acima afirmado, Benner, Hooper, & Daphne (2011) descreve que a intervenção do enfermeiro perante a PSC faz-se em várias fases: a anamnese e exame físico, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação.

Na UCIPG, a avaliação da PSC era feita por meio da metodologia ABCDE: A (*Airway*) - Permeabilização da Via Aérea; B (*Breathing*) - Ventilação e Oxigenação; C (*Circulation*) - Assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) - Disfunção neurológica; E (*Expose/Environment*) - Exposição e controlo da temperatura. Este método traduz-se por uma avaliação completa, em que cada etapa da avaliação não pode ser seguida se existe alguma condição na anterior que coloque em perigo a vida do doente (Smith & Bowden, 2017).

No decorrer da nossa prática clínica, procuramos sempre desenvolver uma prestação de cuidados que favorecem uma maior oportunidade de aprendizagem, tendo sido fundamental o acompanhamento do enfermeiro orientador que nos possibilitou estar presentes aquando da realização de variadas técnicas com as quais não tínhamos tido contato na nossa vida profissional. Em uma ocasião foi possível o transporte de um doente crítico para outra unidade

de saúde, assim como o acompanhamento de doentes críticos aquando da deslocação dos mesmos da unidade para a realização de exames complementares de diagnóstico.

A observação e colaboração na realização de técnicas invasivas, como a colocação de dispositivo para monitorização da pressão intracraniana, na colocação de cânulas de ECMO para iniciar a técnica, assim como a troca de todo o sistema veno venoso e veno arterial de ECMO, foi uma constante, mostrando-se fundamental para o incremento de conhecimentos. Foi contínua a prestação de cuidados a doentes submetidos a VMI e não invasiva, sob oxigenoterapia de alto fluxo, com técnicas de substituição renal, doentes com monitorização neurológica de oxigenação e de atividade cerebral, entre outros, que proporcionaram uma ligação entre os conhecimentos anteriormente adquiridos no decorrer do curso com a prática clínica, podendo traçar um adequado plano de cuidados ao doente crítico.

São várias as escalas utilizadas na UCIPG, sendo que algumas já eram conhecidas, outras eram novas, pelo que foi imprescindível procurar aprofundar o conhecimento sobre as mesmas para poder aplicá-las na prática clínica, sendo elas a *Behavioral Pain Scale*, *valores de Bispectral Index*, *Train of 4*, *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit (CAM-ICU)*, Escala de Braden, Escala de Morse, Escala de Coma de Glasgow e Escala de Risco de Aspiração de GUSS.

Existe na UCIPG um protocolo de analgesia, valorizando a importância do conforto e do reconhecimento do stress em algumas situações ligado às experiências dolorosas, causado pelo internamento em UCI, pela presença dos dispositivos médicos, pela sujeição a procedimentos invasivos e pela imobilidade física, valorizando assim a monitorização da dor no doente e o seu controlo. Neste âmbito, cabe ao EE em EMC em PSC “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para o alívio da dor” (OE, 2017, p.14).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) recomenda o uso da escala de avaliação da dor *Behavioral Pain Scale*, sendo esta a usada na unidade onde estagiamos. Tivemos a consciência que apesar da presença e utilização da escala, esta depende do comportamento do doente, o que por vezes torna-se difícil de avaliar a dor e a resposta às intervenções farmacológicas e não farmacológicas face à presença na sua maioria de doentes com alta sedação, o que se reflete nos seus comportamentos (Yakobson, 2018).

Foi possível assistir e colaborar com os profissionais da UCIPG numa situação de doente em PCR, sendo necessária a realização de SAV, situação de grande stress, sendo imprescindível a organização em equipa, onde cada elemento assumiu o seu papel, e neste caso foi mais uma vez fundamental a realização anterior do curso de SAV, proporcionando

uma maior facilidade para colaborar com a equipa. Houve várias situações de doentes com instabilidade hemodinâmica pela gravidade dos doentes internados na unidade em questão, acarretando a necessidade de identificar, gerir e tratar as alterações que surgiam na situação clínica do doente, de forma a prevenir ou minimizar os possíveis danos, assim assumimos a aquisição desta competência, sendo capazes de atuar em situações de crise.

A técnica de oxigenação extracorporal (ECMO) foi uma realidade muito presente e constante no decorrer do estágio, um procedimento invasivo e complexo que requer muitos cuidados por parte da equipa de enfermagem, uma técnica desconhecida para nós, que implicou uma dedicação profunda para a aquisição de conhecimentos para uma prestação de cuidados de qualidade aos doentes sujeitos a esta técnica.

Outra situação desafiante para nós foi o contato com um doente em morte cerebral, pudemos presenciar o processo de diagnóstico clínico de morte cerebral, assim como posteriormente colaborar com a equipa multidisciplinar na comunicação do mesmo à família do utente, na promoção da aceitação da morte por meio do estabelecimento de uma relação de ajuda de forma a facilitar o processo de luto por parte dos familiares. Tratou-se de um caso em que foram mantidos os cuidados necessários para a manutenção de órgãos de forma à doação dos mesmos. Posto isto, a gestão de situações de morte cerebral, a gestão da manutenção da estabilidade hemodinâmica para a doação de órgão foi enriquecedora, dando resposta aos padrões de qualidade de cuidados especializados da EMC.

A presença e implementação de protocolos em UCI é indispensável, pois permitem uniformizar os cuidados prestados suportados na mais recente evidência, posto isto começamos o estágio por conhecer todos os que existiam na UCIPG para posteriormente poder aplicá-los. Os protocolos de atuação permitem uma melhor e mais segura prestação de cuidados de enfermagem na realização de procedimentos, o que leva a uma maior segurança do doente (Sales, et al., 2018; Kavanagh & Nurok, 2016).

Os doentes vivenciam um impacto altamente negativo quando são internados em UCI, assumindo de imediato a possibilidade de serem sujeitos a técnicas invasivas, face à sua instabilidade clínica. Sempre que o estado de consciência do doente permite, é realizado o seu acolhimento na unidade, com intenção de minimizar o impacto que a situação lhe provoca. O internamento em UCI não tem apenas impacto no doente, mas também na sua família, alterando a dinâmica e o estado emocional do seio familiar, assim é crucial também o acolhimento da família no ambiente de UCI, preparando-a para com o que se vai deparar, informar acerca das especificações de uma UCI, os horários de visitas, do fornecimento de informação acerca do doente, entre outros.

Em UCI, a comunicação diz respeito a uma competência de extrema importância, sendo indispensável para a criação de uma relação de ajuda, para com o doente e sua família. O doente crítico internado em UCI encontra-se muitas vezes incapaz de comunicar verbalmente condicionando o estabelecimento de uma relação entre enfermeiro-doente. Perante isto, e como temática da nossa IPM, o desafio da comunicação com o doente crítico implica o conhecimento e uso de estratégias de comunicação para com este tipo de doentes e promover que a família também o faça, de forma efetiva. Uma comunicação efetiva permite a criação de uma relação de ajuda com o doente e sua família, que se faz por meio de uma compreensão pelo outro, conduzindo a que o enfermeiro explore e conheça a pessoa e as suas vontades, traduzindo-se por prestar cuidados humanizados.

Houve a oportunidade de estar presente com a equipa aquando da comunicação de uma má notícia, uma temática abordada na UC Enfermagem Médico-cirúrgica 1, que permitiu um conhecimento aprofundado acerca de como deve ser comunicada uma má notícia, na UCIPG, é seguido o protocolo de Buckman, com a metodologia SPIKES, que compreende seis passos: a preparação do ambiente correto, na UCIPG existe uma sala onde são acolhidos os familiares e onde são comunicadas informações sobre os doentes, assim como más notícias; descobrir a informação já detida; descobrir a informação que querem receber; partilhar a informação que se pretende; possuir capacidade/preparação para encarar as emoções que podem ocorrer na pessoa e por último planear e acompanhar no percurso (Pereira, M., 2008).

Face ao exposto, consideramos ter desenvolvido e atingido as competências retratadas.

- Competência específica do EEEPSC:

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

No regulamento do EE em EMC em PSC encontra-se descrito que os cuidados à PSC podem ascender de uma situação de emergência, exceção e/ou catástrofe, posto isto importa percebermos que uma situação de emergência, segundo a OE procede de uma agressão “(..) sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda da saúde, de forma brusca e violenta, afastando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida”, implicando uma assistência imediata (OE, 2018, p. 19362).

Comparativamente à definição anterior, uma situação de exceção tem origem em 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).

Catástrofe é definida pela Lei de bases da proteção civil como um “acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevado prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p. 1).

A ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou nuclear, biológico, químico de grandes proporções é uma realidade cada vez mais possível (ICN, 2009; Labrague, et al., 2017). Face a esta possibilidade, os agentes da proteção civil e os profissionais de saúde devem estar capazes para uma atuação em uma situação destas, onde possa advir multi-vítimas. O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil serve de suporte às entidades no caso de situações de emergência ou catástrofe em Portugal Continental, onde se encontram descritas as orientações para a atuação dos vários organismos envolvidos (Comissão Nacional de Proteção Civil, 2019).

Relativamente ao papel do enfermeiro em situações de emergência ou catástrofe, a este compete o socorro às populações afetadas, na conceção de planos de ação e socorro e redução das consequências para a saúde que advém dessas ocorrências, já que perante uma situação de catástrofe existe um número de meios inferior ao número de vítimas (ICN, 2009; Labrague, et al., 2017).

Face a todos os conceitos acima mencionados, não foi possível durante o estágio presenciar a ocorrência de uma destas situações de catástrofe com multi-vítimas, impossibilitando-nos de atuar em tal situação. Pudemos, no entanto, na UCIPG tomar conhecimento do plano interno de resposta a situações de catástrofe da UH, na procura de adquirir um maior conhecimento sobre a atuação em situações dessas. Como já foi referido anteriormente, no decorrer do estágio, participamos no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 que decorreu em Setúbal, nos dias 23 a 25 de outubro através da exposição e apresentação de um póster intitulado por “A simulação como preparação para a Catástrofe”, com objetivo de dar a conhecer a importância da simulação como estratégia pedagógica que tem sido utilizada em Saúde para uma melhor atuação e performance dos profissionais em situações de catástrofe.

No desenvolvimento do curso, foi de suma importância a realização do curso ITLS através da aquisição de conhecimentos e pela prática simulada, o que possibilitou o desenvolvimento de competências por meio da simulação de cenários com multi-vítimas, e triagem das mesmas.

Nesta temática, foi igualmente relevante a realização da UC de EMC III, na medida que nos ajudou a conhecer os documentos orientadores e essenciais para a gestão da resposta a situações de catástrofe, sobre a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde e a legislação relativa ao Sistema Integrado das Operações de Proteção e Socorro e a Lei de Bases da Proteção Civil.

Sabendo que a aquisição da competência em questão depende da ocorrência de situações de catástrofe ou emergência, sabendo que são situações imprevisíveis e alheias ao nosso alcance, não podendo obter essa experiência, consideramos que por meio da fundamentação realizada, assim como o trabalho desenvolvido na área científica ter desenvolvido a presente competência.

- Competência específica do EEEPSC:

“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem uma fonte de grande preocupação para as instituições de saúde, tendo em conta que a sua ocorrência aumenta a morbilidade e a mortalidade dos doentes, assim como o aumento do tempo médio de internamento e a elevação dos custos de tratamento.

O papel do EE em EMC refere-se à prevenção das IACS, através da criação e aplicação de programas de prevenção das IACS oriundos da DGS, fomentando os nossos pares e profissionais das equipas multidisciplinares a adoção e cumprimento das recomendações das boas práticas (DGS,2013; DGS, 2015c; DGS 2015d; DGS, 2017b; DGS, 2017c).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade, é dever do EE em EMC em PSC, a busca contínua na excelência do exercício profissional, maximizando e intervindo na prevenção e controlo da infeção, através da participação na conceção e desenvolvimento de planos de prevenção e controlo de infeção, na criação de estratégias preventivas e na formação das equipas multidisciplinares para um melhor desempenho nesta área (OE, 2015).

Aquando da prestação de cuidados, o doente torna-se vulnerável à aquisição de variadas infeções, quando se trata da PSC, tendo em conta o seu grau de instabilidade e necessidade de intervenções terapêuticas e procedimentos invasivos, essa vulnerabilidade aumenta,

tornando-se imprescindível a relevância atribuída à temática da segurança e qualidade dos cuidados prestados, onde a enfermagem tem um papel importante.

Também nesta área foi necessário consultar os documentos normativos do local de estágio e os documentos normativos provenientes da DGS. O local de estágio opera segundo as recomendações da DGS, detendo atividades de auditorias contínuas para o cumprimento das mesmas por parte dos profissionais. Embora esta temática não seja nova, o contexto onde se exerce funções de enfermagem para um contexto de UCI é completamente distinto, acabando por ser fundamental um aprofundamento do conhecimento relativo às práticas de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos de forma responder de forma adequada à prevenção de IACS em contexto específico de UCI.

Foi patente a preocupação com o cumprimento das medidas de precaução básicas de controlo de infeção no local de estágio, globalizadas a toda a equipa multidisciplinar, assumindo uma maior importância quando falamos de equipas com um grande número de profissionais a circular na unidade todos os dias. A prestação de cuidados aos doentes desenvolve-se tendo como premissa tratar-se de um isolamento de contato, permitindo minorar a exposição e vinculação de infeção cruzada.

Em contexto de UCI, com doentes submetidos a entubação endotraqueal, estamos perante uma situação específica de possibilidade de infeção associada à entubação, na unidade encontra-se implementado um protocolo de prevenção da pneumonia associada à intubação, sustentado pela mais recente evidência científica e pelas recomendações emanadas pela DGS, sendo realizadas auditorias frequentes para validação do cumprimento do mesmo (DGS, 2017a).

Face a um ambiente novo, foi essencial um estudo mais metuculoso na área da entubação endotraqueal, aspiração de secreções e toda a manipulação do doente com tubo endotraqueal, experienciando novas técnicas de aspiração de secreções que minimizam o risco de infeção. E neste sentido, o enfermeiro orientador teve um papel importante, permitindo que se desenvolvesse esta competência, assim como participasse nas auditorias realizadas no período de tempo que decorreu o estágio, numa visão sempre crítico-reflexiva acerca das práticas realizadas para a identificação de itens que careçam de ser melhorados. Face ao exposto, consideramos ter atingido e adquirido a competência acima citada.

- **Competências de Mestre em Enfermagem:**

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

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

As competências número quatro e número sete de Mestre em Enfermagem em cima citadas, aparecem expostas separadamente das restantes, já anteriormente analisadas e refletidas, pois consideramos que elas devem estar dissociadas, no entanto julgamos que foram igualmente adquiridas.

Numa perspetiva de toda a exposição e reflexão crítica ao longo deste documento, julgamos ter alcançado, no decorrer do estágio e do percurso académico, a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de EE e competências específicas de EE em EMC em PSC.

Deste modo, através da aquisição das competências de EE consideramos ter adquirido esta competência de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente relatório retrata o percurso feito no decorrer do curso de Mestrado em Enfermagem, destacando a concretização da UC Estágio Final, que permitiu a integração e validação dos conteúdos abordados nas várias unidades curriculares e no desenvolvimento de competências especializadas em Mestre em Enfermagem.

A derradeira etapa do Mestrado em Enfermagem dá-se pela execução, conclusão e entrega do presente documento, um relatório de estágio de caráter profissional, que virá a ser alvo de provas públicas, como resultado final do percurso formativo.

O cenário onde ocorreu o estágio final e desenvolvida a IPM foi caracterizado por meio da análise dos recursos disponíveis e da gestão da produção de cuidados, assim como a pesquisa sobre o seu enquadramento institucional e legal, confirmando-se a adequação do contexto escolhido face à realização das atividades formativas específicas na área de especialização em enfermagem em PSC, condutoras da aquisição e desenvolvimento de competências.

Baseada na Metodologia de Projeto, foi desenvolvida a IPM, descrevendo as várias fases para a sua execução. Iniciámos com a identificação de uma problemática identificada na UCIPG, relativamente ao processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico em Cuidados Intensivos. Após a realização do diagnóstico de situação, foi realizado o planeamento da intervenção, face à carência identificada. Posto isto, foi necessária uma melhor perceção acerca das práticas comunicacionais entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG e para tal desenvolvemos a estratégia da realização de observações, que recaíram sobre os momentos de interação comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico.

Dentro dos objetivos delineados, destaca-se entre as atividades/estratégias planeadas, a construção de uma proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico. A proposta desenvolvida foi recebida positivamente por parte da equipa de enfermagem e aprovada pelas chefias da UCIPG numa fase inicial do projeto. No entanto, como já foi referido ao longo do relatório, no período final de implementação da IPM, a situação da unidade em questão alterou-se não sendo possível a conclusão e avaliação na totalidade da mesma.

Perante o anteriormente exposto, reconhece-se que foi uma limitação significativa do projeto desenvolvido, não tendo sido possível a sua total concretização, avaliação e aferição da melhoria do processo comunicacional com o doente crítico. Outra limitação identificada diz respeito ao tempo reduzido para a aplicação do projeto, também relacionado pela demorada resposta da autorização por parte da comissão de ética.

Salientamos que apesar do anteriormente exposto, alguns elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente a enfermeira orientadora mostrou interesse em não deixar que o projeto fique inacabado, e logo que possível proceder à sua continuidade, sendo uma área de grande interesse para a equipa em geral. Esperamos assim que toda a aposta e trabalho desenvolvido centrado na temática da comunicação com o doente crítico, se possa constituir, de uma forma mais abrangente, como um contributo para a qualidade dos cuidados nesta área específica.

A orientação teórica escolhida neste trabalho, de Joyce Travelbee, sobre o Modelo de Relação Pessoa-a-pessoa revelou-se adequada e pertinente, uma vez que, tanto as competências, como os conhecimentos imprescindíveis ao enfermeiro que presta cuidados ao doente crítico, como as vertentes orientadoras do pensamento em enfermagem, apresentados pela teórica, harmonizam-se com as competências determinadas pela OE para o EE em EMC em PSC.

Posto isto, a avaliação final foi positiva e pretendemos prosseguir com o aperfeiçoamento de competências de EE e de Mestre em Enfermagem. Tratou-se de um percurso muito exigente e desafiador, contudo muito gratificante, a nível pessoal e profissional. Um percurso que possibilitou muitas mudanças, vivências e experiências novas e conhecimentos adquiridos, o que comprova a relevância na decisão de frequentar este curso.

Assim, perante o que foi descrito ao longo deste documento, os objetivos delineados consideram-se satisfeitos, na medida em que, o presente relatório mostrou-se indispensável como momento de análise e reflexão crítica do percurso cumprido, possibilitando a consolidação das competências desenvolvidas e alcançadas.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalação de Unidades de Cuidados Intensivos*. Obtido em 25 de setembro de 2019, de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. Obtido em 20 de setembro de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Assembleia da República. (2005). Lei n.º 1/2005. Sétima revisão constitucional. *Diário da República*, 1ª série, n.º 18 (26 de janeiro de 2005). pp. 4642-4686.
- Assembleia da República. (2006). Lei nº33/2009 de 14 de Julho que se refere ao direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do sistema nacional de saúde. *Diário da República*. 1ª Série, n.º 134. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/492408>
- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, série 1, n.º 181, pp. 8059-8105. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized>
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. (2016). *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*. Obtido de <https://www.google.com/search?q=Regulamento+do+Est%C3%A1gio+Final+e+Relat%C3%B3rio+do+Mestrado+em+Enfermagem&aqs=chrome..69i57.101437j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (L. Edições 70, Ed.) Lisboa. Obtido em 20 de novembro de 2019, de ISBN 978-972-44-1506-2
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito (2.ª edição)*. Coimbra: Quarteto.

- Benner, P., Hooper, P., & Daphne, S. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-approach*. New York: Springer Publishing Ciompany, LLC.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. 2. Atas de investigação qualitativa na saúde. Obtido em 12 de fevereiro de 2020, de ISBN 9789728914592
- Cavaco, V. S., José, H. M., & Lourenço, I. M. (2013). Comunicar Com a pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias? - Revisão Sistemática. 7(5), pp. 4535-4543.
- Centro Hospitalar de São João (2017). *Relatório e Contas 2017*. Obtido de http://portalchsj.min-saude.pt/uploads/document/file/658/R_C_2017.pdf
- Centro Hospitalar de São João. (2018). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar de São João, E.P.E*. Obtido em 21 de setembro de 2019, de http://portalchsj.minsaude.pt/uploads/document/file/649/Regulamento_Interno_2018.pdf
- Chistóforo, B., Zagonel, I., & Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à teoria de Joyce Traelbee. 1, pp. 55-60.
- Comissão Nacional de Proteção Civil. (2019). Site oficial. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: dos problemas aos fundamentos para o agir*. Almedina: Coimbra.
- Direção Geral da Saúde. (2015b). Relatório Segurança dos Doentes, avaliação da cultura nos hospitais. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorioseguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015a). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2015c). Norma n.º022/2015. "*Feixe de Intervenções*" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (2015d). Norma n.º018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015. *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticlina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017a). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. Obtido em 15 de outubro de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Direção Geral da Saúde*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Obtido em 18 de fevereiro de 2020, de www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aosantimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-docontrolo-da-infecao1.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-deinformacao/diretorio-deinformacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Dithole, K. S., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. doi:10.1111/inr.12262
- 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. (16(1)). BMC Nursing. doi:10.1186/s12912-017-0268-5
- Escola Superior de Educação e Ciências Social. (2012). *Comunicação Aumentativa*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. J. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação*. (2. edição, Ed.) Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Glitus, J., & Sanap, M. (2018). Use of Communication Board for Mechanically Ventilated Patients. 7(2). doi:org/10.9790/1959-0702015255
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2013). Palliative care communication in oncology nursing. 17. Clinical journal of oncology nursing. doi:10.1188/13.CJON.163-167
- Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. (65). Journal of advanced nursing. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x.
- Happ, M. B., Sereika, S. M., Houze, M. P., Seaman, J. B., Tate, J. A., Nilsen, M. L., . . . Barnato, A. E. (2015). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. doi:10.1016/j.hrtlng.2015.07.001
- Holden, K. (2017). No Longer Voiceless in the ICU. (22(12)). ASHA Leader. doi:https://doi.org/10.1044/leader.OTP.22122017.40
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, A. (2016). Communicating with conscious mechanically. Critical Care. doi:10.1186/s13054-016-1483-2
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso dos Serviços centrais, regionais e locais*. (E. N. Pública, Ed.)
- International Council of Nurses. (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies.
- International Council of Nurses. (2012). Position statement: Patient Safety. Genebra: ICN. Obtido de www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf

- Kavanagh, B. P., & Nurok, M. (2016). Standardized Intensive Care. Protocol Misalignment and Impact Misattribution. *193(1)*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. doi:10.1164/rccm.201502-0314cp
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *14(4)*, 376-379. . (C. Medicine, Ed.) London, England. doi:10.7861/clinmedicine.14-4-376
- Labrague, L., Hammad, K., D.S., G., McEnroe-Petitte, D., Fronda, D., Obeidat, A., . . . E.C., M. (2017). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *1(65)*. International Nursing Review. doi:10.1111/inr.12369
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F., & Hansen, H. P. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *75*. International Journal of Nursing Studies. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016
- Machado, D. A., Louro, T. Q., Figueiredo, N. M., & Vianna, L. M. (2012). THE EXHAUSTION OF NURSING: A INTEGRATIVE REVIEW OF THE BURNOUT SYNDROME IN ICU. *4(4)*, pp. 2765-2775.
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Mattia, B., Kleba, M., & Prado, M. (2018). Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. *4(71)*. Revista Brasileira de Enfermagem. doi:10.1590/0034-7167-2016-0504
- Mendes, R. N., Carmo, A. d., Haddad, M. d., & Rossaneis, M. Â. (2014). Nurses Perceptions about the use of equipment in the intensive care unit. *(8(7))*. JournalOfNursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE. Obtido em 25 de setembro de 2019
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior . (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, 1.ª Série, n.º 157 (16 de agosto de 2018)*, pp. 4147-4182.
- 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. Obtido de <https://www.dges.gov.pt/en/node/567>

- Ministério da Saúde. (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. (2014a). Portaria n.º 194/2014. Conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde. *Diário da República*, n.º 188/2014, 1ª Série n.º 188 (30 de setembro de 2014).
- Ministério da Saúde. (2014b). Despacho n.º 10319/2014. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 153, de (11 de agosto de 2014), pp. 20673-20678.
- Ministério da Saúde. (2015a). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/>
- Ministério da Saúde. (2015b). Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 102 (27 de maio de 2015), pp. 13550-13553.
- Ministério da Saúde. (2015c). Despacho n.º 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 28/2015, 1.º Suplemento (10 de fevereiro 2015), p. 3882.
- Ministério da Saúde. (2015d). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3odas-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- 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. doi:10.17533/udea.iee.v37n2e02
- Morais, G. S., Costa, S. F., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. 22(3). *Acta paul. enferm.* doi:10.1590/S0103-21002009000300014

- Neto, A. S., & Fortunato, I. (2017). 20 anos sem Donald Schön: o que aconteceu com o professor reflexivo? São Paulo: Edições Hipótese. Obtido de ISBN: 978-85-922295-0-4
- Nora, C. D., Vieira, M., & Zoboli, E. (. (2016). Elements and Strategies for Ethical Decision-Making in Nursing. *25 n.º 2. Texto Contexto - Enfermagem*. doi:10.1590/0104-07072016004500014
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2016). E quando eu não puder decidir? . Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Obtido de 978-989-8838-69-8. p.45-52.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. (n.º 2). *Servir* 59. Obtido de <http://www.aceps.pt/revista-servir/revista-online?id=93>
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros . (2014). Regulamento n.º 533/2014. Regulamento para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2ª Série, n.º 223 (2 de dezembro de 2014)*, pp. 30247-30254.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª Série - n.º 35 (18 de fevereiro de 2011)*, pp. 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2.ª Série – n.º 35 (18 de fevereiro de 2011)*, pp. 8656-8657.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2.ª Série, n.º 123 (26 de junho de 2015)*, pp. 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem em . *Diário da República, 2.ª série - n.º 135 (16 de julho de 2018)*, pp. 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª Série - n.º 26 (6 de fevereiro 2019)*, pp. 4744-4750.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Obtido de www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- Padilha, K., & Sousa, R. M. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua aplicação. 2(39). *Revista Escola de Enfermagem USP*. doi:1590/S0080-62342005000200014
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. *Ministério da Saúde*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal.: Lusociência.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. 15, pp. 1-37. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Saldaña, D. M., Alarcón, M. P., & Romero, H. A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. 1(33). *Invest Educ Enferm.*,. doi:10.17533/udea.iee.v33n1a12.

- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *1*(71). *Rev Bras Enferm.*, doi:10.1590/0034-7167-2016-0621
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Silva, R. C., & Ferreira, M. d. (2012). Thinking about intensive care nurses' ways to deliver care based on the concept of style. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(4), 954-962.
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *32*(14), pp. 51-63. doi:10.7748/ns.2017.e11030
- Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. Baurer, SP: Manole.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (Vol. 5). Loures. Lisboa: Lusociência. Obtido de ISBN: 9789728383749
- Universidade de Évora . (2016). Aviso n.º 5622/2016. Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. *Diário da República*, *2.ª Série*, n.º 84, (2 de maio 2016), pp. 13881-13888.
- Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Obtido de <http://gdoc.uevora.pt/384829>
- Universidade de Évora. (2018). Declaração de Retificação n.º 652/2018. Retificação à publicação efetuada no Aviso n.º 5622/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 84, de 2 de maio de 2016, referente à publicação do plano de estudos do mestrado em Enfermagem. *Diário da República*, *2.ª série n.º 175 (11 de setembro de 2018)*, p. 25256.
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *37*(10). *Intensive Care Medicine*. doi:10.1007/s00134-011-2300-7
- Yakobson, M. (2018). Risk Factors For Posttraumatic Stress Disorder in ICU Survivors (Doctoral dissertation, St. John's University, New York, United States of America). Obtido de search.proquest.com/openview/906e12f20775a7425e6177e6b4d13d44/1?pqorigsite=

APÊNDICES

Apêndice A. Projeto de Estágio.



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019/2020

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – a pessoa em situação crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Doutora Dulce Santiago

Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Projecto de Estágio Final

Carla Alexandra de Oliveira Pinho, n.º 19322

Setembro

2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019/2020

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – a pessoa em situação crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Doutora Dulce Santiago

Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Projecto de Estágio Final

Carla Alexandra de Oliveira Pinho, n.º 19322

Setembro

2019

SIGLAS

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – pessoa em situação crítica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

UCIPG – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

ECMO – ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

DGS – Direcção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

APA - American Psychological Association

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Quadro 2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a pessoa em situação crítica

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, integrado no plano de estudos da 3ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - a pessoa em situação crítica (EMC - PSC), 1º semestre, do 2º ano, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

O Estágio ocorrerá na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIPG) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), num período de 18 semanas, entre o dia 17 de Setembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020. A coordenação pedagógica apresenta-se ao encargo da Professora Doutora Dulce Santiago.

A realização de um projeto compreende a planificação dos objetivos do estágio, de maneira a preparar e auxiliar para uma aprendizagem e abarcamento de competências mais favorável. Com a produção deste documento procuro aperfeiçoar o meu desempenho e de forma ativa contribuir para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem na UCIPG. Assim, o objetivo deste projeto é definir os objetivos pessoais para o estágio, assim como traçar o plano para os poder atingir, definindo as atividades a realizar em cada um dos objetivos.

Os objectivos gerais desta unidade curricular compreendem o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada no domínio da enfermagem, habilitar para a governação clínica e gestão de projectos e cuidados no âmbito da prática clínica. A aquisição destas competências proporciona a melhoria dos cuidados prestados baseando-se na prática baseada na evidência, não perdendo de vista os referenciais éticos e deontológicos que regem a Enfermagem.

O estágio em uma unidade/serviço de saúde revela-se um momento importante na formação académica do enfermeiro, pois permite um aumento do enriquecimento pessoal, leva a aquisição e consolidação de conhecimentos e de competências, finalizando na solidificação de saberes, que por si só geram melhoria nos cuidados de enfermagem, potencializando os ganhos em saúde.

Com a realização deste projeto procuro alcançar os seguintes objetivos:

- Enunciar os objetivos que pretendo atingir ao longo das 18 semanas do estágio;
- Dispor as atividades oportunas favoráveis para que os objetivos sejam alcançados.

Estruturalmente o projeto de Estágio encontra-se dividido em duas partes, a primeira diz respeito a um sucinto enquadramento teórico, na segunda parte são descritos os objetivos

do estágio baseados nas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, descrevendo as atividades propostas para os atingir, e por fim uma breve nota conclusiva.

O trabalho encontra-se realizado em concordância com as normas de elaboração de trabalhos da *American Psychological Association (APA)*, 6ª edição, e de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O estágio decorre na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIPG), do Centro Hospitalar de São João (CHSJ). O CHSJ localiza-se na cidade do Porto, e desde 1 de abril de 2011 em conjunto com o Hospital Nossa Senhora da Conceição, formando o Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE (CHUSJ). O CHUSJ presta assistência direta na sua área geográfica, bem como sendo um centro de referência para áreas geográficas mais alargadas, baseado nas orientações da Rede de Referência Hospitalar e ainda para áreas em que é reconhecido como centro de excelência na prestação de cuidados (CHSJ, 2017).

A UCIPG localiza-se no sexto andar, composta por duas salas para doentes, uma com lotação de 11 camas distribuídas numa sala ampla (open space) e outra enfermaria de 5 camas, em que 1 delas é destinada a isolamento. Destaca-se a extensa equipa de enfermagem composta por 55 enfermeiros, em que 10 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) compreendem um local qualificado para a prestação de cuidados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica, local de passagem de doentes em risco de vida, caracterizam-se por unidades que exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização continua das funções vitais do doente, de forma a prevenir e detetar precocemente complicações (Direção Geral da Saúde (DGS) 2003).

A escolha desta unidade para desenvolver o estágio final deve-se essencialmente por esta Unidade Hospitalar consistir num centro de referência, para onde são enviados todo o tipo de doentes críticos (como por exemplo doentes neurocríticos, do foro cardioracico, vascular e doentes sob terapia de oxigenação extracorporeal – ECMO). Considero assim, que a UCIPG me irá proporcionar variadas possibilidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, as comuns e as específicas de EMC-PSC.

O universo especializado e diferenciado que comporta as UCI obriga aos profissionais determinadas características, no sentido de proceder adequadamente aos requisitos do cuidado prestado nestes locais, marcado também pela presença de aparatos tecnológicos. A tecnologia por si só comporta um saber, tendo que ser complementada com o saber prático e científico que cabe aos profissionais, de forma a alcançar o cuidado adequando ao doente.

O desempenho dos enfermeiros numa UCI é muito complexo, havendo necessidade de uma prestação de cuidados com maior segurança, qualidade e rigor.

Segundo Nonato et al., 2014:1905, trabalhar numa UCI “...exige atenção constante de enfermeiros que sejam responsáveis, com uma percepção positiva e realista de si mesmos.”

Exercer funções numa UCI requer dos profissionais de saúde um esforço adicional para ultrapassar o cansaço mental e físico, de maneira a que os cuidados prestados não coloquem em risco a vida dos doentes.

2. OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Os objetivos para o estágio são delineados em consonância à aquisição de competências comuns do Enfermeiro especialista, e as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC. A definição de objetivos permite uma planificação do estágio, fomentando o estabelecimento de metas e acaba por motivar a concretização dos mesmos.

O enfermeiro especialista embarca um elevado grau de conhecimentos no domínio da enfermagem, atestando um elevado nível de tomada de decisão, bem como de julgamento clínico, inerentes às competências especializadas sobre um determinado campo de intervenção.

As competências comuns ao enfermeiro especialista, perante a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicadas em 2019 no Regulamento nº 140/2019, são aquelas que independentemente da área de especialização, são globais a todos os enfermeiros especialistas. O enfermeiro especialista é então aquele que possui competências nos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Quanto aos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica, a OE (2018) defende que os cuidados têm como intuito a melhoria da qualidade de vida da pessoa e para tal, a intervenção deve ser ajustada às necessidades da pessoa/família, realizando uma identificação precoce, atuação e recuperação, de contextos em que é imprescindível o uso de meios tecnológicos avançados, quer em termos de diagnóstico como de terapêutica, tendo como base a prevenção de complicações e de eventos adversos, assim como a promoção da saúde e prevenção da doença.

Em acréscimo à aquisição de competências de enfermeiro especialista, pretende-se também a aquisição de competências de grau de Mestre através do desenvolvimento de um projeto de intervenção major, juntando as competências clínicas e de investigação em enfermagem de maneira a atingir esse grau.

Posto isto, ao longo do estágio pretendo desenvolver e consolidar as competências comuns do enfermeiro especialista presentes no quadro 1 e as competências específicas de EMC-PSC descritas no quadro 2.

Quadro 1 - Planificação das competências comuns do enfermeiro especialista

Domínio	Competência	Objetivos	Atividades a desenvolver
Da responsabilidade profissional, ética e legal	A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área da especialidade, segundo as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir competências na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família, baseado nos princípios éticos e deontológicos da profissão; - Desempenhar de forma efectiva processos de tomada de decisão face ao doente crítico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar conhecimentos anteriormente adquiridos sobre Ética, Epistemologia, Direito em Enfermagem e acerca da Deontologia profissional; - Prestar cuidados de enfermagem de acordo com o Código Deontológico; - Conhecimento do espaço físico e os recursos materiais da UCIPG; - Apresentação no serviço de forma pontual e assídua, com o fardamento e postura adequada à prestação de cuidados;
	A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades da profissão.	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar avaliações da tomada de decisão, assim como reflectir sobre esses processos, perante o doente crítico; - Praticar cuidados de enfermagem protegendo os direitos humanos, mantendo a segurança, privacidade e dignidade do doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os elementos da equipa multidisciplinar que apoiam nos cuidados de enfermagem, bem como assegurar a manutenção de uma relação de interajuda; - Conhecer a dinâmica, organização e metodologia, assim como os protocolos e normas de procedimento na unidade; - Conhecer os protocolos e normas de procedimento da unidade. - Confirmar a existência de consentimentos informados ao doente/família e/ou Diretivas Antecipadas da Vontade na prestação de cuidados de enfermagem; - Prestar cuidados baseados nos princípios éticos e direitos humanos de liberdade, privacidade e dignidade humana; - Valorizar os valores, costumes, crenças, escolhas e preferências do doente/família; - Garantir a privacidade do doente; - Participar nos processos de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar; - Sempre que possível esclarecer o doente e os familiares de todas as intervenções a que vai ser submetido, bem como obter o consentimento informado; - Permanecer sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas; - Realizar reflexões críticas acerca da prestação de cuidados e das decisões éticas envolvidas.

Da melhoria contínua da qualidade	B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas da instituição na área da governação clínica.	<ul style="list-style-type: none"> - Participar em projetos institucionais na área da qualidade; - Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; 	<ul style="list-style-type: none"> - Articular os conhecimentos teóricos abordados na componente teórica do Mestrado da Unidade Curricular – Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, com a prática clínica; - Conhecer os indicadores de qualidade desenvolvidos na UCIPG, bem como processos de acreditação e auditorias da qualidade; - Conhecer as política internas de segurança do doente e notificação de eventos adversos; - Conhecer e participar nos projetos de melhoria contínua existentes na UCIPG; - Colaborar na gestão da unidade observando a enfermeira chefe e os enfermeiros chefes de equipa; - Identificar possíveis áreas de melhoria na prestação de cuidados; - Promover os processos de transição de cuidados, tendo como base a norma da Direcção Geral da Saúde acerca da comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde; - Garantir um ambiente seguro e terapêutico à PSC e sua família; - Estabelecer uma relação de confiança com o doente/família; - Executar uma correta gestão do risco, para prevenir complicações e eventos adversos; - Identificar precocemente situações de risco para o doente; - Incentivar a equipa de enfermagem para a necessidade e relevância de reportar os incidentes críticos ao gabinete de gestão do risco; - Analisar e aplicar o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem em PSC; Manual de Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem e Plano Nacional de Saúde. - Refletir criticamente sobre o trabalho realizado, tendo como fundo a promoção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados.
	B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado; - Planejar programas de melhoria contínua; - Promover um ambiente físico, psicosocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; - Gerir o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais. 	
	B3 – Garante um ambiente terapêutica e seguro.		
Da gestão dos cuidados	C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa articulada com a equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; - Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar e empregar conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos na Unidade Curricular – Gestão de Serviços e Governação Clínica em Enfermagem; - Perceber o funcionamento, organização e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e a sua articulação dentro de uma equipa multidisciplinar;

	<p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; - Adaptar o estilo de liderança e adequá-lo ao clima organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir acerca do impacto da liderança e fatores propícios à mesma no seio de uma equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar; - Participar numa reunião de serviço com a enfermeira chefe; - Observar e colaborar com a enfermeira chefe na gestão de tarefas e recursos existentes; - Compreender as competências do enfermeiro especialista na gestão da equipa e do serviço; - Caracterizar a equipa de enfermagem e restantes recursos humanos da UCIPG; - Observar a enfermeira orientadora na gestão da equipa, na delegação de tarefas, bem como na avaliação dos cuidados prestados em situação de delegação; - Colaborar com a enfermeira orientadora na gestão e coordenação de turno, bem como tomar conhecimento das respetivas funções; - Refletir acerca do papel/competência do enfermeiro especialista na área de gestão de cuidados, princípios a ter em consideração na gestão e liderança de uma equipa, assim como as dificuldades existentes, fatores facilitadores e estratégias adotadas; - Participar com a equipa multidisciplinar garantindo boas relações interpessoais com vista num ambiente de trabalho saudável.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Das aprendizagens profissionais</p>	<p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializado em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deter uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; - Gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; - Ser responsável por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; - Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; - Prover liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar os conhecimentos teóricos à prestação de cuidados especializados ao doente; - Efetuar pesquisas bibliográficas com suporte à evidência científica mais recente, acerca das temáticas abordadas ao longo do estágio; - Identificar as áreas menos desenvolvidas na unidade, assim como aplicar um questionário de diagnóstico sobre as necessidades formativas da equipa; - Relacionar os Modelos e Teorias de Enfermagem relacionadas com EMC-PSC, com o contexto de prática clínica desempenhada na UCIPG; - Fundamentar os cuidados de enfermagem prestados à PSC com as evidências científicas mais recentes; - Realizar um plano de formação em serviço com ação de formação à equipa de enfermagem;

			<ul style="list-style-type: none">- Partilhar conhecimentos com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, sobre experiências no contexto de prestação de cuidados;- Reunião com a Enfermeira Orientadora para transmitir os meus objetivos pessoais, atividades e competências a desenvolver durante o estágio de enfermagem;- Observar e refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em EMC-PSC na UCIPG;- Refletir sobre as experiências vividas durante o estágio, aprendizagens e competências adquiridas durante o mesmo;- Refletir a respeito das dificuldades sentidas ao longo do estágio, seja sobre a interação com a equipa ou nos cuidados de enfermagem à PSC.
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 2 - Planificação das competências específicas do enfermeiro especialista EMC -PSC

Competência	Objetivos	Atividades a desenvolver
<p>K1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presta Cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; - Assiste a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica conforme a necessidade relativamente ao processo de doença, plano de cuidados/terapêutico do doente crítico e ou em falência orgânica, assim como - Aplicar na prática clínica os conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos na componente teórica do Mestrado; - Conhecer de protocolos e normas instituídos na UCIPG; - Aplicar a abordagem ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica e exposição) na avaliação do doente crítico; - Colaborar no transporte e mobilização do doente crítico; - Planear e executar intervenções de enfermagem conforme as necessidades do doente em situação crítica; - Gestão de prioridades e recursos perante situação complexas; - Prestar cuidados de forma autónoma, em tempo útil, baseada nas gestões de prioridades e de acordo com as necessidades do doente/família; - Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao doente em PCR, sob ventilação mecânica invasiva, sob terapia dialítica e sob ECMO e outras; - Gerir protocolos terapêuticos complexos na abordagem ao doente crítico; - Identificar e prevenir sinais de instabilidade/deterioração do estado clínico da PSC; - Aplicação de conhecimentos anteriormente adquiridos acerca do Suporte Avançado de Vida (SAV); - Aprofundar conhecimentos na abordagem correta e permeabilização da via aérea; - Conhecer as diversas escalas de avaliação do doente crítico na unidade, nomeadamente a escala de avaliação da dor; - Permitir a manutenção de um ambiente calmo e seguro para o doente; - Desenvolver uma relação terapêutica com o doente em situação crítica e sua família; - Valorizar, incentivar e envolver a família na prestação de cuidados ao doente crítico; - Desenvolver estratégias de comunicação com o doente crítico, nomeadamente no doente ventilado/sedado; - Refletir sobre as intervenções planeadas/implementadas PSC; - Refletir sobre as questões éticas que envolvem a defesa do interesse do doente/família em situações em que o doente está incapaz de expressar a sua vontade; - Identificar aspectos a melhorar.

<p>K2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, excepção e catástrofe, da concepção à acção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; - Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe; - Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pesquisa bibliográfica sobre situações de emergência, excepção e catástrofe, bem como planos de emergência, triagem de Manchester e atuação perante estas situações; - Aplicar conhecimentos de Triagem START em situações multi-vítimas com a identificação das prioridades e da sequência de atuação da equipa; - Conhecer o plano nacional de emergência, plano de emergência hospitalar e plano de emergência e evacuação da UCIPG; - Gerir e priorizar os cuidados em situações de múltiplos doentes com instabilidade clínica; - Participação em formações e simulações sobre situações de excepção e catástrofe, se oportuno; - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados; - Identificação de aspetos de melhoria.
<p>K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da 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 adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concebe um plano de prevenção e controlo de infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; - Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), medidas de prevenção e controlo e resistência aos antimicrobianos; - Identificação de áreas problemáticas e diagnóstico das necessidades na prevenção e controlo das IACS na UCIPG; - Entender o papel do enfermeiro especialista na monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas; - Conhecer o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da instituição e na UCIPG; - Conhecer os protocolos, normas e planos de prevenção e controlo de infeção da UCIPG; - Compreender as vias de transmissão de infeção existentes, assim como os tipos de medidas preventivas e de isolamento; - Promover, incentivar e cumprir as medidas preventivas e de controlo de infeção; - Prestar cuidados à PSC segundo as medidas de prevenção e controlo de infeção da instituição/unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final da realização do presente trabalho-projeto de estágio, considero que o objetivo essencial foi alcançado, pois foram definidos os objetivos específicos para o estágio final, dentro dos propósitos de aprendizagem para esta unidade curricular, tendo em conta a realidade do local onde o estágio decorre. As propostas de atividades para atingir os objetivos traçados servem como um guia condutor, incluindo o planeamento necessário para o alcance dos objetivos propostos.

O projeto possibilita pensar naquilo que se pretende com o estágio, os aspetos mais relevantes a ter em conta e o que fazer para alcançar as competências que se pretende, assim como delinear os principais focos de atuação durante o trabalho realizado na UCIPG.

O estágio na UCIPG diz respeito a um momento de aprendizagem, pretende a cimentação de conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, assim como contribuir para a aquisição de competências particulares do enfermeiro especialista em EMC-PSC. Para além da prestação de cuidados ao doente crítico, num contexto complexo como é o caso das Unidades de Cuidados Intensivos, pretende-se que no estágio se preste cuidados em conjunto com enfermeiros especializados na área, de maneira a beneficiar a aquisição de competências.

Esta planificação para o estágio final poderá sofrer alterações, tendo em conta que me encontro numa fase inicial do estágio, podendo ao longo do mesmo existirem novas necessidades levantadas, bem como novas atividades a desenvolver para o seu alcance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Hospitalar de São João (2017). Relatório e Contas 2017. Acedido em 18 de Setembro de 2019. Retirado de http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/658/R_C_2017.pdf
- DGS- Direção Geral da Saúde (2003) - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento; Lisboa, 72 p. Acedido em 25 de Setembro de 2019 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Nonato Coelho Mendes, R., de Figueirôa Silva Carmo, A., do Carmo Lourenço Haddad, M., & Ângela Rossaneis, M. (2014). NURSES PERCEPTIONS ABOUT THE USE OF EQUIPMENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *JournalOfNursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 8(7), 1904-1911 8p. doi: 10.5205/reuol.5963- 51246-1-RV.0807201411
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série – nº 26 (6 de Fevereiro 2019), p. 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º429/2018 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).

Apêndice B. Resumo do Artigo Científico – Fatores que influenciam a qualidade da comunicação com o doente crítico internado em UCI: Revisão Integrativa da Literatura

**FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO
COM O DOENTE CRÍTICO INTERNADO EM UCI:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LA
COMUNICACION CON PACIENTES CRITICOS HOSPITALIZADOS EN
LA UCI:
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**

**FACTORS THAT INFLUENCE THE QUALITY OF COMMUNICATION
WITH CRITICAL PATIENTS HOSPITALIZED IN ICU:
INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE**

Carla Pinho¹; Dulce Santiago²; Bárbara Fernandes³

¹Enfermeira no Serviço de Cirurgia 2B no Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Mestranda em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação Crítica no Instituto Politécnico de Portalegre;

² Professora adjunta no Instituto Politécnico de Beja, Doutoramento Enfermagem: História e Filosofia de Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente Geral do Hospital Universitário de São João, Porto.

RESUMO

A comunicação é tida como um elemento básico, intrínseco e fundamental à profissão de enfermagem. A relação entre enfermeiro e doente afirma-se através da comunicação, proporcionando um cuidado holístico e centrado no doente. O doente crítico, internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) apresenta na maioria dos casos um compromisso na comunicação, sendo crucial o reconhecimento das barreiras existentes para a adoção de estratégias eficazes para uma comunicação plena, promovendo a humanização dos cuidados de enfermagem prestados neste tipo de unidades. **Objetivo:** Analisar os fatores que influenciam o processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico adulto internado em UCI. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura publicada, no idioma inglês, na plataforma eletrónica B-on, com base das diretrizes do Joanna Briggs Institute, de forma a dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Que fatores influenciam a qualidade do processo comunicacional entre enfermeiros e o doente crítico internado em UCI? **Resultados:** A análise efetuada aos dez estudos incluídos permitiu compreender os fatores positivos e negativos que influenciam o processo comunicacional com o doente crítico, em contexto de UCI. A população estudada foi o doente crítico com comprometimento da comunicação internado em UCI e os enfermeiros de UCI, salientando-se as dificuldades sentidas por parte de ambos os intervenientes aquando da comunicação. **Conclusão:** É necessário a aquisição de competências e habilidades comunicacionais para dar resposta às dificuldades sentidas pelos doentes críticos e pelos enfermeiros no processo comunicacional. Revela-se pertinente a criação de programas formativos para tornar os enfermeiros mais habilitados e seguros aquando da comunicação com este tipo de doentes.

Palavras-chave: Comunicação; Doentes de Unidade de Cuidados Intensivos; Enfermagem.

RESUMEN:

La comunicación se considera un elemento básico, intrínseco y fundamental para la profesión de enfermería. La relación entre enfermeras y pacientes se afirma a través de la comunicación, proporcionando atención holística y centrada en el paciente. El paciente crítico, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presenta en la mayoría de los casos un compromiso con la comunicación, siendo crucial el reconocimiento de los obstáculos existentes para la adopción de estrategias eficaces para la comunicación plena, promover la humanización de la atención de enfermería proporcionada en este tipo de unidad. **Objetivo:** Analizar los factores que influyen en el proceso de comunicación entre enfermeras y pacientes adultos críticos hospitalizados en la UCI. **Método:** Esta es una revisión integradora de la literatura publicada en el idioma inglés en la Plataforma Electrónica B-on, basada en las directrices del Instituto Joanna Briggs, con el fin de responder a la siguiente pregunta de investigación: Qué factores influyen en el calidad del proceso de comunicación entre las enfermeras y el paciente crítico hospitalizado en la UCI? **Resultados:** El análisis realizado en los diez estudios incluidos nos permitió comprender los factores positivos y negativos que influyen en el proceso de comunicación con el paciente crítico, en el contexto de la UCI. La población estudiada fue el paciente crítico con deterioro de la comunicación en la UCI y las enfermeras de la UCI, destacando las dificultades que sentían ambos actores en el momento de la comunicación. **Conclusión:** Es necesario adquirir habilidades y habilidades de comunicación para responder a las dificultades experimentadas por los pacientes y enfermeros en estado crítico en el proceso de comunicación. Es pertinente crear programas de capacitación para hacer que las enfermeras sean más calificadas y seguras cuando se comunican con este tipo de paciente.

Palabras clave: Comunicación; Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos; Enfermería.

ABSTRACT

Communication is considered a basic, intrinsic and fundamental element to the nursing profession. The relationship between a nurse and a patient is made through communication, providing a patient-centred holistic care. The critically ill patient admitted to the Intensive Care Unit (ICU) presents, in most cases, compromised communication, thus it's crucial to recognize the existing barriers in order to adopt effective strategies to enable proper communication, promoting the humanization of nursing care provided in this type of unit. **Objective:** Analyse the factors that influence the communication process between a nurse and a critically ill adult patient in an ICU. **Method:** It's an integrative revision of published English literature, available on the electronic platform B-on, based on the Joanna Briggs Institute Guidelines, in order to answer to the following research question: Which factors influence the quality of the communication process between nurses and the critically ill patient admitted into an ICU? **Results:** The review conducted on ten different studies allowed us to understand the positive and negative factors that influence the communication process with the critically ill patient, in an ICU context. The studied population was the critically ill patients admitted into an ICU and the nurses working in it, with the intention to emphasize the difficulties that both parties encountered regarding the communication process. **Conclusion:** The acquisition of communication skills and abilities is needed in order to respond properly to the difficulties encountered by the patients and nurses. Therefore, the establishment of educational programs is relevant for nurses to become more skilled and confident regarding the communication with this kind of patients.

Key words: Communication; Intensive Care Unit Patients; Nursing.

Apêndice C. Análise SWOT.

Análise SWOT

Pontos Fortes (Strengths)	Pontos Fracos (Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade Assistencial • Diferenciação Tecnológica • Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos • Apoio e consentimento da Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora • Ganhos em saúde associados à prevenção de danos e subseqüentemente a melhoria nos cuidados prestados • Incentivo à formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional • Auto-motivação gerada pelo interesse na área • Inexistência de protocolo orientador sobre a temática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade da equipa de enfermagem num curto espaço de tempo • Vários elementos da equipa de enfermagem em integração e outros com pouco tempo de experiência no serviço, assim como muitos elementos não ter experiência anterior em outros serviços • Existência de vários alunos de especialidade no mesmo espaço de tempo • Desmotivação da equipa de enfermagem, secundária à elevada carga de trabalho.
Oportunidades (Opportunities)	Ameaças (Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade e segurança nos cuidados prestados ao doente crítico • Instituição em programa de melhoria continua • Unidade Hospitalar em Plano Estratégico de melhoria continua da qualidade dos cuidados • Desenvolvimento das boas práticas e padrões de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Restruturação organizacional • Descontentamento remuneratório por parte dos profissionais, bem como falta de incentivos • Falta de elementos da equipa de enfermagem • Curto espaço de tempo para a planificação/implementação e avaliação do Projeto de Intervenção Profissional

**Apêndice D. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Apreciação da
Pertinência de Elaboração de Projeto de Intervenção na Área da Comunicação com o
Doente Crítico.**



**QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA,
PROFISSIONAL E ACADÉMICA E VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO
PROJETO**

PARTE I

**CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E
ACADÉMICA**

Por favor, preencha os espaços em branco e assinale com uma cruz (X)
a(s) sua(s) opção(ões):

1. **Idade:** _____ anos

2. **Género:** Masculino Feminino

3. **Experiência profissional (anos):**

0-4 5-9 10-14 ≥ 15 anos

4. **Tempo de exercício profissional (anos):**

0-4 5-9 10-14 ≥ 15 anos

5. **Experiência em Cuidados Intensivos (anos):**

0-4 5-9 10-14 ≥ 15 anos

6. Habilitações académicas:

Licenciatura Pós-graduação Especialidade

Mestrado Doutoramento

7. Com exceção da licenciatura, se selecionou alguma das opções anteriores refira qual(ais) as áreas.

PARTE II

VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO

Por favor, assinale com uma cruz (X) a(s) sua(s) opção(ões):

1. Na sua opinião, a comunicação é importante na prestação de cuidados no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)?

Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema

2. Na sua opinião, é importante a atualização de conhecimentos nesta área?

Sim Não

3. Quais os aspectos que privilegia na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente?

	Sim	Não
3.1. Gestos/expressões gestuais		
3.2. Expressões faciais		
3.3. Postura		
3.4. Sorriso		
3.5. Olhar		
3.6. Silêncio		
3.7. Toque		
3.8. Outro? Qual? _____		

4. Quais as estratégias alternativas à comunicação verbal que utiliza?

Estratégia	Sim	Não
4.1. Abecedário		
4.2. Incentivar a escrita (fornecer papel e caneta ou quadro branco e marcador)		
4.3. Tabela de frases		
4.4. Álbum de imagens		
4.5. Outra Qual? _____		

5. Qual/quais o(s) fator(es) que na sua opinião mais condicionam a comunicação com o doente?

5.1. Estado de Consciência do doente	
5.2. Relação Enfermeiro – Doente	
5.3. Falta de tempo	
5.4. Espaço físico	
5.5. Presença de outras pessoas	
5.6. Outro Qual? _____	

6. Qual a perceção da dificuldade na comunicação?

Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema

7. Quais as principais dificuldades que sente aquando da comunicação com o doente com alterações na comunicação?

7.1. Compreender a comunicação oral dos doentes, quando este não se expressa oralmente de forma clara	
7.2. Compreender doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios (comunicação não verbal)	
7.3. Expressar-se através da comunicação não verbal	
7.4. Dúvida acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida	
7.5. Escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente	
7.6. Outra Qual? _____	

Apêndice E. Consentimento informado, esclarecido e livre.



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento. Se concorda com o proposto, queira assinar.

Título do Projeto:

PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Identificação dos investigadores:

Aluna – Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Enfermeiro Supervisor – Enfermeiro Especialista Bárbara Costa

Professor Orientador: Professora Doutora Dulce Santiago

Contexto:

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar de São João – Porto.

Este projeto visa melhorar o processo comunicacional com o doente crítico internado nos cuidados intensivos, contribuindo para uma intervenção mais eficaz e humanizada, através da realização de uma norma hospitalar de comunicação com o doente crítico.

No sentido de validar a pertinência do projeto, foi elaborado um questionário que se encontra dividido em duas partes: a primeira refere-se à caracterização sociodemográfica,

profissional e académica da equipa de enfermagem e a segunda parte refere-se à validação da pertinência do tema em estudo. A sua aplicação tem a duração prevista de duas semanas.

Este projeto recebeu o Parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

A sua participação no preenchimento deste questionário é voluntária e crucial para o desenvolvimento do projeto, pelo que solicito desde já a sua colaboração. No entanto, é livre, em qualquer momento, de recusar prosseguir a sua participação no projeto, sem que isso lhe traga quaisquer consequências.

Os dados obtidos não pretendem obter a identificação pessoal dos participantes e serão apenas manipulados pelos investigadores já referidos. Para além dos fins já referidos neste documento, os dados obtidos poderão ser apresentados em congressos e/ou publicações, sem colocar em causa a sua confidencialidade e anonimato.

Se necessitar de esclarecimentos, não hesite em solicitar mais informações.

Contacto:

Carla Pinho

Correio eletrónico: carlapinho26@gmail.com

Grata pela sua atenção

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Pede consentimento:

Carla Alexandra de Oliveira Pinho (cédula profissional n.º 63357)

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

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 ter de dar qualquer tipo de justificação.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito 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 investigador.

Nome completo do participante:

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

Apêndice F. Cronograma da Intervenção Profissional Major.

Cronograma da Intervenção Profissional Major

FASES	TEMPO	MÊS/ANO/QUINZENA															
		SET 2019		OUT 2019		NOV 2019		DEZ 2019		JAN 2020		FEV 2020		MAR 2020		ABR 2020	
		1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a
Diagnóstico da situação e definição de objetivos	Reuniões com enfermeira chefe, enfermeiro orientador e professora orientadora para validação da necessidade identificada																
	Análise SWOT																
	Leitura das normas e protocolos da instituição/unidade																
	Pesquisa bibliográfica																
	Definição de objetivos geral e específicos																
	Elaboração do questionário aos enfermeiros																
	Elaboração do guião de observação participante																
	Aplicação do questionário aos enfermeiros																
	Recolha de dados nas aplicações informáticas																
Planeamento	Elaboração do cronograma do projeto																
	Definição das atividades a desenvolver, estratégias e recursos necessários																
	Elaboração do consentimento informado, livre e esclarecido																
	Entrega da proposta de projeto ao CFIC/CA/Comissão de Ética/IPP Portalegre																
Execução	Pesquisa bibliográfica																
	Elaboração de revisão integrativa da literatura																
	Elaboração de proposta de norma																
	Realização de observações participante																

Apêndice G. Proposta de Projeto de Intervenção Profissional enviada ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUSJ.



**Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre**

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019/2020

Unidade Curricular: Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

**PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO EM
CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Docente:
Professora Doutora Dulce Santiago

Enfermeiro Orientador:
Enfermeira Especialista Bárbara Costa

Discente:
Carla Pinho, nº19322

**outubro
2019**

RESUMO

A comunicação é tida como um elemento básico, intrínseco e fundamental à profissão de enfermagem. A natureza do cuidado humanizado em enfermagem é a comunicação interpessoal, que se faz representar pela relação entre o profissional, o doente e família. O processo da comunicação é indispensável para se concretizar uma assistência com qualidade. É irrefletido pensar que é possível uma relação terapêutica sem que a comunicação estabelecida seja eficaz.

A comunicação é um elemento básico dos cuidados de saúde, sendo igualmente um indicador de qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde. O uso da comunicação conduz a cuidados centrados na pessoa e não na tarefa, assegurando, assim, a satisfação das pessoas, a qualidade dos cuidados e a humanização dos cuidados de enfermagem prestados ao utente e família.

A comunicação em saúde deixa de ser tão simples quando estamos perante da pessoa em situação crítica, inserida num contexto de Cuidados Intensivos. É importante o reconhecimento das barreiras no processo comunicacional, para que cada profissional invista na formação e adote estratégias eficazes para uma comunicação plena. O internamento em Cuidados Intensivos, constitui desde logo um evento inesperado do qual resulta consequências quer a nível individual, como familiar.

O exposto projeto percorre as diferentes fases da metodologia de projeto e pretende promover a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, no que concerne ao processo comunicacional com o doente/família e promover a humanização dos cuidados de enfermagem prestados na Unidade de Cuidados Intensivos. Indo ao encontro das linhas de investigação definida pelo Mestrado em Enfermagem em Associação “Segurança e Qualidade de vida”, na área “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”.

INTRODUÇÃO

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

A International Council of Nurses (2010, p.45) define comunicação como um “comportamento interativo com as características específicas: dar ou trocar informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

A comunicação integra todas as pessoas e todos os aspetos da vida, como atividade humana, surgindo como maneira de interagir e sobreviver. Para o processo comunicacional são identificadas barreiras ou obstáculos à comunicação que pode influenciar positiva ou negativamente a passagem da mensagem e a sua compreensão, como o ruído, o ambiente, bem como as variáveis interpessoais.

Segundo Phaneuf (2005) a comunicação embarca dois elementos essenciais: o quê da mensagem, aspeto informativo, que diz respeito à área cognitiva; e o como da mensagem, dimensão afetiva, relacionada com a maneira como é transmitida.

Podem ser distinguidas essencialmente três formas de comunicação, a comunicação verbal, relativo à forma de expressão oral e escrita; comunicação paraverbal, referente aos sentimentos transmitidos durante a instalação de um diálogo e comunicação não-verbal, diz respeito à transmissão de informação sem uso de palavras.

Perante Sequeira (2016) no processo comunicacional, estima-se que 7% do seu significado é emitido por comunicação verbal, 38% da comunicação dá-se por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais, depreendendo assim que a componente não verbal se sobrepõe para a instalação de uma boa comunicação.

Quando pensamos em comunicação em saúde, temos como elementos as organizações, os profissionais e os utentes, sendo que para a prestação de cuidados de qualidade, individualizados e personalizados, a comunicação assume uma parte indispensável. Segundo Chalifour (2008), é fundamental que os enfermeiros conheçam as várias estratégias comunicacionais para uma melhor resposta às particularidades de cada pessoa, bem como conhecimentos técnicos, compreensão e disponibilidade nas relações humanas em situações de crise.

Os enfermeiros são profissionais privilegiados na relação com o doente, pelo tempo que passam junto deste, mas é fundamental não esquecer a qualidade desse contato. Segundo Phaneuf (2005, p.11), “é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico”.

O ambiente é visto como um elemento da comunicação, tornando-se uma variável com elevado peso no sucesso ou fracasso deste processo. Segundo Stefanelli e Carvalho (2005) o contexto pode interferir as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos elementos envolvidos. O ambiente/ contexto diz respeito não só ao espaço físico utilizado, mas também as pessoas que interatuam, como também a cultura, a iluminação, o mobiliário, a temperatura, o ruído e a condição do espaço e do tempo.

A comunicação não é um evento simples, existem situações, que pela sua natureza, nomeadamente situações de crise, de grande vulnerabilidade, com presença de elevados estados de ansiedade e tristeza, que demandam uma atenção superior no uso da comunicação. Como cuidador, ao enfermeiro é exigido nutrir conhecimentos, habilidades e atitudes concretas, que possibilite intervir no problema e nas consequências que este provoca no doente/pessoa (Chalifour, 2008).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos, os doentes são na sua maioria sujeitos a tratamentos invasivos e agressivos, as vivências são descritas como momentos de desamparo, solidão e ansiedade, pela incerteza, desconforto físico e insegurança emocional. Vários autores evidenciam o sentimento de vulnerabilidade, angustia e medo por parte do doente internado neste tipo de unidades. Perante isto, o cuidado holístico implica um processo de comunicação eficaz entre enfermeiro e doente de forma a reduzir as consequências deste tipo de internamentos.

A Ordem dos Enfermeiros (2018, p.19362) descreve pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

O enfermeiro prestador de cuidados à pessoa em situação crítica deve conciliar a mestria da tecnologia com a arte de cuidar, em que os cuidados de enfermagem são altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco, dando resposta às necessidades afetadas. Tende-se a que, pela presença

de um elevado nível tecnológico presente no contexto das unidades de Cuidados intensivos, o cuidado seja despersonalizado, tendo como centro os meios tecnológicos, de monitorização e terapêutica a que o doente crítico exige.

Foram emanados pela Ordem dos Enfermeiros os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2015, p.17241) onde evidencia a prestação de cuidados personalizados como cuidados de qualidade, sendo pertinente “a satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (...) a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (...)”.

No que concerne aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica, está descrito sobre a satisfação do 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.17241).

Também no código deontológico dos enfermeiros, documento de referência para essa classe profissional, contemplado no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, da lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, fica claro a importância da comunicação no processo de cuidados, afirmando que só o enfermeiro competente no que diz respeito ao processo comunicacional poderá cumprir com eficácia o que lhe é conferido por diversos artigos. Nomeadamente o artigo 105º sobre o dever da informação e o artigo 106º, o dever do sigilo, contemplando a dimensão informativa da mensagem, ou seja, o quê, e a dimensão afetiva, que traduz a forma como a mensagem é comunicada (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Nos artigos 109º, da excelência do exercício e 110º, da humanização dos cuidados, encontra-se implícito a importância de uma atenção individualizada a cada pessoa, em que a sua efetivação dá-se através da comunicação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Procura-se com o Estágio Final, que decorre de 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, a afirmação de um conjunto de experiências que contribuam para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem. Neste enquadramento, é desenvolvido um

Projeto de Intervenção Profissional, que vise colmatar uma necessidade formativa identificada.

O diagnóstico da necessidade acerca da temática surge através de uma conversa com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora, verificando-se que é uma área de intervenção fundamental no contexto de Cuidados Intensivos, mas ainda pouco falada, para além da inexistência de uma norma que auxiliasse a prática dos profissionais. Foi também aplicado um questionário à equipa de enfermagem de forma a perceber se a necessidade é ou não sentida pelos elementos, que embarca a caracterização demográfica, a caracterização profissional e académica, assim como a perspetiva dos profissionais sobre a necessidade de tratar a temática.

Foi também usado um instrumento de diagnóstico, a análise SWOT, que é um acrónimo para Strengths, Weakness, Threats e Opportunities, que perante Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), trata-se do método mais usado para a construção de diagnósticos de investigação, validando a necessidade diagnosticada (APÊNDICE A).

Tendo em conta o referido, foi validado a realização de uma norma sobre comunicação em cuidados intensivos, de forma a melhorar o processo comunicacional com o doente/família e promover a humanização dos cuidados de enfermagem prestados na Unidade de Cuidados Intensivos, com a finalidade melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Surge assim a proposta de realizar o projeto de intervenção “PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRITICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS”.

1. OBJETIVOS E PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

O Projeto de Intervenção Profissional tem como objetivo geral:

- Melhorar o processo de comunicação com o doente crítico em contexto de cuidados intensivos.

Como objetivos específicos:

- Perceber o modo como a equipa de enfermagem comunica com o doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral.
- Identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre fatores facilitadores e dificultadores da comunicação com o doente crítico.
- Consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos, sobre a temática e as estratégias para melhorar o processo comunicacional com o doente crítico.
- Elaborar uma norma sobre comunicação com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos.

2. METODOLOGIA

O projeto é uma planificação de trabalho orientada para estudar/solucionar uma problemática com que os intervenientes da sua execução se preocupam (Ruivo et al., 2010). A metodologia é formada por cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, e divulgação dos resultados, estando descritas no cronograma do projeto de intervenção profissional.

Contexto clínico:

Centro Hospitalar do São João, Porto - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral.

Amostra:

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral – Centro Hospitalar do São João, Porto.

Crítérios de inclusão:

Todos os elementos que se encontram a exercer funções de enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral – Centro Hospitalar do São João, Porto.

Crítérios de exclusão:

Todos os elementos que não exerçam funções de enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral – Centro Hospitalar do São João, Porto.

Atividades metodológicas:

- Aplicação de questionário à equipa de enfermagem com o objetivo de validar a pertinência do projeto e colher dados sociodemográficos, profissionais e académicos (APÊNDICE B);
- Aplicação de um guião de observação participante à equipa de enfermagem (APÊNDICE C);
- Aplicação de questionário de avaliação da sessão à equipa de enfermagem no final da sessão de formação em serviço (APÊNDICE D).

Instrumento de recolha de dados:

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica, profissional e académica e os relativos à avaliação da sessão de formação em serviço serão recolhidos através do preenchimento de questionários pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral – Centro Hospitalar do São João, Porto.

Os dados relativos ao número de doentes admitidos na unidade nos anos 2018 e 2019 e sua proveniência, diagnósticos médicos dos doentes e média de idades serão recolhidos através das aplicações informáticas *B-ICU Care*® e *S-Clinico*® e organizados através de duas grelhas construídas para o efeito, uma para cada aplicação informática (APÊNDICE E). Todos os dados recolhidos serão tratados estatisticamente através do programa informático Excel.

Questões éticas:

Os dados recolhidos através dos questionários têm cariz confidencial e anónimo e serão utilizados somente pelos responsáveis deste projeto, no âmbito do mesmo. A sua apresentação será realizada através de gráficos e/ou tabelas. A participação neste projeto é voluntária, pelo que será entregue à equipa de enfermagem o consentimento informado, esclarecido e livre (APÊNDICE F). Os dados recolhidos nas aplicações informáticas não terão qualquer informação acerca da identificação do doente.

Recursos/custos:

Não estão previstos nem recursos nem custos adicionais à instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135 – 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros, 19362.

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos, 15*, 1-38.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, p.11.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.

Stefanelli, M.C. & Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.

Concelho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (trabalho original em inglês publicado em 2010), p.45.

Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República N.º 135 - II série*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. *Diário da República N.º 123 - 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Apêndice H. Instrumento de colheita de dados: Guião de observação.



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

1. Doente impossibilitado de comunicar verbalmente

Afasia	
Entubação Endotraqueal	
Traqueostomia	
Desorientação/delírio	
Outros	

2. Avaliação do nível de consciência

Escala de Coma de Glasgow (GCS)	
RASS	

3. Sedação

Sim		Qual _____
Não		

4. Tipo de Comunicação estabelecida

Verbal		
Não Verbal	Gestos/expressões	
	Postura Corporal	
	Expressões faciais	
	Sorriso	
	Olhar/ contato visual	
	Toque	
	Silêncio	

5. Finalidade da Comunicação estabelecida

Identificar necessidades do doente	
Avaliar a dor/conforto do doente	
Estimular a orientação no tempo e espaço do doente	
Explicar procedimentos que vai executar	
Solicitar a participação do doente nos cuidados	
Acalmar o doente	

6. Fatores que interferem no processo de comunicação

Centrados no doente	Estado de consciência/nível de sedação do doente	
	Função neuromuscular	
	Idade do doente	
	Ansiedade/agitação	
Centrados no profissional	Experiência profissional em UCI	
	Dificuldade na compreensão da mensagem do doente	
	Formação sobre comunicação	
Centrados na dinâmica da UCI	Presença de familiares	
	Sobrecarga de trabalho	
	Fatores ambientais da UCI	

5. Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação

Recursos materiais	Abecedário	
	Papel e caneta	
	Tabela de frases	
	Álbum de imagens	
Mobilização de habilidades comunicacionais	Interpretação de química labial	
	Mostrar disponibilidade	
	Valorizar comportamento/expressões	
	Adequar estratégias	
Negociar estratégias de feedback	Piscar os olhos	
	Gestos	
	Acenar a cabeça	

Notas

Apêndices I. Proposta de Protocolo Orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

PROPOSTA DE PROTOCOLO ORIENTADOR DO PROCESSO COMUNICACIONAL COM O DOENTE CRÍTICO

Realizada em janeiro de 2020.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Enfermagem; Doente crítico; Cuidados Intensivos.

1. DEFINIÇÕES

Comunicação - Comunicar tem origem no termo latim *comunicare*, que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, partilhar. Trata-se de um processo complexo, dinâmico e contínuo, através do qual os seres humanos enviam e recebem mensagens, com intenção de compreender e serem compreendidos (Sequeira, 2016).

Comunicação em saúde - Estudo e utilização de estratégias de comunicação com a finalidade de influenciar a decisão das pessoas e das comunidades, baseado em conhecimentos, atitudes e práticas, com intenção de promover a saúde (Hoorn 2016).

Comunicação terapêutica - Consiste na utilização do conhecimento acerca da comunicação, estabelecendo uma comunicação efetiva, de confiança, ou seja, uma interação comunicacional intencional com o doente, com o objetivo de ajudá-lo nos seus problemas. O profissional responde às reais necessidades do doente, tratando-se de um processo consciente e determinado, utilizando as informações quanto ao estado de saúde/doença da pessoa na sua globalidade e responder com uma abordagem verbal ou não verbal para proporcionar bem-estar, melhoria no seu entendimento acerca dos cuidados prestados, com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica (Sequeira, 2016).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

A comunicação integra todas as pessoas e todos os aspetos da vida, como atividade humana, surgindo como maneira de interagir e sobreviver. Para o processo comunicacional são identificadas barreiras ou obstáculos à comunicação que pode influenciar positiva ou negativamente a passagem da mensagem e a sua compreensão, como o ruído, o ambiente, bem como as variáveis interpessoais.

Segundo Phaneuf (2005) a comunicação embarca dois elementos essenciais: o quê da mensagem, aspeto informativo, que diz respeito à área cognitiva; e o como da

mensagem, dimensão afetiva, relacionada com a maneira como é transmitida. Podem ser distinguidas essencialmente três formas de comunicação, a comunicação verbal, relativo à forma de expressão oral e escrita; comunicação paraverbal, referente aos sentimentos transmitidos durante a instalação de um diálogo e comunicação não-verbal, diz respeito à transmissão de informação sem uso de palavras.

Quando pensamos em comunicação em saúde, temos como elementos as organizações, os profissionais e os utentes, sendo que para a prestação de cuidados de qualidade, individualizados e personalizados, a comunicação assume uma parte indispensável. Segundo Chalifour (2008), é fundamental que os enfermeiros conheçam as várias estratégias comunicacionais para uma melhor resposta às particularidades de cada pessoa, bem como conhecimentos técnicos, compreensão e disponibilidade nas relações humanas em situações de crise.

Os enfermeiros são profissionais privilegiados na relação com o doente, pelo tempo que passam junto deste, mas é fundamental não esquecer a qualidade desse contato. Segundo Phaneuf (2005, p.11), “é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico”.

Foram emanados pela Ordem dos Enfermeiros os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2015, p.17241) onde evidencia a prestação de cuidados personalizados como cuidados de qualidade, sendo pertinente “a satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (...) a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (...)”.

3. OBJETIVOS

- Orientar o processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos.

4. ORIENTAÇÕES:

Quem executa:

- Enfermeiros

Horário:

- No momento de contacto entre o enfermeiro e o doente crítico durante a prestação de cuidados na UCIPG.

5. PROCEDIMENTO

Intervenções de Enfermagem	Justificação
1. Dirigir-se à pessoa em situação crítica tratando-a pelo seu nome e apresentar-se.	Cumprir a Orientação n.º 18/2011 da Direção-Geral da Saúde. Cumprir o objetivo Estratégico n.º 5 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 “Assegurar a identificação inequívoca dos doentes” (Despacho n.º 1400-A/15). Transmitir segurança e conforto.
2. Se possível confirmar a identificação da pessoa perguntando-lhe o seu nome e confirmar a informação através da pulseira de identificação.	Promover uma comunicação adaptada ao nível que o doente é capaz de cooperar.
3. Avaliar o estado de consciência do doente.	Assegurar o direito à informação e confidencialidade. Assegurar o consentimento dado pelo doente. Diminuir a ansiedade do doente. Garantir um ambiente seguro.
4. Informar a pessoa em situação crítica sobre as intervenções e procedimentos a realizar e solicitar o seu consentimento.	Adequar as estratégias de comunicação ao nível comunicativo do doente. Otimizar a comunicação do doente crítico.
5. Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas.	Adequar formas alternativas de comunicação face à capacidade de compreensão do doente.
6. Avaliar a capacidade de comunicação verbal da pessoa em situação crítica.	Otimizar a comunicação do doente crítico.
7. Avaliar a compreensão linguística da pessoa em situação crítica.	
8. Avaliar a capacidade de leitura e escrita da pessoa em situação crítica.	

9. Providenciar materiais de comunicação alternativa (quadros, papel, caneta, tabela de frases).	Promover a individualização e personalização dos cuidados prestados; Otimizar a comunicação com o doente crítico.
10. Vigiar a comunicação.	Otimizar a comunicação com o doente crítico; Identificar barreiras da comunicação.
11. Avaliar e registar	Proceder ao registo no processo clínico do doente, dos procedimentos e intervenções realizados, bem como das intercorrências que possam surgir.

6. MONITORIZAÇÃO E REGISTOS

- Manter a vigilância da comunicação do doente.
- Proceder ao registo, no processo clínico do doente, dos procedimentos e intervenções realizadas, assim como as intercorrências que possam surgir.
- Deve ser registado as formas de comunicação mais bem-sucedidas, estratégias de comunicação utilizadas e os dispositivos de comunicação alternativa utilizados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. 2. Atas de investigação qualitativa na saúde. Obtido em 12 de fevereiro de 2020, de ISBN 9789728914592
- Cavaco, V. S., José, H. M., & Lourenço, I. M. (2013). Comunicar Com a pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias? - Revisão Sistemática. 7(5), pp. 4535-4543.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Concelho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (trabalho original em inglês publicado em 2010), p.45.
- Dithole, K. S., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. doi:10.1111/inr.12262
- 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. 16(1). BMC Nursing. doi:10.1186/s12912-017-0268-5
- Freixo, M. J. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação*. (2. edição, Ed.) Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Happ, M. B., Sereika, S. M., Houze, M. P., Seaman, J. B., Tate, J. A., Nilsen, M. L., . . . Bamato, A. E. (2015). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. doi:10.1016/j.hrting.2015.07.001
- Hoom, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, A. (2016). Communicating with conscious mechanically. Critical Care. doi:10.1186/s13054-016-1483-2
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, p.11.

Saldaña, D. M., Alarcón, M. P., & Romero, H. A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. 1(33). *Invest Educ Enferm...*, doi:10.17533/udea.iee.v33n1a12.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel. Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Diário da República N.º 123 - 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros.

Stefanelli, M.C. & Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.

Apêndices J. Plano das Sessões Formativas.

Plano da 1ª Sessão Formativa		
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do CHUSJ		
Tema: Processo Comunicacional com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem		
Formador: Carla Pinho – Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica		
Destinatários: Enfermeiros da UCIPG		
Local: Sala de apoio à Unidade de Cuidados Intensivos		
Data: janeiro 2020	Hora: a definir	Duração aproximada: 15 minutos
Objetivos		
<p>Generais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar os dados obtidos através da observação do processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer o projeto de intervenção profissional; • Apresentar os dados obtidos através da observação do processo comunicacional. 		
Conteúdos		
<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização do projeto de intervenção profissional; • Justificação da temática; • Objetivos do projeto de intervenção; • Diagnóstico do problema/necessidade; • Apresentação dos dados recolhidos através da observação do processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG. 		
Método: expositivo	Recurso: Projetor de audiovisual	
Avaliação da Sessão		
<ul style="list-style-type: none"> • Discussão informal do tema com apresentação de diapositivos no seio da equipa de enfermagem, com partilha de ideias e identificação de comportamentos a melhorar nos cuidados praticados diariamente. • Questionário de avaliação da sessão formativa por parte dos formandos. 		

Plano da 2ª Sessão Formativa		
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do CHUSJ		
Tema: Processo Comunicacional com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem		
Formador: Carla Pinho – Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica		
Destinatários: Enfermeiros da UCIPG		
Local: Sala de apoio à Unidade de Cuidados Intensivos		
Data: janeiro 2020	Hora: a definir	Duração aproximada: 15 minutos
Objetivos		
<p>Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a otimização da comunicação com o doente crítico da UCIPG; • Uniformizar procedimentos no processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender a problemática da comunicação entre o enfermeiro e o doente crítico na UCIPG; • Identificar os fatores facilitadores e inibidores da comunicação; • Identificar estratégias de otimização da comunicação com o doente crítico; • Divulgar a proposta de protocolo orientador do processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente. 		
Conteúdos		
<ul style="list-style-type: none"> • Problemática da comunicação; • Fatores facilitadores e inibidores da comunicação; • Estratégias de comunicação com o doente crítico; • Cuidados de enfermagem inerentes à comunicação com o doente crítico; • Apresentação da proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG. 		
Método: expositivo	Recurso: Projetor de audiovisual	
Avaliação da Sessão		
<ul style="list-style-type: none"> • Discussão informal do tema com apresentação de diapositivos no seio da equipa de enfermagem, com partilha de ideias e identificação de comportamentos a melhorar nos cuidados praticados diariamente. • Questionário de avaliação da sessão formativa por parte dos formandos. 		

Apêndices I. Apresentação Utilizada nas Sessões Formativas



Processo Comunicacional com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem

Discente/Formador:
Carla Pinho

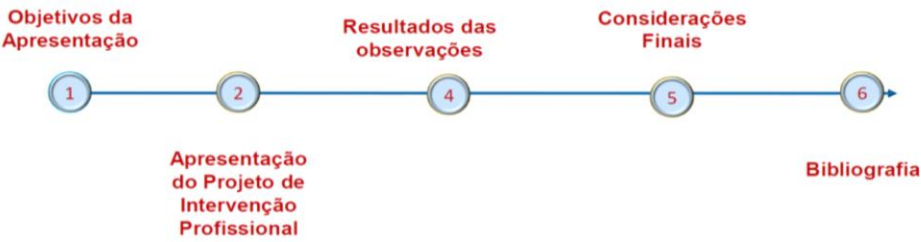
Orientador Supervisor Clínico:
Enfermeira Especialista Bárbara Costa

Docente Orientador:
Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Janeiro de 2020

1

Sumário



Objetivos da Apresentação

Resultados das observações

Considerações Finais

Bibliografia

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem

2

Objetivos da sessão de formação

Objetivos Gerais:

- Incrementar a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde prestados ao doente crítico internado na UCIPG;
- Alertar para a importância da comunicação com o doente crítico na UCIPG.

Objetivos Específicos:

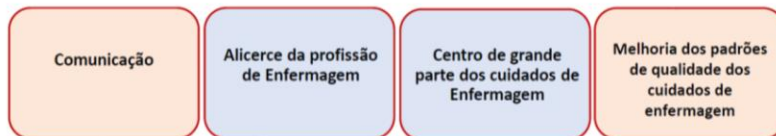
- Dar a conhecer o projeto de intervenção profissional;
- Apresentar os dados obtidos através da observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros com o doente crítico na UCIPG.

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem

3

Projeto de Intervenção Profissional: **justificação**

As UCI são ambientes complexos, onde os doentes, na sua maioria têm compromisso comunicacional.



Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

4

Projeto de Intervenção Profissional: **objetivos**

- Promover a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde prestados ao doente crítico em cuidados intensivos;
- Uniformizar as estratégias utilizadas face ao doente com compromisso da comunicação.



Construção de proposta de protocolo orientador do processo comunicacional com o doente crítico na UCIPG.

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

5

Projeto de Intervenção Profissional: **diagnóstico**

Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, académica e validação da pertinência do projeto

The screenshot shows a questionnaire form with the following structure:

- QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL, ACADÉMICA E VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO**
- PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA**
- Do nome, por favor, se apoiar nos itens e preencher com uma (X) a opção adequada.
- 1. Sexo: Masculino Feminino
- 2. Estado civil: Casado Solteiro Divorciado Viúvo
- 3. Formação académica: Superior Secundária Secundária inferior
- 4. Tempo de experiência profissional (anos): 0-4 5-10 11-15 16-20 21 ou mais
- 5. Experiência em Cuidados Intensivos (anos): 0 1-4 5-10 11-15 16 ou mais

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

6

Projeto de Intervenção Profissional: **execução**

Observar as práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG

Observação nº: _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUADRO DE OBSERVAÇÃO

1. Estado impossibilidade de contactar verbalmente

Aluno	
Coordenação Enfermagem	
Unidade de Cuidados	
Docente Observador	
Outros	

2. Avaliação do nível de consciência

Estado de Consciência (GCS)

WASS

3. Localização

Nome: _____ Qual: _____

Idade: _____

4. Tipo de Comunicação estabelecida

Não Verbal	
Verbal	
Comunicação não verbal	
Comunicação verbal	
Comunicação escrita	
Comunicação oral	
Outros (descrever)	
Outros	

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

7

Projeto de Intervenção Profissional: **execução**

Observação nº: _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUADRO DE OBSERVAÇÃO

1. Estado impossibilidade de contactar verbalmente

Aluno	
Coordenação Enfermagem	
Unidade de Cuidados	
Docente Observador	
Outros	

2. Avaliação do nível de consciência

Estado de Consciência (GCS)

WASS

3. Localização

Nome: _____ Qual: _____

Idade: _____

4. Tipo de Comunicação estabelecida

Não Verbal	
Verbal	
Comunicação não verbal	
Comunicação verbal	
Comunicação escrita	
Comunicação oral	
Outros (descrever)	
Outros	

- Caracterizar o doente crítico;
- Identificar a finalidade da comunicação;
- Identificar o tipo de comunicação estabelecida;
- Identificar os fatores que interferem no processo comunicacional;
- Identificar as dificuldades sentidas e vivencias pelos enfermeiros na comunicação;
- Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para comunicar.

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

8

Projeto de Intervenção Profissional: **execução**

Observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG

□ Tipologia do doente envolvido na interação comunicacional entre enfermeiro e o doente crítico.

Domínio Observado	Categoria	Total de Unidades de registo
Tipologia do doente envolvido na interação comunicacional enfermeiro - doente	Com entubação endotraqueal	26
	Com traqueostomia	8
	Com desorientação, agitação e/ou delírio	5
	Com VNI ou oxigenoterapia de alto fluxo	4
	Com ansiedade e/ou tristeza	3
	Com diminuição grave da força muscular e/ou consciência	2
Sem compromisso de comunicação verbal		7

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

9

Projeto de Intervenção Profissional: execução

Observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG

- Tipo de comunicação estabelecida na interação comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico.

Domínio Observado	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de Registo
Tipo de comunicação estabelecida	Verbal		49
	Não verbal	Gestos/expressões	15
		Postura Corporal	24
		Expressões Faciais	10
		Sorriso	7
		Olhar/ contato visual	32
Toque	39		
Silêncio	1		

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

10

Projeto de Intervenção Profissional: execução

Observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG

- Finalidade da comunicação estabelecida entre o enfermeiro e o doente crítico.

Domínio observado	Categorias	Total de Unidades de registo
Finalidade da comunicação enfermeiro-doente	Identificar as necessidades do doente	17
	Avaliar e dar conforto do doente	23
	Estimular a orientação no tempo e no espaço do doente	20
	Explicar os procedimentos que vai executar	44
	Solicitar a participação do doente nos cuidados	25
	Informar o doente	12
	Acalmar o doente	31

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

11

Projeto de Intervenção Profissional: execução

Observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG

- Fatores que interferem com o processo comunicacional entre o enfermeiro e o doente crítico.

Domínio observado	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de registo
Fatores que interferem com o processo de comunicação	Centrados no doente	Estado de consciência/nível de sedação	35
		Função neuromuscular	7
		Idade do doente	2
		Ansiedade e/ou agitação	18
	Centrados no contexto de UCI	Presença de familiares/pessoas significativas	0
		Sobrecarga de trabalho	10
		Fatores ambientais de UCI (ruído, luz, etc)	6
	Centrados no profissional	Experiência profissional em UCI	1
		Dificuldade na compreensão de mensagens do doente	30
		Formação sobre comunicação	0

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

12

Projeto de Intervenção Profissional: **execução**

Observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico na UCIPG

❑ Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no processo comunicacional com o doente crítico.

Domínio observado	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de registo
Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no processo comunicacional	Recursos materiais	Alfabetário	0
		Papel e caneta	0
		Tabela de frases	1
	Habilidades comunicacionais	Álbum de imagens	3
		Interpretação de química labial	8
		Mostrar disponibilidade	44
		Valorizar comportamentos/expressões	13
		Adequar estratégias	35
		Negociar estratégias de feedback	7
		Fiscar os olhos	12
		Gestos	12
		Acenar de cabeça	21

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

13



Muito obrigada

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

14



Dúvidas?

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

15

Referências Bibliográficas

- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135 – 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros, 19362.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percurso*, 15, 1-38.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, p. 11.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Stefaneli, M.C. & Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (trabalho original em inglês publicado em 2010), p.45.
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Lisboa: Fundação Francisco Mamel dos Santos.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República N.º 135 - II série*. Ordem dos Enfermeiros.

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

16

Referências Bibliográficas

- Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. *Diário da República N.º 123 - 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo_Deontologico.pdf

Processo Comunicacional entre enfermeiro e doente crítico em contexto de Cuidados

17

Apêndices J. Questionário de Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando.



Questionário de Avaliação da Formação Satisfação do Formando

Formação:

Data: ___/___/___

Ajude-nos a melhorar, partilhando connosco a sua opinião. Agradecemos a sua colaboração, no sentido de a adequarmos e melhorarmos continuamente. Preencha o presente questionário atribuindo um valor de 1 (não satisfaz), 2 (satisfaz pouco), 3 (satisfaz), 4 (bom) a 5 (excelente) aos diferentes aspetos da formação.

Responda ao questionário, assinalando com um (X), a opção que melhor caracteriza a sua opinião

Níveis de avaliação	1	2	3	4	5
OS FORMADORES					
Domínio dos conteúdos e técnicas					
Clareza e envolvimento com o grupo					
Incentivo dos formandos a participar na ação					
CONTEUDOS PROGRAMATICOS					
Linguagem clara e objetiva					
Identificados os objetivos de forma clara					
Interesse nos temas expostos					
Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGOGICOS					
Documentos de apoio					
Meios audiovisuais					
Material de demonstração					
Instalações (conforto, acessos, iluminação)					
ORGANIZAÇÃO					
Divulgação da formação					
Cumprimento do horário previsto					
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas					
Organização da ação de formação foi eficiente					

Comentários e sugestões

Obrigada!

Apêndices K. Tabelas Representativas dos Dados Recolhidos com a observação das práticas comunicacionais dos enfermeiros com o doente crítico na UCIPG.

Tabela 1. Resultados obtidos por meio das observações: Tipologia do doente envolvido na interação comunicacional enfermeiro e o doente crítico.

Domínio Observado	Categorias	Total de Unidades de registo
Tipologia do doente envolvido na interação comunicacional enfermeiro - doente	Com entubação endotraqueal	26
	Com traqueostomia	8
	Com desorientação; agitação e/ou delírio	5
	Com VNI ou oxigenoterapia de alto fluxo	4
	Com ansiedade e/ou tristeza	3
	Com diminuição grave da força muscular e/ou cansaço fácil	2
	Sem compromisso da comunicação verbal	7

Tabela 2. Resultados obtidos por meio das observações: tipo de comunicação estabelecida na interação comunicacional enfermeiro e o doente crítico.

Domínio Observado	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de Registo
Tipo de comunicação estabelecida	Verbal		49
	Não verbal	Gestos/expressões	15
		Postura Corporal	24
		Expressões Faciais	10
		Sorriso	7
		Olhar/ contato visual	32
		Toque	39
Silêncio	1		

Tabela 3. Resultados obtidos por meio das observações: Finalidade da comunicação estabelecida entre enfermeiro e o doente crítico.

Domínio observado	Categorias	Total de Unidades de registo
Finalidade da comunicação enfermeiro- doente	Identificar as necessidades do doente	17
	Avaliar a dor/conforto do doente	23
	Estimular a orientação no tempo e no espaço do doente	20
	Explicar os procedimentos que vai executar	44
	Solicitar a participação do doente nos cuidados	25
	Informar o doente	12
	Acalmar o doente	31

Tabela 4. Resultados obtidos por meio das observações: fatores que interferem com o processo de comunicação entre o enfermeiro e o doente crítico.

Domínio observado	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de registo
Fatores que interferem com o processo de comunicação	Centrados no doente	Estado de Consciência/nível de sedação	35
		Função neuromuscular	7
		Idade do doente	2
		Ansiedade e/ou agitação	18
	Centrados no contexto de UCI	Presença de familiares/pessoa significativa	0
		Sobrecarga de trabalho	10
		Fatores ambientais da UCI (ruído, luz, etc)	6
	Centrados no profissional	Experiência profissional em UCI	1
		Dificuldade na compreensão da mensagem do doente	30

	Formação sobre comunicação	0
--	----------------------------	---

Tabela 5. Resultados obtidos por meio das observações: estratégias utilizadas pelos enfermeiros no processo comunicacional com doente crítico.

Domínio observado	Categorias	Subcategorias	Total de Unidade de registo
Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no processo comunicacional	Recursos materiais	Abecedário	0
		Papel e caneta	0
		Tabela de frases	1
		Álbum de imagens	3
	Habilidades comunicacionais	Interpretação de química labial	8
		Mostrar disponibilidade	44
		Valorizar comportamentos/expressões	13
		Adequar estratégias	35
	Negociar estratégias de feedback	Piscar os olhos	7
		Gestos	12
		Acenar de cabeça	21

Apêndices L. Póster - A simulação como preparação para a Catástrofe.



A SIMULAÇÃO COMO PREPARAÇÃO PARA A CATÁSTROFE

Pinho, Carla^(1,2); Miguel, Ana^(3,4); Silvestre, Marlene^(5,6); Pereira, Mariana⁽⁷⁾

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (2) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (3) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (4) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (5) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro; (6) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (7) Professora Adjunta na ESS do IP Setúbal.

Introdução

A simulação surge como uma resposta à catástrofe, com atividades simuladas o mais semelhante possível com a realidade⁽¹⁾. A sua concretização permite que os formandos desenvolvam as suas capacidades e coloquem em prática os conhecimentos adquiridos⁽²⁾.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica deve desenvolver as suas competências na área da catástrofe, com intervenção na criação e revisão de planos de emergência e monitorização da realização de simulações periódicas⁽³⁾.



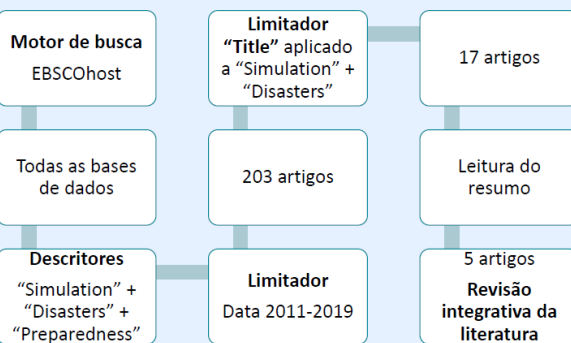
Figura 2. Exemplo de simulação.
Fonte: <http://www.santacasaiprudente.org.br/noticia/santa-casa-participa-de-simulacao-de-catastrofe>.

Palavras-chave
Simulação
Catástrofe
Preparação

Objetivo

Dar a conhecer as vantagens do uso da simulação como preparação para a catástrofe

Materiais e métodos



Referências bibliográficas

- (1) Autoridade Nacional de Proteção Civil (2014). Segurança contra incêndios em edifícios Medição de Autoproteção. Consulta: Núcleo de Certificação e Fiscalização.
- (2) Walker, J., Oude, E. & Bal, L. (2011). Negotiating the role of the professional nurse: the pedagogy of simulation - a grounded theory study. *Journal of Professional Nursing*, 27(5), 299-310.
- (3) Regulamento 426/2018 de 18 de julho. Diário da República nº 229 - 2.ª série. Orden dos Enfermeiros.
- Jeon, C., Roberts, C., Lim, R., Roper, J., Sliver, C., Robertson, J., Gentileiro, S. & Oosomaki, A. (2016). A large-scale mass casualty simulation to develop the non-technical skills medical students require for collaborative teamwork. *BMC Medical Education*, 16, 16-23.
- Kaplan, R. C., Conroy, A., Ferrante, E. J., Holmes, L. & Spencer, L. (2013). Use of an Emergency Preparedness Disaster Simulation With Undergraduate Nursing Students. *Public Health Nursing*, 32(9), 48-51.
- Moyle, S. & Farn, S. (2012). Fostering Learning Through Interprofessional Virtual Reality Simulation Development. *Nursing Education Perspectives*, 30(3), 310-316.
- Usher, V., Booth, T., Taiton, S., Kirk, G., Gower, G., Demaria, A., Ayhan, H., Kibbi, G., Jugan, E. & Temme, M. (2018). Analysis of the effects of high-fidelity simulation on nursing students' perceptions of their preparedness for disasters. *International Emergency Nursing*, 38, 3-9.
- Zakari, K. A., Ferrante, M. L., Brady, C., Corbiello, A., Hill, D., Mullen, R., DeFlore-Golden, P. J. & Martin, L. (2015). Interdisciplinary Disaster Drill Simulation: Laying the Groundwork for Further Research. *Nursing Education Perspectives*, 30(8), 579-582.

Resultados

Vantagens da simulação

- Aprendizagem em ambiente seguro
- Cria oportunidades para praticar respostas a eventos críticos
- Melhora o pensamento crítico
- Desenvolve a capacidade e o julgamento clínicos
- Melhora os processos de tomada de decisão
- Treino de diferentes papéis (team leader, triagem, coordenação do incidente, mobilização de recursos, gestão de comunicação)
- Promove a aprendizagem reflexiva através do debriefing
- Promove a autoconfiança da equipa
- Aumenta a padronização dos cuidados de saúde
- Diminui o número de erros
- Aumenta a segurança do doente
- Diminui o tempo de resposta
- Melhora competências técnicas e não-técnicas, como a comunicação e o trabalho em equipa
- Melhora a qualidade dos cuidados prestados
- Melhora a gestão de tempo e priorização dos cuidados
- Uso de Realidade Virtual

Figura 2. Resumo das vantagens da simulação em catástrofe.
Fontes: Kaplan et al., 2011; Jorm et al., 2013; Zayko et al., 2015; Nicely & Farra, 2015; Unver et al., 2018.



Figura 3. Exemplos de simulações.
Fonte: <http://3.bp.blogspot.com/-jGdviBaIrg/UJ30pL1M9/AAAAAAAAA08/okZ2Fav1sM/s1600/image001-786351.jpg>

Conclusões

A utilização da simulação como método pedagógico tem-se revelado promissora tanto para o ensino como para a avaliação na preparação dos profissionais de saúde para catástrofes.

Existe uma lacuna em Portugal relativamente a estudos acerca desta temática que realcem a importância da simulação como método de melhoria de desempenho dos profissionais de saúde e preparação para as situações de catástrofe.



Apêndices M. Póster - Ventilação Não Invasiva no Doente Crítico Idoso com DPOC.



CONGRESSO INTERNACIONAL DOENTE CRÍTICO 2019

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO DOENTE CRÍTICO IDOSO COM DPOC

Silvestre, Marlene^(1,2); Pinho, Carla^(3,4); Miguel, Ana^(5,6); Marques, Maria⁽⁷⁾

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro; (2) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (3) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (4) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (5) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (6) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (7) Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Regente da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem no IP Portalegre.



INTRODUÇÃO

A Ventilação não invasiva (VNI) consiste na aplicação de suporte ventilatório através das vias aéreas superiores utilizando uma máscara/interface. Com uma população cada vez mais envelhecida e com elevada taxa de doenças respiratórias, esta é uma técnica cada vez mais utilizada em contexto hospitalar, no tratamento da sintomatologia associada à exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Palavras-chave: Ventilação não invasiva; Doente crítico; Idoso; DPOC

OBJETIVO

Analisar a eficácia da ventilação não invasiva no doente crítico idoso com DPOC

METODOLOGIA

Realizada revisão da literatura com pesquisa baseada nas plataformas de bases de dados científicas B-On e EBSCOhost, sendo incluídos artigos publicados entre 2013-2018. A pesquisa baseou-se em textos integrais de acesso livre, no idioma inglês. Foram utilizados Descritores em Ciências da saúde (DeCs), tendo sido analisados no total 9 artigos.

RESULTADOS

VNI NO DOENTE CRÍTICO IDOSO

- ↓ Taxa de mortalidade
- ↓ Tempo de internamento hospitalar
- Curta sobrevivência a longo prazo
- Maior benefício na DPOC e EAP
- Seleção criteriosa de doentes
- Gasimetria precoce e 1h após início da VNI
- Vigilância hemodinâmica

Fatores preditivos de sucesso

- Ausência de pneumonia
- Gravidade inicial baixa
- Secreções escassas
- Idade mais jovem
- Cooperação/Boa sincronia doente-ventilador
- pH 7,35 mmHg
- PaCO₂ 45-92 mmHg
- Intervenção de enfermagem no início precoce da VNI e vigilância do doente
- Boa adaptação doente-interface
- Melhoria nas primeiras 2h da VNI
- Melhor estado neurológico

Fatores preditivos de insucesso

- Idade muito avançada
- Comorbilidades
- Índice de gravidade simplificado II
- pH < 7,35 mmHg
- COPD Assessment Teste elevado
- Escala Coma Glasgow < 11
- APACHE > 29

CONCLUSÕES

A VNI tem eficácia demonstrada em situações de DPOC agudizada. O doente crítico idoso é um dos que mais beneficia com a aplicação desta técnica, tendo sido identificadas claramente as indicações e fatores preditivos de sucesso e insucesso.

O enfermeiro tem um papel fundamental na implementação e vigilância durante a técnica, tornando-se fator preditivo de sucesso, em conjunto com o início precoce da VNI e as análises laboratoriais e gasimétricas em tempos adequados e preconizados.

Referências bibliográficas

Alyil, F. T., Guner, H., Agca, M., Suci, P., Alyil, M. S., Sevim, T. (2018). Patient outcome after COPD exacerbations requiring non-invasive ventilation during hospitalization. *Archives de Bronchopneumologie*, 33(2), 470-476.

Chitt, F., Obeid, A., Ezz, S., & Raza, A. (2015). Non-invasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure in older patients. *Wiley-Blackwell (Wiley)*. The Cochrane Journal of Medicine, 2(2), 690-696.

Davidson, A. C., Barham, S., Elliot, M., Kennedy, D., Geiber, C., Glotzop, A., Church, A. C., O'Keefe-Brown, B., Dodd, J. W., Patten, T., Fife, B., Macfarlane, L., McDowell, L., Parker, R., Robinson, C. M., Seaman, M., Thomas, L. (2015). Standards of Care Committee Member. British Thoracic Society/Intensive Care Society Acute Hypercapnic Respiratory Failure Guideline Development Group (2015). *BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults*. *Thorax Journal*, 71, 1-15.

Diogo, S. (2015). *Idade dos Portugueses*. perspectiva 2015. Lisboa: Autor.

Dominguez, R. S., Rodriguez, C. I., & Mendez, Y. L. (2015). Caracterización de la ventilación no invasiva en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada. *Medicina*, 19(2), 1025-1030.

Hea, D. B. (2013). Non-invasive ventilation for acute respiratory failure. *Respiratory Care*, 58(5), 950-969.

Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Autor.

Lee, C. T., Chen, Y. L., Leung, W. S., Cheng, A. P. S., Cheng, S. L., Tsai, M. S. H., & Chu, C. M. (2013). A pilot randomized study comparing two methods of non-invasive ventilation withdrawal after acute respiratory failure in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 1(2), 234-239.

Mason, A., Hill, D. H., Ditt, Lee, G. S., INESC, RODE RGN (2015). Non-invasive ventilation in the emergency department for patients in type II respiratory failure due to COPD exacerbations. *Emergier International Emergency Nursing*, 23, 233-236.

Nicolini, A., Serra, M., Ferrero, L., Ferrero-Bram, M., Baricassi, G., & Peroni, A. (2016). The use of non-invasive ventilation in very old patients with hypercapnic acute respiratory failure because of COPD exacerbation. *The International Journal of Clinical Practice*, 68(12), 1532-1539.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017). *Relatório do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: Autor.

Ou, Y., Lin, Z., Wu, W., Liu, Q., & Chen, R. C. (2016). Effects of non-invasive ventilation as a rescue therapy for relieving oxygen in patients with stable severe COPD. *Emergier Respiratory Medicine*, 121, 74-80.

Perrin, G., Roland, F., Berthel, F., Douai, Y., & Sallen, Y. (2015). Ventilation non invasive dans l'insuffisance respiratoire aiguë en service de pneumologie. *Emergier Mission: Revue des Maladies Respiratoires*, 32, 899-902.

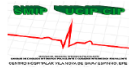
Pires, C. J. C., & Sousa, P. M. L. (2018). Ventilação não invasiva: uma revisão integrativa de literatura. *Artigo baseado em Dissertação de Mestrado*. Lania: Instituto Politécnico de Lania.

Sakranpour, H., Taghrizadeh, A., Salimi, S., Golestan, S. E., Mahmoodpour, A., Safiri, S., Erfanian, R. M., & Rezaei, Y. (2018). Rapid shallow breathing index Score: a predictor of non-invasive Ventilation Necessity in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation: an Analytical Descriptive Prospective Study. *Red Crescent Medical Journal*, 20(2), 1-6.

Unver, V., Baskin, T., Tapan, S., Keki, G., Guven, G., Demirtas, A., Ayhan, H., Kaya, G., Yucgun, E., & Tuzuner, N. (2018). Analysis of the effects of high-flow oxygenation on nursing students' perceptions of their preparedness for disaster. *International Emergency Nursing*, 31, 3-9.

Zajack, E. A., Ferrante, M. L., Brady, C., Garbino, A., Hill, D., Mulvaney, R., Dufford-Gordon, P. J., & Martin, L. (2015). Interdisciplinary Disaster Drill Simulation: Laying the Groundwork for Further Research. *Nursing Education Perspectives*, 30(6), 379-382.

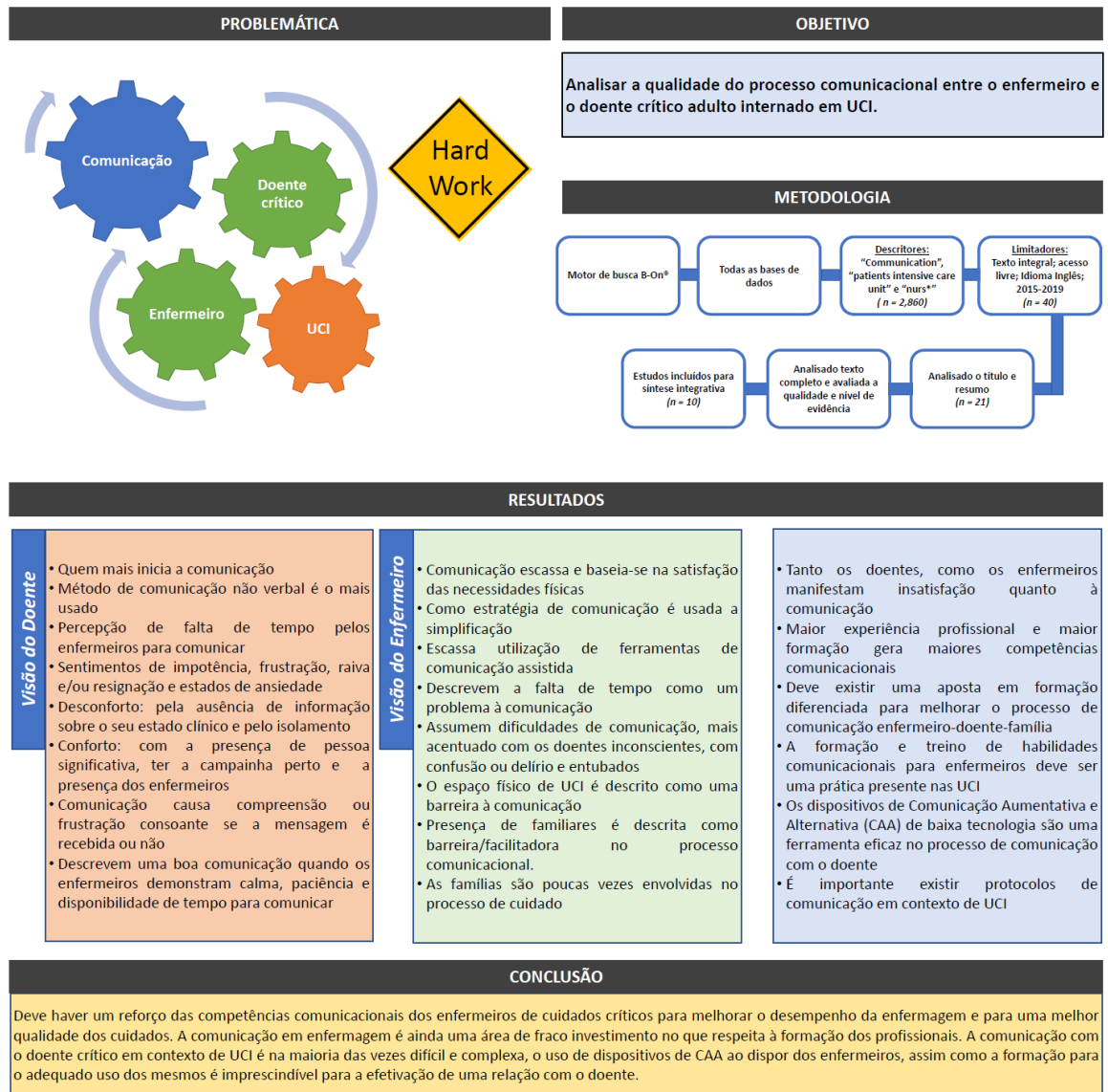
Apêndices N. Póster - O Processo Comunicacional entre o Enfermeiro e o Doente Crítico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.



PROCESSO COMUNICACIONAL ENTRE ENFERMEIRO E O DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - REVISÃO INTEGRATIVA

Pinho, Carla^(1,2); Santiago, Dulce⁽³⁾

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão; (2) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (3) Professora Doutora no Instituto Politécnico de Beja



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aktas, Y. Y., & Karabulut, M. N. (2017). Yesim Yaman Aktas, Malgorzata N Problems in critical care nurse-patient communication: examples of Poland and Turkey. *56*, pp. 437-445. doi:10.20471/taoc.2017.56.03.10

DiStefo, K. S., Thiyyagagan, Tolwensnagan, G., & Molicki, O. A. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *16*, doi:10.1188/s12912-017-0268-8

DiStefo, K. S., Sbarana, M., & Thiyyagagan-Tolwensnaga, M. e. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. (T. A. Nurses, Ed.)

Dreyer, A. H. (2017). Nurse-patient communication within the context of non-seated mechanical ventilation: A hermeneutic phenomenological study. doi:10.1111/hoce.12297

Happ, M. B., Sereika, S. M., Houze, M. P., Seaman, J. B., Tate, J. A., Nilsen, M. L., ... Barnato, D. C. (2015). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-novical patient communication. (*J. & Lung, Ed.*) *44*, pp. 408-415. doi:10.1016/j.hrtng.2015.07.001

Monemnasab, M., Arstakani, M. S., Raf, F. D., Dokoochaki, R., & Jaber, R. D. (2019). Marzieh Monemnasab, Mohammadreza Shaker Arstakani, Fereshteh Dehghan Rad, Roya Dokoochaki. *Reza DalbhesQuality of Nurses Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit*. (N. R. Education, Ed.) *17*, pp. 2216-2020. doi:10.17758/ed.issn.2776-0602

Saldaña, D. M., & Romero, M. P. (2015). Diana Mareela Achury Saldaña, Maribel Pinilla Alarcon e HAspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical care. *33(1)*, pp. 100-111.

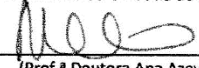
Song, H.-S., & Son, J. C.-J. (2017). The relationship between professional communication competentes and nursing performance of critical care nurses in South Korea. (*W. I. Praxios, Ed.*) *23*, doi:10.1111/jin.12578

Thakur, P., Venkateshram, M., & Prakash, R. K. (2016). Nurses Communication with altered level of consciousness Patients. *8(3)*, pp. 51-56. doi:10.5568/0974-2307.2016.0009.1

Tiotti, A., Ragnasso, A., Catania, G., Aleo, G., Pagnuolo, N., Cadornì, L., ... Sasso, F. A. (2018). The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: A phenomenological study. (*I. e Nursing, Ed.*) *10*, pp. 0904-3397. doi:10.1016/j.icsn.2018.01.001

ANEXOS

**Anexo A. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar
Universitário de São João.**

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.
25 de Março de 2020
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIREÇÃO CLÍNICA
26 03 / 2020

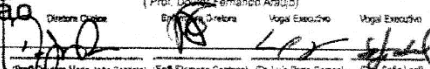
n.º 25 / 2020



SÃO JOÃO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE
Presidente do Conselho de Administração
2020-03-26
(Prof. Doutor Fernando Araújo)
Direção Clínica Diretora Vice Executivo Vice Executivo

(Prof.ª Maria João Bastardas) (Er.ª Flomena Cardoso) (Dr. Luís Pinto Gomes) (Dr. Sofia Lousã)

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:

Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Título da Investigação:

Papel do enfermeiro especialista na comunicação com o doente crítico
em contexto de Cuidados Intensivos

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral - SMI 6

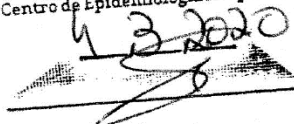
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 29 de outubro de 2019. Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Centro Hospitalar São João -
Centro de Epidemiologia Hospitalar
13/2020


ASSINATURA

CCES-IM005-0

Comissão de Ética Centro Hospitalar São João /
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

n.º _____ / _____



Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Papel do enfermeiro especialista na comunicação com o doente crítico em contexto de cuidados intensivos

Nome do investigador: Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Endereço eletrónico: carlapinho26@gmail.com

Contacto telefónico: 961677246

Caracterização da investigação:

Estudo retrospectivo

Estudo observacional

Estudo prospetivo

Inquérito

Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

Com intervenção

Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): Sim Não

Promotor (se aplicável): _____

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Enfermeira Especialista Bárbara Fernandes

Endereço eletrónico: carlapinho26@gmail.com

Local/locais onde se realiza a investigação: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

Data prevista para início: 01 / 01 / 20

Data prevista para o término: 28 / 02 / 20

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

Objetivo geral: Melhorar o processo de comunicação com o doente crítico em contexto de cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

Perceber o modo como a equipa de enfermagem comunica com o doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral.
Identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre fatores facilitadores e dificultadores da comunicação com o doente crítico.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

Serão usados códigos para identificação dos participantes, em que apenas o investigador saiba o seu significado.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? Sim Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? Sim Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? Sim Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: Sim Não Voluntários saudáveis: Sim Não

Menores de 18 anos: Sim Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: Sim Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: Sim Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: Sim Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

Investigador Promotor Ambos Serviço onde é realizado

Não aplicável

Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Riscos/incómodos previsíveis:

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação Sim Não Não aplicável

· pelas deslocações Sim Não Não aplicável

· pelas faltas ao emprego Sim Não Não aplicável

· por outras perdas e danos Sim Não Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

Investigador Promotor Serviço onde é realizado

Não aplicável

Outro: _____

Existe protocolo financeiro? Sim Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.)
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 27 de Outubro de 2019

Nome legível: Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Carla Pinho
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 23 / 01 / 2022

Aguarda esclarecimentos.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Centro Hospitalar **São João**

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS
ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A)
INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O
PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À
REALIZAÇÃO DESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

03 / 03 / 2022

Parecer da Comissão de Ética

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Papel do enfermeiro especialista na comunicação com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos

Nome da Investigadora Principal: Enf.^a Carla Alexandra de Oliveira Pinho

Onde decorre o Estudo: Na UCIPG. Dispõe de autorização do Prof. Doutor José Artur Paiva. A profissional de ligação será a Enf.^a Bárbara Sofia da Silva Cardoso Fernandes.

Objetivos do Estudo:

Melhorar o processo de comunicação com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos: perceber o modo como a equipa de enfermagem comunica com o doente crítico na UCIPG; identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre fatores facilitadores e dificultadores da comunicação com o doente crítico; consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIPG, sobre a temática e as estratégias para melhorar o processo comunicacional com o doente crítico; elaborar uma norma sobre comunicação com o doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, sob orientação da Prof.^a Doutora Dulce Santiago e da Enf.^a Bárbara Fernandes.

Concepção e Pertinência do estudo:

O uso da comunicação conduz a cuidados centrados na pessoa e não na tarefa, assegurando assim a satisfação das pessoas, a qualidade dos cuidados e a humanização dos cuidados prestados ao utente e família.

Sendo impossível não comunicar, é primordial que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos utentes e nos outros profissionais.

Benefício/risco:

Sem riscos previsíveis para o participante.

Confidencialidade dos dados:

Códigos para identificação dos participantes.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Apresentou modelo de CI do CHUSJ.

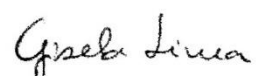
Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: janeiro de 2020

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação

Porto, 23 de janeiro de 2020

O Relator da CES, Enf^a Gisela Lima



**Anexo B. Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente
Crítico 2019**

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Carla Pinho**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Sr. Enf^a João Fernandes)

Anexo C. Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "A simulação como preparação para a Catástrofe".

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Carla Pinho** participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster “*A simulação como preparação para a catástrofe*”, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

Anexo D. Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "Ventilação Não-Invasiva no Doente Crítico Idoso com DPOC".

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Carla Pinho** participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "*Ventilação Não-invasiva no Doente Crítico Idoso com DPOC*", organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

Anexo E. Certificado de Participação nas 1^{as} Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho intitulado SOBRE "VIVER" AOS CUIDADOS INTENSIVOS: da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar.

1^{as} Jornadas
Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
do CHVNG/E

**SOBRE "VIVER" AOS CUIDADOS INTENSIVOS:
da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar**

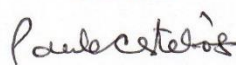
Certificado de Presença

Certifica-se que

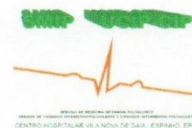
esteve presente nas 1^{as} Jornadas
Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
do CHVNG/E ,que se realizaram nos dias
31 de Janeiro e 01 de Fevereiro no Centro de
Reabilitação do Norte.

Vila Nova de Gaia, 31 de Janeiro

Dra Paula Castelões
Presidente da
JSMIP



CHVNG/E, EPE
Dra. Paula Castelões
Diretora da JSMIP



**Anexo F. Certificado de Participação nas 1^{as} Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, como autora
Poster "Processo comunicacional enfermeiro-doente crítico em contexto de UCI.**

1^{as} Jornadas
Serviço de Medicina Intensiva Polivalente CHVNG/E

**SOBRE "VIVER" AOS CUIDADOS INTENSIVOS:
da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar**

Certificado

Certifica-se que:

Carla Pinho e Maria Dulce Santiago; são autoras do **poster: Processo comunicacional enfermeiro - doente crítico em contexto de unidade de cuidados intensivos**, apresentado nas 1^{as} Jornadas Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do CHVNG/E realizadas dias 31 de Janeiro e 01 de Fevereiro no Centro de Reabilitação do Norte

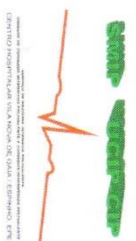
Vila Nova de Gaia, 31 de Janeiro 2020

Presidente da
JSMIP



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA ESPINHO

CHVNG/E, EPE
Dra. Paula Castiços
Diretora do SSMIP



Anexo G. Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida.



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Carla Alexandra Oliveira Pinho
26/05/1986

Recebeu a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Em Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Data do último curso: 11/05/2019

Este certificado é válido de 11/05/2019 a 11/05/2024

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-741-120671

Anexo H. Certificado de Formação em Trauma.



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Carla Alexandra de Oliveira Pinho, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

6/16/2019

course site

IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

course director

Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 294862-37415
International
Trauma Life Support

Carla Alexandra de Oliveira Pinho, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **6/16/2019** Expiration Date **06/2022**

Course Number **37415**

Course Location

IP Portalegre, Portalegre,
INTL (International)