



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Anexos

**A Comunicação Terapêutica com a Pessoa sob Ventilação
Mecânica Invasiva: Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Therapeutic Communication with the Person Under Invasive Mechanical
Ventilation: Specialized Nursing Intervention

Ana Rita Loureiro Nascimento

Orientadora: Professora Doutora Florinda Laura Ferreira
Rodrigues Galinha de Sá

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Índice

APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa de Conceitos

APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE III – Objetivos para o Estágio em Serviço de Urgência

APÊNDICE IV – Póster para o Jornal do Serviço de Urgência

APÊNDICE V – Objetivos para o Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE VI - Placas de Imagens

APÊNDICE VII – Apresentação Online para a Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE VIII – Questionário da Formação Online para a Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE IX – Póster: *Webinar* Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Adulto e Idoso: "*Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico*"

ANEXOS

ANEXO I – *National Institutes of Health Stroke Scale*

ANEXO II – Norma de Boa Prática: Comunicação Eficaz com o Doente Submetido a Ventilação Mecânica Invasiva

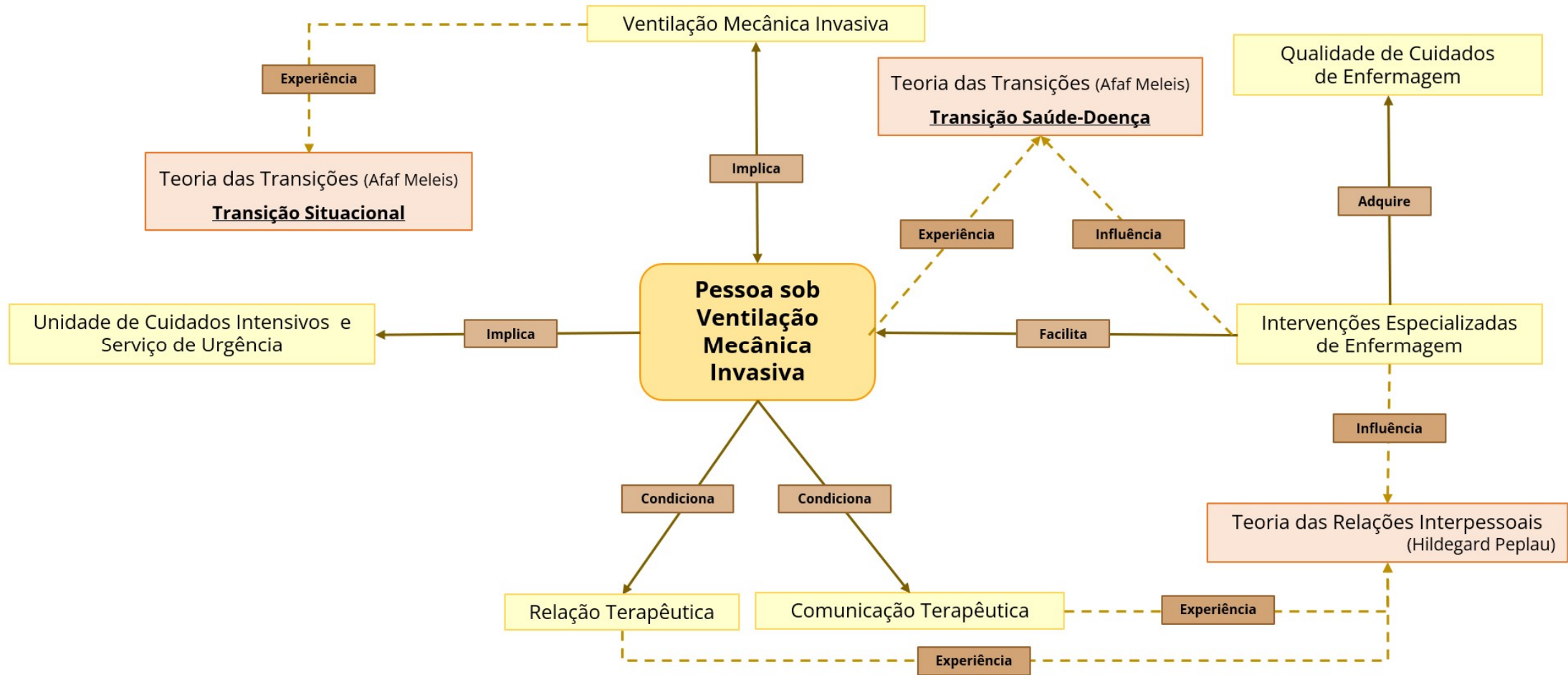
ANEXO III – Escala Numérica da Dor

ANEXO IV – Escala de Coma de Glasgow

ANEXO V – *Richmon Agitation Sedation Scale*

APÊNDICES

APÊNDICE I – Mapa de Conceitos



APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura

Comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva: uma revisão integrativa

Communication with the person under invasive mechanical ventilation: an integrative review

DOI:10.34119/bjhrv6n4-297

Recebimento dos originais: 17/07/2023

Aceitação para publicação: 16/08/2023

Ana Rita Loureiro Nascimento

Mestranda em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Endereço: Av. Prof. Egas Moniz, 1600-096, Lisboa, Portugal

E-mail: nascimento@campus.esel.pt

Raquel Neto Cordeiro

Mestranda em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Endereço: Av. Prof. Egas Moniz, 1600-096, Lisboa, Portugal

E-mail: raquelnnetocordeiro@campus.esel.pt

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha-de-Sá

Doutora em Enfermagem

Instituição: Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR)

Endereço: Avenida Prof. Egas Moniz, 1600-190, Lisboa - Portugal

E-mail: fgalinha@esel.pt

RESUMO

Introdução: Durante o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são frequentes as complicações na comunicação vivenciadas pela pessoa sob ventilação invasiva. O envolvimento dos profissionais de enfermagem, através de intervenções promotoras de uma comunicação de qualidade é fundamental para uma correta recuperação da pessoa em situação crítica. **Objetivo:** Analisar criticamente a evidência científica disponível relativa a intervenções de enfermagem na gestão da comunicação na pessoa sob ventilação mecânica invasiva em unidades de cuidados intensivos. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada através de pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL de forma a responder à questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem na gestão da comunicação (I) na pessoa sob ventilação mecânica invasiva (P) na unidade de cuidados intensivos (Co)?”. **Resultados:** Os resultados revelam que a qualidade da comunicação com pessoa sob ventilação mecânica invasiva em UCI foi descrita como ineficaz; as principais causas das perturbações da comunicação, de acordo com a experiência dos doentes, foram o sentimento de vulnerabilidade, o tubo endotraqueal, o ambiente desconhecido e falta de receptividade a novas formas de comunicação, por parte dos profissionais de saúde. Foram identificadas ações e estratégias de enfermagem para a eficiência da comunicação: CAA de alta tecnologia: vários programas de software e funções de controlo e dispositivos geradores de fala; CAA de baixa tecnologia: meios de comunicação ilustrados, escrita com caneta e papel, gestos e expressões faciais, perguntas de Sim ou Não, e leitura labial. **Conclusões:** Existem diversas intervenções e estratégias que

promovem a relação de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa sob ventilação invasiva, sendo que emergem as baseadas em alta tecnologia para o desenvolvimento futuro nesta área. Importa, ainda considerar a perspectiva da pessoa sob ventilação invasiva, e da sua família, na implementação destas medidas.

Palavras-chave: ventiladores mecânicos, comunicação em saúde, barreiras de comunicação, relações enfermeiro-paciente, cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction: During hospitalization in Intensive Care Units (ICU), complications in communication experienced by mechanically ventilated patients are frequent. The involvement of nursing professionals, through interventions that promote quality communication, is fundamental for the correct recovery of the person in a critical situation. **Objective:** To critically analyze the available scientific evidence regarding nursing interventions in the management of communication in people under invasive mechanical ventilation in intensive care units. **Methods:** Integrative literature review carried out through research in the MEDLINE and CINAHL databases in order to answer the research question: “What are the nursing interventions in the management of communication (I) in the person under invasive mechanical ventilation (P) in the unit intensive care (Co)?”. **Results:** The results reveal that the quality of communication with mechanically ventilated patients in the ICU was described as ineffective; the main causes of communication disorders, according to the patients' experience, were the feeling of vulnerability, the endotracheal tube, the unfamiliar environment and lack of receptiveness to new forms of communication on the part of health professionals. Nursing actions and strategies for communication efficiency were identified: High-tech AAC: various software programs and control functions and speech-generating devices; Low-tech CAA: illustrated media, writing with pen and paper, gestures and facial expressions, Yes or No questions, and lip reading. **Conclusions:** There are several interventions and strategies that promote the communication relationship between nurses and the person under invasive ventilation, and those based on high technology emerge for future development in this area. It is also important to consider the perspective of the person under invasive ventilation, and their family, in the implementation of these measures.

Keywords: mechanical ventilators, health communication, communication barriers, nurse – patient relations, critical care.

1 INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica invasiva é cada vez mais frequente nas unidades de cuidados intensivos o que impede o doente de comunicar verbalmente. Por este motivo, trata-se de uma situação que torna estes doentes mais vulneráveis durante um internamento associado ao aumento dos níveis de frustração (PONTES, *et al.*, 2007). Assim, foram criados protocolos de sedação ligeira, possibilitando que as pessoas sob ventilação invasiva estejam conscientes, sempre que a sua condição o permita (MATA *et al.*, 2021). Estabelecer uma comunicação eficaz com doentes nesta condição constitui um enorme desafio para os enfermeiros.

A comunicação é uma ferramenta principal do cuidado em enfermagem, um elemento-chave na interação enfermeiro-doente (MATA *et al.*, 2021). Ao enfermeiro compete captar as informações que a pessoa transmite para o desenvolvimento de uma interação terapêutica, através da identificação e atendimento das necessidades de saúde do doente, identificação de sinais, sintomas e problemas físicos, contribuindo para melhorar a prática de enfermagem (PONTES, *et al.*, 2007). A comunicação entre enfermeiro-doente trata-se de uma tarefa que deve ser delineada e individualizada.

As unidades de cuidados intensivos integram as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico, tendo como finalidade dar resposta a pessoas com elevado risco de vida (GALINHA DE SÁ *et al.*, 2015). O ambiente destas unidades torna-se, por vezes, hostil para os doentes que estão vulneráveis e dependentes de pessoas que não conhecem, sendo que contribui para a despersonalização da pessoa e para o aumento da ansiedade em relação ao seu estado clínico (CASTRO *et al.*, 2011).

Face ao exposto, a exploração deste tema resulta da necessidade de conhecer os obstáculos da comunicação com a pessoa sob ventilação invasiva numa unidade de cuidados intensivos e assim, identificar as estratégias do enfermeiro na gestão da comunicação com o doente crítico ventilado mecanicamente.

Desta forma, no que diz respeito aos objetivos desta investigação, delineou-se a necessidade de analisar criticamente a evidência científica disponível relativa a intervenções de enfermagem na gestão da comunicação na pessoa sob ventilação mecânica invasiva e a experiência da mesma em unidade de cuidados intensivos.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A estrutura desta RIL assenta na fundamentação metodológica de WHITTEMORE & KNAFL (2005). Os resultados obtidos foram extraídos e analisados, segundo as recomendações de PAGE *et al.* (2021) e THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2020). O processo de avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi realizado de forma independente pelas autoras utilizando os instrumentos de avaliação da qualidade da JBI. A tipologia da presente revisão oferece um vasto entendimento sobre o objeto de estudo e contribui para a Prática Baseada na Evidência (PBE) tendo como foco a intervenção e estratégias de enfermagem na comunicação da pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

2.1 PERGUNTA DE REVISÃO

No que diz respeito à pergunta orientadora desta revisão foi formulada segundo a mnemónica PICO que inclui três componentes fundamentais, a População, a Intervenção e o Contexto. No seguimento da linha orientadora descrita, a questão de investigação, definida como ponto de partida das pesquisas efetuadas, foi: “*Quais as intervenções de enfermagem na gestão da comunicação (I) na pessoa sob ventilação mecânica invasiva (P) na unidade de cuidados intensivos (Co)?*”. Desta forma, os fenómenos de interesse que pretendemos analisar, através da nossa questão de investigação, são a pessoa sob ventilação mecânica invasiva e a gestão da comunicação em unidades de cuidados intensivos.

2.2 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e de exclusão, utilizados para a colheita de informação, permitiram uma seleção direcionada, com fatores de conveniência e relevância, visando minimizar a discrepância de resultados e incidir apenas na resposta à questão de investigação. Estes critérios foram utilizados ao longo das diversas etapas da seleção de artigos, que principiou com a pesquisa em bases de dados científicas e findou com a extração de dados dos artigos selecionados. Os critérios de inclusão e de exclusão encontram-se descritos na tabela seguinte (tabela 1).

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
P	- Adulto e Idoso; - Pessoa a experimentar uma situação crítica; - Pessoas impossibilitadas de comunicar devido a ventilação mecânica invasiva.	- População Pediátrica; - População Materna e obstétrica; - Pessoa que comunica de forma eficaz.
I	- Intervenções realizadas por enfermeiros; - Comunicação em saúde.	- Intervenções realizadas por terapeutas da fala; - Comunicação eletrónica.
Co	- Unidades de cuidados intensivos.	- Cuidados Domiciliários; - Unidades de cuidados intensivos pediátricos; - Unidades de cuidados intensivos neonatais.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO GERAIS		
- Artigos sem texto integral disponível; - Artigos com data de publicação anterior ao ano 2013; - Artigos redigidos noutras línguas para além de português, espanhol e inglês; - Artigos redigidos noutras tipologias para além de artigos científicos.		

Fonte: Autoria Própria (2023)

2.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi iniciada a 01 de fevereiro de 2023 e terminada a 12 de fevereiro de 2023. A pesquisa foi desenvolvida em bases de dados relevantes para o tema em apreciação nas bases de dados MEDLINE e na CINAHL, através da plataforma EBSCO, com o objetivo de encontrar artigos científicos que respondam à questão norteadora da pesquisa.

No que diz respeito à pesquisa nas bases de dados, inicialmente foram definidos os termos de pesquisa em linguagem natural, tendo como base algumas palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo, tendo como propósito identificar os termos indexados referentes a cada base de dados (tabela 2). Posteriormente, procedeu-se à interseção dos termos de pesquisa através dos operadores booleanos “AND” e “OR”.

A pesquisa resultou num total de 329 artigos, sendo que 207 artigos correspondem à pesquisa realizada na base de dados CINAHL, 121 artigos dizem respeito à pesquisa efetuada na base de dados MEDLINE e 1 artigo corresponde à pesquisa realizada na literatura cinzenta.

Tabela 2 – Termos de pesquisa em linguagem natural e linguagem indexada

	LINGUAGEM NATURAL	MESH TERMS	CINHAL HEADINGS	Σ * * (Expressão Final)
P	Ventilação Mecânica Invasiva	- Ventilators, Mechanical - Pulmonary Ventilation	- Ventilators, Mechanical - Ventilator Patients	(Ventilators, Mechanical Pulmonary Ventilation OR Ventilator Patients)
I	Comunicação em Saúde Intervenções de Enfermagem	- Communication - Health Communication - Nonverbal Communication - Communication Barriers - Nurs* - Nurse – Patient Relations	- Communication - Nonverbal Communication - Communication Barriers - Nurse – Patient Relations - Professional – Patient Relations - Nurs*	(Communication OR Health Communication OR Nonverbal Communication OR Communication Barriers) AND (Nurs* OR Nurse – Patient Relations OR Professional – Patient Relations)
Co	Unidade de Cuidados Intensivos	- Critical Care - Intensive Care Units	- Critical Care - Intensive Care Units	(Critical Care OR Intensive Care Units)

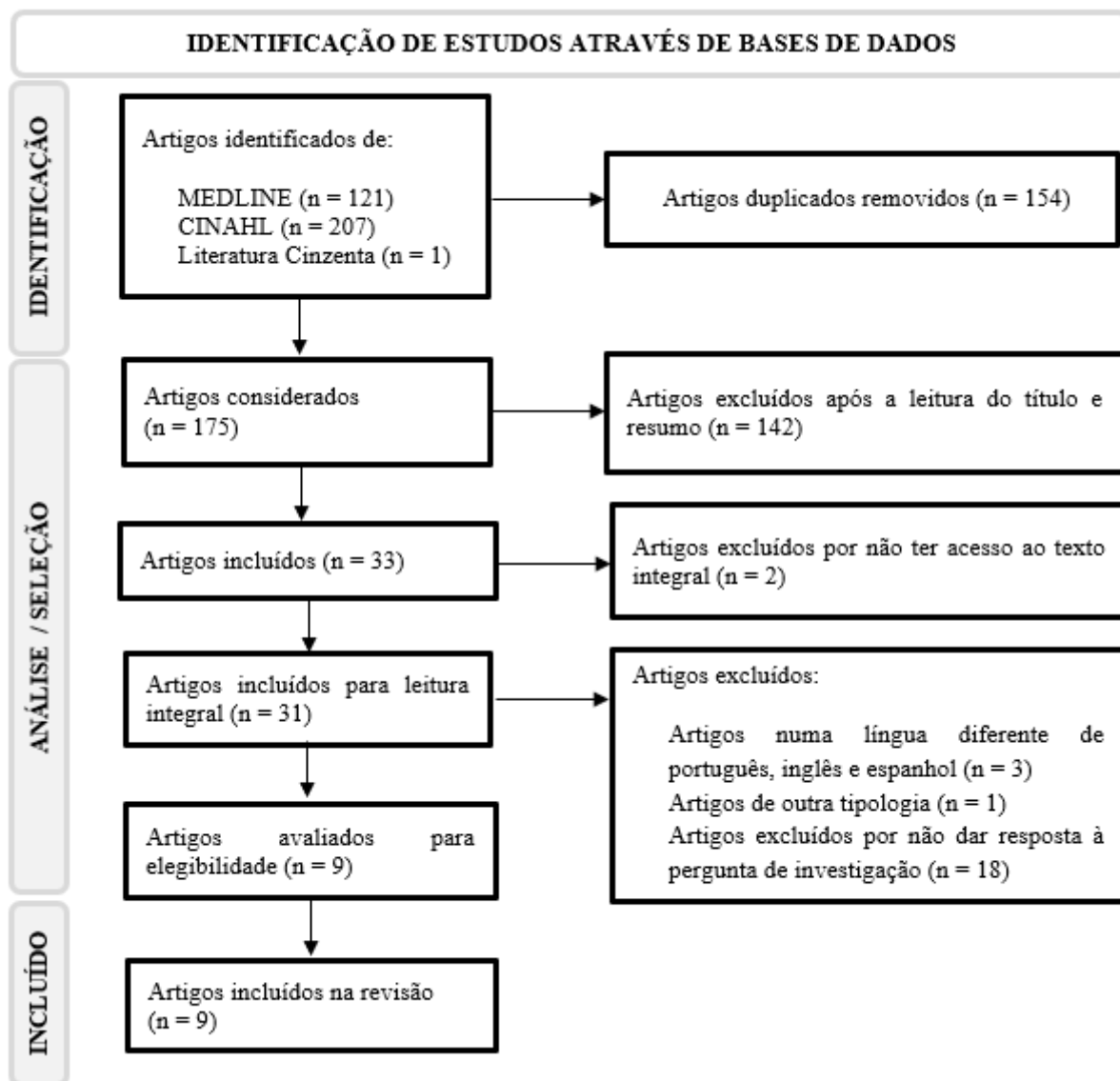
Σ *		((Ventilators, Mechanical OR Pulmonary Ventilation)) AND ((Communication OR Health Communication OR Nonverbal Communication OR Communication Barriers)) AND ((Nurs* OR Nurse - Patient Relations)) AND ((Critical Care OR Intensive Care Units))	((Ventilators, Mechanical OR Ventilator Patients)) AND ((Communication OR Nonverbal Communication OR Communication Barriers)) AND ((Nurse - Patient Relations OR Professional-Patient Relations OR Nurs*)) AND ((Critical Care OR Intensive Care Units))	(Ventilators, Mechanical OR Pulmonary Ventilation OR Ventilator Patients) AND (Communication OR Health Communication OR Nonverbal Communication OR Communication Barriers) AND (Nurs* OR Nurse - Patient Relations OR Professional - Patient Relations) AND (Critical Care OR Intensive Care Units)
-----	--	--	--	---

Fonte: Autoria Própria (2023)

2.4 EXTRAÇÃO DE DADOS

Inicialmente o processo de extração de dados seguiu-se pela eliminação dos artigos duplicados e pela seleção dos artigos de acordo com a questão de investigação e com os critérios de inclusão e exclusão. A análise dos artigos compreende inicialmente a leitura dos títulos e resumos que cumprem os critérios de inclusão e exclusão obtendo-se o número total de artigos para análise de texto integral. Este processo é apresentado sob a forma de diagrama The Prisma 2020 (PAGE *et al.*, 2021). A extração dos resultados dos artigos respeitou a avaliação da qualidade metodológica de acordo com os instrumentos de apreciação crítica propostos pela Joanna Briggs Institute (JBI) para cada tipo de estudo.

Figura 1 – Diagrama PRISMA 2020



Fonte: HADDAWAY, *et al.* (2022).

3 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados da análise dos nove artigos selecionados para a elaboração da revisão integrativa da literatura. Estes encontram-se organizados sob a forma de tabela (tabela 3), segundo o modelo PICO, de forma a sintetizar as principais conclusões dos artigos, dentro das quais serão incluídos aspetos como o código de identificação do artigo; o título e o ano; o desenho do estudo; o objetivo do estudo; a experiência de doentes internados, caso seja referido; as intervenções e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e a qualidade metodológica apresentada em cada um dos artigos.

A maioria dos estudos foram concretizados no continente europeu (n = 5) e africano (n = 2), os restantes estudos são provenientes do continente americano (n = 1) e oceânico (n = 1). Quanto à natureza do estudo, a maior parte dos estudos são de natureza qualitativa (n = 4), os

restantes estudos são de natureza quantitativa ($n = 2$) e revisões *Umbrella* ($n = 2$). Considerando o período temporal em que os estudos foram realizados, a maioria dos estudos realizaram-se no ano de 2013 ($n = 3$), no ano de 2019 ($n = 1$) e no ano de 2011 ($n = 1$), sendo que existem 3 estudos que não referem que período temporal foi realizado.

Tabela 3 – Síntese dos artigos científicos selecionados

CÓDIGO DO ARTIGO	AUTORES E ANO	DESENHO DO ESTUDO	OBJETIVO DO ARTIGO	EXPERIÊNCIA DE DOENTES INTERNADOS	INTERVENÇÕES / ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM	QUALIDADE METODOLÓGICA (JBI, 2021)
A1	<u>AUTORES:</u> Sônia Sias, Ana Silva, João Rosado, Cristina Baixinho. <u>ANO:</u> 2022.	Revisão <i>Umbrella</i> .	Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da comunicação com a pessoa com ventilação mecânica invasiva.	- A maioria das pessoas ventiladas mecanicamente reportam mais dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde do que com a sua família.	- Estratégias de comunicação alternativa: dispositivos geradores de fala, VOCAs, software específico, tablets, válvulas fonatórias, electrolaringe; - Estratégias de comunicação aumentativa: gestos e expressões faciais, linguagem corporal, movimentos de cabeça, apertar as mãos, o tato, lápis e papel, letras do alfabeto, imagens, tabelas de comunicação, - Recomendada uma combinação de várias estratégias.	Nível III
A2	<u>AUTORES:</u> K. S. Dithole, Gloria Thupayagale-Tshweneagae, Oluwaseyi A. Akpor, Mary M. Moleki. <u>ANO:</u> 2017.	Estudo qualitativo com três fases	Descrever a experiência das enfermeiras no treino de aptidões de intervenções de comunicação.	- Desenvolvimento de conhecimentos sobre estratégias disponíveis para comunicar de forma eficaz com pessoas sob ventilação mecânica, através das oficinas; - Suporte de enfermeiros gestores: garantir que os materiais estejam disponíveis e que permaneçam na UCI; - Mudança de atitudes dos enfermeiros em relação à comunicação;	- Utilizar dispositivos de CAA: alfabetos, álbuns de fotos e placas de comunicação.	Nível IV
A3	<u>AUTORES:</u> K. S. Dithole, S. Sibanda, M. M. Moleki e G. Thupayagale-Tshweneagae. <u>ANO:</u> 2016.	Projeto de pesquisa retrospectiva descritiva e exploratória com abordagem quantitativa.	Determinar o conhecimento e as aptidões existentes dos enfermeiros de cuidados intensivos que trabalham com pessoas com ventilação mecânica em Botswana.	- Os enfermeiros preferem comunicar e interagir com doentes mais acordados do que com os sedados.	- Utilizar cartas / quadros com imagens, palavras e frases comuns, acenos de cabeça, perguntas de Sim ou Não, gestos e leitura labial. - Avaliação da capacidade de comunicação dos doentes pelos enfermeiros.	Nível IV
A4	<u>AUTORES:</u> Anna Holm e Pia Dreyer <u>ANO:</u> 2018.	Estudo do tipo qualitativo com uma abordagem fenomenológica	Modificar, testar e avaliar ferramentas de comunicação para o doente consciente e ventilado mecanicamente na UCI;	- Desafios físicos e cognitivos relacionados com o doente; - Profissionais de saúde presos a velhos hábitos.	- Aplicativo baseado em tablet; - Dispositivo de rastreamento ocular; - É importante um bom programa de educação para se ensinar os profissionais de saúde a comunicar com doentes sob ventilação.	Nível IV

		co hermenêutica.	adaptar o software de comunicação existente para acomodar as necessidades dos doentes da UCI e testar como se a ferramenta CAA escolhida suportava a comunicação enfermeiro-doente na UCI.			
A5	<u>AUTORES:</u> Anna Holm e Pia Dreyer <u>ANO:</u> 2015.	Estudo fenomenológico hermenêutica (entrevistas semiestruturadas).	Explorar a experiência de doentes adultos conscientes em unidade de cuidados intensivos durante a intubação endotraqueal e ventilação mecânica.	- Ter um objeto estranho na garganta e na boca (Tubo endotraqueal); - Estar consciente, mas sentindo-se sedado: doentes relataram episódios durante a ventilação mecânica que não se lembravam; - O tempo passa sem se aperceberem.	- Mostrar visualmente ao doente um tubo endotraqueal ou fornecer ao doente um espelho (diminui a ansiedade e proporciona aceitação) e estabilizar suficientemente o tubo pode diminuir o desconforto físico; - Estratégias de comunicação: escrever num bloco, gesticular, usar expressões faciais, acenar com a cabeça, apertar as mãos, leitura labial e pranchas de comunicação.	Nível IV
A6	<u>AUTORES:</u> Anna Holm, Anette Viftrup, Veronika Karlsson, Lone Nikolajsen e Pia Dreyer <u>ANO:</u> 2020.	Revisão <i>Umbrella</i> .	Resumir as evidências sobre a comunicação com doentes sob ventilação mecânica na UCI.	- Sentimentos exprimidos pelos doentes enquanto ventilados mecanicamente: dependência, frustração, vulnerabilidade, isolamento, desamparo, incerteza, angústia, perda de personalidade, de identidade, de controlo e de liberdade; - Sentimentos exprimidos pelos enfermeiros de UCI: frustração, complexidade e exigência.	- Avaliação e documentação da capacidade de comunicação dos doentes; - Treino de enfermeiros em comunicação; - CAA de baixa tecnologia: meios de comunicação ilustrados, quadros de alfabeto e escrita, prancha com uma ilustração do corpo humano e uma escala de dor, frases e pictogramas com as necessidades dos doentes, perguntas sim ou não, gestos, apontar, expressões faciais, acenos de cabeça; - CAA de alta tecnologia: eletrolaringe (auxiliares de saída de voz), diferentes computadores e tablets com vários programas de software e funções de controlo (rastreamento ocular, teclado inteligente, botões de toque e telas sensíveis ao toque).	Nível III
A7	<u>AUTORES:</u> Jill L. Guttormson, Karin Lindstrom Bremer, Rachel M. Jones	Estudo descritivo e correlacional.	Descrever as experiências dos doentes sobre os desafios de comunicação durante a ventilação mecânica e a associação entre o relato de comunicação dos doentes durante a ventilação	- Consideram que não poder falar era o pior da experiência em UCI; - Falhas na comunicação afetaram o bem-estar, a segurança e o conforto dos doentes; - Falta de resposta, de informações e má interpretação da equipa de enfermagem; - Doentes referem dificuldade em escrever de forma legível.	- Quadros com alfabeto e com figuras, escrita, gestos, apontar, sinais com as mãos e auxílio de familiares; - Dispositivos de tela sensível ao toque; - Colaboração de fonoaudiólogos;	Nível III

	<u>ANO</u> : 2015.		mecânica com suas respostas emocionais na UCI.			
A8	<u>AUTORES</u> : Agness C. Tembo, Isabel Higgins, Vicki Parker <u>ANO</u> : 2015.	Estudo qualitativo.	Descrever a experiência vivida de pessoas que vivenciaram a doença crítica na UCI.	- Doentes ventilados mecanicamente mencionam sentimentos de isolamento do seu ambiente familiar, frustração por incapacidade de comunicarem; - Doentes referem que com a perda da sua voz também perderam a sua identidade.	- As intervenções atuais para ajudar os doentes a comunicar, durante o período de doença crítica, são insuficientes.	Nível IV
A9	<u>AUTORES</u> : Mette Baumgarten e Ingrid Poulsen <u>ANO</u> : 2014.	Estudo metassíntese qualitativa.	Reunir e sintetizar o conhecimento interpretado de estudos qualitativos sobre as experiências dos doentes sob ventilação mecânica em uma UCI.	- Experiência de não poder comunicar: raiva, frustração e a sensação de não ser visto como ser humano; - Experiência da equipa estar presente: sensação de segurança e de ser visto como ser humano. - Experiência de funções corporais alteradas: sentimentos de vulnerabilidade e ansiedade; - Experiência da UCI: assustador e falta de privacidade; - Experiência do tempo: passava devagar, difícil distinguir entre dia e noite; - Experiência da informação: falta de informação sobre a sua situação, gerava insegurança; - Experiência de não conseguir respirar: Estar conectado à ventilação mecânica foi uma experiência assustadora; - Experiência da aspiração: procedimento muito desagradável; - Importância dos familiares: apoio e conforto para os doentes.	- Fazer mímica e escrever mensagens, apontar utilizando uma placa; - Utilizar a sonda de saturação em seu dedo para bater na lateral da cama.	Nível IV

Fonte: Autoria Própria (2023)

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Parte integrante da intervenção em enfermagem passa por conhecer e validar a evidência científica que fundamenta a prática clínica. Neste sentido, com o fim de se obter estratégias benéficas para a comunicação eficaz na pessoa sob ventilação invasiva, torna-se necessário alertar os profissionais de saúde para as causas das dificuldades da comunicação e intervenções que podem minimizar as perturbações da relação destes doentes com os profissionais de saúde.

Da análise dos nove estudos selecionados ressaltam dois grandes temas relacionados com a promoção da comunicação eficaz na pessoa sob ventilação invasiva, em cuidados intensivos: a experiência de doentes internados e as intervenções / estratégias de enfermagem.

À semelhança do que nos indica os estudos analisados, a qualidade da comunicação com pessoas sob ventilação mecânica invasiva em unidade de cuidados intensivos foi descrita como ineficaz e caracterizada por muitos doentes como uma experiência negativa.

Em relação à satisfação, segundo MOMENNASAB, *et al.* (2019), 20% dos enfermeiros ficaram “nada satisfeitos” e 80% dos enfermeiros relataram satisfação parcial a muito baixa satisfação com a comunicação com a pessoa sob ventilação invasiva.

Segundo o estudo A5 e A8, cujos resultados incidiram sobre a percepção dos doentes, foi caracterizada pelas pessoas ventiladas mecanicamente continuarem a ter dificuldades de comunicação, sendo o impacto devastador para as mesmas. No mesmo estudo, os doentes identificam a voz como a sua identidade e não, apenas como um meio de comunicação, por este motivo os sentimentos associados ao facto de ser incapaz de falar é o medo. Da mesma forma, o estudo A1, reporta que a maioria dos doentes sob ventilação invasiva referem mais dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde do que com a sua família.

Tal como comprova FINK, *et al.* (2015), os doentes sob ventilação invasiva reconheceram que a incapacidade de se comunicarem com os profissionais de saúde contribuiu para uma sensação de angústia durante a experiência de internamento.

Desta forma, tal como sugere o estudo A6, as dificuldades de comunicação são classificadas pelos doentes como mais incómodas que outros sintomas típicos em unidade de cuidados intensivos como a dor, dispneia ou sede. O estudo A9 denota também que, o facto de os doentes estarem dependentes dos profissionais de saúde, sem conseguirem comunicar, causa sentimentos de ansiedade, medo e solidão, sendo que a intensidade destes dependem da capacidade dos enfermeiros estarem presentes com os doentes. Desta forma, estes dados revelam-se demonstrativos de que o ambiente nas UCI pode ser prejudicial ao doente e à sua recuperação.

No que respeita aos resultados do estudo A7, os participantes descreveram dificuldades em comunicar as necessidades dos mesmos e falta de informações recebidas sobre a sua situação clínica, o que contribuiu para emoções negativas durante a sua permanência na unidade e afetou a satisfação do doente com o atendimento dos enfermeiros. O mesmo estudo revela que trinta por cento dos participantes lembram-se que as pessoas não sabiam o que os mesmos queriam dizer, o que foi associado a sentimento de impotência e com impacto negativo na satisfação do doente. A dificuldade de comunicação foi descrita pelos participantes como horrível, assustadora e provocadora de ansiedade. Os participantes muitas vezes sentiram-se desconsiderados, mal interpretados ou perceberam uma falta de resposta às suas necessidades.

Face à comunicação ineficaz com doentes sob ventilação invasiva, torna-se fundamental analisar as causas das respetivas perturbações. Segundo o estudo A5 e A8, o tubo endotraqueal é considerado um objeto estranho que causa desconforto. No entanto, este estudo indica que pode diminuir a ansiedade, proporcionar conforto e aceitação por parte dos doentes, se desmistificarem a ideia do que está colocado na boca, através do fornecimento de um espelho ao doente para este se poder ver ou exibir visualmente ao doente um tubo endotraqueal enquanto se fornece informações sobre o mesmo. Por outro lado, se estabilizarmos suficientemente o tubo pode diminuir o desconforto físico.

À semelhança do que se encontra mencionado na literatura disponível, o estudo A9 salienta que os doentes referem várias experiências como obstáculos para a comunicação em cuidados intensivos: a experiência de não poder comunicar, gerou raiva, frustração e a sensação de não ser visto como ser humano; a experiência de funções corporais alteradas, significa que os doentes não sentiam que tinham qualquer controlo sobre a situação, o que gerou sentimentos de vulnerabilidade e ansiedade; a experiência da falta de informação sobre a sua situação, gerava insegurança e impotência; a experiência de medo e solidão, visto que os doentes referiam que tinham medo que os equipamentos parassem de funcionar; a experiência de ser totalmente dependente de outras pessoas; a experiência de não conseguir respirar, o facto de estarem conectados a uma máquina de ventilação mecânica foi uma experiência assustadora; a experiência de aspiração, era um procedimento muito desagradável; a experiência do sono, tinham muitos problemas para dormir, o que levou à exaustão; a experiência da unidade de cuidados intensivos, por ser um ambiente estranho e assustador com falta de privacidade; a experiência do tempo, este passava tão devagar e era difícil de distinguir entre o dia e a noite e a experiência da realidade, que parecia difusa, gerava sentimentos de paranoia ou sensação de estar preso.

Relativamente ao estudo A7, os enfermeiros identificaram barreiras para a comunicação efetiva com doentes sob ventilação invasiva, devido à falta de tempo, à dificuldade de leitura labial, o que causou frustração aos profissionais de saúde. Para isto, poderá ser vantajosa uma abordagem mais criteriosa na monitorização destes fatores pela equipa de enfermagem, face aos níveis de ansiedade que os doentes apresentam.

Nesta linha de pensamento, tendo por referência as principais causas perturbadoras de comunicação eficaz previamente expostas, surge a necessidade de difundir um conjunto de estratégias que incidam sobre a minimização das barreiras impeditivas da comunicação.

Desta forma, com base nos estudos analisados, as ações e estratégias de enfermagem para a eficiência da comunicação foram divididas em duas grandes categorias: comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia.

No que diz respeito à categoria da comunicação aumentativa e alternativa (CAA), segundo o estudo A1, esta refere-se a todas as formas de comunicação que não envolvem falar e é indicada em pessoas com compromisso do discurso ou linguagem. É dividida em dois tipos, a CAA de baixa tecnologia e CAA de alta tecnologia.

Como refere PINA, *et al.* (2020), através da CAA, é possível que o doente expresse as suas necessidades, opiniões, medos e inquietações, diminuindo assim os níveis de stress e ansiedade.

Relativamente à comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia, sete dos estudos (A1, A2, A3, A4, A6, A7 e A9) referem que inclui a utilização de gestos, expressão facial, linguagem corporal, movimentos de cabeça, aperto das mãos, toque, utilização de materiais como o lápis e o papel, as letras do alfabeto, tabelas com palavras, utilização de imagens, questões de sim ou não, fazer mímica e utilizar a sonda de saturação do dedo para bater na grade da cama.

Em contrapartida, a comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia, de acordo com os estudos A1 e A4 é um método de aplicação da tecnologia nos contextos de saúde, tais como as válvulas fonatórias, eletrolaringe, método VOCA (comunicação usando síntese de voz), teclados virtuais, a utilização do rato do computador com os olhos (*eye tracking*) ou dispositivos de tela sensível ao toque.

Segundo os dados evidenciados nos estudos A1 e A4, a combinação de diferentes estratégias e ferramentas de CAA, aumenta a eficácia das intervenções e tornam a interação enfermeiro - doente uma comunicação bem-sucedida.

FINK, *et al.* (2015) sublinha a importância no uso de ferramentas de comunicação com doentes mecanicamente ventilados para mitigar a insatisfação do doente devido à sua incapacidade de comunicação, como o estabelecimento de um plano de comunicação, a utilização de placas de comunicação e escalas não verbais objetivas para avaliar o conforto do doente.

Tal como comprova PINA, *et al.* (2020), a implementação da CAA é benéfica para os contextos de cuidados de saúde, dado os seus benefícios para os diversos beneficiários, como doentes, familiares, enfermeiros e outros elementos da equipa multidisciplinar.

No estudo A6, foram destacados quatro elementos-chave que devem ser considerados na implementação de estratégias de comunicação, em primeiro lugar a avaliação e documentação da seleção da ferramenta a utilizar e o método adequado de abordagem do doente; em segundo lugar, os métodos de comunicação utilizados pelos enfermeiros para interagir e medidas na comunicação com os doentes são de grande importância, onde existe uma “comunicação de cuidado”, em que o doente é visto como ser humano e não apenas como doente, o que se consegue através da inclusão, conexão e promovendo uma sensação de segurança e tranquilidade; em terceiro, o treino da comunicação na equipa de enfermagem e por último, colocar em prática a ferramenta escolhida para a abordagem.

FINK, *et al.* (2015) refere que à medida que as barreiras de comunicação aumentam, a angústia do doente é diretamente proporcional, pelo facto de não compreender o que está a acontecer e não ser capaz de expressar as suas necessidades.

Face a esta perspetiva, o estudo A3, defende que é importante realizar avaliações de acompanhamento dos doentes, o que resulta em comunicação eficaz com os doentes sob ventilação invasiva. O mesmo estudo constatou que existe avaliação e documentação da capacidade de comunicação dos doentes e do tipo de ferramentas utilizadas, no entanto não existe acompanhamento da utilização de estratégias ou de dispositivos de comunicação alternativa e aumentativa. Assim, o registo preciso dos procedimentos realizados nos doentes é considerado importante e essencial para a continuidade dos cuidados.

Como referido pelo estudo A4, 53,9% dos doentes em ventilação mecânica atendem a critérios de comunicação, visto que estão acordados, em alerta e responsivos à comunicação verbal. Contudo, o mesmo estudo, refere que estes não são os únicos critérios relevantes para o doente deter capacidade de comunicação, sendo que os aspetos psicológicos e cognitivos devem ser considerados.

No que se refere às barreiras das estratégias comunicacionais, foi relatado pelos estudos A1, A4, A6 e A7, a falta de familiarização com o equipamento, a falta de formação e de

habilidade da equipa de enfermagem e as restrições de tempo, evidência científica sobre estas estratégias é ainda inconsistente, falta de treino da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, a capacidade motora dos membros superiores (dificuldades em escrever e em articular movimentos), o estado cognitivo (flutuações ou deterioração decorrentes do processo patológico), alterações sensoriais (diminuição da acuidade auditiva e visual), problemas com equipamentos e materiais de escrita, má interpretação por parte da equipa ou da família, processo de comunicação desigual (o enfermeiro controla conteúdo e duração da comunicação) e a experiência conjunta de frustração de enfermeiro e doente.

Tal como comprova BAYOG, *et al.* (2019) defende que as barreiras da utilização de CAA relacionadas com a enfermagem passam pela falta de formação no uso de equipamentos. Desta forma, o mesmo autor menciona o desenvolvimento de cursos e workshops de treino apropriados com o objetivo de aprimorar a comunicação enfermeiro-doente sob ventilação mecânica invasiva.

No que diz respeito às barreiras na comunicação relacionadas com o doente, BAYOG, *et al.* (2019) menciona a fadiga, diminuição da força muscular, descoordenação motora e atenção reduzida ou níveis elevados de sedação.

No que diz respeito à perceção dos profissionais de enfermagem, de acordo com o estudo A2, a maioria dos participantes expressou o positivismo nas oficinas realizadas, uma vez que se sentiram capacitados para ajudar os doentes a reduzir a ansiedade e o stress através de uma melhor comunicação. Para a comunicação com o doente sob ventilação invasiva, segundo o mesmo estudo, a formação contínua de todos os enfermeiros deve ser regular e obrigatória em unidades de cuidados intensivos. Como sugere o estudo A7, a colaboração de fonoaudiólogos, seria benéfica na medida em que seria um recurso incalculável para apoiar a comunicação dos doentes sob ventilação mecânica.

O estudo A9 menciona a importância da família no apoio e conforto para os doentes ao longo do internamento, a relevância do envolvimento do próprio no cuidado e da pertinência da equipa em estar mais presente, o que gerou uma sensação de segurança ao doente. Assim, de acordo com BAYOG, *et al.* (2019), em que os enfermeiros preferem que membros da família participem no processo de comunicação e de tomada de decisão. O mesmo autor defende que o envolvimento da família nos cuidados é um componente integral do cuidado centrado no doente.

Como proposta de pesquisa futura sugere-se a elaboração de algoritmos de comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa sob ventilação mecânica invasiva que permitem a padronização das intervenções de enfermagem e auxiliam na tomada de decisão relativamente

às mesmas, nunca esquecendo a necessidade de individualização destas e tendo em conta as especificidades do doente e o seu estado de saúde.

Em suma, importa realçar que a variabilidade dos dados encontrados nos estudos apresentados atende à natureza multifatorial das perturbações da comunicação eficaz na pessoa sob ventilação invasiva, bem como, dos diferentes contextos culturais onde os diferentes estudos foram realizados. Nesta perspetiva, mantém-se a necessidade de aumentar o número de investigações nesta área, a fim de que possam ser retiradas conclusões com maior exatidão, sobre estratégias promotoras da comunicação eficaz na pessoa sob ventilação invasiva a serem implementadas pelos profissionais de saúde.

5 CONCLUSÃO

Os enfermeiros são os principais parceiros de comunicação dos doentes e desempenham um papel fundamental para facilitar a comunicação eficaz durante a experiência de ventilação mecânica invasiva. Assim, os enfermeiros necessitam de ter conhecimento e habilidade sobre a utilização de estratégias comunicacionais, levando a uma diminuição da ansiedade dos doentes e aumento da confiança destes nos enfermeiros.

Existem diversas intervenções e estratégias que promovem a relação de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa sob ventilação invasiva, como a comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia, sendo que emerge a CAA de alta tecnologia para o desenvolvimento futuro nesta área. Importa, ainda considerar a perspetiva da pessoa sob ventilação invasiva, e da sua família, na implementação destas medidas.

As estratégias de enfermagem para a promoção de uma comunicação eficaz com a pessoa sob ventilação invasiva é uma temática muitas vezes desvalorizada em contexto da prática clínica face à complexidade dos cuidados exigidos, pelo que se destaca a importância da pesquisa acerca da evidência atual sobre o tema. Ainda assim, tendo como base a literatura consultada, podemos concluir que alguma falta de formação e sensibilização dos profissionais de saúde são um obstáculo à implementação de algumas dessas técnicas de promoção da comunicação eficaz.

6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Necessidade de integrar estratégias de comunicação úteis nos programas de educação de enfermagem e nas unidades de cuidados intensivos; Treino e prática de comunicação por parte dos profissionais de saúde, existência de oficinas práticas sobre comunicação aumentativa e alternativa; Desenvolvimento e implementação de uma ferramenta / algoritmo de

comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva; Desenvolvimento de um método ou abordagem de comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

REFERÊNCIAS

- BAUMGARTEN, Mette. & POULSEN, Ingrid. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. **Scand J Caring Sci**, v. 29, p. 205 – 214, 2014. Disponível em: [doi: 10.1111/scs.12177](https://doi.org/10.1111/scs.12177).
- BAYOG, Kriessa, *et al.* A conjoint analysis of the communication preferences of registered nurses towards mechanically ventilated patients. **Int J Nurs Pract**, p. 1 – 12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12809>.
- CASTRO, Cidália., VILELAS, José. & BOTELHO, Maria. A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Num UCI: «uma Revisão Sistemática da Literatura». **Pensar Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 41 – 59, 2011. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23939/1/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf.
- DITHOLE, K. S., *et al.* Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. **BMC Nursing**, p. 1 – 6, 2017. Disponível em: [10.1186/s12912-017-0268-5](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5).
- DITHOLE, K., *et al.* Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. **International Nursing Review**, p. 1 – 7, 2016. Disponível em: [10.1111/inr.12262](https://doi.org/10.1111/inr.12262).
- DORNELLES, Cristian., *et al.* Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. **Esc Anna Nery (Impr)**, v. 16, n. 4, p. 796 – 780, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/p4LpDQ3M3qgy8jWNkYqXQGr/?format=pdf&lang=pt>.
- FINK, Regina., *et al.* The Ventilated Patient's Experience. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 34, n. 5, p. 301 – 308, 2015. Disponível em: [10.1097/DCC.0000000000000128](https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000128)
- GALINHA DE SÁ, Florinda., BOTELHO, Maria. & HENRIQUES, Adriana. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. **Pensar Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 31 – 46, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/302914687>.
- GUTTORMSON, Jill., BREMER, Karin. L. & JONES, Rachel. “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 31, p. 179—186, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>.
- HADDAWAY, N. R., PAGE, M. J., PRITCHARD, C. C., & MCGUINNESS, L. A. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. **Campbell Systematic Reviews**, v. 18, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>.
- HOLM, Anna., & DREYER, Pia. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. **British Association of Critical Care Nurses**, p. 1 – 8, 2015. Disponível em: [10.1111/nicc.12200](https://doi.org/10.1111/nicc.12200).

HOLM, Anna., & DREYER, Pia. Use of Communication Tools for Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. **CIN: Computers, Informatics, Nursing**, v. 36, n.8, p. 398 – 405, 2018. Disponível em: [10.1097/CIN.0000000000000449](https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000449).

HOLM, Anna., *et al.* Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. **J Adv Nurs**, p. 1–12, 2020. Disponível em: [10.1111/jan.14524](https://doi.org/10.1111/jan.14524).

MATA, Celeste., *et al.* Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 7 – 17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>.

MOMENNASAB, Marzieh, *et al.* Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. **Invest. Educ. Enferm.** 2019; v. 37, n. 2, p. 1 – 13, 2019. Disponível em: [10.17533/udea.iee.v37n2e02](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02).

PAGE, M. J., *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ** 2021. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PINA, Sara, *et al.* Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: *Scoping Review*. **Rev Bras Enferm.** v. 73, n. 5, p. 1 – 6. 2020. doi: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>.

PONTES, Alexandra., LEITÃO, Ilse. & RAMOS, Islane. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 61, n. 3, p. 312 – 318, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>.

SIAS, Sônia., *et al.* Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). **Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios**, v. 13, p. 1 – 9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>.

TEMBO, Agness., HIGGINS, Isabel. & PARKER, Vicki. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 31, p. 171–178, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBIM Manual for Evidence Synthesis** (E. Aromataris & Z. Munn (eds.); Issue April). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>.

WHITTEMORE, Robin. & KNAFL, Kathleen. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

APÊNDICE III – Objetivos para o Estágio em Serviço de Urgência

OBJETIVOS GERAIS:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência;
- Desenvolver competências em enfermagem especializadas na gestão da comunicação terapêutica com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER
Aprofundar conhecimentos sobre intervenções especializadas de enfermagem utilizadas para colmatar as dificuldades de comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva e sobre os instrumentos utilizados	• Realizar uma revisão integrativa da literatura.
Identificar as intervenções especializadas de enfermagem utilizadas no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; o Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica	• Melhorar as competências comunicacionais com a pessoa em situação crítica e a sua família; • Demonstrar conhecimento de estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; • Gerir uma relação terapêutica perante a pessoa e família em situação crítica em contexto de serviço de urgência.

Prestar cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica	• Conhecer a estrutura orgânica e funcional do serviço de urgência; • Obter conhecimentos sobre a administração de protocolos complexos; • Aprimorar as competências sobre a prevenção de infeção nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica; • Adquirir conhecimento relativo ao transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica; • Adquirir competências nos cuidados ao doente crítico na sala de emergência; • Obter competências sobre gestão de equipa e de serviço; • Compreender a resposta em situações de catástrofe; • Adquirir competências na abordagem e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto extra-hospitalar.
Refletir criticamente sobre a utilização de instrumentos de gestão da comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva	• Elaborar trabalhos académicos de análise e reflexão de avaliação.
Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito gestão da comunicação e da utilização de instrumentos a serem aplicados na pessoa sob ventilação mecânica invasiva	• Participar na formação da equipa de enfermagem através da realização de um artigo para jornal do serviço de urgência.

APÊNDICE IV – Póster para o Jornal do Serviço de Urgência

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO?

SABIAS QUE ...

A comunicação é uma ferramenta principal do cuidado em enfermagem, um elemento-chave na interação enfermeiro-doente (Mata *et al.*, 2021) e deve ser delineada e individualizada. Ao enfermeiro compete captar as informações que a pessoa transmite para o desenvolvimento de uma interação terapêutica (Pontes, *et al.*, 2007).

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO

Perspetiva dos doentes:

- **Tubo endotraqueal** (objeto estranho que causa desconforto);
- **Funções corporais alteradas** (os doentes sentiam que não tinham qualquer controlo sobre a situação, o que gerou vulnerabilidade e ansiedade);
- **Falta de informação sobre a sua situação** (sentimentos de insegurança e impotência);
- **Não conseguir respirar** (conectados a uma máquina de ventilação mecânica);
- **Solidão e medo** (que equipamentos parassem de funcionar);
- **Aspiração de secreções** (procedimento muito desagradável);
- **Ser totalmente dependente** de outras pessoas.

Perspetiva dos Enfermeiros:

- **Dificuldade na gestão do tempo;**
- **Dificuldade de leitura labial.**

REFERÊNCIAS:

BAUMGARTEN, Mette. & POULSEN, Ingrid. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci.* v. 29, p. 205 – 214, 2014. Disponível em: [doi:10.1111/scs.12177](https://doi.org/10.1111/scs.12177) ; DITHOLE, K. S., *et al.* Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing.* p. 1 – 6, 2017. Disponível em: [10.1186/s12912-017-0268-5](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5) ; DITHOLE, K., *et al.* Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. *International Nursing Review.* p. 1 – 7, 2016. Disponível em: [10.1111/inr.12262](https://doi.org/10.1111/inr.12262) ; GUTTORMSON, Jill, BREMER, Karin. L. & JONES, Rachel. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing.* v. 31, p. 179 – 186, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007> ; HOLM, Anna., & DREYER, Pia. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses.* p. 1 – 8, 2015. Disponível em: [10.1111/nicc.12200](https://doi.org/10.1111/nicc.12200) ; HOLM, Anna., & DREYER, Pia. Use of Communication Tools for Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *CIN: Computers, Informatics, Nursing.* v. 36, n.8, p. 398 – 405, 2018. Disponível em: [10.1097/CIN.0000000000000449](https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000449) ; HOLM, Anna., *et al.* Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *J Adv Nurs.* p. 1–12, 2020. Disponível em: [10.1111/jan.14524](https://doi.org/10.1111/jan.14524) ; MATA, Celeste., *et al.* Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde.* v. 4, n. 1, p. 7 – 17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118> ; PONTES, Alexandra., LEITÃO, Ilse. & RAMOS, Islane. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm, Brasília.* v. 61, n. 3, p. 312 – 318, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/rben/a/pf1gcD8hM7CNH6XLtjMk8Yh?format=pdf&lang=pt> ; SIAS, Sônia., *et al.* Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios.* v. 13, p. 1 – 9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721> ; TEMBO, Agness., HIGGINS, Isabel. & PARKER, Vicki. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing.* v. 31, p. 171 – 178, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>.

BARREIRAS DAS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS

- **Falta de familiarização** com os equipamentos/recursos;
- **Falta de formação** da equipa de enfermagem;
- **Falta de treino** da pessoa sob ventilação mecânica invasiva;
- **Capacidade motora** dos membros superiores (dificuldades em escrever e em articular movimentos);
- **Estado cognitivo** (flutuações ou deterioração decorrentes do processo patológico);
- **Alterações sensoriais** (diminuição da acuidade auditiva e visual);
- **Má interpretação** por parte da equipa ou da família;
- **Processo de comunicação desigual** (o enfermeiro controla conteúdo e duração da comunicação).

ELEMENTOS-CHAVE NA IMPLEMENTAÇÃO

1. Avaliação e documentação da ferramenta a utilizar e o método adequado de abordagem;
2. Métodos de comunicação utilizados pelos enfermeiros para interagir com os doentes;
3. Treino da comunicação na equipa de enfermagem;
4. Colocar em prática a ferramenta escolhida para a abordagem.

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM

- **Comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia:** expressão facial, linguagem corporal, movimentos de cabeça, aperto das mãos, utilização de materiais como o lápis e o papel, as letras do alfabeto, tabelas com palavras, utilização de imagens, questões de sim ou não e fazer mímica.
- **Comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia:** válvulas fonatórias, eletrolaringe, método VOCA (comunicação usando síntese de voz), teclados virtuais, utilização do rato do computador com os olhos (*eye tracking*) ou dispositivos de tela sensível ao toque.

Elaborado por: Ana Rita Nascimento, Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

APÊNDICE V – Objetivos para o Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

OBJETIVOS GERAIS:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos;
- Desenvolver competências em enfermagem especializadas na gestão da comunicação terapêutica com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER
Aprofundar conhecimentos sobre intervenções especializadas de enfermagem utilizadas para colmatar as dificuldades de comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva e sobre os instrumentos utilizados	• Produção e revisão de procedimento de trabalho, inserido no contexto clínico, sobre a gestão da comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva.
Identificar as intervenções especializadas de enfermagem utilizadas no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; o Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica	• Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica; • Desenvolver competências no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; • Melhorar as competências comunicacionais com a pessoa em situação crítica e a sua família;

	• Demonstrar conhecimento de estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; • Gerir uma relação terapêutica perante a pessoa e família em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos.
Prestar cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica	• Conhecer a estrutura orgânica e funcional da unidade de cuidados intensivos; • Realizar a admissão, acolhimento e realização de avaliação de enfermagem da pessoa em situação crítica; • Identificar e responder prontamente focos de instabilidade; • Obter conhecimentos sobre a administração de protocolos complexos; • Adquirir conhecimento relativo ao transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica; • Aprimorar as competências sobre a prevenção de infeção nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica; • Obter competências sobre gestão de equipa e de serviço.
Refletir criticamente sobre a utilização de instrumentos de gestão da comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva	• Reconhecer os instrumentos de gestão da comunicação utilizados pelos enfermeiros; • Elaborar trabalhos académicos de análise e reflexão de avaliação.

Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito gestão da comunicação e da utilização de instrumentos a serem aplicados na pessoa sob ventilação mecânica invasiva

- Participar na formação da equipa de enfermagem através da realização de sessão de formação online e aplicação de um questionário.

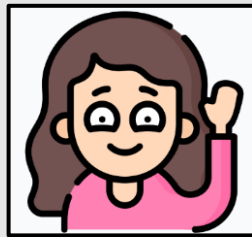
Apêndice VI - Placas de Imagens

EXPRESSÕES

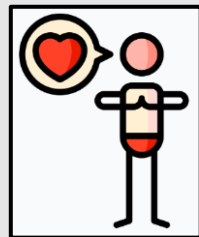
ALTURA DO DIA



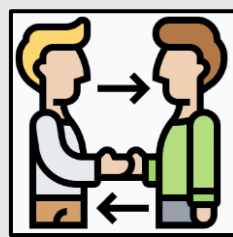
OLÁ



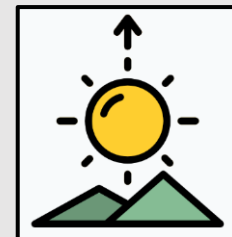
ADEUS



OBRIGADA



COMO TE CHAMAS?



MANHÃ

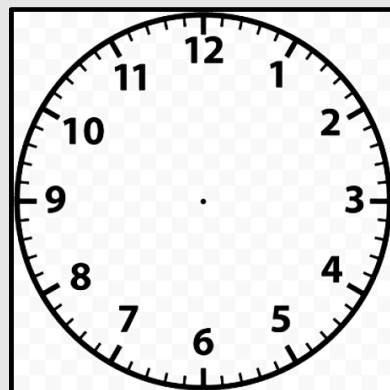


TARDE



NOITE

DIAS DA SEMANA



HORAS



2ª FEIRA



3ª FEIRA



4ª FEIRA



5ª FEIRA



6ª FEIRA



SÁBADO



DOMINGO



SIM



NÃO

TEMPERATURA

EMOÇÕES



QUENTE



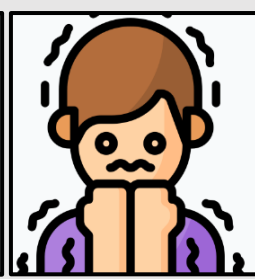
FRIO



ALEGRIA



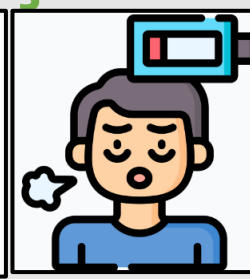
CONFUSÃO



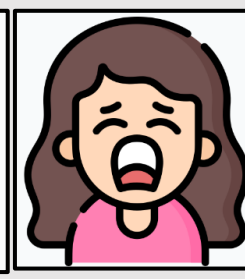
MEDO



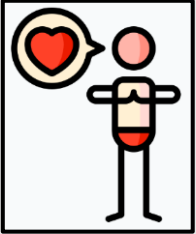
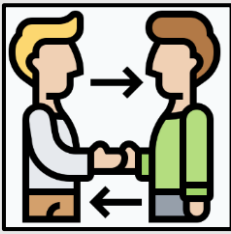
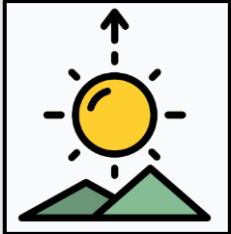
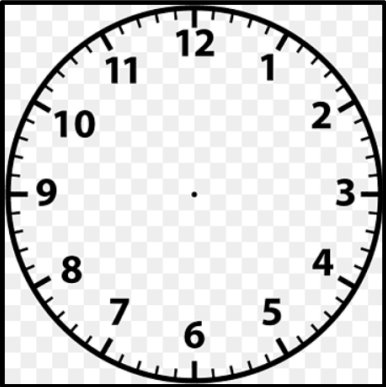
TRISTEZA



CANSAÇO



FURIOSO

A	EXPRESSIONS				TIME OF DAY			0
B								1
C	HELLO	GOODBYE	THANK YOU	WHAT IS YOUR NAME?	MORNING	AFTERNOON	NIGHT	2
D					DAYS OF THE WEEK			3
E								4
F	HOURS	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	5
G								6
H								7
I								8
J								9
K								10
L								
M								
N								
O								
P								
Q								
R								
S								
T								
U								
V								
W								
X								
Y								
Z								
Realizado por: Ana Rita Nascimento, Estudante MEMCPSC, ESEL 2023								

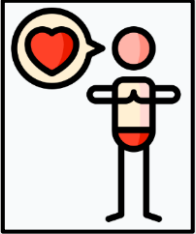
EXPRESSIONS



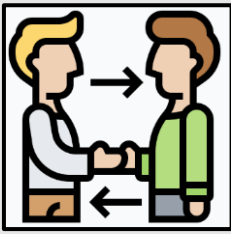
HELLO



GOODBYE

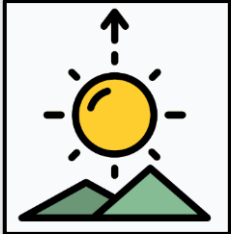


THANK YOU



WHAT IS YOUR NAME?

TIME OF DAY



MORNING

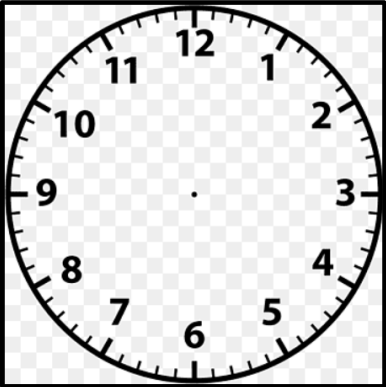


AFTERNOON



NIGHT

DAYS OF THE WEEK



HOURS



MONDAY



TUESDAY



WEDNESDAY



THURSDAY



FRIDAY



SATURDAY



SUNDAY



YES



NO

TEMPERATURE



WARM



COLD

EMOTIONS



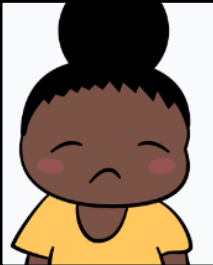
HAPPINESS



CONFUSION



FEAR



SADNESS



TIREDDNESS



FURIOUS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

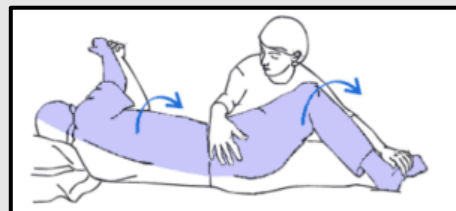
M



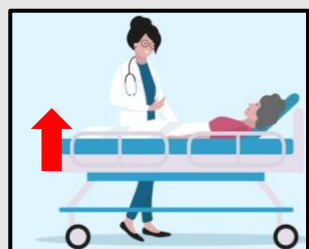
SUBIR
CABECEIRA



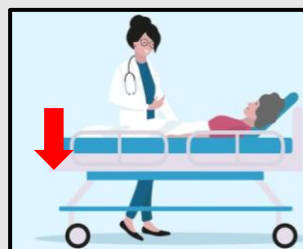
DESCER
CABECEIRA



MUDAR DE POSIÇÃO



SUBIR PÉS



DESCER PÉS



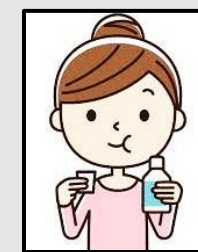
TAPAR



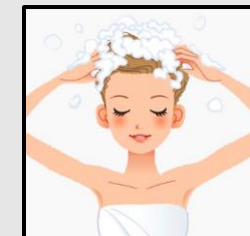
DESTAPAR



TOMAR
BANHO



LAVAR A
BOCA



LAVAR O
CABELO



LAVAR OS
DENTES



PENTEAR



LAVAR A CARA

ATIVIDADES



COMER



BEBER



TELEFONAR



DORMIR



SILÊNCIO



VER
TELEVISÃO



MUDAR
DE CANAL



RECEBER
VISITAS



SIM



NÃO

HIGIENE

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

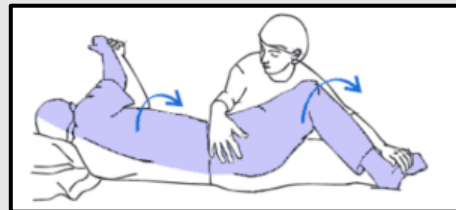
M



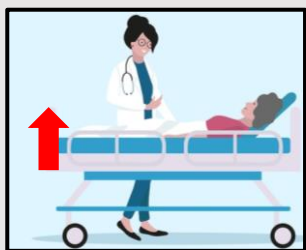
RAISE THE
HEADBOAR



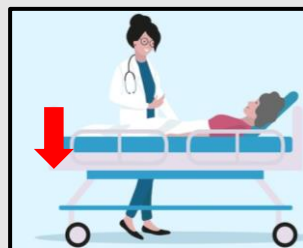
GO DOWN
HEADQUAR



CHANGE POSITION



RAISE FEET



FEET DOWN



CLOSE



DISCOVER

POSITION

HYGIENE



TO HAVE A
BATH



WASH YOUR
MOUTH



WASH THE
HAIR



BRUSHING
TEETH



TO COMB



WASH THE
FACE

ACTIVITIES



EAT



TO DRINK



TO PHONE



TO SLEEP



SILENCE



WATCH TV



CHANGE
THE
CHANNEL



RECEIVE
VISITS



YES



NO

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

LOCAL DE DOR

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

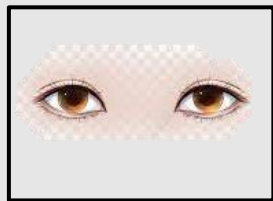
K

L

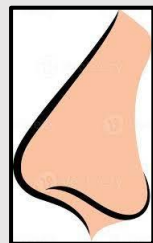
M



CABEÇA



OLHOS



NARIZ



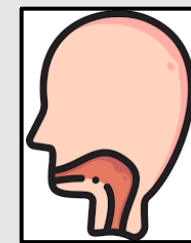
ORELHA



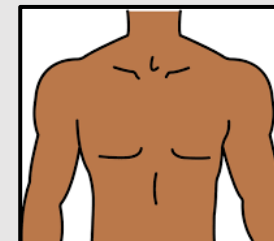
BOCA



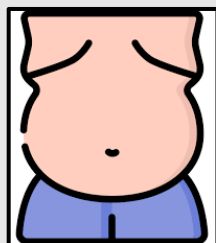
DENTES



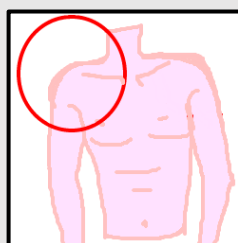
GARGANTA



PEITO



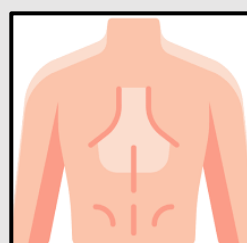
BARRIGA



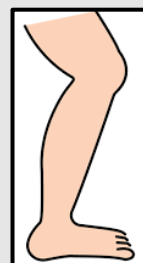
OMBRO



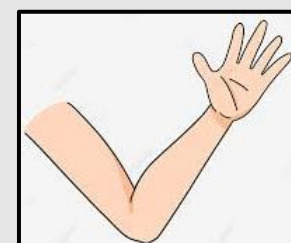
JOELHO



COSTAS



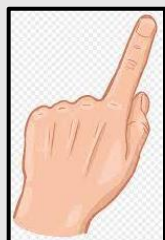
PERNA



BRAÇO



CALCANHAR



DEDO



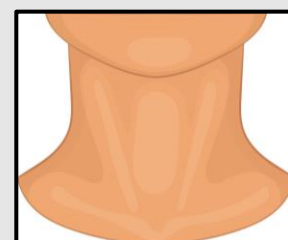
PÉ



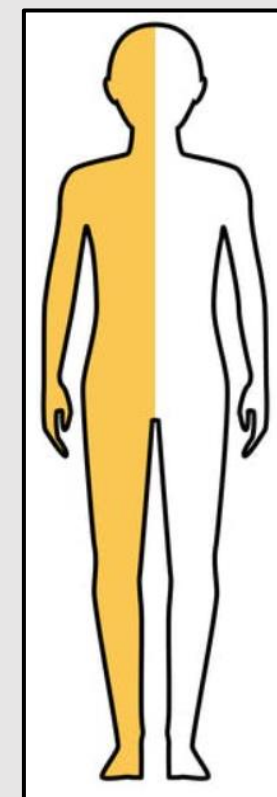
DEDOS DO PÉ



MÃO



PESCOÇO



LADO DIREITO

LADO ESQUERDO



SIM



NÃO

0

1

2

3

4

5

6

7

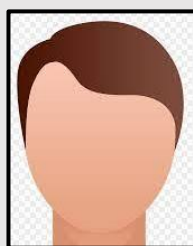
8

9

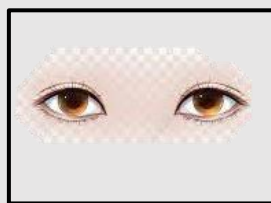
10

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L

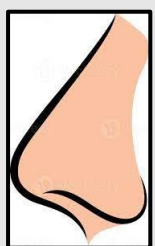
PLACE OF PAIN



HEAD



EYES



NOSE



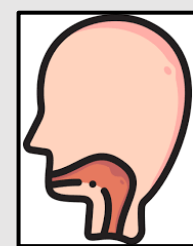
EAR



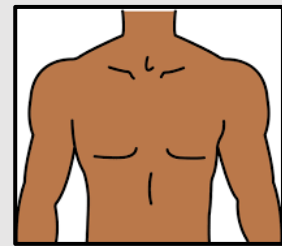
MOUTH



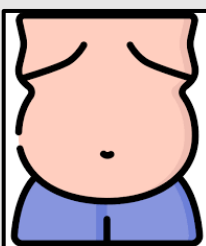
TEETH



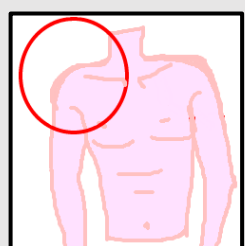
THROAT



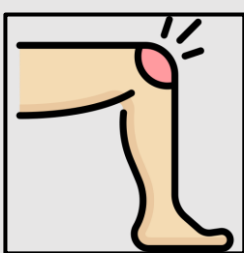
CHEST



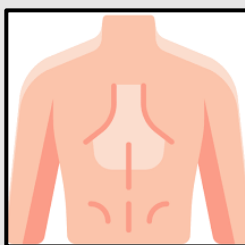
BELLY



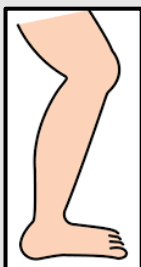
SHOULDER



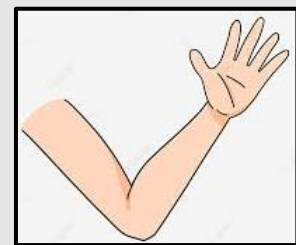
KNEE



BACK



LEG



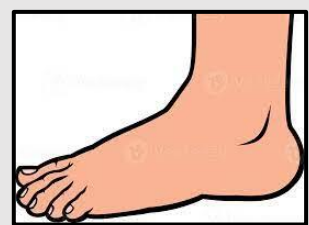
ARM



HEEL



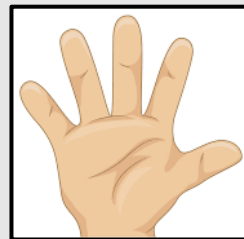
FINGER



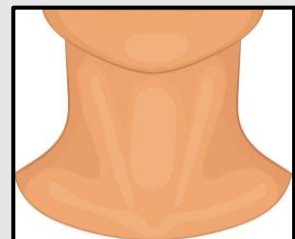
FOOT



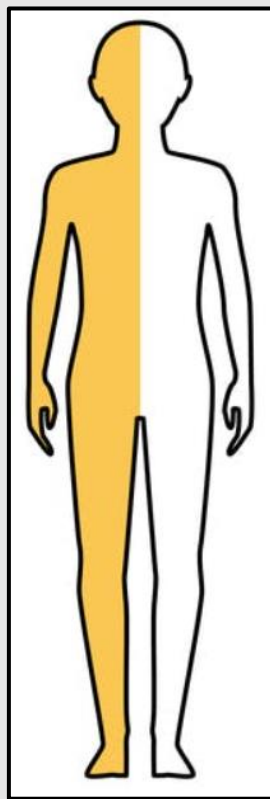
TOES



HAND



NECK



RIGHT SIDE

LEFT SIDE



M N O P Q R S T U V W X Y Z

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

APÊNDICE VII – Apresentação Online para a Unidade de Cuidados Intensivos



COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO?

Unidade de Cuidados Intensivos

Ana Rita Nascimento, estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, ESEL

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

- A comunicação é uma ferramenta principal do cuidado em enfermagem, um **elemento-chave na interação enfermeiro-doente** (Mata *et al.*, 2021) e deve ser delineada e individualizada.
- Ao enfermeiro compete captar as informações que a pessoa transmite para o desenvolvimento de uma interação terapêutica (Pontes, *et al.*, 2007).



COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA



- Foram criados **protocolos de sedação ligeira**, possibilitando que as pessoas sob ventilação invasiva estejam conscientes, sempre que a sua condição o permita (Mata *et al.*, 2021).
- O ambiente da unidade de cuidados intensivos torna-se hostil para os doentes que estão vulneráveis e dependentes de pessoas que não conhecem, sendo que contribui para o **aumento da ansiedade em relação ao seu estado clínico** (Castro *et al.*, 2011).

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 3

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO



- **Tubo endotraqueal** (objeto estranho)



- **Funções corporais alteradas** (doentes sem controlo sobre a situação)



- **Falta de informação sobre a sua situação**



- **Não conseguir respirar** (conectados a uma máquina de ventilação mecânica)



- **Solidão e medo** (que equipamentos parassem de funcionar)



- **Aspiração de secreções** (procedimento muito desagradável)

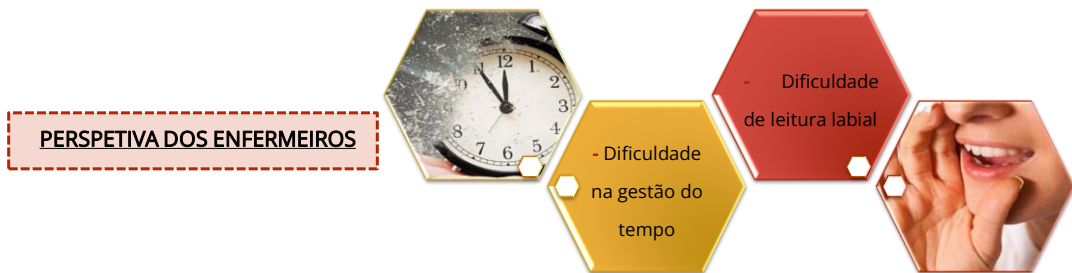


- **Totalmente dependente** de outras pessoas

PERSPETIVA DOS DOENTES

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 4

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO



ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM



Comunicação
Aumentativa e
Alternativa de Alta
Tecnologia

Comunicação
Aumentativa e
Alternativa de Baixa
Tecnologia

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM

COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA DE BAIXA TECNOLOGIA

☐

- ☐ Expressão facial e linguagem corporal;
- ☐ Aperto das mãos;
- ☐ Lápis e o papel;
- ☐ Letras do alfabeto;
- ☐ Tabelas com palavras e imagens;
- ☐ Questões de sim ou não;
- ☐ Fazer mímica.

COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA DE ALTA TECNOLOGIA

☐

- ☐ Válvulas fonatórias;
- ☐ Eletrolaringe;
- ☐ Método VOCA (comunicação usando síntese de voz);
- ☐ Teclados virtuais;
- ☐ Utilização do rato do computador com os olhos (*eye tracking*);
- ☐ Dispositivos de tela sensível ao toque.



ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM

	NORMA DE PROCEDIMENTO	
	COMUNICAÇÃO EFICAZ COM O DOENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO INVASIVA	

1. Objetivo

Estabelecer uma comunicação eficaz com o doente submetido a ventilação invasiva através de gestos, ações corporais e por palavras faladas ou escritas através de instrumentos de comunicação.

2. Âmbito

Aplica-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM

- Escrita através de papel e lápis;
- Cadernos e Placas com imagens representativas.
- Dossier com figuras (diagnósticos de enfermagem);
- Quadro de velcro com letras;
- Quadro de íman com números, letras e símbolos;
- Tablet;
- Quadro mágico;



COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 9

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM



COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 10

BARREIRAS DAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

-  - **Falta de familiarização** com os equipamentos
-  - **Falta de formação** da equipa de enfermagem
-  - **Falta de treino** da pessoa sob ventilação mecânica invasiva
-  - **Capacidade motora** dos membros superiores (dificuldades em escrever e em articular movimentos)
-  - **Estado cognitivo** (flutuações ou deterioração decorrentes do processo patológico)
-  - **Alterações sensoriais** (diminuição da acuidade auditiva e visual)
-  - **Má interpretação** por parte da equipa ou da família
-  - **Comunicação desigual** (o enfermeiro controla conteúdo e duração da comunicação)

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 11

ELEMENTOS-CHAVE NA IMPLEMENTAÇÃO



1. Avaliação e documentação da ferramenta a utilizar de acordo com a evidência;



2. Adequação do método de comunicação utilizado pelos enfermeiros para interagir com os doentes;



3. Treino da comunicação na equipa de enfermagem;



4. Colocar em prática a ferramenta escolhida para a abordagem.



➤ O registo preciso dos procedimentos realizados nos doentes é considerado **essencial para a continuidade dos cuidados**.

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2014). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci*, 29, 205 – 214. DOI: [10.1111/scs.12177](https://doi.org/10.1111/scs.12177).
- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: «Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15 (2), 41 – 59. https://comum.rcaap.pt/bi-tstream/10400.26/23939/1/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A. & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 1 – 6. DOI: [10.1186/s12912-017-0268-5](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5).
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. *International Nursing Review*, 1 – 7. DOI: [10.1111/inr.12262](https://doi.org/10.1111/inr.12262).
- Dornelles, C., Oliveira, G. B., Schwonke, C. R. G. B. & Silva, J. R. S. (2012). Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Esc Anna Nery (Impr)*, 16 (4), 796 – 780. <https://www.scielo.br/j/ean/a/p4LpDQ3M3qgy8jWNkYqXQGr/?format=pdf&lang=pt>.
- Galinha de Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), 31 – 46. <https://www.researchgate.net/publication/302914687>.
- Guttormson, J., Bremer, K. L. & Jones, R. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 179—186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>.

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 13

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Holm, A., & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses*, 1 – 8. DOI: [10.1111/nicc.12200](https://doi.org/10.1111/nicc.12200).
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Use of Communication Tools for Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36 (8), 398 – 405. DOI: [10.1097/CIN.0000000000000449](https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000449).
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L. & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *J Adv Nurs*, 1–12. DOI: [10.1111/jan.14524](https://doi.org/10.1111/jan.14524).
- Mata, C., Fernandes, M. F., Monteiro, M. F., Moraes, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4 (1), 7 - 17. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>.
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*, 61 (3), 312 – 318. <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfjgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>.
- Sias, S., Rosado, J. & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 13, 1 – 9. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>.
- Tembo, A., Higgins, I. & Parker, V. (2014). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 171—178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>.

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO? - ANA RITA NASCIMENTO 14



COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO?

Unidade de Cuidados Intensivos

Ana Rita Nascimento, estudante de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa
em Situação Crítica, ESEL

APÊNDICE VIII – Questionário da Formação Online para a Unidade de Cuidados Intensivos

Formulário da Apresentação: “Comunicação com a Pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva: E Se Fosse Comigo?”

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação no formulário após a apresentação “Comunicação com a Pessoa Sob Ventilação Mecânica Invasiva: E Se Fosse Comigo?” (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Car@s Senhor@s Enfermeir@s,

Eu, Ana Rita Nascimento, venho pedir a sua colaboração na unidade curricular Estágio com Relatório, com a finalidade de elaborar o relatório de estágio sobre a “A Comunicação Terapêutica com a Pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva: Intervenção Especializada em Enfermagem”. De forma a concretizar o projeto em causa, solicito a sua participação no preenchimento do formulário associado à formação divulgada “Comunicação com a Pessoa Sob Ventilação Mecânica Invasiva: E Se Fosse Comigo?”. O objetivo deste estudo será conhecer as barreiras da comunicação com a pessoa sob ventilação invasiva numa unidade de cuidados intensivos e identificar as estratégias do enfermeiro na gestão da comunicação com o doente crítico ventilado. A sua opinião é fundamental para a melhoria da qualidade da formação contínua em enfermagem. As suas respostas e identidade serão confidenciais e anónimas.

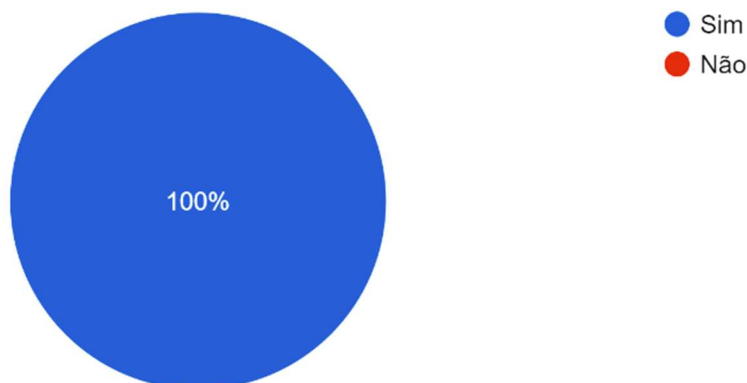
Muito obrigada!

Ana Rita Nascimento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

1 - Sim ____ Não ____

RESPOSTAS:



1. Identifica duas estratégias de comunicação referidas durante a apresentação.

1 - _____

2 - _____

RESPOSTAS:

Comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia

tablet e quadro de letras

Questões simples ou escolher símbolos e imagens

Quadro com letras e escrita com papel e lápis

Método VOCA e as tabelas com palavras e imagens

Linguagem gestual e recurso à escrita

Através de métodos convencionais e através de alta tecnologia

Questões sim ou não, aperto de mãos

Expressão fácil e linguagem corporal, mimica e aperto de mão.

Gestão de tempo e dificuldade de leitura labial

2. De acordo com a informação apresentada, qual é o método de implementação de comunicação mais eficaz com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva?

(ORDENAR AS RESPOSTAS)

1 - Avaliação e documentação da ferramenta a utilizar de acordo com a evidência;

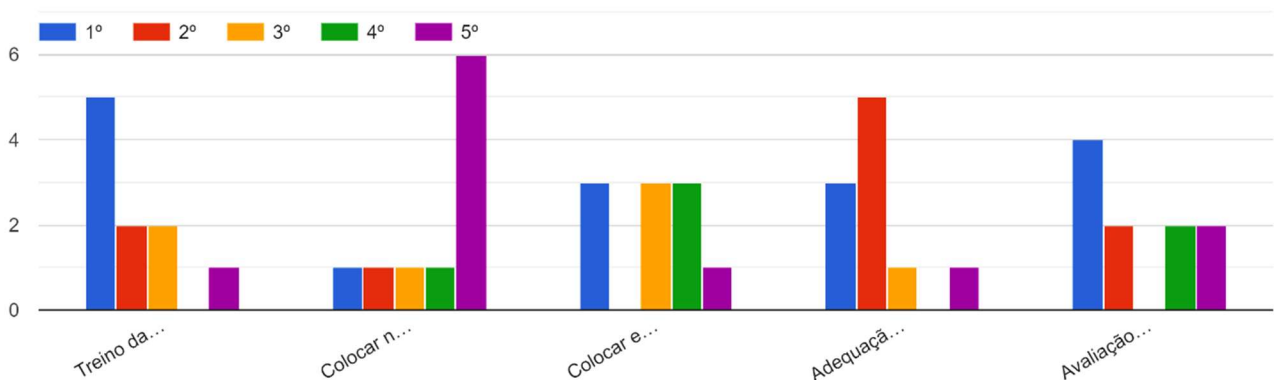
2 - Adequação do método de comunicação utilizado pelos enfermeiros para interagir com os doentes;

3 - Treino da comunicação na equipa de enfermagem;

4 - Colocar em prática a ferramenta escolhida para a abordagem;

5 - Colocar no registo de enfermagem que ferramenta se utiliza com o doente.

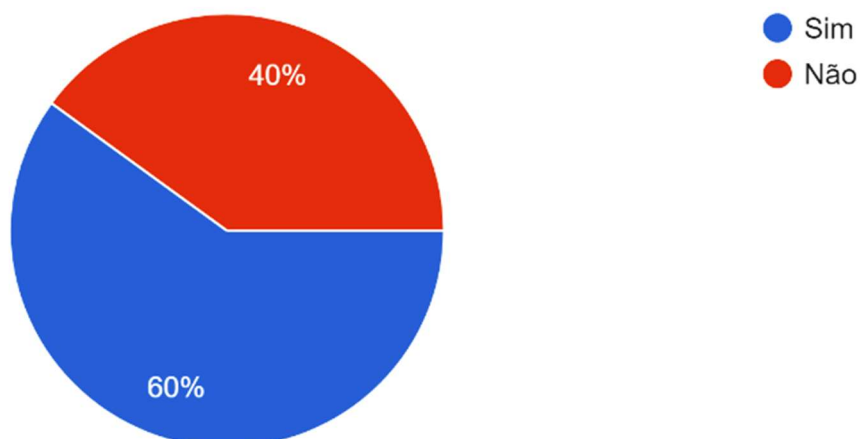
RESPOSTAS:



3. De acordo com a vossa experiência profissional, já tiveram oportunidade de questionar um doente após extubação sobre a sua experiência de comunicação enquanto doente sob ventilação mecânica invasiva?

1 - Sim ____ Não ____

RESPOSTAS:



2 – Se sim, qual foi a experiência e dificuldades que vos foram transmitidas?

RESPOSTAS:

Estarem conscientes (acordados) sem sedação mas mantendo o eot e falarem e nao ouvirem a sua voz.

Quererem fazer perguntas e nao saberem como o fazer , ou nao lhe darem a resposta as suas duvidas criando ansiedade.

Não serem entendidos pelos profissionais de saúde

Dificuldade na compreensão. Dificuldade em expressar ideias e organizar o pensamento. Queixas em relação ao ruído externo a comunicação. Pouco tempo do enfermeiro para escutar o doente.

Sensação de frustração e ansiedade por tentar comunicar e não ser compreendido

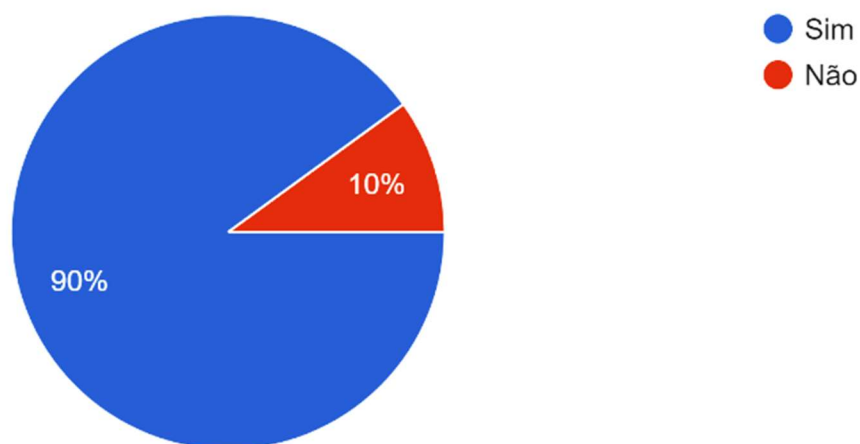
Não terem noção da viabilidade da sua orientação (pessoa, tempo e espaço), dificuldade em terem perceção do que dizíamos e como poderiam responder principalmente com EOT.

A dificuldade de compreensão

4. Na vossa unidade de cuidados intensivos, já utilizaram alguma estratégia/ ferramenta apresentada para a comunicação com o doente sob ventilação mecânica invasiva?

1 - Sim ____ Não ____

RESPOSTAS:



2 - Se sim, Qual? _____

RESPOSTAS:

Todos os disponíveis no serviço.

E também a comunicação não verbal, interpretando a mímica labial do doente.

quadro de escrita

Quadro

folhas com partes do corpo

Quadro Magnético e tablet

Quadro mágico. livro de imagens. Papel e caneta. Comunicação através de gestos ou toques. Tablet.

Sim, todas as de alternativa de baixa tecnologia.

Apertar a mão, lápis e papel, tablet

5. Na vossa opinião, quanto avaliam a apresentação facultada?

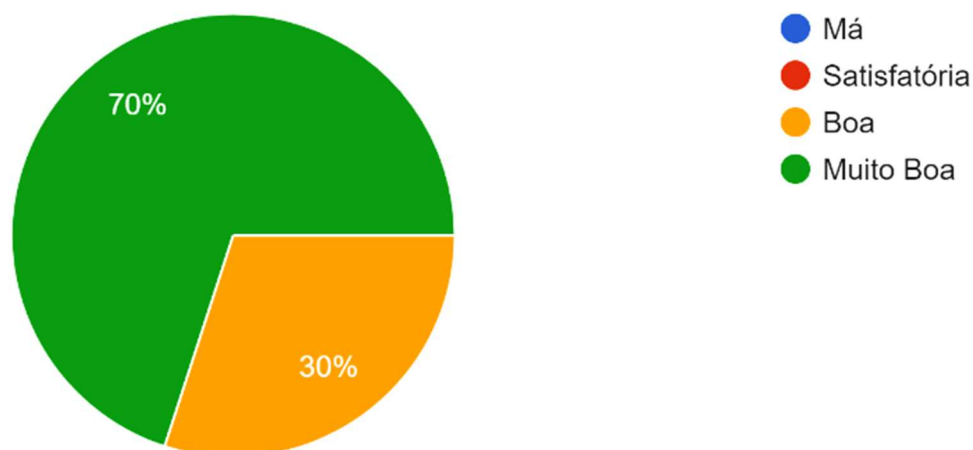
1 - Má ____

3 - Boa ____

2 - Satisfatória ____

4 - Muito Boa ____

RESPOSTAS:



**APÊNDICE IX – Póster: Webinar Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica / Adulto e Idoso: “Inovação em Enfermagem: Produção do
Conhecimento e Exercício Clínico”**

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: E SE FOSSE COMIGO?

Ana Rita Loureiro Nascimento¹, Raquel Neto Cordeiro², Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha-de-Sá³

¹ Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (nascimento@campus.esel.pt)

² Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (raquelnnetocordeiro@campus.esel.pt)

³ Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Doutora em Enfermagem; Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de especialização na Pessoa em situação Crítica; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR) (fgalinha@esel.pt)

Departamento de Enfermagem Médico-
-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL:
Inovação em Enfermagem: Produção do
Conhecimento e Exercício Clínico

WEBINAR

07 de Fevereiro de 2024
15h - 20h30
(GMT; Hora de Lisboa)



1

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma ferramenta principal do cuidado em enfermagem, um elemento-chave na interação enfermeiro-doente (MATA *et al.*, 2021). Ao enfermeiro compete captar as informações que a pessoa transmite para o desenvolvimento de uma interação terapêutica, através da identificação e atendimento das necessidades de saúde do doente, identificação de sinais, sintomas, contribuindo para melhorar a prática de enfermagem (PONTES, *et al.*, 2007). A comunicação entre enfermeiro-doente trata-se de uma tarefa que deve ser delineada e individualizada.

Face ao exposto, a exploração deste tema resulta da necessidade de conhecer os obstáculos da comunicação com a pessoa sob ventilação invasiva numa unidade de cuidados intensivos e assim, identificar as estratégias do enfermeiro na gestão da comunicação com o doente crítico ventilado mecanicamente.

Palavras-Chave: Mechanical Ventilators; Health Communication; Communication Barriers; Nurse – Patient Relations; Critical Care.

2

METODOLOGIA

Revisão Integrativa da
Literatura (RIL)

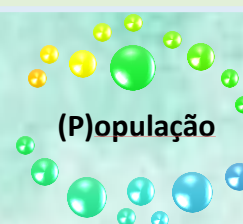


Motores de Busca: MEDLINE +
CINAHL + Literatura Cinzenta



Amostra Final:
09 artigos

A questão de investigação, definida como ponto de partida das pesquisas efetuadas, foi: “*Quais as intervenções de enfermagem na gestão da comunicação na pessoa sob ventilação mecânica invasiva na unidade de cuidados intensivos?*”.



(P)opulação

Pessoa sob
Ventilação
Mecânica
Invasiva

(I)ntervenção

Intervenções de
Enfermagem na
Gestão da
Comunicação

(Co)ntexto

Unidade de
Cuidados
Intensivos

3

RESULTADOS / DISCUSSÃO

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO

Perspetiva dos doentes:

- Tubo endotraqueal;
- Funções corporais alteradas;
- Falta de informação sobre a sua situação;
- Solidão e medo.

Perspetiva dos Enfermeiros:

- Dificuldade na gestão do tempo;
- Dificuldade de leitura labial.

BARREIRAS DAS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS

- Falta de familiarização com os equipamentos/recursos;
- Capacidade motora;
- Estado cognitivo;
- Alterações sensoriais;
- Processo de comunicação desigual.

4

CONCLUSÃO

Os enfermeiros são os principais parceiros de comunicação dos doentes e desempenham um papel fundamental para facilitar a comunicação eficaz durante a experiência de ventilação mecânica invasiva. Assim, os enfermeiros necessitam de ter conhecimento e habilidade sobre a utilização de estratégias comunicacionais, levando a uma diminuição da ansiedade dos doentes e aumento da confiança destes nos enfermeiros.

Existem diversas intervenções e estratégias que promovem a relação de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa sob ventilação invasiva, como a comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia, sendo que emerge a CAA de alta tecnologia para o desenvolvimento futuro nesta área.

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM

- **Comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia:** expressão facial, linguagem corporal, movimentos da cabeça, aperto das mãos, utilização de lápis e papel, letras do alfabeto, tabelas com palavras e imagens, questões de sim ou não e fazer mímica.
- **Comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia:** válvulas fonatórias, eletrolaringe, método VOCA (comunicação usando síntese de voz), teclados virtuais, utilização do rato do computador com os olhos (eye tracking) ou dispositivos de tela sensível ao toque.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2014). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci*, 29, p. 205 – 214. DOI: 10.1111/scs.12177. Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. & Moleki, M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, p. 1 – 6. DOI:10.1186/s12912-017-0268-5. Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. *International Nursing Review*, p. 1 – 7. DOI: 10.1111/inr.12262. Guttormson, J., Bremer, K. L. & Jones, R. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, p. 179 – 186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>. Holm, A. & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses*, p. 1 – 8. DOI: 10.1111/nicc.12200. Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Use of Communication Tools for Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(8), p. 398 – 405. 10.1097/CIN.0000000000000449. Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L. & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *J Adv Nurs*, p. 1–12. DOI: 10.1111/jan.14524. Mata, C., Fernandes, M. F., Monteiro, M. F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 4 (1), 7 - 17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>. Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 61 (3), 312 - 318. <https://www.scielo.br/rln/a/pf/qgD8hM7CNH6XltIMk8yh/?format=pdf&lang=pt>. Sias, S., Silva, A., Rosado, J. & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*. 13, 1 - 9. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>. Tembo, A., Higgins, I. & Parker, V. (2014). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, p. 171 – 178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>.

ANEXOS

ANEXO I – *National Institutes of Health Stroke Scale*

NIH STROKE SCALE

Identificação do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Exame inicial: Data ____/____/____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Score	Hora
3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	 	
4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	 	
5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	 	
	5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito		
6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	 	
	6a. Perna esquerda 6b. Perna direita		

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	 	
8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente uma perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.	0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	 	
9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.	 	

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique _____	 	
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	 	

TABELA DE EVOLUÇÃO

DATA	HORA	ESCORE	EXAMINADOR

Você sabe como fazer.

De volta pra casa.

Eu cheguei em casa do trabalho.

Próximo da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram o Pelé falar no rádio.

Mamãe

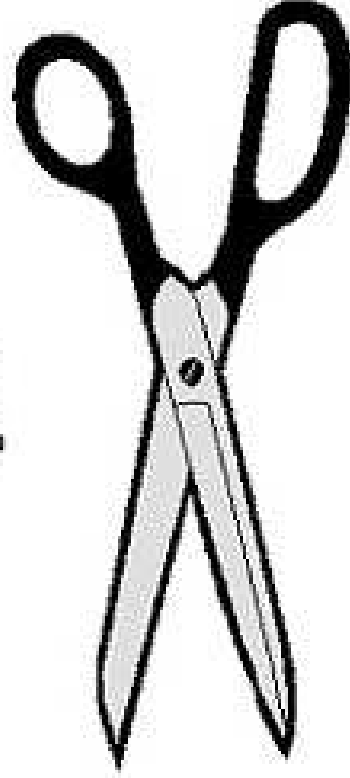
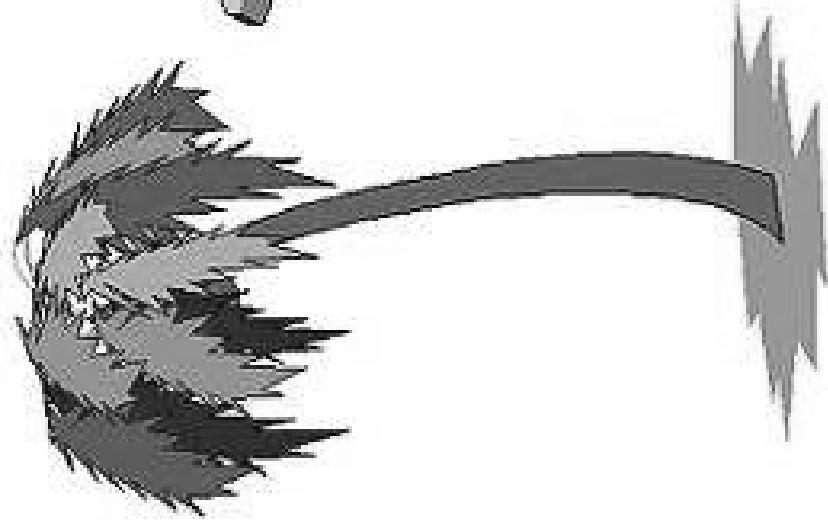
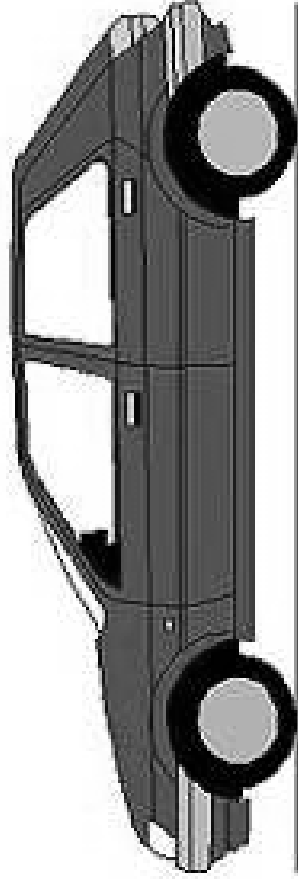
Tic-Tac

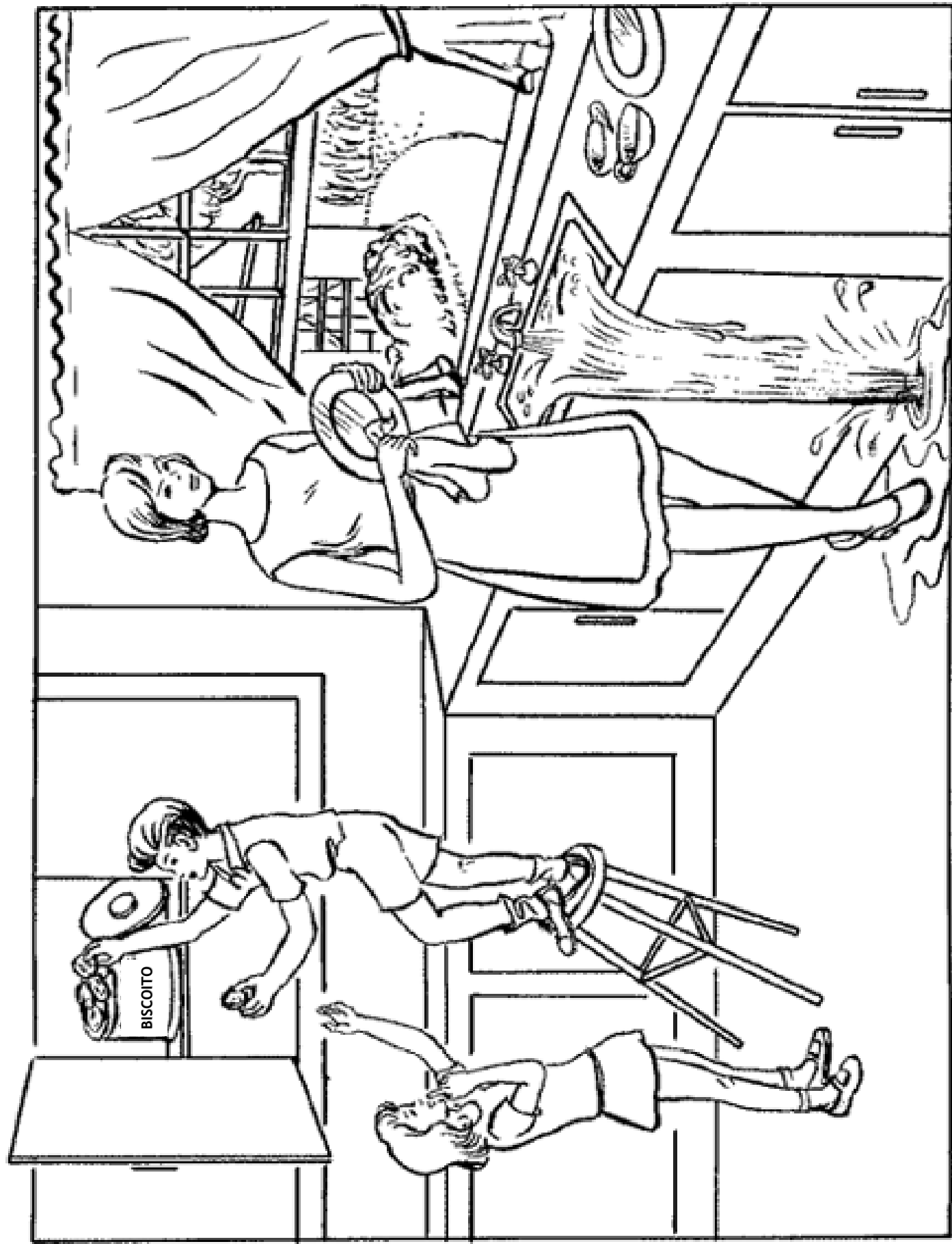
Paralelo

Obrigado

Estrada de ferro

Jogador de futebol





**ANEXO II – Norma de Boa Prática: Comunicação Eficaz com o Doente
Submetido a Ventilação Mecânica Invasiva**

NORMA DE BOA PRÁTICA

Código:
Revisão n.º:
Data:

NORMA	COMUNICAÇÃO EFICAZ COM O DOENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA
ELABORADA POR	Estudante MEMCPSC Ana Rita Nascimento
DATA DE ELABORAÇÃO	04/12/2023
OBJETIVO	Estabelecer uma comunicação eficaz com o doente submetido a ventilação invasiva através de gestos, ações corporais e por palavras faladas ou escrita
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros da Medicina Intensiva do Hospital
RESPONSÁVEIS	

APROVAÇÃO CA	ACEITE POR:					

SUMÁRIO	NOTAS EXPLICATIVAS
INTRODUÇÃO	Numa unidade de cuidados intensivos a comunicação é uma das atividades de vida mais afetadas nos doentes internados. É crucial que o Enfermeiro estabeleça uma comunicação eficaz com o doente, pois só assim poderá compreender as suas necessidades. Este deve ter em conta, que uma grande parte da comunicação é feita sem palavras e que são estas “mensagens ocultas” que revelam as verdadeiras necessidades do doente. O doente submetido a ventilação mecânica invasiva está impossibilitado de comunicar verbalmente, implicando uma avaliação do estado de consciência e da capacidade do doente para utilizar os vários instrumentos disponíveis para uma comunicação não-verbal. A qualidade da comunicação com pessoas sob ventilação mecânica invasiva em unidade de cuidados intensivos foi descrita, na literatura, como ineficaz e caracterizada por muitos doentes como uma experiência negativa. Assim, torna-se fundamental analisar as causas das respetivas perturbações. O tubo endotraqueal é considerado um objeto estranho que causa desconforto (Holm & Dreyer, 2015; Tembo <i>et al.</i>, 2014). No entanto, pode diminuir a ansiedade e proporcionar aceitação por

	parte dos doentes, se desmistificarem a ideia do que está colocado na boca, através do fornecimento de um espelho ao doente para este se poder ver. À semelhança do que se encontra na literatura disponível, os doentes referem várias experiências como obstáculos para a comunicação em unidade de cuidados intensivos como a experiência de funções corporais alteradas, significa que os doentes não sentiam que tinham qualquer controlo sobre a situação; a experiência da falta de informação sobre a sua situação, que gerava insegurança; a experiência de medo, visto que os doentes referiam que tinham medo que os equipamentos parassem de funcionar; a experiência de aspiração, um procedimento muito desagradável; entre outras (Baumgarten & Poulsen, 2014). Relativamente aos enfermeiros, estes identificaram barreiras na comunicação com doentes sob ventilação mecânica invasiva, devido à falta de gestão de tempo e à dificuldade de leitura labial (Guttormson <i>et al.</i>, 2015).
FUNDAMENTAÇÃO	As ações e estratégias de enfermagem para a eficiência da comunicação foram divididas em duas grandes categorias: comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia. Relativamente à comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia, inclui a utilização de gestos, expressão facial, movimentos de cabeça, aperto das mãos, toque, utilização de materiais como o lápis e o papel, as letras do alfabeto, tabelas com palavras, utilização de imagens, questões de sim ou não, fazer mímica (Sias <i>et al.</i>, 2022; Dithole <i>et al.</i>, 2017; Dithole <i>et al.</i>, 2016; Holm & Dreyer, 2018; Holm <i>et al.</i>, 2020, Guttormson <i>et al.</i>, 2015 e Baumgarten & Poulsen, 2014). Em contrapartida, a comunicação aumentativa e alternativa de alta tecnologia, é um método de aplicação da tecnologia nos contextos de saúde, tais como as válvulas fonatórias, eletrolaringe, método VOCA (comunicação usando síntese de voz), teclados virtuais, a utilização do rato do computador com os olhos (<i>eye tracking</i>) ou dispositivos de tela sensível ao toque (Sias <i>et al.</i>, 2022; Holm & Dreyer, 2018). Segundo os dados evidenciados na literatura, a combinação de diferentes estratégias e ferramentas de comunicação aumentativa e alternativa, aumenta a eficácia das intervenções e tornam a interação enfermeiro - doente numa comunicação bem-sucedida. No que se refere às barreiras das estratégias comunicacionais, quanto aos profissionais de saúde, são elas: falta de familiarização com o equipamento, falta de formação e de habilidade, má interpretação por parte da equipa e o processo de comunicação desigual (o enfermeiro controla conteúdo e duração da comunicação) (Sias <i>et al.</i>, 2022; Holm & Dreyer, 2018; Holm <i>et al.</i>, 2020 e Guttormson <i>et al.</i>, 2015). Quanto aos doentes são mencionadas a falta de treino da pessoa sob VMI, a capacidade motora dos membros superiores (dificuldades em escrever e em articular movimentos), o estado cognitivo (flutuações ou deterioração decorrentes do processo patológico) e as

	alterações sensoriais (diminuição da acuidade auditiva e visual) (Sias <i>et al.</i>, 2022; Holm & Dreyer, 2018; Holm <i>et al.</i>, 2020 e Guttormson <i>et al.</i>, 2015). Na implementação de estratégias de comunicação destacam-se quatro elementos-chave, em primeiro lugar, a avaliação e documentação da ferramenta a utilizar com o doente; em segundo lugar, os métodos de comunicação utilizados pelos enfermeiros para interagir; em terceiro, o treino da comunicação na equipa de enfermagem; e por último, colocar em prática a ferramenta escolhida para a abordagem (Holm <i>et al.</i>, 2020). A literatura constatou que existe avaliação e documentação da capacidade de comunicação dos doentes e do tipo de ferramentas utilizadas, no entanto não existe acompanhamento da utilização de estratégias ou de dispositivos de comunicação aumentativa e alternativa. Assim, o registo preciso dos procedimentos realizados nos doentes é considerado importante e essencial para a continuidade dos cuidados (Dithole <i>et al.</i>, 2016). A comunicação no doente submetido a ventilação mecânica invasiva está comprometida, sendo que a nossa intervenção vai incidir nos doentes conscientes e no grau de literacia: saber ler ou saber escrever; não saber ler ou não saber escrever; com/sem alteração na motricidade fina.  Figura 1 - Caixa com instrumentos para a comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva
PRINCIPIOS GERAIS	No ato de comunicar a equipa multidisciplinar tem de ter em conta algumas medidas: • Negociar um código não linguístico com o doente, que seja uniforme entre todos os elementos da equipa; • Incentivar o uso da mímica labial, ensinando-o a expressar-se com frases curtas ou mesmo com palavras únicas, de forma lenta e acentuando a sílabação; • Incentivar o uso da linguagem gestual; • Permitir que complete a mensagem em vez de tentar completá-la por ele; • Proporcionar tempo e disponibilidade na escuta da sua mensagem;

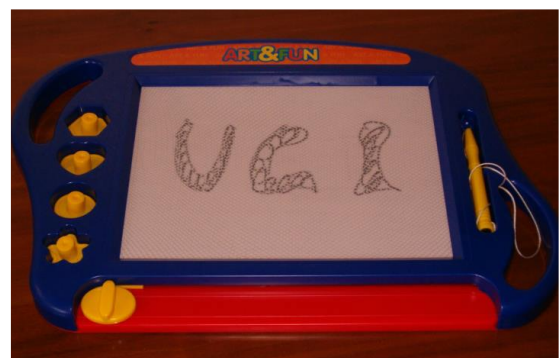
	• Disponibilizar instrumentos de comunicação existentes no serviço; • Debruçar-se sobre o doente transmite-lhe prontidão para o atendimento e capacidade de escuta; • Focar o olhar no doente propicia um primeiro relacionamento comunicativo; • Fugas constantes do olhar ou olhar fixo, podem transmitir falta de interesse ou inibição; • Meneios de cabeça são fonte de encorajamento e solicitação para que o doente se revele; • O jogo dos músculos faciais que procure ser o espelho do outro, dá a entender atenção e compreensão; • O tom de voz demasiado elevado poderá ser sentido como agressivo e o demasiado baixo pode transmitir inibição; • O ritmo de voz demasiado rápido leva à perda da clareza da informação; • O toque pode levar o doente a ficar mais atento e a valorizar a interação, vendo no enfermeiro, alguém prestável e preocupado; • Um passo acelerado bloqueia a comunicação por manifestar falta de disponibilidade.
OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	Doente Consciente a Saber Ler e Escrever, Sem Alteração na Motricidade Fina Instrumentos de comunicação existentes no serviço: • Escrita através de papel e lápis; • Quadro de velcro com letras; • Quadro de íman com números/símbolos; • Quadro de íman com letras; • Quadro mágico; • Tablet. Doente Consciente a Saber Ler e Escrever, Com Alteração na Motricidade Fina Instrumentos de comunicação existentes no serviço: • Dossier com figuras (diagnósticos de enfermagem); • Cadernos representativos (parte do corpo humano; pessoa/família; festas anuais; profissões; tempo; comportamentos; higiene; estações do ano; meses do ano; dias da semana; números; utensílios).

	Doente Consciente a Não Saber Ler ou Escrever Instrumentos de comunicação existentes no serviço: • Dossier com figuras (diagnósticos de enfermagem); • Cadernos representativos (parte do corpo humano; pessoa/família; festas anuais; profissões; tempo; comportamentos; higiene; estações do ano; meses do ano; dias da semana; números; utensílios. Estratégias de Comunicação Não-Verbal: • Uso da linguagem gestual; • Uso da mímica labial.
GLOSSÁRIO	Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) – Todas as formas de comunicação que não envolvem falar é indicada em pessoas com compromisso do discurso ou linguagem (Sias, <i>et al.</i>, 2022). Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) – Local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (DGS, 2003). Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) – Substituição total ou parcial da ventilação espontânea, sendo indicada na insuficiência respiratória aguda ou na agudização da insuficiência respiratória crónica a fim de promover trocas gasosas adequadas, redução do trabalho dos músculos acessórios e diminuição da acidose metabólica (Sabeh <i>et al.</i>, 2023).
BIBLIOGRAFIA	Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2014). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. <i>Scand J Caring Sci</i>, 29, 205 – 214. DOI: 10.1111/scs.12177. Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A. & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. <i>BMC Nursing</i>, 1 – 6. DOI: 10.1186/s12912-017-0268-5. Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. <i>International Nursing Review</i>, 1 – 7. DOI: 10.1111/inr.12262. Direção Geral de Saúde. (2003). <i>Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento</i>. Lisboa: Ministério da Saúde.

	Guttormson, J., Bremer, K. L. & Jones, R. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 31, 179 — 186. http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007. Holm, A., & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. <i>British Association of Critical Care Nurses</i>, 1 – 8. DOI: 10.1111/nicc.12200. Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Use of Communication Tools for Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. <i>CIN: Computers, Informatics, Nursing</i>, 36 (8), 398 – 405. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000449. Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L. & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. <i>J Adv Nurs</i>, 1 – 12. DOI: 10.1111/jan.14524. Nunes, J. (2018). Tese de mestrado. Estratégias de comunicação com a pessoa adulta submetida a ventilação mecânica assistida. Santarém. Sabeh, A., Silva, D., Wysocki, A., Santos, M., Barcelos, L. & Dos-Santos, E. (2023). (Des)Conhecimento de Enfermeiros no Manejo da Ventilação Mecânica Invasiva: Revisão Integrativa. <i>Rev Enferm Atual In Derme</i>. 97 (1), 1 – 14. https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1569. Sias, S., Rosado, J. & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). <i>Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios</i>, 13, 1 – 9. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721. Tembo, A., Higgins, I. & Parker, V. (2014). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 31, 171 — 178. http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004.
ANEXOS	Anexo I - Instrumentos de comunicação a utilizar com o doente consciente a saber ler e escrever, sem alteração na motricidade fina Anexo II - Instrumentos de comunicação a utilizar com o doente consciente a saber ler e escrever, com alteração na motricidade fina Anexo III - Instrumentos de comunicação a utilizar com o doente consciente não sabe ler ou escrever

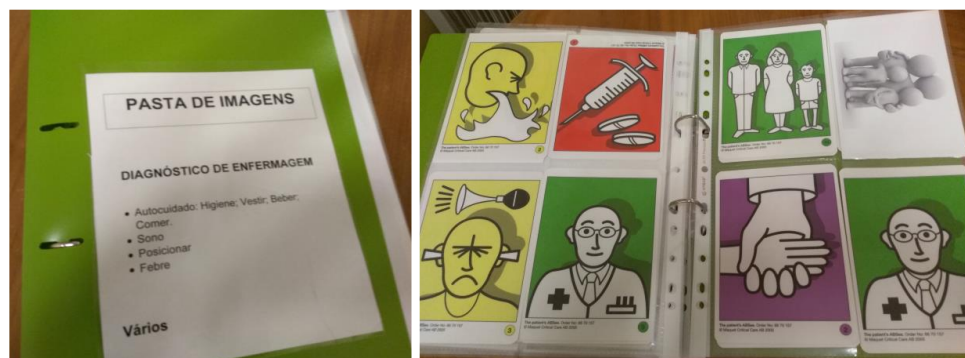
Anexo I

Instrumentos de comunicação a utilizar com o doente consciente a saber ler e escrever, sem alteração na motricidade fina



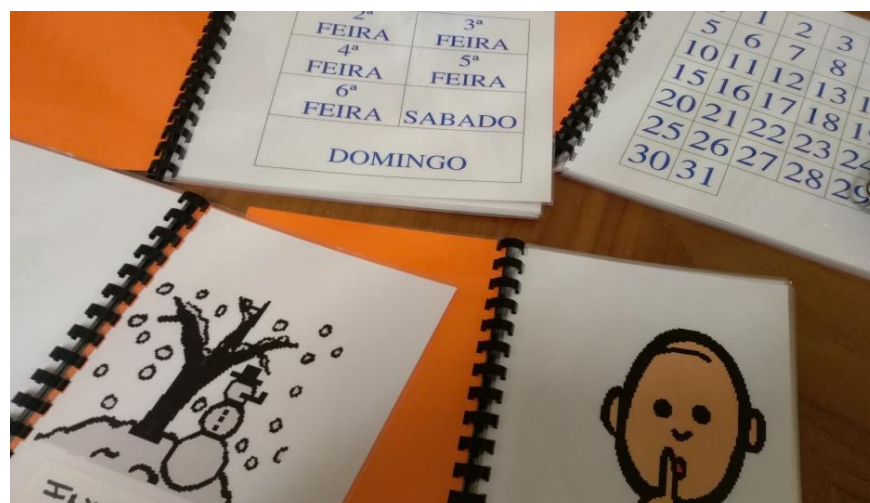
Anexo II

Instrumentos de comunicação a utilizar com o doente consciente a saber ler e escrever, com alteração na motricidade fina



Anexo III

Instrumentos de comunicação a utilizar com o doente consciente não sabe ler ou escrever

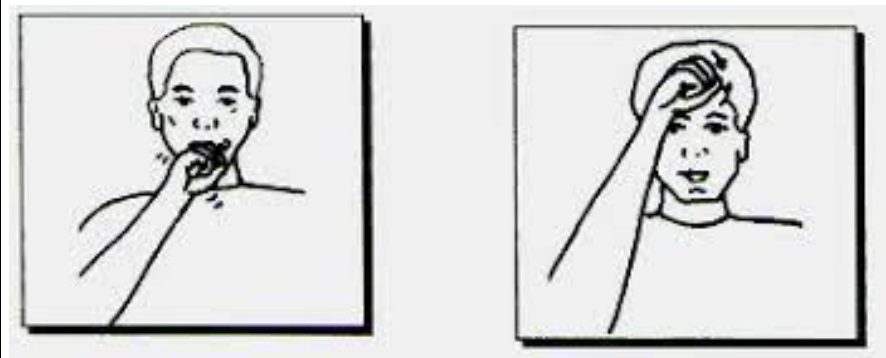


A	EXPRESSÕES				ALTURA DO DIA			0	
B								1	
C	OLÁ	ADEUS	OBRIGADA	COMO TE CHAMAS?	MANHÃ	TARDE	NOITE	2	
D	DIAS DA SEMANA							3	
E								4	
F	HORAS	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA	SÁBADO	5	
G								6	
H								7	
I	TEMPERATURA				EMOÇÕES				8
J								9	
K	QUENTE	FRIO	ALEGRIA	CONFUSÃO	MEDO	TRISTEZA	CANSAÇO	10	
L									
M	N	O	P	Q	R	S	T	U	
	V	W	X	Y	Z	Realizado por: Ana Rita Nascimento, Estudante MEMCPSC, ESEL 2023			

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL



Linguagem: Mimica Labial



Linguagem: Gestual

ANEXO III – Escala Numérica da Dor

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Fonte: Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.

ANEXO IV – Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		SCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Fonte: Sousa, L. M. & Santos, M. V. F. (2021). Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das publicações no âmbito da Enfermagem. Research, Society and Development, 10 (14), 1 – 16. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>

ANEXO V – *Richmon Agitation Sedation Scale* (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos e catéteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequente
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Alerta, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10seg)
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10seg)
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual)
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Fonte: Junior, A. P. N., Neto, R. C. P., Figueiredo, W. B & Park, M. (2008). Validity, reliability, and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Med J*, 126 (4), 215 - 219. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>.