

Curso de Mestrado em Enfermagem


Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica

Teresa Margarida Lapas Ferreira de Matos

2012

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a grey, curved shape that resembles a stylized wave or a ribbon, mirroring the design of the ESEL logo.

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Comunicação com o Doente Ventilado:
Cuidados de Enfermagem Especializados na Área
da Pessoa em Situação Crítica**

Teresa Margarida Lapas Ferreira de Matos

Orientador: Prof^a Anabela Pereira Mendes

2012



Este trabalho é dedicado a todos os doentes ventilados a quem prestei cuidados durante o estágio. Foi ao cuidar de todos eles que cresci enquanto profissional e enquanto pessoa...

“Manual para subir montanhas

(...)

A paisagem muda, portanto aproveite: claro que é preciso ter um objectivo em mente – chegar ao topo. Mas à medida que se vai subindo, mais coisas podem ser vistas, e não custa nada parar de vez em quando e desfrutar um pouco da paisagem ao redor. A cada metro conquistado, consegue ver mais longe; aproveite então para descobrir coisas que ainda não tinha percebido.”

(Coelho, 2007, p. 30)

Agradecimentos:

- Prof.^a Anabela Pereira Mendes: o meu muito obrigado por todo o percurso que aceitou realizar comigo; incentivou-me, motivou-me, fez sugestões pertinentes e não me deixou caminhar numa “noite escura”... a sua orientação foi fundamental para chegar até aqui com sucesso!
- Prof.^a Cândida Durão e a todos os docentes deste Curso de Mestrado pela disponibilidade demonstrada
- Enfermeiro Pedro Rosa e Enfermeiro Fernando Teixeira, por terem tido paciência e dedicação na sua orientação e dessa forma terem sido fundamentais para o meu processo de aquisição de competências
- Enfermeiros chefes e toda a equipa das unidades onde realizei estágio, por me terem recebido tão bem
- Aos meus colegas de mestrado, principalmente àqueles que de alguma forma acompanharam mais de perto o meu percurso – Nuno, Tânia, Telma, Cláudia e Margarida
- Aos meus colegas de trabalho, principalmente aos que aceitaram as trocas (Cátia, nunca me vou esquecer do que fizeste por mim, obrigado!)
- Aos meus amigos, pela paciência e carinho quando mais precisei
- Aos meus pais, por me terem dado bases sólidas sobre as quais me vou construindo
- À minha irmã, que tem sido minha amiga desde o 1º dia da minha vida
- Ao meu sobrinho, que ainda não nasceu mas já enche a minha vida de alegria

- A toda a minha família (e desculpem as ausências)

- Ao David, por me fazer acreditar que os nossos sonhos se podem tornar realidade!

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para este trabalho, o meu muito obrigado!

Resumo

Os enfermeiros, reconhecem e elencam sistematicamente a importância da comunicação no exercício da prática clínica. A complexidade aumenta quando a pessoa a quem se presta cuidados se encontra numa situação crítica, internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Tendo em conta o ambiente na UCI, muito facilmente são prestados cuidados segundo um modelo biomédico. A dificuldade existente na comunicação leva a que os desejos do doente possam não ser tidos em conta, no entanto, para haver prestação de cuidados de qualidade é essencial que os cuidados sejam personalizados.

O enfermeiro com competências especializadas na área da pessoa em situação crítica *“cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* sendo que para tal deverá ter a competência de gerir *“a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”* (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011). O principal objetivo deste relatório é espelhar, de forma fundamentada, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Inicialmente é realizada uma fundamentação teórica onde se apresenta o resultado da pesquisa e análise documental referente à temática em estudo, bem como, um enquadramento conceptual e a escolha do referencial teórico – Virgínia Henderson. De seguida é feita uma análise crítica do percurso realizado. São identificados os objetivos iniciais, é realizada uma descrição fundamentada das atividades realizadas e são discutidos os principais constrangimentos e estratégias para os ultrapassar. Por fim tecem-se algumas considerações finais sintetizando alguns aspetos fundamentais. Todo o trabalho desenvolvido se reveste de extrema importância na construção do meu processo de aprendizagem pela aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: comunicação; pessoa em situação crítica; unidade de cuidados intensivos; enfermagem; necessidade humana fundamental

Abstract

Nurses systematically recognize the importance of communication on the exercise of their clinical practice. Complexity increases when the person to whom they provide care is in a critical situation, hospitalized in an intensive care unit (ICU). Taking into account the environment of the ICU, the care that is provided can easily follow a biomedical model. The difficulty in communication means that the wishes of the patient may not be taken into account, however, in order to have quality care it is essential that they are personalized. The expert nurse in the area of the person in critical condition takes care of the person experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011). The main purpose of this report is to mirror, in a reasoned manner, the process of skills acquisition and development. Initially it is performed a theoretical foundation in which the result of the research and analysis of documents related to the subject under investigation is presented, as well as, a conceptual framework and the choice of theoretical reference – Virginia Henderson. Afterwards a review of the journey undertaken is done. The goals are identified, a substantiated description of activities is done and the major constraints and strategies to overcome them are discussed. Finally some concluding remarks are made and some key issues are summarized. All the work is of the utmost importance in the construction of my learning process and acquisition and development of expertise in the area of the person in critical condition.

Key-words: communication; person in critical condition; intensive care unit; nursing; fundamental human need

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA.....	16
2.2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI.....	20
2.3. COMUNICAÇÃO.....	20
2.4. RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE	22
2.5. INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	23
2.6. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE VIRGÍNIA HENDERSON	25
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	60
ANEXO I – <i>Vidatak EZ Board</i>	
ANEXO II – Plano da Sessão e Apresentação da Formação: Comunicação de Más Notícias	
ANEXO III – Poster SAV em formato A4	
ANEXO IV – Certificado do Curso: <i>Infection Prevention in Critically Ill Patients</i>	
ANEXO V – Estudo de Caso realizado na UCIP	
ANEXO VI – Estudo de Caso realizado na UCI	
ANEXO VII – Resumo do Poster: “ <i>A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado</i> ”	
ANEXO VIII – Jornal de Aprendizagem 1	
ANEXO IX – Resumo e Comunicação apresentada nas Jornadas de Faro	
ANEXO X – Jornal de Aprendizagem 3	
ANEXO XI – Jornal de Aprendizagem 2	
ANEXO XII – Resumo do Poster: “ <i>Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem</i> ”	
ANEXO XIII – Apreciação dos Enfermeiros Orientadores	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – O Modelo Cibernético.....	21
Figura 2 – Sentimentos dos Profissionais de Saúde face à Comunicação de Más Notícias.....	33
Figura 3 – Síntese da reflexão acerca da utilização da CIPE no processo de aquisição de competências.....	37
Figura 4 – Intervenções de Enfermagem que facilitam/promovem a comunicação com o doente ventilado.....	42
Figura 5 – Intervenções de Enfermagem junto da família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI.....	47
Figura 6 – Escalas de Avaliação da Dor no doente inconsciente e seus indicadores.....	49

SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEPSC	Curso de Mestrado em Enfermagem: Pessoa em Situação Crítica
EOT	Entubação Oro-traqueal
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
NHF	Necessidade Humana Fundamental
PCR	Paragem Cárdio-respiratória
PIC	Pressão Intra-craneana
RCEEEEPSC	Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
SAS	<i>Sedation-Agitation Scale</i>
SAV	Suporte Avançado de Vida
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposto a realização de um relatório visando a descrição das atividades realizadas em contexto de ensino clínico, a análise e reflexão sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e o delinear de estratégias para o futuro, tendo em mente que o projeto de aprendizagem é dinâmico e contínuo e que não termina neste momento. O ensino clínico foi realizado em dois períodos, um de 10 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Hospital de Lisboa e outro de 3 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2012 numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital no Barreiro. Em cada um destes ensinamentos clínicos fui orientada na prática clínica por um enfermeiro perito. A orientação do meu percurso e do meu relatório é realizada pela Professora Anabela Pereira Mendes da ESEL. O relatório de estágio é um instrumento de avaliação onde se pretende dar conhecimento de como decorreu o ensino clínico, assim como a realização de uma reflexão de todo o trabalho desenvolvido. De acordo com Serrano (1996), não é previsto que o relatório de estágio seja puramente informativo das opiniões ou tarefas realizadas pelo formando, mas sim que descreva e relacione o trabalho efetuado com os saberes apreendidos, com a finalidade de que o mesmo transmita uma ideia de crescimento.

Nos últimos anos, o desenvolvimento tecnológico possibilitou que os cuidados prestados ao doente crítico se tivessem tornado mais complexos e sofisticados. A importância das UCI nos dias de hoje é inquestionável. Apesar deste aspecto positivo e, segundo Wenham & Pittard (2009, p. 178), a UCI constitui um ambiente potencialmente hostil para o doente crítico. Para além do *stress* físico provocado pela própria doença, dor, sedação, intervenções e ventilação mecânica, existem os *stressores* psicológicos e psicossociais sentidos por estes doentes. Os mesmos autores referem que a incapacidade de falar é percebida como um grande problema pelos doentes internados em UCI e submetidos a ventilação mecânica, não só pela incapacidade em si, mas também, por não compreenderem porque é que não

conseguem falar e terem medo de nunca mais conseguirem voltar a falar. Os doentes ventilados consideram que “não serem compreendidos” é extremamente *stressante* e despendem grande quantidade de energia em tentativas de comunicação infrutíferas em que não há certeza da validade da mensagem recebida.

A este respeito Phaneuf (2005, p. 10) refere que “*com a evolução da medicina e da tecnologia, potentes meios de tratamento fizeram a sua aparição e poderiam deixar pressagiar que só a sua acção teria o poder de tudo resolver. Também fascinadas e mobilizadas pela aplicação destes meios, as enfermeiras atribuíram-lhes um lugar muito grande, infelizmente relegando muitas vezes para segundo plano o trabalho relacional, também ele susceptível de ajudar as pessoas cuidadas*”.

Do referido anteriormente emerge a área temática que escolhi para desenvolver o meu projecto: **Os cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica que facilitam/promovem a comunicação com o doente crítico ventilado, internado em Unidade de Cuidados Intensivos.**

Atualmente e, embora não desenvolva a minha actividade profissional em UCI, tenho grande desejo de o vir a fazer, motivo pelo qual decidi investir na minha formação nesta área através do CMEPSC. Tendo em conta o ambiente próprio de uma UCI e a necessidade de cuidados imediatos exigidos pelos doentes críticos, facilmente se desvalorizam os aspetos da comunicação nesse ambiente tão específico. O desenvolvimento de competências nesta área foi para mim um desafio e uma mais-valia para o meu futuro enquanto enfermeira com competências especializadas e para a melhoria dos cuidados especializados que eu poderei prestar. A comunicação é uma área transversal aos cuidados de enfermagem, está sempre presente e, desse modo, permitiu-me desenvolver competências noutras áreas de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

De acordo com Benner (2001, p. 58), a Enfermeira Perita (...) *tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (...)*”.

Para Benner (2001, p. 81) a enfermeira perita utiliza “(...) *as suas necessidades e as dos seus doentes; ela encontra uma interpretação ou uma compreensão da situação que seja aceitável para eles; e ela ajuda-os a utilizar os seus próprios recursos (...)*”.

O desenvolvimento deste relatório irá apresentar a seguinte estrutura: A Fundamentação Teórica – neste capítulo irei apresentar o resultado da pesquisa e análise documental referente à temática em estudo, bem como, um enquadramento concetual. Irei, também, justificar a escolha do meu referencial teórico – Virgínia Henderson, analisando o problema com base na sua teoria de enfermagem. Posteriormente todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas onde irei expor a finalidade, os objectivos, as atividades realizadas e análise crítica das mesmas, tendo em conta a aquisição de competências especializadas na área de enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Parece-me fundamental explicitar o que pretendia atingir quando iniciei o ensino clínico e o que efetivamente consegui atingir. A análise crítica do trabalho realizado permitirá elencar as competências adquiridas e/ou desenvolvidas, bem como, quais as dificuldades sentidas ao longo do percurso efetuado e quais as estratégias realizadas para as ultrapassar. Relativamente às considerações finais – último capítulo do meu relatório, irei sintetizar alguns aspectos fundamentais referidos ao longo do relatório, delineando estratégias para o futuro com vista a continuar o meu processo de desenvolvimento de competências. Considerarei as expectativas que tinha à partida e o modo como o trabalho desenvolvido, até este momento, contribuiu para o desenvolvimento do meu processo de aprendizagem e me permitiu adquirir competências especializadas na área da Pessoa em Situação Crítica.

As unidades onde desenvolvi ensino clínico foram selecionadas por mim. A primeira pela diversidade de situações do foro médico e cirúrgico, revelou ser um local muito rico em termos de experiências de aprendizagem, o que me permitiu não só desenvolver actividades na área do meu projecto (comunicação com o doente ventilado) mas também noutras áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. A segunda prendeu-se com o facto de ser no Hospital onde desenvolvo a minha atividade profissional, e especificamente por ser o serviço onde gostaria de vir a trabalhar. Refiro também como fator abonatório para a escolha desta UCI, o facto de nela exercerem a atividade profissional, enfermeiros que têm desenvolvido trabalhos na área da comunicação com o doente ventilado. Enquanto peritos, foram uma mais-valia na minha aprendizagem e aquisição de competências na área.

Durante estes estágios desenvolvi atividades de prestação directa de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Para além disso, este trabalho implicou uma pesquisa e análise bibliográfica metódica, quer em bases de dados científicas, teses de mestrado, livros e revistas não indexadas mas que pela relevância dos autores careceram de particular atenção, quer através de observação/conversas com enfermeiros peritos. A prática clínica com orientação de enfermeiros peritos decorrente do estágio, com todas as experiências vivenciadas e a realização de trabalhos nesse contexto foram, também, essenciais para este trabalho. Também não teria sido possível chegar a esta fase sem a orientação já anteriormente referida da Professora Anabela Mendes, que se revelou essencial ao longo de todo o processo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo irei fazer referência à evidência científica encontrada através de pesquisa da literatura e à análise crítica realizada sobre a mesma. De seguida, irei descrever o quadro concetual, onde definirei alguns conceitos relevantes para a temática em estudo. Realizarei, ainda, uma análise de acordo com a teórica escolhida – Virgínia Henderson.

2.1. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Relativamente à comunicação com o doente ventilado foi realizada pesquisa e análise documental, tendo-se consultado igualmente teses de mestrado, livros e revistas não indexadas mas que pela relevância dos autores careceram de particular atenção. Foi realizada revisão da literatura na Base de Dados Ebsco, nomeadamente na MEDLINE e CINHALL, entre Abril e Maio de 2011 com os seguintes descritores: *critical care*, *communication* e *mechanical ventilation*. Foram tidos em conta documentos recentemente emitidos pela Ordem dos Enfermeiros relativamente aos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e realizada pesquisa bibliográfica nas bibliotecas da ESEL. Também as conversas com os peritos que diariamente trabalham e cuidam de doentes ventilados foi essencial para a compreensão da temática.

Os autores Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-Thomas, & Kitutu (2004) realizaram um estudo retrospectivo e descritivo em 8 UCI's, em que consultaram os processos clínicos de 50 doentes procurando a descrição de eventos de comunicação. Encontraram um total de 694 episódios de comunicação, sendo que a maioria foram entre enfermeiros e doentes. Em 62,5% dos casos a comunicação ocorreu com doentes que estiveram, continuamente ou intermitentemente, sujeitos a contenção física, sendo que desses casos, 62,9% ocorreram quando a contenção física não estava a ser utilizada. Relativamente aos métodos de comunicação mais utilizados, estes foram o acenar com a cabeça, tentar verbalizar palavras, gestos e escrita. No que diz respeito ao conteúdo das mensagens verifica-se que nos registos, quer médicos quer de enfermagem, não se valoriza este aspecto, estando apenas referenciado que o doente tentou comunicar,

mas não o quê. Quando este aspecto foi referenciado verificou-se que o conteúdo era sobre dor, outros sintomas, emoções e necessidades físicas. A frustração foi a emoção mais referenciada, quer em relação à incapacidade de comunicar, quer de um modo mais geral, relativamente à sua situação. Ainda segundo estes autores, a maioria dos processos de comunicação entre enfermeiro-doente são iniciados e controlados pelo enfermeiro, são de curta duração (< 1 minuto). Estão relacionados com transmissão de informação, ordens ou questões relacionadas com algum cuidado físico. Os fatores que os enfermeiros identificam como dificultadores de uma comunicação eficaz são: a carga de trabalho, a gravidade das doenças, a dificuldade em ler os lábios, a incapacidade do doente escrever, a falta de formação e treino específico em competências de comunicação e o difícil acesso a técnicas de comunicação alternativas.

Num estudo descritivo de Happ, et al. (2011) foram filmadas interações entre 10 enfermeiras e 30 doentes críticos que se encontravam acordados embora incapacitados de comunicar verbalmente devido a ventilação mecânica. Neste estudo concluiu-se que 86,2% das interações foram iniciados pelas enfermeiras. A intervenção mais positiva por parte das enfermeiras foi o estabelecimento de contacto visual com o doente, sendo que fazer perguntas de resposta sim ou não, chamar o doente pelo nome, toque e gestos foram outros aspectos positivos identificados. Por outro lado, a falta de contacto visual, o falar muito depressa, o não chamar a atenção do doente antes de iniciar a interação foram identificados como alguns dos aspetos negativos no comportamento das enfermeiras. Apesar de mais de 70% das interações terem sido bem sucedidas, cerca de 37,7% das interações que se relacionavam com a dor não tiveram sucesso. Segundo os doentes, cerca de 40% das interações com as enfermeiras foram difíceis a extremamente difíceis, não se tendo verificado a utilização de materiais para facilitar a comunicação (por exemplo: material de escrita, alfabeto, quadros com palavras e desenhos). Algumas enfermeiras admitiram sentir-se frustradas, sem motivação e que evitavam contacto com doentes com os quais a comunicação era difícil.

Patak, Gawlinski, Fung, Doering, Berg, & Hennerman (2006) realizaram um estudo cujo principal objetivo foi identificar a perceção dos doentes face aos “quadros de comunicação”, onde estes podem apontar imagens, palavras ou letras e qual, segundo os doentes, seria o conteúdo indicado a colocar nos referidos quadros, tendo como

referência o *Vidatak EZ Board*, que vem em Anexo I – *Vidatak EZ Board*. Foram entrevistados 29 doentes críticos extubados há mais de 72h, sendo que 62% reportaram elevados níveis de frustração associada à sua incapacidade de comunicar efetivamente durante o período de ventilação mecânica. 86% dos doentes consideraram que se tivessem tido um “quadro de comunicação” enquanto estavam ventilados, os seus níveis de frustração não seriam tão elevados, tendo ainda referido: um “quadro de comunicação” pré-feito é mais eficiente e rápido que a escrita e facilita a comunicação das necessidades emocionais, respeitando a individualidade. No entanto, alguns doentes referiram que um “quadro de comunicação” iria provavelmente assoberbar uma pessoa com necessidade de cuidados críticos. Algumas sugestões foram feitas relativamente ao conteúdo dos “quadros”, tais como, um alfabeto com letras grandes, divisão entre necessidades agudas e necessidades de rotina, urgência da necessidade (como *agora, imediatamente, assim que possível* ou *mais logo*). Alguns sugeriram a remoção de algumas palavras tais como *contente, triste, bom, mau, escova, água e telefone* e a colocação de outras, como, *medo e não consigo respirar*. De um modo geral, os autores concluíram que a utilização de um “quadro de comunicação” aumenta a eficiência e acelera a comunicação, facilita o ir ao encontro das necessidades do doente e serve de veículo para reconhecer a individualidade de cada doente.

Outro estudo de Patak, Gawlinski, Pung, Doering, & Berg (2004) refere-se ao que os doentes reportam acerca das intervenções dos profissionais de saúde no que concerne à comunicação durante a ventilação mecânica. Este é um estudo descritivo, com análise qualitativa e quantitativa, realizado a 29 doentes críticos, extubados há mais de 72 horas, sendo que 62% destes doentes referiram elevado nível de frustração a tentar comunicar as suas necessidades enquanto estavam ventilados. Não se verificou relação entre o nível de frustração e o tempo de entubação ou entre o nível de frustração e o diagnóstico. Os doentes a quem foram administrados ansiolíticos (79%) referiram níveis mais baixos de frustração do que os que não receberam ansiolíticos. Como comportamentos dos profissionais de saúde que foram facilitadores à comunicação foram referidos: amável, informativo e fisicamente presente. Por outro lado, os comportamentos inibidores de uma boa comunicação foram: ser “mecânico”, desatento e ausente. Concluíram que os problemas que os doentes têm e que estão

relacionados com a comunicação, podem ser aliviados através de uma prestação de cuidados de qualidade.

Os autores Grossbach, Stranberg, & Chlan (2011) realizaram um artigo sobre a temática da promoção da comunicação efetiva com o doente submetido a ventilação mecânica, relevando aspetos relativos à importância da mesma e identificando algumas estratégias para tal, como gestos, mimica labial, escrita, utilização de quadros com letras e/ou imagens, tudo com vista à identificação das necessidades individuais de cada doente.

Em Portugal, Rosário (2009) realizou um estudo qualitativo numa amostra de 15 doentes que estiveram ventilados numa UCI. Os objetivos deste estudo foram: conhecer as dificuldades de comunicação dos doentes ventilados incapacitados de comunicar verbalmente, identificar os seus sentimentos durante o período ventilatório e melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes ventilados. Como sentimentos negativos os doentes referiram: desconhecerem o motivo porque não falavam, não serem compreendidos pelos profissionais e não satisfazerem algumas necessidades humanas básicas. Os sentimentos mais referidos relacionados com a incapacidade de comunicar verbalmente foram impotência, desânimo, medo, aflição e ansiedade. Relacionados com o internamento referiram sentimentos de desorientação e confusão, dor e sofrimento. Um aspecto positivo foi a presença de profissionais que lhes transmitiam segurança. Como alternativas à comunicação verbal referiram a comunicação escrita, linguagem gestual e mímica labial. Na sua maioria sentiram disponibilidade da parte dos profissionais de saúde contudo nem sempre conseguiam transmitir a mensagem. Alguns doentes referiram acabar por se conformar com o facto de não conseguirem comunicar. As conclusões deste estudo apontam para a importância de uma comunicação eficaz com o doente ventilado, sugerindo o desenvolvimento de competências comunicacionais por parte dos profissionais de saúde.

Toda a bibliografia encontrada e analisada permitiu-me tomar conhecimento da evidência científica produzida e através desta análise crítica construir uma prática clínica suportada e estruturada. Foi possível verificar que muito se tem feito e escrito acerca deste tema demonstrando assim a importância atribuída à comunicação e à individualização dos cuidados para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

2.2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI

Tendo em conta que o doente internado numa UCI e que se encontra ventilado está numa situação crítica pareceu-me pertinente definir o conceito de pessoa em situação crítica. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RCEEEEPSC) (2011, p. 8656) “*a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*”. A UCI é o setor hospitalar que se destina à prestação de cuidados clínicos, complexos, ativos e permanentes a doentes em situação de ameaça ou de falência real das suas funções vitais. Está dotada de pessoal e equipamento próprios, e executa técnicas e manobras conducentes ao diagnóstico, monitorização, suporte e tratamento desses doentes.

Grande parte dos doentes internados em UCI vai necessitar de, pelo menos num determinado período de tempo, estar submetido a ventilação mecânica invasiva. Segundo Urden, Stacy, & Lough (2008, p. 683) este tipo de ventilação está indicado quando existem razões de ordem fisiológica e clínica que o justifique. Os critérios fisiológicos são: o suporte ventilatório por falência, o aumento do volume do pulmão (insuflação pulmonar no final da expiração e capacidade residual funcional) e redução do trabalho respiratório.

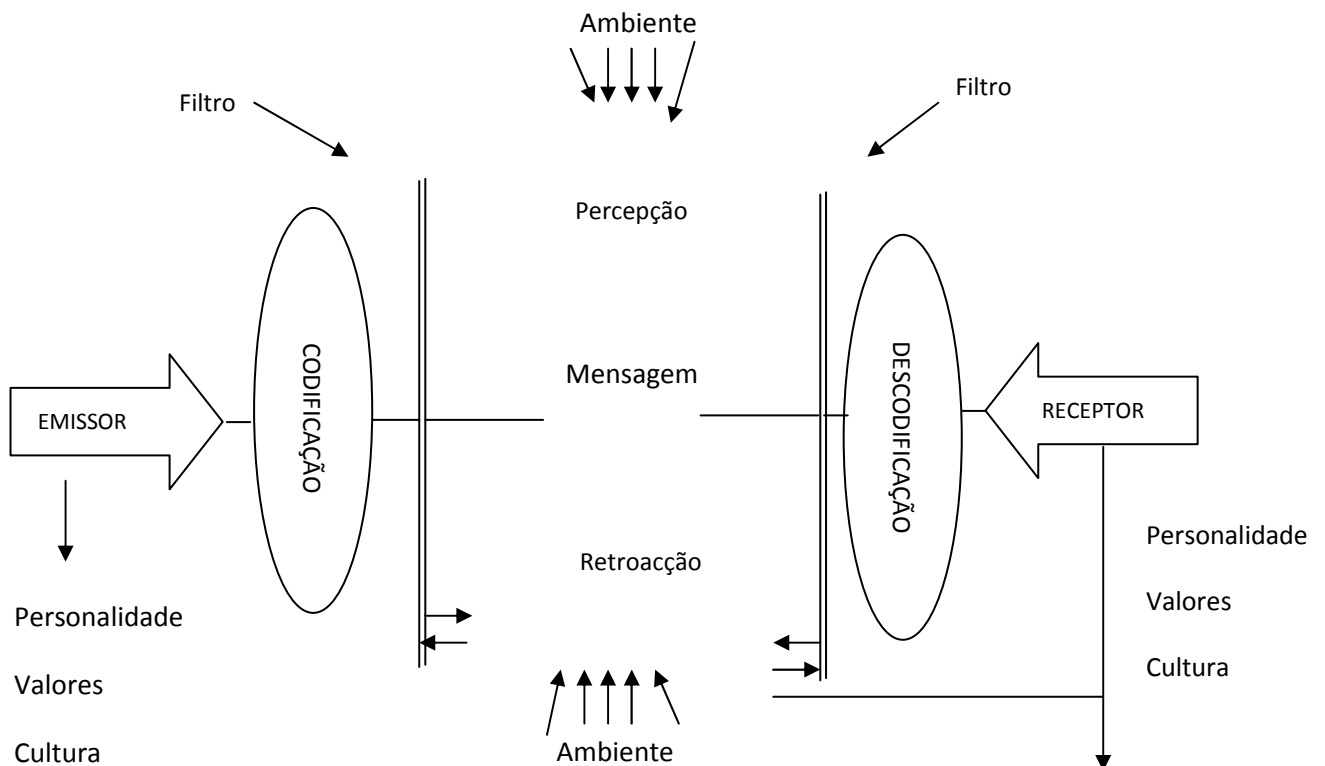
2.3. COMUNICAÇÃO

Relativamente à comunicação, esta é uma actividade humana básica. De acordo com Phaneuf (2005, p. 22) “*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 reacções que as suas palavras suscitam em nós*”. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p. 45) a comunicação é um “*comportamento interactivo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados*”.

Enquanto enfermeiros devemos ter em conta que “a comunicação é um processo comportando dois pólos: o nosso enquanto prestadoras de cuidados, e o da pessoa cuidada” sendo que “não é portanto uma coisa simples, pois além de mais, neste fenómeno, nada pode ser considerado de maneira isolada. Cada ser existe em interacção com os outros, num determinado contexto e numa dada cultura (...) não é portanto surpreendente que haja dificuldades de comunicação” (Phaneuf, 2005, p. 22). Segundo a mesma autora “a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p. 23).

Por tudo isto podemos inferir que é impossível não comunicar. A comunicação deverá ser circular e contínua, sem rutura ao nível da retroação. O modelo cibernético, é um dos modelos mais conhecidos para estudar a comunicação e é apresentado na Figura 1 - O Modelo Cibernético.

Figura 1: O Modelo Cibernético



Fonte: Phaneuf, 2005, p.26

Neste modelo é possível constatar *“que a comunicação não é fenómeno isolado e que ela é influenciada pelo ambiente favorável ou desfavorável, tal como pelos seus filtros que representam a personalidade de cada um dos intervenientes, os seus valores, a sua cultura e os seus conhecimentos. Este modelo representa um sistema de transmissão da informação no qual uma pessoa, na ocorrência um emissor, transmite uma mensagem a uma outra pessoa, que se torna o receptor. Esta pessoa lança por sua vez a sua mensagem (a retroacção) e faz-se assim emissor, enquanto que a primeira pessoa se muda para receptor. (...) Trata-se de um processo dinâmico de alternância de palavras e de mensagens não verbais”* (Phaneuf, 2005, p. 27).

São vários os comportamentos e as maneiras de ser que podem prejudicar ou favorecer a comunicação: a postura e as atitudes corporais; os gestos; a distância ou proxémica; o contacto visual; a expressão facial; a voz; a respiração; o silêncio; a aparência geral e o tocar.

2.4. RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE

Apesar de todo o desenvolvimento tecnológico existente nos últimos anos a vertente relacional dos cuidados de enfermagem não deve ser desvalorizada. De acordo com Collière (1999, p. 151) *“a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados”*. Deste modo torna-se claro que a relação que o enfermeiro estabelece com o doente *“se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo que detêm em si própria um valor terapêutico”* (Collière, 1999, p. 152).

Apesar de todo o desenvolvimento tecnológico na medicina, que possibilitou a diminuição da mortalidade e morbilidade associada a muitas situações de doença, o facto é que *“(...) lutar contra a doença, tratar um corpo traumatizado, agir no sentido de uma vida mais longa, não bastam para assegurar o bem-estar”* (Hesbeen, 2000, p. 21) enfatizando que *“o lugar deixado à palavra e aos vários meios de expressão é, pois, essencial na prática de cuidar, uma vez que vão permitir expressar, dizer o sofrimento, o sofrimento que o “corpo-sujeito” vive”* (Hesbeen, 2000, p. 30). Assim sendo, o estabelecimento de uma relação com a pessoa cuidada deve ser encarada pelos

enfermeiros como primordial já que se constitui como veículo de toda a intervenção. Os enfermeiros são profissionais privilegiados na relação com o doente pelo tempo que passam junto deste, mas é preciso não esquecer a importância da qualidade do contacto. Phaneuf (2005, p. 11) menciona 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”*.

Quando se relaciona com o outro, o enfermeiro deve ter sempre em consideração alguns princípios éticos que orientem a sua prática: *“o princípio do respeito da dignidade da pessoa (...) tratá-la “como uma pessoa” e não como uma abstracção, um objecto ou um número (...) O princípio do respeito da intimidade da pessoa (...) garantir à pessoa um espaço de existência pessoal onde a sua vida se possa desenrolar ao abrigo das interferências, dos controlos ou da curiosidade dos outros (...) Os princípios da benevolência e da beneficência (...) se baseie numa real vontade de ajuda onde o calor, a compreensão e a compaixão são regra (...) O princípio do respeito pela unicidade e pela alteridade da pessoa (...) ver a pessoa como um ser único com as suas riquezas e fraquezas (...) O princípio do direito à informação (...) supõe uma informação precisa, uma explicação clara e ao alcance da pessoa”* (Phaneuf, 2005, pp. 14-15).

2.5. INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Como tem vindo a ser referenciado ao longo do trabalho e tendo em conta o ambiente na UCI, muito facilmente são prestados cuidados segundo um modelo biomédico *“no qual os enfermeiros atribuem todas as prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às actividades de colaboração directa com a medicina”* (Silva A. P., 2007, p. 11). A dificuldade existente na comunicação leva a que os desejos do doente possam não ser tidos em conta e frequentemente *“(...) a pessoa torna-se “coisificada” (...) é negada na sua qualidade de sujeito a quem se dirigem os cuidados. A organização material do tratamento e os procedimentos institucionais levam-na muito frequentemente à sua patologia, que se torna o único objectivo de preocupação das*

enfermeiras” (Phaneuf, 2005, p. 11). Isto remete-nos para a importância da individualização dos cuidados de enfermagem, sendo que, de acordo com Silva, Souza, & Tavares (2007, p. 56) *“uma assistência individualizada é, em muito, dependente dos esforços que os profissionais do cuidar dispensam para interpretar as mensagens verbais e não verbais expressadas pelo paciente”*. Os mesmos autores valorizam a comunicação terapêutica como o momento em que o enfermeiro demonstra que a sua prioridade é a valorização do doente como ser humano, *“o que engloba o compreender e ser compreendido”*.

De acordo com Silva A. P. (2007, p. 18) os enfermeiros devem, na sua prática, procurar desenvolver uma *“enfermagem avançada: que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências na tomada de decisão”*.

Parece claro que para haver prestação de cuidados de qualidade é essencial que os cuidados sejam personalizados. Em 2001, foram emanados pela Ordem dos Enfermeiros os *“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”*. Neste documento surgem alguns enunciados descritivos, dos quais é pertinente referir *“a satisfação do cliente (...) a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; (...) o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”*. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Mais especificamente no que concerne à Pessoa em Situação Crítica foi delineada uma proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011). Na mencionada proposta é referido no ponto 4.1. acerca da satisfação do cliente: *“5 – o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças forçadas pelas necessidades do processo de assistência à saúde; (...); 7 – 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; 8 – a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em*

peças em situação crítica". No ponto 4.4. o Bem-estar e o Auto-cuidado são definidos como padrões de qualidade, entre outros: "3 – o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas; (...); 8 – a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; 9 – a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica" (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011).

2.6. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE VIRGÍNIA HENDERSON

Virgínia Henderson defende que a enfermagem tem como objetivo primordial ajudar as pessoas doentes ou saudáveis a realizar as atividades que contribuem para a saúde, a sua recuperação ou uma morte pacífica, o qual fariam por si próprios se tivessem a força, vontade ou conhecimentos necessários (Henderson & Nite, 1978). Para Henderson & Nite (1978) a função do enfermeiro é de extrema complexidade pois requer identificação e compreensão de todos os tipos de pessoas, incluindo as pessoas criticamente doentes. Este conceito requer que as enfermeiras compreendam as necessidades fundamentais da pessoa de forma a poderem ajudá-la a satisfazer essas necessidades, para que possam ter uma vida tão produtiva quanto possível mesmo durante a doença. A Escola das Necessidades na qual se integra a teoria de Virgínia Henderson está inserida no paradigma da integração. Este paradigma reconhece os elementos e as manifestações de um fenómeno e integra o contexto específico em que se situa um fenómeno (Kérouac, 2002). O paradigma da integração orienta os cuidados de enfermagem para a pessoa (Kérouac, 2002).

Henderson (2004, p. 4) descreve o conceito de enfermeira *"como um substituto para o que falta ao doente para o tornar "completo", "um todo" ou "independente", pela falta de força física, vontade ou conhecimento"*. Para esta autora *"a enfermeira deve, em certo sentido, colocar-se "na pele" de cada doente de modo a conhecer, não apenas o que o doente quer, mas também o que ele precisa para manter a vida e readquirir a saúde"* (Henderson, 2004, p. 4).

A pessoa como um todo apresenta 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) comuns a todos os seres humanos, quer estejam doentes ou não. Ter as 14 NHF's

satisfeitas não é essencial à vida mas disso depende o todo da pessoa, sendo que a importância de cada necessidade varia de pessoa para pessoa e ao longo do tempo. Para Bolander (1998, p. 312) *“uma necessidade é uma exigência ou uma falha. Todas as pessoas têm necessidades fundamentais que se esforçam por satisfazer”*. Estas necessidades podem ser físicas e psicológicas e a importância de cada uma delas depende de cada pessoa e ao longo do tempo. Alguns dos aspectos que influenciam o valor atribuído a cada necessidade são as expectativas pessoais, influência sócio-cultural, saúde física e nível de desenvolvimento psicofisiológico (Bolander, 1998, p. 312).

Para Virgínia Henderson *“ajudar o doente a comunicar com outros expressando as suas necessidades e sentimentos”* é uma Necessidade Humana Fundamental (NHF). Henderson (2004, pp. 54-55) diz: *“(…) pode parecer presunçoso sugerir que as enfermeiras ajudam as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação. Se, contudo, se conceber a enfermeira, entre outras coisas, como o “familiar profissional”, isso não é presunçoso”*. Ainda segundo a autora, *“em muitas instituições de saúde, o médico (e as enfermeiras) começam a estar dependentes da informação acerca do doente, fornecida por equipamento, computadores ou monitores”* (Henderson, 2004, p. 57) enfatizando a importância de que quando a enfermeira *“actua como intermediária na função de ajudar o doente a comunicar com o médico, que vê durante pouco tempo, está a desenvolver um dos aspectos mais importantes dos cuidados de enfermagem. A qualidade dos registos e dos relatos verbais da enfermeira, é uma prova decisiva da sua competência”* (Henderson, 2004, pp. 56-57). Para Henderson (2004, p. 7) *“(…) a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais (...) cada cultura expressa-as diferentemente e cada indivíduo à sua maneira”*.

Henderson & Nite (1978, p. 940) referem-se aos doentes críticos como apresentando características que atuam como barreiras à comunicação. Por exemplo, podem estar tão centrados em si próprios e na satisfação de necessidades no imediato, tão dependentes emocionalmente que não se preocupam com outros aspetos. Os seus sentidos também poderão estar afetados devido ao seu estado de saúde e devido à medicação que estão a tomar. Também o facto de muitos destes doentes não conseguirem comunicar verbalmente devido à presença de tubos oro-traqueais dificulta a que dêm a conhecer aos outros os seus medos e questões.

A autora refere-se ainda à responsabilidade de os enfermeiros utilizarem conscientemente a comunicação para informar, confortar, dar suporte e ajudar os doentes a tolerar o que parece intolerável (Henderson & Nite, 1978, p. 942). Os enfermeiros comunicam respeito e o seu apreço pelo valor e dignidade do outro quando o ouvem, são honestos e os vêem enquanto pessoas e não objetos (Henderson & Nite, 1978, p. 943). A competência da comunicação é indispensável para lidar com os aspetos emocionais da doença, bem como, para promover a relação de ajuda (Henderson & Nite, 1978, p. 911). Embora o discurso verbal seja a forma mais produtiva de comunicar (Henderson & Nite, 1978, p. 923) a comunicação não verbal, mais limitada, poderá ter um efeito maior (Henderson & Nite, 1978, p. 926).

A utilização deste modelo teórico possibilitou uma linha orientadora para a minha prestação de cuidados. Foi essencial para a valorização da comunicação não só enquanto necessidade humana fundamental em si mesma, mas também na identificação das outras necessidades humanas fundamentais potencialmente afetadas e da importância de cada uma delas para cada doente.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, irei descrever os objetivos que me propus atingir, realizando uma revisão do trabalho desenvolvido ao longo do ensino clínico, de que forma adquiri e desenvolvi competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica, quais foram os constrangimentos sentidos durante todo o processo e quais as estratégias que utilizei para os ultrapassar. A finalidade que defini para este ensino clínico foi: **Adquirir e desenvolver competências Especializadas de Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica no âmbito da comunicação com o doente crítico ventilado na Unidade de Cuidados Intensivos.** O presente capítulo irá explicitar como isso foi conseguido.

1. Conhecer a dinâmica funcional do serviço na sua vertente estrutural, funcional e organizacional

- Reunião informal com o(s) enfermeiro(s) tutor(es) com vista a adquirir conhecimento da organização e funcionamento da unidade, recursos humanos e materiais, projetos e atividades em que o serviço está envolvido;
- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar com especial ênfase à equipa de enfermagem;
- Visita guiada às instalações do serviço para conhecimento da sua estrutura física, equipamentos e materiais existentes, sob orientação do(s) enfermeiro(s) tutor(es);
- Identificação de áreas clínicas e de apoio, bem como, o circuito do doente crítico desde que é admitido no serviço até ser transferido para outros serviços ou instituições;
- Identificação da hierarquia e organograma funcional do serviço;
- Conhecer a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados nas diferentes áreas de atuação;
- Consulta de protocolos, normas, manuais e folhas em uso no serviço;
- Compreensão da dinâmica e comunicação com o doente/família;
- Esclarecimento de dúvidas com o(s) enfermeiro(s) tutor(es).

Iniciei o meu Ensino Clínico na UCIP de um Hospital de Lisboa dia 10 de Outubro de 2011 sob a orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que me elucidou acerca da história da instituição, apresentou-me o espaço físico do serviço, alguns elementos da equipa multidisciplinar e descreveu-me o funcionamento do serviço de forma clara e objectiva. Proporcionou-me com isto uma boa integração na equipa, uma participação na prestação e planeamento dos cuidados

de enfermagem especializados na Pessoa em Situação Crítica. Foi-me dada também a oportunidade de obter informação sobre protocolos e projetos da unidade, circuito da pessoa doente/família e a articulação de cuidados com outros serviços da instituição e da comunidade, através de conversas informais com o Enfermeiro Chefe e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A unidade divide-se em 3 quartos, 1 com 4 camas e dois com 2 camas. Em cada um destes quartos existe todo o material que poderá ser necessário para a prestação de cuidados. Existe ainda uma sala de enfermagem, uma sala médica, secretariado, 1 sala de limpos e 1 sala de sujus. Têm um armazém, onde ficam guardados materiais e outro para equipamentos e uma sala onde fica a terapêutica de *stock*. A equipa é constituída por 26 enfermeiros, sendo que dois, um enfermeiro chefe e um enfermeiro especialista em reabilitação, estão afetos à gestão. A maioria dos doentes são do foro médico embora também receba doentes cirúrgicos. Recebe doentes do bloco, dos outros serviços, outros hospitais e urgência. Os registos de enfermagem realizados no serviço são sob o modelo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), informatizados. O horário de visitas é das 14h30 às 15h e das 18h30 às 19h embora sejam flexíveis: duas pessoas – uma de cada vez – em cada um desses períodos.

De 3 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2012 realizei ensino clínico numa UCI de um Hospital no Barreiro, tendo sido orientada por um enfermeiro a terminar o curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica durante o mesmo. Da mesma forma fui apresentada à equipa multidisciplinar e tomei conhecimento da estrutura física da unidade. Esta é uma unidade polivalente de adultos com uma lotação máxima de 5 camas. Em termos de espaço físico consiste numa sala única e ampla onde estão situadas todas as camas, sendo uma delas, central, parcialmente isolada por vidros. A área de trabalho situada nesta sala possibilita a visualização simultânea de todas as unidades onde estão os doentes. O restante espaço divide-se em gabinetes, sala de reuniões, copa, zona de sujus, rouparia, arrecadação e sala contígua à área de trabalho com material de apoio. Em termos de recursos humanos a equipa médica é constituída por cinco médicos residentes e três médicos em horário parcial. A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros além da enfermeira chefe. Os enfermeiros praticam o horário rotativo, divididos por 5 equipas de 4 elementos. O método de trabalho adotado é o método de equipa, fazendo-se a distribuição dos doentes pelos enfermeiros da equipa segundo o método do Enfermeiro

Responsável. Cada equipa é constituída por 4 enfermeiros sendo coordenada por um deles, o enfermeiro chefe de equipa. As funções do enfermeiro chefe de equipa incidem sobretudo na gestão dos cuidados a prestar e gestão dos recursos humanos e materiais (na ausência da enfermeira chefe). Tive também conhecimento das normas e protocolos existentes no serviço que fui consultando durante o ensino clínico. Os registos de enfermagem são em papel de acordo com o modelo teórico de Nancy Rooper embora seja um projeto do serviço a implementação da CIPE informática no ano de 2012.

Com a orientação e apoio dos enfermeiros orientadores integrei a dinâmica dos serviços, gerindo e articulando a minha prestação de cuidados como enfermeiro com competências especializadas na área da pessoa em situação crítica. Desta forma afirmei o meu papel no seio da equipa, de forma pertinente, tanto no planeamento global dos cuidados como no seu cumprimento e continuidade.

2. Reflectir sobre os aspectos do domínio da responsabilidade ética e legal

- Respeito pela ética e pelo código deontológico da profissão;
- Respeito pelas relações privilegiadas do doente (família, amigos, pessoas significativas);
- Revisão da literatura.

Durante o ensino clínico procurei sempre prestar cuidados de enfermagem tendo por base o código deontológico dos enfermeiros e respeitando os princípios éticos. Estes *“são linhas gerais que governam a conduta, constroem uma base de raciocínio e orientam as acções”* (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 15). Relativamente ao princípio da autonomia que nos cuidados de saúde *“pode ser encarada como a liberdade de tomar decisões sobre si próprio, sem a coação e a interferência de outros”* (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 15), pode revelar alguns problemas éticos uma vez que a maioria dos doentes internados em UCI poderão não ter a capacidade de, no momento, decidirem o que é melhor para si, devido ao seu estado de saúde e os familiares/pessoas significativas podem estar a vivenciar situações complexas de ansiedade e medo e não quererem tomar certas decisões. Enquanto enfermeiros devemos atuar sempre como advogados do doente, procurando dar as informações necessárias para esclarecer as pessoas, ou encaminhá-las de forma a obterem essa informação. Poderemos, também, através dos familiares, saber qual a vontade que o

doente expressou antes do internamento, se alguma vez o fez. Devemos também clarificar, reforçar e apoiar durante o processo de tomada de decisão. Outro aspecto ético que tive sempre em mente foi o da beneficência/não maleficência onde se pressupõe que haja um equilíbrio entre o que pode provocar incómodo e o que pode beneficiar o doente sempre com vista a obter resultados positivos para o doente, e sempre tendo em conta aquilo que este deseja. Numa UCI é sempre complexo avaliar os desejos do doente o que pode levar a comportamentos paternalistas por parte dos enfermeiros. A inclusão dos familiares/pessoas significativas no plano de cuidados demonstra ser mais uma vez crucial. Tive ainda sempre em conta os princípios da veracidade – “*dizer a verdade*”; da fidelidade – “*cumprimento das promessas aos doentes*” e da justiça - prestação de cuidados de forma equitativa.

Deparei-me com algumas situações em que tive de decidir se valeria ou não a pena comunicar de forma verbal e não verbal com doentes que aparentemente não me responderiam, ou saber se deveria utilizar ou não imobilizações físicas nos doentes e de que forma estes aspetos, aparentemente simples, me iriam possibilitar determinar que necessidades dos doentes não estariam satisfeitas, e isto fez-me refletir diariamente. Foi através dos princípios éticos que orientei a minha prática e, juntamente com a orientação dos enfermeiros orientadores, penso ter conseguido cumprir o meu papel de enfermeira com competências especializadas. De acordo com Urden, Stacy, & Lough (2008, p. 19) “*é importante que a enfermeira seja incluída como parte da equipa de saúde que determina a resolução de problemas éticos*“. Deste modo desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal em que o enfermeiro especialista “*desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” e “*promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011).

Ao longo do ensino clínico e em todos os trabalhos que fui realizando procurei incluir sempre algumas reflexões éticas.

3. Identificar na equipa de enfermagem áreas formativas carenciadas e participar num plano formativo que procure atender às necessidades identificadas

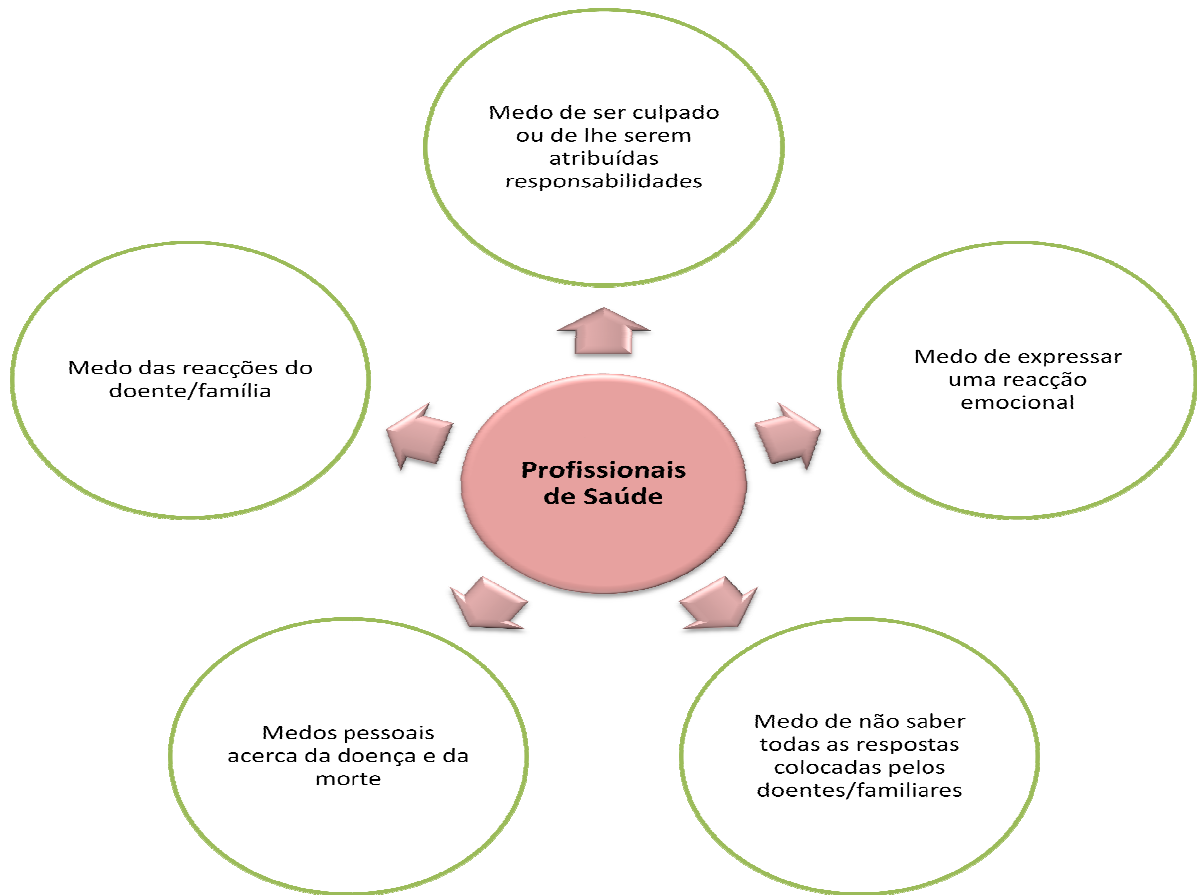
- Caracterização da equipa de enfermagem face à faixa etária e tempo de experiência profissional;

- Conversas informais com o(s) enfermeiro(os) tutor(es);
- Se possível, elaboração de uma sessão formativa de temática relevante, em consonância com o(s) enfermeiro(s) tutor(es).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011) este “*responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*” actuando como “*formador oportuno em contexto de trabalho*”. A equipa de enfermagem da UCIP é heterogénea no sentido em que existem pessoas jovens na profissão – com cerca de 4 anos de experiência – em cada equipa e existem pessoas já com vários anos de experiência. Após discussão com o enfermeiro orientador nesta unidade sobre os temas mais pertinentes optou-se por realizar uma formação sobre comunicação de más notícias, uma vez que embora seja um tema muito discutido por todos os enfermeiros em contexto informal, nunca tinha sido abordado em contexto de formação em serviço. É algo que afeta tanto os enfermeiros mais jovens como os mais experientes uma vez que cada situação é única e não existem protocolos que nos digam como actuar em todas as situações, mas apenas linhas orientadoras que nos podem orientar. A comunicação de más notícias é algo que provoca sempre algum constrangimento a quem tem de o fazer e desse modo é importante a partilha de experiências e sentimentos. A Figura 2 – Sentimentos dos Profissionais de Saúde face à Comunicação de Más Notícias sintetiza os medos que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros têm, face à comunicação de más notícias. A revisão da literatura sobre o tema, diz-nos que a má notícia é mais do que a notícia de morte, é “*toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro*” (Buckman, 1992, p.11 citado por Pereira, 2008, p.78). Assim sendo, o facto de termos de informar um familiar de que o seu ente querido teve de ser entubado oro-traquealmente ou dizer a um doente que terá de ser novamente submetido a um procedimento doloroso poderão ser comunicações de más notícias.

O plano da sessão, bem como, os diapositivos em Power Point utilizados na mesma encontram-se em anexo II - Plano da Sessão e Apresentação da Formação: Comunicação de Más Notícias.

Figura 2 – Sentimentos dos Profissionais de Saúde face à Comunicação de Más Notícias



Fonte: Buckamn (1992) citado por Pereira (2008, p.78)

A avaliação que faço desta formação é muito positiva visto que da mesma surgiu uma discussão entre todos os elementos presentes em que se partilharam vivências e opiniões. No entanto todos concordam que é algo extremamente difícil e que não é agradável de fazer mas faz parte das competências dos enfermeiros. O enfermeiro com competências especializadas na Pessoa em Situação Crítica *“demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011). Dessa forma a realização deste trabalho permitiu-me analisar o meu próprio comportamento e encarar as minhas dificuldades. Neste momento acredito estar mais preparada para desempenhar o meu papel sempre que tiver de comunicar uma má notícia.

Durante o mesmo ensino clínico, que realizei durante o mesmo período temporal que outra colega do mestrado, verificámos em conversas informais com os enfermeiros da

unidade que poderia ser um contributo divulgar a toda a equipa quais as *guidelines* de 2010 relativamente ao algoritmo do Suporte Avançado de Vida (SAV). Por esse motivo e após discussão com o enfermeiro orientador, realizámos um poster com o mesmo para ser afixado junto ao carro de urgência. O mesmo foi elaborado e apresentado à equipa e encontra-se em anexo III - Poster SAV, em formato A4.

Relativamente ao ensino clínico que realizei na outra UCI verifiquei que o algoritmo do SAV existente no carro de urgência estava desatualizado e propus-me a mudá-lo. No entanto, um grupo de trabalho da unidade estava a realizar um trabalho nessa área e tinha já um poster pronto para colocar no serviço pelo que não foi possível fazê-lo. Nesta unidade não se proporcionou apresentar nenhuma formação uma vez que na altura do meu ensino clínico os enfermeiros se encontravam a apresentar formações relativas à formação em serviço, abordando os mais variados temas e tendo já diversos projetos em curso. Enquanto estive na unidade procurei consultar alguns desses trabalhos, nomeadamente normas e protocolos realizados (novas *guidelines* nos procedimentos relativos à prevenção da pneumonia associada à ventilação, manuseamento de catéteres venosos centrais, entre outros). Fui ainda assistir a uma formação acerca da doação de órgãos. Todas estas experiências foram enriquecedoras para o meu processo de aquisição de competências pois permitiram-me apreender novos conhecimentos, relembrar outros, discutir e trocar opiniões e tomar conhecimento da evidência científica mais recente relativamente a alguns procedimentos muito frequentes quando se cuida de doentes críticos.

4. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na assistência ao doente crítico de médio e alto risco numa situação de urgência que requeiram cuidados especializados na área dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica

- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de acordo com os problemas detetados;
- Gerir prioridades perante situações de alta complexidade;
- Gerir, de forma eficaz e eficiente, os recursos disponíveis;
- Participação nos registos dos doentes;
- Avaliação do estado clínico dos doentes face às medidas de tratamento implantadas;
- Desenvolvimento de competências na área relacional (respeito, autenticidade, escuta ativa, uso do silêncio, comunicação terapêutica);

- Prestação de cuidados tendo em conta estratégias para prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde;
- Clarificação de dúvidas com o(s) enfermeiro(s) tutor(es);
- Pesquisa bibliográfica.

De acordo com o RCEEEEPSC (2011) e com vista a adquirir e a desenvolver as competências relativas ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória a esses focos, executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e demonstrei conhecimentos e habilidades em SAV. Durante o ensino clínico na UCIP e com a orientação do enfermeiro orientador pude prestar cuidados a doentes com diferentes patologias do foro médico (insuficiência respiratória, insuficiência renal, *status* pós-PCR) e cirurgico, tendo um papel activo na monitorização invasiva e tive oportunidade de participar em procedimentos como técnicas dialíticas contínuas, ventilação invasiva e não invasiva, apoio na colocação de catéteres centrais, de hemodiálise e linhas arteriais, hipotermia terapêutica, monitorização de PIC, entre outros. Participei no transporte intra-hospitalar de diversos doentes para realização de exames complementares de diagnóstico. Realizei registos informatizados em formato CIPE.

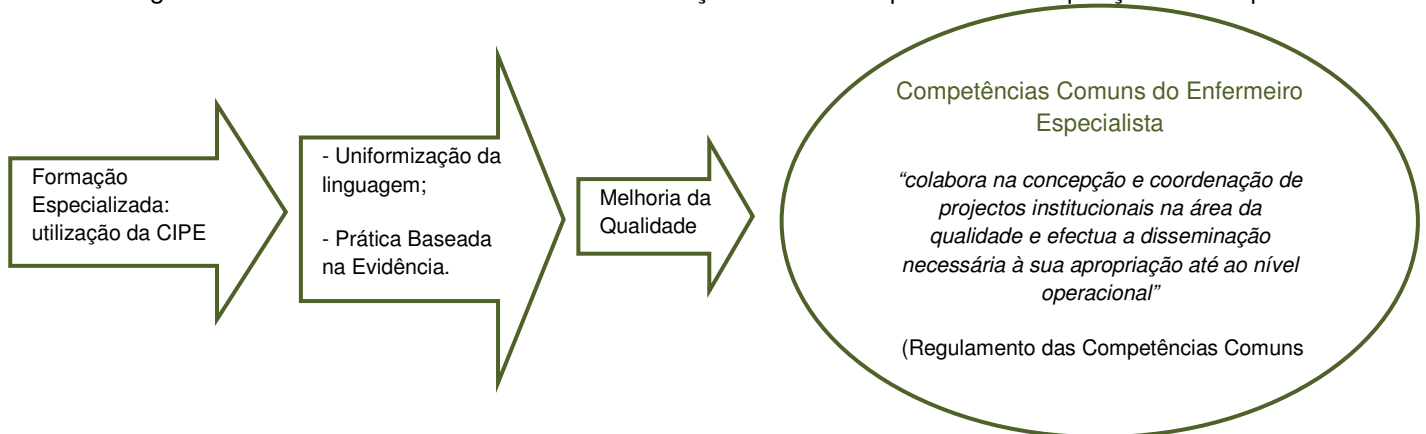
Relativamente aos aspetos da prevenção e controle de infeção, a prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Segundo a Direcção Geral da Saúde *“este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes”*, como é no caso das UCI's. Sabe-se atualmente que um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS (Direcção Geral da Saúde).

Tendo em conta o número de procedimentos invasivos que são realizados e o risco de infeção a que o doente crítico está sujeito, realizei um curso organizado pela *European Society of Intensive Care Medicine* subordinado ao tema *Infection Prevention in Critically Ill Patients*. Este curso permitiu-me tomar conhecimento da evidência científica mais recente relativamente ao controlo de infeção no doente crítico e partilhar alguns desses conhecimentos *in loco* com colegas e assistentes operacionais, durante a prestação de cuidados, permitindo-me assim maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011). O certificado do curso poderá ser encontrado em anexo IV - Certificado do curso: *Infection Prevention in Critically Ill Patients*.

O estudo de caso que realizei na UCIP com a orientação do enfermeiro orientador e que se encontra em Anexo V - Estudo de Caso realizado na UCIP ajudou-me a orientar o meu pensamento e planear intervenções, permitindo-me consolidar conhecimentos e desenvolver competências. Facilitou-me o processo de identificar problemas, estabelecer e realizar intervenções e avaliá-las, de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson. Por ter considerado a realização do estudo de caso muito proveitosa face à mobilização de várias estratégias no processo de aquisição de competências e análise do trabalho desenvolvido – “saber fazer”, decidi realizar um segundo estudo de caso na UCI, que se encontra em Anexo VI - Estudo de Caso realizado na UCI, neste caso sobre um doente do foro cirúrgico, uma vez que tenho mais prática no cuidar de doente do foro médico e dessa forma pude adquirir novos conhecimentos relevantes. Neste estudo de caso, embora faça uma reflexão com base na teoria de Virgínia Henderson, optei por planear os cuidados de acordo com a CIPE, para poder treinar a elaboração de diagnósticos de enfermagem utilizando esta metodologia que está a ser utilizada em cada vez mais UCI's. Como forma de refletir acerca da importância da utilização da CIPE no meu processo de aquisição de competências realizei uma reflexão juntamente com um colega do mestrado, da qual surgiu um poster com o título “*A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado*” que foi apresentado numas Jornadas referentes ao tema “*Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e*

Experiências de Utilização Efectiva” em Janeiro de 2012, em Lisboa. O resumo enviado para estas jornadas pode ser consultado em anexo VII - Resumo do poster “*A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado*”. A Figura 3 – Síntese da reflexão acerca da utilização da CIPE no processo de aquisição de competências, foi utilizado no referido poster e reflete o resultado da análise efetuada.

Figura 3 – Síntese da Reflexão acerca da utilização da CIPE no processo de aquisição de competências



Fonte: Poster “*A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado*”

Tendo em conta que “*são elementos importantes face à prevenção de complicações na pessoa em situação crítica, entre outros: 1.a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para **prescrever, implementar e avaliar** intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimiza-lhes os efeitos indesejáveis (...)*” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011), a utilização da CIPE tem sido uma mais valia, permitindo a utilização de uma metodologia sistematizada no planeamento dos cuidados, desde a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação. Permite que exista uma uniformização na terminologia e dessa forma facilita a comunicação entre os profissionais de saúde. Descreve e caracteriza a prática de enfermagem, facilitando a investigação em enfermagem e a prática baseada na evidência. É também importante que os enfermeiros acompanhem a evolução da tecnologia e dos sistemas de informação visto que “*(...) a enfermeira, quaisquer que sejam a sua idade ou a sua formação, deve refazer as suas provisões de saberes a fim de poder enfrentar de forma adequada*

todos os géneros de situações. Os cuidados de enfermagem evoluem e é preciso adaptarmo-nos constantemente a novas exigências organizacionais, a novas aplicações técnicas e a novas precisões das nossas regras profissionais. A abertura à mudança e a formação contínua são as nossas principais vias de sucesso” (Phaneuf, 2005, p. 9).

Relativamente às competências na área relacional, penso ter desenvolvido em todas as experiências que fui tendo, alguns aspectos a este nível. Embora já tenha competências nesta área que fui adquirindo ao longo da minha vida profissional, é sempre possível continuarmos a desenvolvê-las. Nesse âmbito desenvolvi competências de escuta activa, autenticidade, uso do silêncio, relação de ajuda e respeito. Na escuta ativa a enfermeira não julga a pessoa cuidada, *“ela manifesta-lhe a sua compreensão constante oferecendo-lhe o reflexo do que ela crê compreender do que é dito” (Phaneuf, 2005, p. 157).* Os enfermeiros revelam a sua autenticidade quando permanecem sinceramente eles próprios no decurso da relação com a pessoa ajudada. Phaneuf (2005, p. 359) refere que *“graças à autenticidade, a enfermeira mantém-se espontânea e aberta, não procura apresentar uma fachada artificial e não se apresenta como uma perita da situação do outro. Esta capacidade é essencial ao estabelecimento de um clima de confiança e de simplicidade necessária à criação de uma sã aliança terapêutica entre quem ajuda e quem é ajudado”.* A relação de ajuda é algo muito exigente em que os enfermeiros se têm de envolver totalmente: *“é com o seu corpo, o seu olhar e a sua palavra que ela entra em contacto com o outro, mas a afectividade continua a ser o elemento central deste contacto (...) é graças a esta relação que a pessoa se sente escutada e compreendida, que se torna importante aos olhos de alguém e que encontra nesta atenção do outro a força para viver a sua dificuldade, para aceitá-la e mesmo para mudar” (Phaneuf, 2005, p. 322).*

O uso do silêncio pode ser uma estratégia muito importante quando se comunica com alguém, *“empregue com conhecimento de causa, permite manifestar respeito à pessoa, favorecer nela a introspecção, a reflexão, o contacto com as suas emoções” (Phaneuf, 2005, p. 42).* Neste contexto o respeito surge como *“mais do que um comportamento de aceitação. Também inclui valorizar, prestar atenção ou gostar dos utentes por aquilo que eles são” (Bolander, 1998, p. 536).*

Todos os aspetos trabalhados em prol deste objetivo foram deveras importantes. O enfermeiro com competências especializadas na Pessoa em Situação Crítica *“na*

procura permanente da excelência no exercício profissional (...) previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “(...) maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” e “desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011). Para tal são elementos importantes, entre outros “a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas; a referenciação das situações problemáticas identificadas, para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica, (...) a correcta execução de cuidados técnicos de alta complexidade; a adequada implementação de medidas de suporte avançado de vida; a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas; (...) o planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade (...)” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011).

5. Desenvolver competências, baseadas na evidência científica, na comunicação com o doente ventilado

- Pesquisa bibliográfica;
- Identificação de barreiras à comunicação interpessoal resultantes da ventilação invasiva;
- Planeamento de intervenções facilitadoras da comunicação;
- Utilização de estratégias de comunicação que mais se adaptem às barreiras identificadas;
- Promoção de ambiente favorável à comunicação interpessoal;
- Avaliação do impacto das intervenções na transposição das barreiras pré-existentes;
- Conversas informais com o(s) tutor(es) acerca das principais dificuldades sentidas na comunicação com o doente ventilado;
- Reflexão com a equipa de enfermagem acerca de estratégias que promovam/facilitem a comunicação com o doente ventilado;
- Realizar registos de enfermagem relacionados com a comunicação realizada com o doente ventilado.

Este ensino clínico foi bastante profícuo em relação a oportunidades de comunicação com o doente ventilado. Realizei bastante pesquisa bibliográfica acerca desta temática, procurando tomar conhecimento da evidência científica em relação às estratégias a utilizar. Refleti sobre situações diversas que aconteceram na minha prática e que são descritas num jornal de aprendizagem que se encontra em anexo VIII - Jornal de Aprendizagem 1. Este jornal de aprendizagem foi discutido com o enfermeiro orientador e com a professora orientadora, no sentido de desenvolver as minhas competências no que se refere à questão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Deste modo pude assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e geri o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Ao procurar a excelência no exercício profissional o enfermeiro com competências especializadas em cuidar da pessoa em situação crítica *“procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa”* sendo que são elementos importantes, entre outros: *“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 de saúde; a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica; 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”* (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011).

No meu jornal de aprendizagem refleti acerca de uma situação de cuidados a um doente consciente e submetido a ventilação mecânica invasiva, que teve necessidade de ficar imobilizado a nível dos membros superiores. Nessa situação consegui ter a perceção da dificuldade que é comunicar com estes doentes, mesmo que sejam mensagens simples e de quão ansiosos podem ficar por não se fazerem compreender. De acordo com Happ, et al. (2011, p. 37) o facto de muitos enfermeiros de cuidados intensivos não terem formação em técnicas de comunicação alternativas faz com que não tenham competência para otimizar a comunicação quando é necessário. Por isso, muitos enfermeiros admitem sentir-se frustrados e evitam o contacto com doentes

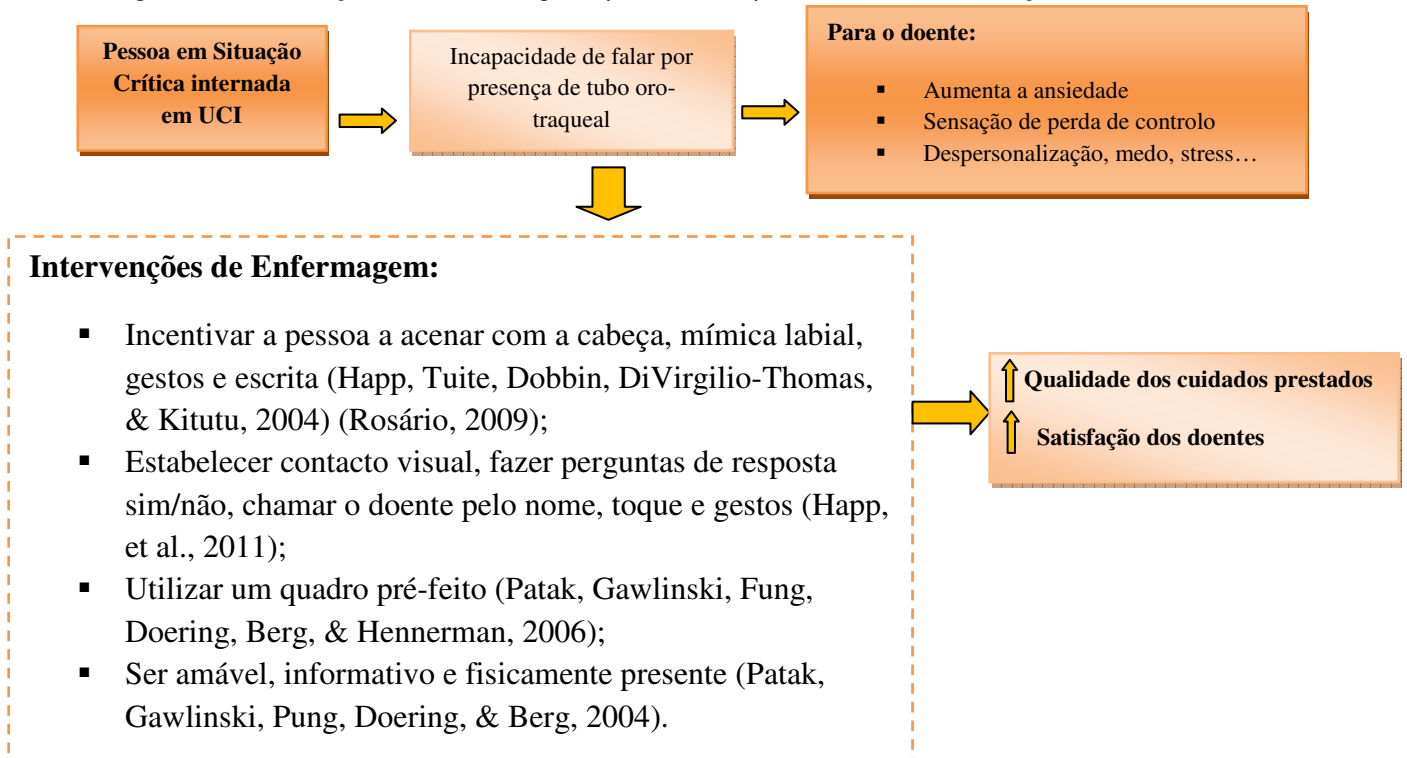
com quem a comunicação é mais difícil. O tempo que é dispendido nestas tentativas de comunicação pode ser ainda considerável. Ainda assim, verifiquei que na maioria das vezes o doente queria apenas comunicar alguma necessidade básica como o facto de ter sede, e que ficou bastante aliviado após ter utilizado uma esponja embebida em água para humedecer a mucosa oral. Ao longo do estágio e da minha vida profissional tenho a certeza que outras situações vão surgir e espero ter sempre a capacidade de mostrar disponibilidade e de tentar compreender o que os doentes me tentam dizer, aquilo que para eles é importante, e dessa forma humanizar e individualizar os cuidados que presto. Para Happ, et al. (2011, p. 37) são os enfermeiros que controlam o tempo, tópico e método de comunicação com os doentes críticos internados em cuidados intensivos. Dessa forma, têm uma grande responsabilidade já que devem garantir que a mensagem que o doente quer transmitir é efetivamente transmitida e compreendida. Parece-me também relevante lembrar que apesar de as pessoas internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos se encontrarem criticamente doentes e, por esse motivo, necessitarem de cuidados imediatos e constantes para satisfazerem as suas necessidades fisiológicas (por exemplo, necessidades respiratórias), as restantes necessidades podem ser adiadas mas mantêm-se sempre presentes (Bolander, 1998, p. 312).

No seguimento do trabalho desenvolvido e após a pesquisa e análise bibliográfica que realizei e após ter discutido a relevância da mesma com a minha professora orientadora realizei um trabalho para apresentar numa Jornada que decorreram nos dias 24 e 25 de Novembro de 2011 em Faro, e subordinadas ao tema: A Pessoa em Situação Crítica. A minha apresentação teve como título “*A comunicação com o doente ventilado: intervenções de enfermagem especializadas na pessoa em situação crítica*” e foi extremamente importante para mim, no sentido em que me permitiu partilhar com os colegas presentes o trabalho que tenho desenvolvido, ouvir o que os peritos que trabalham diariamente com doentes ventilados dizem a esse respeito e ainda aprender sobre outros temas abordados. A apresentação e o resumo vêm em anexo IX - Resumo e comunicação apresentada nas Jornadas de Faro.

Após ter realizado esta comunicação compreendi melhor a importância da divulgação da evidência científica para a prática clínica estruturada e fundamentada, motivo pelo qual comecei a escrever sobre o tema, compilando toda a bibliografia já analisada até ao momento, e com a orientação da Prof^a. Anabela Mendes, escrevi um artigo que

enviei para uma revista portuguesa e encontro-me atualmente a aguardar resposta quanto à sua publicação. Na Figura 4 – Intervenções de Enfermagem que facilitam/promovem a comunicação com o doente ventilado, é feita a síntese das principais intervenções encontradas na evidência científica.

Figura 4 – Intervenções de Enfermagem que facilitam/promovem a comunicação com o doente ventilado



Fonte: Compilação da evidência científica encontrada e analisada ao longo do estágio

Quando iniciei o segundo ensino clínico deparei-me imediatamente com uma situação de uma doente com ventilação não invasiva o que me fez refletir sobre as dificuldades na comunicação com os doentes ventilados deste modo. Isto porque verifiquei que também existiam algumas barreiras à comunicação, nomeadamente se os interfaces utilizados forem máscaras faciais. Realizei um Jornal de Aprendizagem sobre esta experiência que vem em anexo X - Jornal de Aprendizagem 3. A ventilação não invasiva possui algumas vantagens nomeadamente “evitar a EOT, com a consequente diminuição dos riscos associados, nomeadamente infecções nosocomiais e lesão traqueal, evitando o trabalho dinâmico imposto pelo tubo endotraqueal; não sendo necessária sedação, permite ao doente falar, manter tosse eficaz e alimentação oral” (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009, p. 656). A comunicação enfermeiro-doente revelou mais uma vez ser essencial e o papel do enfermeiro na explicação de

todo o procedimento é fundamental para obter a colaboração do doente, assim como, a capacidade de adaptar “*a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica*” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Nesta unidade também tive oportunidade de cuidar de doentes ventilados e de observar enfermeiros peritos a fazerem-no. Um dos projetos da unidade prende-se com esta temática e estão neste momento a ser realizados quadros com imagens para utilizar com estes doentes, no entanto, ainda não os pude utilizar pois embora o projeto esteja numa fase de finalização os quadros ainda não se encontravam prontos à data do final do meu estágio. Embora não tenha sido possível aproveitar esse recurso utilizei outras estratégias referidas pela bibliografia, tais como: mímica labial, gestos e escrita.

6. Desenvolver competências no cuidar do doente submetido a ventilação mecânica

- Pesquisa bibliográfica;
- Prestação de cuidados de enfermagem ao doente ventilado;
- Esclarecimento de dúvidas com o(s) enfermeiro(s) tutor(es).

Durante o ensino clínico procurei cuidar de doentes ventilados o que me permitiu, juntamente com a pesquisa bibliográfica e conversas informais com os enfermeiros orientadores, desenvolver competências nesta área. A assistência ventilatória “*pode ser entendida como a manutenção da oxigenação e/ou ventilação dos pacientes portadores de insuficiência respiratória aguda, de maneira artificial, até que eles estejam capacitados a reassumi-las*” (Pádua & Martinez, 2001, p. 133). A forma como os ventiladores interrompem a fase inspiratória e dão início à fase expiratória recebe o nome de ciclagem do ventilador. Esta transição pode ocorrer através de quatro mecanismos: ciclagem a tempo, ciclagem a volume, ciclagem a fluxo e ciclagem a pressão. Essencialmente tive experiência no cuidar com doentes ventilados em pressão assistida e em pressão controlada. De acordo com Pádua & Martinez (2001) na ciclagem a pressão: o final da fase inspiratória é determinado pelo valor de pressão alcançado nas vias aéreas. Quando a pressão atinge o valor prefixado e ajustável interrompe-se a inspiração, independentemente do tempo inspiratório gasto para atingir aquela pressão. Tais ventiladores são susceptíveis às variações de complacência e

resistência do sistema respiratório, podendo ocorrer uma drástica redução de volume corrente na vigência, por exemplo, de um broncoespasmo.

Relativamente à pressão controlada e, de acordo com Marcelino (2008, p. 70) nesta modalidade “*o volume fornecido depende da pressão controlada, da compliance pulmonar e da resistência do circuito e das vias aéreas (...) a pressão controlada assegura que o nível de pressão inspiratória pré-programado seja mantido durante a inspiração*”. O mesmo autor, relativamente à pressão assistida, refere que esta é “*iniciada pelo doente, sendo que o ventilador se limita a assistir a respiração do mesmo com uma pressão constante pré-programada*” (Marcelino, 2008, p. 74). Cuidar destes doentes proporcionou-me adquirir novas competências no cuidar do doente crítico, visto que tive de adquirir perícia em técnicas que não costumava realizar e para a qual tive de reunir um conjunto de informação sobre o tema. A análise das alterações ventilatórias de acordo com os resultados gasimétricos foi algo desafiante e na qual investi bastante. A manutenção de um valor de pH dentro de valores normais é essencial para a homeostasia do nosso organismo (Marcelino, 2008, p. 87) e é extremamente importante ter conhecimentos nesta área quando se pretende cuidar de pessoas em situação crítica.

Quanto a outros tipos de ventilação com os quais não tive tanto contacto realizei pesquisa bibliográfica e mobilizei como recurso fundamental os enfermeiros orientadores.

7. Desenvolver competências na comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a família/pessoas significativas do doente crítico

- Promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com a família;
- Acompanhamento do enfermeiro na preparação da família no momento do acolhimento;
- Fornecimento de informação pertinente ao longo do internamento;
- Gerir, de forma criteriosa, a informação transmitida à pessoa e sua família;
- Participação na tomada de decisão conjunta com a pessoa, família e outros intervenientes no processo de cuidar;
- Colaboração no ensino e na preparação para a alta.

Tendo em conta que a pessoa internada em UCI poderá estar impossibilitada de comunicar verbalmente por diversos factores, o papel da família é crucial para nos ajudar a avaliar as necessidades da pessoa, uma vez que a família é quem melhor

conhece o doente. Para além deste aspeto que acarreta inúmeras responsabilidades aos familiares e aos enfermeiros que com eles estabelecem uma relação terapêutica, a família também atravessa um período de *stress* e adaptação em que poderá sentir-se com medo e incerteza em relação ao futuro e dessa forma está em sofrimento. Durante o período das visitas foi essencial estar presente e falar com os familiares, procurando através deles conhecer um pouco melhor o doente e também procurando saber quais as suas preocupações e de que forma os poderemos ajudar a ultrapassar esta fase complexa. Para Maruiti, Galdeano, & Farah (2008, p. 637) “*a hospitalização acarreta a quebra do vínculo familiar, levando o paciente e familiares a vivenciarem profundas mudanças em suas vidas*”. Nesta fase é comum ocorrerem alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança que podem levar a crise. O medo da morte, as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento, os conflitos emocionais, a preocupação com a condição financeira, as alterações de papel e a quebra de rotina podem levar a ansiedade e depressão por parte de alguns membros da família (Maruiti, Galdeano, & Farah, 2008). Os enfermeiros normalmente centrados em responder às necessidades dos doentes podem não perceber os receios dos familiares. A comunicação entre toda a equipa de saúde e os familiares é essencial e para tal deve ser estabelecida uma relação de empatia e confiança. Neste sentido a comunicação revela-se essencial pois os profissionais deverão comunicar “*de forma adequada, a fim de retirar dúvidas e satisfazer a necessidade de informação dos familiares* (Maruiti & Galdeano, 2007, p. 40)”. Os mesmos autores alertam para que a falta desta comunicação poderá levar a incerteza e ansiedade. O enfermeiro deve reconhecer os sinais e sintomas de ansiedade, implementar estratégias de prevenção e tentar amenizar os eventos causadores de stress. Deverá ainda ter em consideração a cultura de cada pessoa uma vez que esta poderá fazer variar o modo como se reage a determinada situação.

A “*gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família*” e a “*gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica*” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011) constituem-se como padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

As situações que vivenciei com a família foram bastante marcantes e senti necessidade de refletir sobre algumas, através de um jornal de aprendizagem que foi discutido com

os orientadores e que se encontra em anexo XI - Jornal de Aprendizagem 2. Neste jornal de aprendizagem descrevo duas situações particularmente marcantes, uma com um doente ventilado que consegue transmitir uma mensagem, ainda que simples, à sua filha e outra sobre a importância de conhecermos os rituais e rotinas de cada pessoa, neste caso através da pessoa significativa, e a capacidade de nos adaptarmos a elas em prol do doente.

O cuidar da família do doente crítico foi uma competência que tive de trabalhar bastante, uma vez que, apesar de diariamente na minha prática comunicar com familiares de doentes internados, verifico que as expectativas dos familiares são diferentes. Quando o doente está em estado crítico existe a incerteza face ao prognóstico, a instabilidade da situação, a ansiedade e o medo, a esperança... por vezes interroguei-me: que informações deverei dar? Deverei dar mais esperança ou deverei deixar a situação bem explícita? De que forma poderei ajudar efectivamente esta família? Quais os seus principais receios? De que forma a família me poderá ajudar a compreender as necessidades do doente que não comunica verbalmente? Sempre como a orientação dos enfermeiros orientadores fui refletindo sobre estas questões. Realizei também pesquisa e análise bibliográfica sobre este tema e, em Janeiro de 2012, juntamente com outro colega do mestrado, realizei um poster com o título "*Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem*", que apresentei numas Jornadas cujo tema era a Pessoa em Situação Crítica, em Lisboa. Em anexo pode ser consultado o resumo enviado (Anexo XII - Resumo do Poster "*Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem*"). Algumas das intervenções identificadas através da revisão e análise da literatura podem ler-se na Figura 5 – Intervenções de enfermagem junto da família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI.

Figura 5 – Intervenções de Enfermagem junto da família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI

Intervenções Terapêuticas de Enfermagem

Horários de visita flexíveis, dependendo da condição do doente e da dinâmica familiar (Gonzales, C. et al, 2004)
Fornecer informação adequada
Ajudar a procurar recursos
Responder às necessidades de cada família
Manter a privacidade durante a visita
Sala de espera confortável dentro do possível: tv, revistas, ... (Jamerson, P. et al, 1996)
Ouvir, clarificar e explicar/desmistificar o ambiente na hora da visita, individualizando as informações
Ajudar a elaborar as questões para colocar ao médico
Ajudar a preparar a informação para passar aos restantes membros da família
Permitir que ajudem em algumas actividades: massagem às mãos com creme hidratante, colocar batom hidratante, toque no doente inconsciente, ...
Se sentirem necessidade de orar devem ser incentivados a fazê-lo
Ajudar a família a compreender que a sua presença é essencial à recuperação do doente (Davidson, J. E., 2010)

Fonte: Poster "Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem"

Desta forma poderemos aumentar o sentimento de confiança e satisfação dos familiares/pessoas significativas durante o internamento.

8. Adquirir competências na gestão de protocolos terapêuticos e sua administração

- Pesquisa bibliográfica;
- Identificação dos fármacos mais utilizados na unidade;
- Colaboração na administração dos fármacos;
- Identificação de possíveis interações medicamentosas e efeitos secundários/adversos.

Durante este ensino clínico pude preparar e administrar alguma terapêutica com a qual não tinha tanto contacto e pude observar que a monitorização da mesma é mais rigorosa e constante. Também a administração de antibióticos é feita essencialmente em perfusão ao contrário do que estava habituada a administrar em enfermaria – por bólus – demonstrando a importância de manter os valores de medicamento em circulação constantes e bem monitorizados. Pude participar na administração em perfusão de amins, fazendo o seu desmame de acordo com a resposta hemodinâmica do doente e a prescrição médica, e também analgésicos e sedativos/curarizantes em perfusão e adequar as dosagens dos mesmos de acordo com a resposta do doente à

avaliação de enfermagem e à prescrição médica. Em ambas as unidades existem tabelas de interação medicamentosa, consultadas sempre que existe dúvida quanto à compatibilidade de alguma terapêutica.

Nos dias de hoje a segurança dos doentes tem-se tornado uma preocupação e um dos principais aspetos que podem por em risco a sua condição de saúde em caso de má prática estão relacionados com os múltiplos agentes farmacológicos que são administrados aliados aos desequilíbrios fisiológicos. Nas UCI's uma das principais preocupações são as interações medicamentosas que se não são prevenidas ou tratadas prontamente podem provocar danos irreparáveis nos doentes (Faria & Cassiani, 2001). Do ponto de vista de enfermagem a responsabilidade é muito elevada visto que são estes profissionais que têm a responsabilidade de armazenar, preparar, administrar e vigiar efeitos dos medicamentos. Para tal é necessário ter conhecimentos atualizados e ter consciência do seu importante papel na administração de terapêutica. É também essencial que, trabalhando numa UCI, o enfermeiro tenha conhecimentos sobre a especificidade do doente crítico. Assim o ambiente de trabalho deve favorecer a aprendizagem e disponibilizar meios para os profissionais tirarem dúvidas sobre os medicamentos que administram na UCI (Faria & Cassiani, 2001). Nas unidades onde estagiei para além das tabelas de interações medicamentosas, sempre que necessário pode ser contactada a farmácia para esclarecer qualquer dúvida a respeito de terapêutica.

9. Adquirir e desenvolver competências na gestão da dor no doente crítico ventilado

- Colaboração na avaliação e gestão da dor no doente crítico ventilado, utilizando as normas e protocolos existentes na unidade;
- Colaboração na instituição precoce de medidas farmacológicas identificando benefícios psico-fisiológicos;
- Colaboração na instituição de medidas não farmacológicas no tratamento da dor.

Neste aspeto pude adquirir algumas competências, apesar de na UCIP não existir nenhuma escala para avaliar a dor no doente inconsciente. Pude discutir alguns aspetos com a minha colega cujo tema era a gestão da dor no doente crítico e aceder a alguns artigos sobre a mesma. Desta forma conseguimos desenvolver estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como por exemplo, massagem, posicionamentos e distração, recebendo nalguns casos *feed-back* positivo por parte dos doentes que

estavam conscientes, que referiram alívio da dor. Relativamente aos doentes inconscientes e por não se utilizar nenhuma escala específica nesta unidade não tive oportunidade de treinar muito essa competência. Por esse motivo e como estratégia para adquirir e desenvolver mais conhecimentos nessa área realizei juntamente com outros colegas do mestrado uma pesquisa sistemática da literatura acerca de quais as escalas existentes para avaliar a dor no doente inconsciente e quais os indicadores avaliados em cada uma, sendo que o resultado desse trabalho foi aceite para publicação numa revista de enfermagem e dessa forma iremos partilhar com os colegas interessados na temática o trabalho que realizámos. Na Figura 6 – Escalas de Avaliação da Dor identificadas e seus indicadores, encontram-se as escalas que encontrámos na literatura e os respectivos indicadores que cada uma avalia.

Figura 6 – Escalas de Avaliação da Dor no doente inconsciente identificadas e seus indicadores

Escalas de avaliação da Dor	Indicadores
<i>Behavior Pain Scale</i> (BPS)	Comportamentais: - Expressão facial; - Movimentos dos membros superiores; - <i>Compliance</i> com ventilador.
<i>Nonverbal Pain Scale</i> (NVPS)	Comportamentais: - Expressão facial; - Actividade/movimentos; - Posição de defesa; E fisiológicos: - Fisiológicos 1 (alterações de sinais vitais); - Fisiológicos 2 (outros sinais fisiológicos)
<i>Nonverbal Pain Assessment Tool</i> (NPAT)	Comportamentais: - Emoção; - Movimentos corporais; - Expressão facial; - Posição corporal e/ou de defesa;
<i>Critical Care Pain Observation Tool</i> (CPOT)	Comportamentais: - Expressão facial; - Movimentos corporais; - Tensão muscular; - <i>Compliance</i> com ventilador.

Fonte: Compilação da literatura analisada referente ao tema da avaliação da dor no doente inconsciente

Na UCI é utilizada uma escala numérica para os doentes conscientes e uma escala de faces para os doentes conscientes que estão impossibilitados de comunicar verbalmente. Relativamente aos doentes inconscientes ainda não é utilizada nenhuma escala específica. A única escala existente é a escala de “*sedation-agitation scale*” (SAS), no entanto, os enfermeiros consideram que esta não é a mais adequada uma vez que se refere ao grau de sedação e não de dor. Encontram-se a aguardar que sejam emitidos pareceres a este respeito por entidades competentes para decidirem qual a escala mais adequada para utilizar.

A dor pode ser definida como “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão*” (Direcção Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001).

A dor funciona como um “sinal de alarme”, mas além desta função não apresenta qualquer outra vantagem. Pelo contrário, provoca alterações a nível do sistema imunitário, endócrino e nervoso e pode acarretar sofrimento e redução da qualidade de vida.

Na perspectiva teórica de Virgínia Henderson (1978), a dor pode ser um sinal primário de que algo não está bem com o corpo. Pode conduzir-nos à ideia da morte, contudo pode ser de grande valor diagnóstico para algumas patologias. Segundo a mesma autora, no doente inconsciente a avaliação da dor torna-se particularmente difícil e requer maior atenção na avaliação comportamental. Alguns indicadores importantes na avaliação comportamental no doente inconsciente são: inibição da mobilidade gastrointestinal, aumento das necessidades de consumo de oxigénio, taquipneia, aumento da tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aumento do débito cardíaco e vasoconstrição periférica.

Habitualmente parte-se do pressuposto que os doentes entubados e sedados na UCI não têm percepção da dor durante os procedimentos invasivos. Se esta dor não for controlada adequadamente pode ter consequências, tais como: hábitos de sono desadequados, desorientação, exaustão e possíveis alterações psicológicas. Muitos estudos têm vindo a demonstrar que o controlo da dor nas UCI's é inadequado (PUDAS-TAHKAS, 2009). Um estudo sugere que tratamento específico para controlo da dor nos procedimentos invasivos ocorre em menos de 25% das vezes (Payen *et al*,

2007 citado por Macintyre PE *et al* (2010). Segundo a mesma fonte, 57% dos doentes que têm memórias relativas ao internamento na UCI referem desconforto e 12% referem dor aquando da realização dos procedimentos invasivos.

O reconhecimento da existência de dor e a sua avaliação são os passos essenciais para um bom controlo da mesma.

É um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica *“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 alívio da dor”* (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011).

10. Gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada

- Incorporação dos conhecimentos teóricos na prática clínica recorrendo à pesquisa bibliográfica quando necessário, com vista à maximização do processo de aprendizagem;
- Desenvolvimento de capacidades de tomada de decisões baseadas em evidência científica.

Ao longo deste ensino clínico senti necessidade de mobilizar os meus conhecimentos prévios, a minha experiência anterior, a teoria recentemente aprendida durante a frequência do curso de mestrado e adequá-la à realidade vivida, adquirindo e desenvolvendo novos conhecimentos e competências. A evidência científica é algo em que devemos basear a nossa prática e tomadas de decisão, e foi algo que procurei ter em conta ao longo de todo este percurso. Relativamente aos cuidados de saúde baseados na evidência estes consistem em *“(…) não só fazer de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos”* (Craig & Smyth, 2004, p. 4). Foi também essencial a reflexão acerca dos cuidados prestados durante o ensino clínico e que me permitiu um “novo olhar” sobre os cuidados, um olhar mais focado na especificidade do doente crítico. De acordo com Craig & Smyth (2004, p. 7) *“a prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é reflectir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do*

dia a dia, e com as quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público”.

11. Desenvolver a análise crítica e construtiva relativamente ao processo ensino/aprendizagem e elaborar um relatório de reflexão crítica de atividades como forma de expressar a aprendizagem desenvolvida ao longo do ensino clínico

- Elaboração de um relatório crítico referenciando os aspetos mais relevantes para a minha aprendizagem, com a descrição das experiências e sentimentos vivenciados ao longo do ensino clínico e que reflita os saberes e os factores que contribuíram para o meu desempenho.

A realização deste relatório foi o culminar de todo o trabalho desenvolvido e proporciona-me uma perspectiva do que poderei ainda desenvolver. Segue uma estrutura que eu defini para relatar o trabalho desenvolvido, todavia, muitas das atividades desenvolvidas para atingir determinado objetivo não se findam apenas nesse objetivo. Existe toda uma dinâmica em que várias atividades contribuíram para diversos objetivos e conseqüentemente várias competências foram sendo desenvolvidas. Ao longo da minha vida profissional espero continuar a trabalhar estas competências, e que este relatório não seja apenas o final de um percurso mas, também, o início de outro com novas perspectivas e desenvolvimentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos doentes críticos internados em UCI experiencia graves problemas de comunicação, quer por estarem entubados oro-traquealmente, por apresentarem défice cognitivo e sensorial, quer por estarem distantes dos seus familiares e amigos. A ventilação mecânica e o uso de sedativos dificultam a comunicação entre os doentes e as restantes pessoas. A contenção física, por vezes utilizada para impedir os doentes de retirarem equipamentos necessários aos cuidados, limita a possibilidade de o doente realizar gestos e outras técnicas de comunicação alternativas (Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-Thomas, & Kitutu, 2004). Assim sendo, o desenvolvimento de competências na área da comunicação com o doente ventilado é de primordial importância para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O enfermeiro especialista *“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011). Quando iniciei o estágio a partir do qual surge este relatório, pretendia adquirir e desenvolver competências especializadas numa área específica: cuidar da pessoa em situação crítica, o que foi um desafio devido a ter pouca experiência anterior. No entanto, com trabalho, dedicação e com o apoio de todos os meus orientadores, em todo o percurso efectuado, foi possível trabalhar estas competências com sucesso. Atualmente sinto-me qualificada para *“cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* e *“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011). O modelo teórico de Virgínia Henderson possibilitou um fio condutor no meu raciocínio clínico enquanto enfermeira. Certa de que o desenvolvimento das competências não se finda com este trabalho, é minha intenção continuar a desenvolvê-las ao longo da minha vida profissional. O trabalho realizado foi essencialmente importante porque me

ajudou a compreender melhor a importância de refletirmos e analisarmos criticamente a nossa prática diária, procurando sempre a melhoria da qualidade em tudo quanto fazemos.

Ao iniciar um estágio cujo tema principal era “Comunicação com o Doente Ventilado” tinha alguma expectativa e ao mesmo tempo algum receio, pois considero que não é um tema fácil de ser abordado nem existem *guidelines* que possam guiar todas as intervenções realizadas na área da comunicação uma vez que esta está dependente de diversos fatores inerentes a cada indivíduo, como a personalidade, as crenças pessoais, entre outros. A comunicação é uma necessidade humana básica e cada indivíduo poderá atribuir-lhe uma importância diferente, que poderá mudar ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias. Durante a realização deste estágio foram surgindo alguns constrangimentos e dificuldades, tais como, não ter tido oportunidade de cuidar de doentes submetidos a ventilação mecânica com todas as modalidades descritas na literatura. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas, com a pesquisa bibliográfica, o apoio e orientação da Professora Anabela Mendes e com a disponibilidade das equipas das UCI's onde desenvolvi os ensinamentos clínicos, que foram sempre disponíveis para retirar dúvidas e colocar questões.

Deste modo penso ter dado um passo extremamente importante na construção do meu processo de aprendizagem e aquisição de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica. Considero-me apta a cuidar de pessoas em situação crítica através das competências especializadas adquiridas e desenvolvidas. Aos enfermeiros orientadores foi pedido que realizassem uma análise do processo de aquisição de competências ao longo do estágio realizado, encontrando-se em anexo (Anexo XIII - Apreciação dos enfermeiros orientadores).

BIBLIOGRAFIA

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2011). *Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiológica*. Loures: Lusodidacta.

Coelho, P. (2007). *Ser Como o Rio que Flui*. Cascais: Pergaminho.

Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Davidson, J. E. (2010). Facilitated sensemaking a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse* , 28-39.

Direcção Geral da Saúde. (s.d.). Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>

Direcção Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2001). *Plano Nacional de Controlo da Dor*. DGS.

- Faria, L. M., & Cassiani, S. H. (2001). Interação medicamentosa: conhecimento de enfermeiros das unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* , 264-70.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia* , 655-667.
- Gonzales, C. E., & al, e. (2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit in a complex care medical unit. *American Journal of Critical Care* , 194-198.
- Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse* , 46-61.
- Happ, M. B., Garrett, K., DiVirgilio, D. T., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* , 28-40.
- Happ, M. B., Tuite, P., Dobbin, K., DiVirgilio-Thomas, D., & Kitutu, J. (2004). Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* , 210-218.
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*. Nova York: Macmillan Publishing CO., INC.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

- Jamerson, P. A. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart&Lung* , 467-474.
- Kérouac, S. e. (2002). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: MASSON, S.A.
- MACINTYRE PE, e. a. (2010). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Melbourne: ANZCA & FPM.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.
- Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm* , 37-43.
- Maruiti, M. R., Galdeano, L. E., & Farah, O. G. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm* , 636-42.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pádua, A. I., & Martinez, J. A. (2001). Modos de assistência ventilatória. *Medicina, Ribeirão Preto* , 133-142.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., Berg, J., & Hennerman, E. (2006). Communication boards in critical care: patient's views. *Applied Nursing Research* , pp. 182-190.
- Patak, L., Gawlinski, A., Pung, I., Doering, L., & Berg, J. (2004). Patient's reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung* , 308-320.

Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

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

PUDAS-TAHKAS, e. a. (2009). Pain Assessment Tools for Unconscious or Sedated Intensive Care Patients: a Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing* .

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2011). (*Regulamento n.º122/2011, Diário da República, 2ª série, 18 de Fevereiro*) .

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). (*Regulamento n.º124/2011, Diário da República, 2ª série, 18 de Fevereiro*) .

Rosário, E. M. (2009). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos - Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Serrano, P. (1996). *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina . *Servir* , pp. 11-20.

Silva, R. M., Souza, J. G., & Tavares, J. L. (Janeiro-Abril de 2007). Comunicação enfermeira e paciente na Unidade de Tratamento Intensivo. *Revista Baiana de Enfermagem* , pp. 55-63.

Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *THELAN's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive Care Unit Environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* , 9, 178-183.

ANEXOS

ANEXO I – Vidatak EZ Board

ANEXO II – Plano da Sessão e Apresentação da Formação: Comunicação de Más Notícias

ANEXO III – Poster SAV em formato A4

ANEXO IV – Certificado do Curso: *Infection Prevention in Critically Ill Patients*

ANEXO V – Estudo de Caso realizado na UCIP

ANEXO VI – Estudo de Caso realizado na UCI

ANEXO VII – Resumo do Poster: “*A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado*”

ANEXO VIII – Jornal de Aprendizagem 1

ANEXO IX – Resumo e Comunicação apresentada nas Jornadas de Faro

ANEXO X – Jornal de Aprendizagem 3

ANEXO XI – Jornal de Aprendizagem 2

ANEXO XII – Resumo do Poster: *“Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem”*

ANEXO XIII – Apreciação dos Enfermeiros Orientadores