

Relatório de estágio: Abordagem Especializada do Doente Crítico

NUNO MIGUEL DIAS LOBEIRO

ESSLEI – IPLEIRIA

Relatório de estágio: Abordagem Especializada do Doente Crítico

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Nuno Miguel Dias Lobeiro, nº 5160021

5º Curso Mestrado Enfermagem à pessoa em Situação crítica

Professor Orientador:

Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Unidade Curricular:

Relatório Estágio

Leiria, março de 2019

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível devido ao apoio e disponibilidade, afeto e carinho de um conjunto de pessoas, às quais quero manifestar o profundo e sincero reconhecimento pelo suporte incondicional no decurso do famigerado ano transato e, de um modo global, em toda a caminhada; a todos, bem vós-haja.

A todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste relatório, com enfoque nos Enfermeiros Orientadores e pares pela partilha de conhecimento e experiências, pelo debate e incentivo.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pela paciência, motivação, disponibilidade e orientação, sem as quais nunca conseguiria ter superado as adversidades que surgiram até este ponto.

Um agradecimento especial, à minha esposa Fabiana Costa, por nunca me deixar desistir, apoiar incondicionalmente e colmatar as minhas ausências.

À Lara pelos sorrisos e carinhos, pela cor e dimensão que deu aos meus dias.

Finalmente, à minha família, pelo tempo que lhes furtei, respeitando a minha ausência de forma paciente e encorajadora. Aos presentes e aos que estão presentes mesmo quando estão ausentes; por mim, por vós, por todos nós; a todos,

Muito Obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC- Acidente vascular cerebral

BO- Bloco operatório

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CA- Cateter arterial

CDE- Código deontológico dos Enfermeiros

CIPE- Classificação internacional para a Prática de Enfermagem

CRRNEU- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CVC- Cateter Venoso Central

DGIES- Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde

DGS- Direção-geral da saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EEIH- Equipa(s) de Emergência intra-hospitalar

EN - Número de enfermeiros necessários

ERI- Equipa de reanimação interna

EUA- Estados unidos da América

GCS: Escala de coma de *Glasgow*

GLP-PPCIRA – Grupos de coordenação locais do Programa nacional de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos

HCN/AC - Horas de cuidados necessários por sessão / atividade / área de intervenção

HCN/DI - Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento

HCN-Horas de cuidados necessários

HDS- Hospital Distrital de Santarém

HF/D - Horas de funcionamento por dia

ICN- *International council of nurses*

LA- Linha arterial

LET- Limitação esforço terapêutico

MEPSC- Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NAS- *Nursing activities Score*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OM- Ordem dos médicos

OMS- Organização mundial de Saúde (sigla portuguesa)
PAV- Pneuonia associada ao ventilador
PSC- Pessoa em situação crítica
PVC- Pressão venosa central
RASS- *Richmond agitation sedation scale*
REPE- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro
RSL- Revisão sistemática de Literatura
SAV- Suporte avançado de vida
SE- Sala de emergência
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SPCI- Sociedade Portuguesa de cuidados intensivos
START- *Simple Triage and Rapid Treatment*
SU- Serviço de urgência
TAC- Tomografia axial computadorizada
TET- Tubo Endotraqueal
TIDEC- Transporte inter-hospitalar de doentes em estado crítico
TISS 28 – *Therapeutic intervention scoring system 28*
TOT- Tubo orotraqueal;
TRTS- *Triage Revised Trauma Score*
UCI- Unidade de cuidados intensivos
UCint- Unidade de cuidados intermédios
UCIP- Unidade de cuidados intensivos polivalente
UTI- Unidade de terapia intensiva
VI- Ventilação invasiva
VNI- Ventilação não-invasiva
WHO- *World health organization*

RESUMO

O presente relatório descreve o processo de desenvolvimento de competências próprias do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação crítica. Um conjunto de competências científicas, éticas, relacionais e técnicas é exigido para uma abordagem qualificada do doente crítico e para a prestação de cuidados de gestão, formação e investigação. A primeira parte do presente documento explora as atividades desenvolvidas na prática, com a devida reflexão, para obtenção das competências. A prestação de cuidados com procura da antecipação da instabilidade e o risco de falência orgânica, gerindo a dor, o bem-estar do doente, a administração de protocolos terapêuticos complexos e a comunicação interpessoal com o doente e família, em diferentes contextos de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, dos quais, Serviço de Urgência Geral, Unidade de cuidados Intensivos e Unidade de cuidados intermédios.

A segunda parte deste trabalho é constituída por uma revisão Sistemática da literatura que pretende avaliar a efetividade das intervenções enfermagem na comunicação com o doente entubado e ventilado em cuidados intensivos.

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como a análise critico-reflexiva das competências especializadas, demonstram-se enriquecedoras e construtivas, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e sobretudo profissional, levando ao incremento da qualidade dos cuidados de enfermagem e abordagem ao doente crítico.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Competências; comunicação, ventilado, UCI

ABSTRACT

This following report describes the process of developing the competencies of nurses specialized in Critical Nursing. A set of scientific, ethical, relational and technical skills is required for a qualified critical patient approach and for the provision of management care, training and research.

The first part of this document explores the activities carried out in practice, with due reflection, to obtain the competences. Providing care with anticipation of instability and risk of organic failure, managing pain, patient well-being, administering complex therapeutic protocols, and interpersonal communication with the patient and family in different nursing care contexts to the person in critical situation, of which, General Emergency Service, Intensive Care Unit and Intermediate Care Unit.

The second part of this work consists of a systematic review of literature that aims to identify the effectiveness of nursing interventions in the communication with the ventilated in ICU.

The Master's Course in Nursing to the Critical Situation, as well as the criticism of the specialized competences, they are enriching and constructive, contributing to personal and above all professional development, leading to an increase in the quality of nursing care and an approach to critical patient.

Keywords: Specialist Nurse, Critical Patient, Competences, communication, Ventilated, ICU

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	14
1. ENSINO CLÍNICO – CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	15
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DURANTE O ENSINO CLÍNICO.....	27
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	28
2.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	47
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
PARTE II – EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES VENTILADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	71
INTRODUÇÃO.....	74
1. METODOLOGIA.....	81
1.1. OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	81
1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	81
1.3. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA.....	82
1.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA.....	85
1.5. SÍNTESE DE DADOS.....	85
1.6. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	85
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	95
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
REFLEXÃO FINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	101

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Descrição da estratégia PICOD

QUADRO 2 – Descrição de estudos incluídos na Revisão: Metodologia PICOD

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Diagrama Prisma

INTRODUÇÃO

A comunidade científica, inebriada pelas exigências e desafios do cotidiano tem propulsionado o desenvolvimento tecnológico a uma escala que, *à priori* considerávamos ininteligível. Com o desenrolar do tempo, muito evoluiu a tecnologia e com ela a comunidade científica e por afinidade, a medicina. Este desenvolvimento, aumentou a capacidade para salvar vidas em risco bem como, incrementou de forma pronunciada a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes portadores de doença grave.

Ao mesmo tempo, o aumento dos recursos e a complexidade dos mesmos, levaram à diferenciação e hierarquização, com conseqüente aumento dos encargos associados. Deste modo, a gestão dos recursos existentes assume particular acuidade, no sentido de atingir o melhor balanço entre a equidade e a justiça distributiva, especialmente no que respeita a unidades de cuidados diferenciados. Contudo, até chegarmos ao racionamento necessário para assegurar a justiça distributiva, e à própria existência destas unidades (como os serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos), eram frequentes os fracassos e aparecimento de novas doenças e agentes potencialmente letais.

Essa evolução não cessou, acompanhando uma demanda crescente de mais e melhores meios de suporte vital, criando diferentes modos de assistir os doentes em toda a sua falência multiorgânica. As unidades de cuidados intensivos, à semelhança das salas de emergência e unidades de cuidados intermédios, são dogmatizadas como altamente tecnológicas, munidas de equipamentos de suporte vital extremamente diferenciados, construídas para proporcionar a vigilância e suporte vital de última linha. Para a diferenciação e especialização desses locais são fundamentais recursos humanos igualmente especializados e diferenciados. Neste sentido, o desenvolvimento de competências e “familiarização” com os contextos específicos são necessários, carecendo a comunidade de instituições vocacionadas e dirigidas para a satisfação de tais necessidades.

Neste sentido, a Escola Superior de Saúde de Leiria, assume essa missão, acolhendo no seu portefólio curricular o Curso de Mestrado em Enfermagem à pessoa em situação crítica. Este procura proporcionar aos seus estudantes a oportunidade de integrar contextos complexos e geradores de situações de aprendizagem que permitam propulsionar e garantir uma atuação segura e diferenciada à pessoa em situação crítica e à sua família. Assim, coaduna-se com um

novo paradigma de aprendizagem, que destaca a centralidade do aluno e dos objetivos de formação no desenvolvimento das suas competências, em que a componente experimental, de projeto e aquisição de competências transversais assumem um papel preponderante.

Surge deste modo, o presente relatório no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio, para obtenção do grau de Mestre, inserido no plano de estudos do segundo semestre do segundo ano do curso supramencionado.

De acordo com regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista da ordem dos enfermeiros (OE), o título enfermeiro especialista (EE) traduz-se num profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico, detendo um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos enfermeiros, 2011). Estas competências envolvem dimensões como educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. Estas competências são “experimentadas”, testadas e desenvolvidas em contextos práticos como os períodos de ensino clínico. Nestes contextos é expectável que o estudante e o profissional se encontrem numa dimensão reflexiva para resolver situações reais, pragmatizando-as, com vista à resolução de situações que concorrem com o bem-estar da pessoa em situação crítica.

A pessoa em situação crítica (PSC) é aquela, cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos enfermeiros, 2011). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2011), caracteriza os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica como altamente qualificados e prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas devidas; prevenindo complicações e limitando incapacidades.

De acordo com o regulamento n.º 122/2011, da OE, que regulamenta as competências comuns do Enfermeiro especialista, são quatro os domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos enfermeiros, 2011). O Enfermeiro especialista, em enfermagem à pessoa em situação crítica, deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja ainda mais aprofundado na sua área de atuação. Deste modo, são descritas estas competências específicas, bem como a análise das atividades/vivências subjacentes ao

desenvolvimento das mesmas durante os ensinamentos clínicos. Salvaguarda-se que o presente relatório tem por base o regulamento de competências do Enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica de 2011, uma vez que à data da realização dos ensinamentos clínicos o regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica de 2018 ainda não se encontrava em vigor.

O presente documento procura explorar o percurso do 5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação crítica, especificamente, os períodos de ensino clínico e o enriquecimento do aluno no seio dos mesmos.

O Hospital onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos foi o Hospital Distrital de Santarém. No desenvolvimento da sua atividade, enviesada para a persecução da manutenção e satisfação da sua missão e valores dentro de um quadro económico sustentável, alberga, entre outras, as três unidades onde decorreram os períodos de ensino clínico a explorar: o serviço de urgência, a unidade de cuidados intermédios e a unidade de cuidados Intensivos.

O presente documento, normativamente, está dividido em 2 partes, sendo a primeira composta pela apresentação, discussão dos objetivos e atividades que nos levaram ao desenvolvimento das competências comuns e específicas e a segunda parte pela Revisão sistemática da literatura subordinada ao tema “A efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação com doentes ventilados em cuidados intensivos”. Em relação à metodologia, serão apresentadas vivências e reflexões sobre situações reais do contexto/ inquietações, enquadradas e fundamentadas à luz da bibliografia científica mais atualizada.

PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A transformação em texto de situações vivenciadas em contextos reais assume-se como um desafio. Por um lado, convida os seus intervenientes a reviver as situações, por outro, confere-lhes a oportunidade de refletir, pesquisar e formular/reformular o conhecimento com estas. O presente relatório, realizado à posteriori dos eventos narrados permitirá a introspeção e reflexão de experiências vivenciadas no decurso dos ensinos clínicos e os contributos para o desenvolvimento profissional e aquisição de competências específicas. Sequencialmente serão explorados os campos de ensino clínico e pragmatizadas situações identificadas como *knowledge opportunities*.

1. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

O desenvolvimento de competências em contexto clínico é amplamente encarado como o encontro de saberes entre a teoria, a prática, o saber empírico e a vertente reflexiva. Os períodos de ensino clínico, estamos convictos que, nesta vertente, tal como defende Simões, Alarcão e Costa (2008), são uma peça imprescindível na consolidação de saberes adquiridos teoricamente, confrontando os alunos com situações reais que conduziram ao desenvolvimento individual e profissional de cada um.

No plano curricular do 5º MEPSC, encontra-se prevista a realização de três momentos de ensino clínico: I – Serviço de Urgência (SU), ensino clínico II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e ensino clínico III (opcional). A unidade escolhida foi a Unidade de Cuidados intermédios (Ucint). Os três campos de ensino clínico possuem um vetor comum: a unidade hospitalar onde se encontram inseridos, o Hospital Distrital de Santarém.

No que respeita ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC), a UCI e a Ucint de um modo global, consideramos que são serviços de “vanguarda”, pelas particularidades que encerram e pelo tipo de doentes que recebem, revelando-se excelentes campos de ensino clínico, que permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de cuidado ao doente crítico e a racionalização e procura de conhecimento científico. Estas passam não só pela gestão de equipamentos altamente diferenciados, mas também pela “leitura” e suporte do doente em condição crítica. Assim, à posteriori, estamos convictos que categoricamente os ensinamentos clínicos são elementos fundamentais ao desenvolvimento duma *praxis* especializada, permitindo aplicabilidade de conhecimento meramente académico, bem como, o confronto com novas realidades institucionais e profissionais, fomentando a reflexão sobre as mesmas, tendo como referencial simultaneamente a sua singularidade e dinâmica que desafia ao seu “estagiário”.

Neste sentido, torna-se premente a descrição da estrutura física e organizacional dos campos de ensino clínico, bem como a caracterização de cada serviço, com particular ênfase no processo de integração em cada um deles, bem como as vivências e as dificuldades. Deste modo, partindo de um referencial orientador importa caracterizar a

instituição que serviu de panorama aos 3 momentos de ensino clínico: o Hospital Distrital de Santarém. A sua escolha prendeu-se, por um lado, fundamentalmente pela proximidade da família em momentos de tensão e, por outro lado, com a curiosidade e expectativa de conhecer mais aprofundadamente realidades com as quais desenvolvi simbiose sem usurpação de limites. Contextualizando, o Hospital Distrital de Santarém, na sua abrangência, geograficamente, dá resposta às populações dos Concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche e Rio Maior. A par destes, dá resposta a todos os doentes em trânsito que recorram às suas imediações em situação aguda. De um modo global, a unidade hospitalar possui as especialidades clínicas de: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), BO, Cirurgia de ambulatório, Imuno-hemoterapia e Patologia Clínica.

A. Serviço de Urgência

Os SUMC são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. O SU do HDS funciona como SUMC. A equipa de Enfermagem era, no momento do ensino clínico, constituída por setenta enfermeiros, organizados em sete equipas, dos quais três são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. A coordenação e gestão do serviço é da responsabilidade da enfermeira chefe, conjuntamente com duas enfermeiras especialistas, sendo que uma delas assume a coordenação da urgência em geral e a outra coordena a Unidade de cuidados Intermédios (UCint). A UCint será abordada posteriormente, tendo sido simultaneamente um campo de estágio e um catalisador de competências, recebendo deste modo a consignação de um espaço próprio.

A distribuição dos enfermeiros por áreas de trabalho é elaborada diariamente pelo chefe de equipa. O enfermeiro chefe do SU faz um plano semanal, onde nomeia os chefes de equipa para cada turno, sendo da responsabilidade destes distribuir os restantes elementos da sua equipa por áreas de trabalho. Este aspeto verifica-se porque cada chefe de equipa conhece bem as capacidades individuais de cada elemento da sua equipa, tendo autonomia para fazer esta distribuição e/ou alterá-la face à particularidade da jornada a encetar. A distribuição por turno é feita por áreas de trabalho, estando estipulado catorze enfermeiros no turno da manhã e tarde e nove no turno da noite. Habitualmente, o chefe de equipa não está alocado a uma área específica sendo a sua função apoiar e supervisionar a equipa.

Atualmente, existe também um elemento distribuído como “apoio” de modo a reforçar as diferentes áreas consoante os picos de afluência.

As áreas que se assumem como “postos de trabalho” são: triagem, balcão de verdes e azuis, sala de emergência, pequena cirurgia, ortopedia, sala de tratamentos 1, sala de tratamentos 2, sala de tratamentos 3, sala de tratamentos 4 e “internados”. Consoante o número de doentes “internados” no serviço de urgência a aguardar vaga no serviço de origem, o chefe de equipa aloca mais elementos ou retira os mesmos para as restantes áreas. Em períodos de “pandemia” / pico de afluência com má resposta dos internamentos, a equipa é reforçada por elementos de outros serviços, nomeadamente enfermeiros do departamento médico-cirúrgico.

De acordo com a ordem dos enfermeiros (2014, p.21) “ a fórmula a utilizar para o calculo das dotações seguras, é por “Posto de trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada serviço de Urgência. Pai e Lautert (2008, p.3), advogam que nos serviços de urgência são realizadas “ações de cuidado dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina. Além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida”, podendo eventualmente surgir a necessidade da realização de tarefas, com a finalidade de satisfazer as necessidades dos doentes. A ordem dos enfermeiros (2014, p.21) acrescenta ainda que, deve promover-se a avaliação das HCN através de sistemas específicos, de cálculo para consensualizar o correspondente valor de referência das HCN. Nos So/Urgência considera-se uma linha de orientação centralizada na utilização das HCN, tendo o valor das unidades de cuidados intermédios como referência mínima”. Assim, em cada, “posto de trabalho” encontra-se, habitualmente, 1 enfermeiro de triagem, 1 no balcão de verdes e azuis, 1 na sala de emergência, 2 de cirurgia e pequena cirurgia, ortopedia/ sala de gessos, 1 na Sala de tratamentos 1, 1 na sala de tratamentos 2, 1 na sala de tratamentos 3, 1 na sala de tratamentos 4 e 1 nos “internados, 1 elemento de chefe de equipa e um elemento de apoio”. Na eventualidade de existirem elementos suficientes a “área cirúrgica” recebe mais um elemento ou a “área médica” consoante a afluência.

Durante o ensino clínico a maioria dos turnos foram realizados na sala de emergência (SE), dois turnos de gestão e dois de triagem. A SE está numa posição central permitindo o acesso fácil, tanto para os doentes vindos do exterior, como para os doentes

provenientes das restantes áreas do S.U e/ou provenientes das salas de exames complementares de diagnóstico. O facto de se encontrar projetado como *Open Space* otimiza a vigilância dos doentes, não perdendo, contudo, a privacidade dos doentes, à custa de calhas superiores com cortinas para individualização de espaços.

A prestação de cuidados, na SE, é da responsabilidade do enfermeiro distribuído a este posto, que é apoiado pelo enfermeiro alocado à sala de verdes e azuis e pelo enfermeiro que assume a coordenação da equipa de enfermagem e/ou de apoio. Foi notório ao longo do ensino clínico, a falta de elementos que conduziu à necessidade do chefe de equipa assumir este posto.

No que diz respeito à equipa médica, existe um elemento da equipa de medicina interna que é responsável pela observação dos doentes que dão entrada na SE, embora não exista um critério estabelecido, é o chefe de equipa médica que tem a responsabilidade de atribuir essa área a um dos elementos da sua equipa no início do turno. Relativamente às emergências cirúrgicas e ortotraumatológicas, verifica-se que habitualmente não existe nenhum elemento especificamente designado para a observação destas situações na SE, deslocando-se a equipa disponível no momento.

Sempre que necessário é solicitado, apoio por outras especialidades existentes no hospital, nomeadamente, Cardiologia, Imagiologia, Anestesiologia e os Medicina Intensiva. Não existe um médico permanentemente na SE, ainda que esta “albergue” doentes que são da sua responsabilidade. Quando necessário este é chamado através de um intercomunicador.

Não existe equipa de reanimação interna (ERI). Estas equipas, enquadradas no conceito de equipa de resposta rápida, tem assumido uma crescente maturação e premência, desde a sua “metamorfose” em 1990 na Austrália, fruto do trabalho dos médicos intensivistas. Estes, averiguaram que os utentes exibiam sinais de deterioração antes de apresentarem paragem cardiorrespiratória (PCR), levando-os à necessidade de construir uma estratégia de intervenção precoce. Esta estratégia passou pela criação de equipas que procedem à avaliação e estratificação do risco de PCR do doente, discutem estratégias de tratamento e fazem o acompanhamento do mesmo à unidade de cuidados mais diferenciados se for essa a necessidade.

Ao longo dos últimos 15 anos têm sido implementadas em vários países e têm evoluído para atender as necessidades precoces de deterioração dos utentes. Atualmente, não existe

um modelo único de EEIH em toda a Europa (Chan, Spertus, Tang, Jayaram & Chan, 2016; Mullins & Psirides, 2016). Alguns estudos sobre a eficácia da EEIH revelam uma redução de PCR, mas sem impacto na mortalidade nem nas admissões não planeadas no SMI (Etter, Takala & Merz, 2014; Noyes et al., 2015). A redução da mortalidade foi observada nos estudos de Herod, Frost, Parr, Hillman e Aneman, (2014) e Jung et al. (2016). Outro estudo não encontrou qualquer efeito estatisticamente significativo da EEIH nas PCR, nas admissões não planeadas no SMI nem na mortalidade hospitalar (Morris et. al 2012). O estudo de Laurens e Dwyer (2011) concluiu que o uso de uma EEIH reduziu a PCR, a mortalidade e as admissões não planeadas no SMI. Já as revisões sistemáticas de Maharaj, Raffaele e Wendon (2015) e de Solomon, Corwin, Barclay, Quddusi e Dannenberg (2016) referem que a EEIH se revela eficaz na redução da mortalidade e na PCR.

Neste prisma, refletindo sobre a realidade hospitalar, conhecendo o tecido de recursos humanos, as suas diferenciações bem como as capacidades materiais, estamos convictos que reúnem as condições para encetar um projeto piloto para a criação de uma EEIH a nível hospitalar, estabelecendo-se tal ponto como um ponto a melhorar.

No que respeita aos enfermeiros alocados à SE, não existe obrigatoriedade formativa para os elementos que assumem a responsabilidade do doente emergente. A SE é constituída por três espaços munidos de rampa de oxigénio e de ar comprimido, aspirador, monitor de sinais vitais, seringas impulsoras e ventilador, sendo que uma delas possui um desfibrilhador. Encontram-se ainda à cabeceira do doente três gavetas organizadas com material de via aérea, ventilação e circulação. O material de entubação traqueal não está à cabeceira do doente, mas sim no interior quer do carro de emergência, quer de uma mala de transporte, que se encontram na SE selados. Desta sala faz ainda parte um ventilador *Philips Respironics V60®* para os doentes que necessitam de ventilação não invasiva (VNI). Foram diversos os doentes cuidados com patologia do foro respiratório e cardiológico que exigiram a utilização deste equipamento, permitindo uma crescente familiarização com o mesmo.

Em termos numéricos, durante o ano de 2016, foram acolhidos no seio do serviço 86164 episódios de urgência, sendo as distribuições absolutas de doentes triados de vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, branco respetivamente: 359,14544,48703,20066,328,1822. A somar aos números, existem ainda 342, listados como desconhecidos, correspondendo a falhas do sistema informático, cujo o valor absoluto não é 100% estimável. Durante o

período do ensino clínico, foram admitidos em número absoluto 6419 doentes em fevereiro, 7130 em março e 6873 em abril, sendo os dados disponíveis à data de consulta, ainda imprecisos no que respeita a maio. Durante este período, no qual a intervenção do aluno foi maioritariamente direcionada para a Sala de emergência, foram admitidos ao longo dos meses respetivamente: 187, 222 e 183 doentes. Através da consulta de base de dados preenchida pelos Enfermeiros destacados nesta área, constata-se que as principais causas de admissão à sala de emergência são dispneia e a dor torácica. Ao analisar os dados da organização mundial da saúde, os achados revelam-se congruentes, uma vez que as 5 principais causas de morte a nível mundial são respetivamente: a isquemia cardíaca (enfarte), o acidente vascular cerebral, infeções respiratórias baixas, doença pulmonar obstrutiva crónica e os cancros da árvore brônquica/pulmão, conduzindo cada uma a um quadro de sinais e sintomas compatíveis com os que motivam a admissão na sala de emergência.

No que respeita à organização do trabalho, na SE, é notória a permanência dos doentes por muito tempo. Esta sala deve ser uma sala preparada para admitir doentes inicialmente classificados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida, estabilizá-los e posteriormente encaminhá-los para o local mais adequado à monitorização e vigilância. Idealmente não deve ser utilizada para observação e tratamento de outros doentes (não emergentes) ou para tratamento e estabilização prolongada do doente (DGIES, 2007). De um modo global, é perceptível que os doentes permanecem na SE por não ser possível alocá-los a serviços com o nível de monitorização e vigilância necessária com a celeridade desejada. Isto é, doentes ventilados e/ou instáveis, não devem permanecer num espaço onde o enfermeiro se encontra responsável tanto por estes como por doentes em trânsito. A título de exemplo, durante o período de ensino clínico, foi possível prestar cuidados ao mesmo doente, no mesmo local, em dois dias distintos, com o intervalo de dois turnos. Para efeitos estatísticos, existe no serviço um formulário em *google doc's* para registo da utilização da sala de emergência, sendo possível extrair dados para *benchmark* como os supramencionados.

No que respeita aos registos de enfermagem, o SU dispõe de uma aplicação informática denominada ALERT®, onde são efetuados todos os registos do doente em urgência. O início da utilização da aplicação foi relativamente fácil, pois por um lado, já tinha contactado com a mesma, por outro, o programa é intuitivo, tanto no acesso como na sistematiza de informação a produzir, permitindo a rápida consulta do processo, das

prescrições em espera e dos exames que o doente tem para realizar, mostrando o tempo de espera através de um quadro.

Os registos foram sobretudo realizados de acordo com a abordagem ao doente na metodologia “ABCDEFGHI”. A integração no espaço físico foi facilitada pelo conhecimento prévio do serviço, contudo, a observação da dinâmica de cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar revelaram-se aspetos fulcrais que facilitaram o processo de integração. Outra ação que ajudou nesta, foi a visita inicial aos espaços com a Enfermeira responsável, permitindo a reflexão sobre a apropriação dos mesmos e as eventuais alterações a fazer aos mesmos. Por exemplo, com a ativação do plano de emergência, a sala de espera possuir rampas de oxigénio e vácuo ocultas, prontas a serem utilizadas, facto que era desconhecido pelo estudante. A consulta da documentação existente no serviço, nomeadamente, instruções de trabalho, protocolos instituídos e projetos futuros em fase de desenvolvimento foram ainda uma mais-valia para uma boa integração no SU e um ponto de partida para a procura de pontos nos quais fosse possível prestar um contributo.

B. Unidade de cuidados intensivos

A unidade de cuidados intensivos do Hospital distrital de Santarém, sita no 1º piso, anexa ao bloco operatório e possui um referencial próprio. Esta Unidade, de acordo com a classificação das áreas onde se prestam cuidados intensivos referenciadas no Despacho nº4320/2013 publicado no Diário da República nº59, 2ª Série de 25 de Março 2013 na p.58, enquadra-se nas Unidades de nível II, que “correspondem aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/ /Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas (...)”. Os doentes internados na UCIP são doentes críticos, uma vez que “a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (SPCI & OM 2008, p.9). É gerida em autonomia do departamento de urgência, sendo parte deste a unidade de cuidados intermédios como será aprofundado à posteriori.

No que respeita ao espaço, o estudante desconhece o pé direito do serviço pois não teve acesso às plantas, contudo, sucintamente, é composta por uma sala ampla com quatro camas; uma sala com duas camas que poderá funcionar como unidade de isolamento

quando caso seja necessário, não oferecendo contudo nem pressão positiva nem negativa, mas estruturalmente funcional para isolamento por cortes; sala de trabalho de enfermagem; gabinete da enfermeira chefe; sala de reuniões; gabinete do diretor do serviço; duas salas para armazenamento de material de consumo clínico e farmácia; uma sala de arrumação de material; copa; vestiário; wc; sala dos sujos e gabinete do secretário de unidade. Existe também um balcão onde está localizada a central de monitorização, contigua a dois computadores que permitem o registo rápido de dados recolhidos.

Cada unidade, do doente, encontra-se munida de um monitor multiparâmetros com módulos de avaliação de pressão arterial invasiva (através de linha arterial), PVC, entre outras funções vitais à monitorização hemodinâmica do doente crítico. Cada um destes monitores encontra-se conectado em rede com a central de vigilância supramencionada, permitindo o controlo em tempo real e observação das alterações de todos os doentes conectados. Dispõe também da interface para a monitorização hemodinâmica invasiva através dos produtos da *Edwards*, que vieram substituir os dispositivos do cateter *Swan-Ganz* e *Picco* da mesma empresa. A cargo da terapêutica de substituição da função renal ficam as máquinas *prismaflex* da *Baxter* que permitem a hemodiálise sem recurso a uma estação de tratamento de águas e máquina de mini-osmose. Pelo que foi possível aferir, as mesmas existem em plano de “*leasing*” à consignação de consumíveis. Não menos impressionantes são os ventiladores disponíveis nesta unidade, 1 por cada unidade de doente e 2 de reserva; os *Dräger evita infinity v500*. Estes permitem um vasto leque de opções no que respeita à ventilação invasiva e não invasiva de doentes, permitindo a progressão do doente na recuperação cardiopulmonar.

No que respeita a números, ao longo do ano de 2017 foram admitidos no total 200 doentes, sendo o mês com menor número absoluto de admissões o mês de março (11 admissões) e os meses de agosto e setembro os maiores (20 admissões). Estatisticamente o ano encerrou com uma média de 16,75 doentes admitidos/mês, com um desvio padrão de 2,958 e uma moda de 19 admissões/mês. No que respeita à permanência, em média os doentes permaneceram 8,705 dias, sendo o mínimo 0 e o máximo 98 dias com um desvio padrão de 12,156 dias. Comparando estes números com o panorama nacional onde o número médio de dias de internamento é 3,0 dias e a taxa de ocupação é de 64,9% fica a nu a necessidade de expansão/acoplamento de uma unidade de cuidados intermédios. Porém, a análise destes números deve contemplar outras variáveis: a unidade de cuidados intensivos, unidade de cuidados intermédios e serviço de urgência são três unidades

independentes, funcionando apenas as duas últimas com uma simbiose “neo-adquirida e pseudo-funcional”, o que dificulta e por vezes inviabiliza a progressão dos doentes entre unidades consoante as suas necessidades. A unidade de cuidados intensivos em questão aguarda remodelação do seu espaço físico, contemplado no plano de melhoria contínua renovação e aprimoramento do bloco operatório e cirurgia de ambulatório da unidade hospitalar.

No que respeita aos recursos humanos, elo fundamental da assistência aos doentes admitidos em cuidados intensivos, constatou-se que existem 22 Enfermeiros, divididos em 5 equipas e 12 assistentes operacionais e um administrativo. Como parte integrante da equipa multidisciplinar, um fisioterapeuta colabora diariamente com a equipa cativa ao serviço. A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe, 1 enfermeira coordenadora e 20 enfermeiros que estão na prestação de cuidados. No total, esta equipa conta com cinco enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e um de reabilitação. Atualmente encontram-se 4 Enfermeiros em processo de diferenciação, 3 no colégio de médico-cirúrgica e 1 no colégio de Reabilitação.

No que respeita à equipa médica é constituída por 5 médicos que garantem a permanência de um elemento 24h/24h durante todo o ano. Atualmente encontram-se apenas quatro médicos no ativo devido ao atestado médico de um dos elementos (Três dos clínicos são especialistas em medicina interna e um em anestesista que é o diretor do Serviço; apenas um dos elementos se encontra em processo de aquisição da subespecialidade de medicina intensiva, todos os restantes já são detentores da mesma). Não foi indagada a apropriação destes números na medida em que, enquanto enfermeiro e estudante, em nada as ações encetadas poderiam contribuir para a alteração de tal realidade.

Em contrapartida, no que respeita às dotações da equipa de enfermagem, constatou-se que o presente serviço não cumpre com as recomendações da ordem dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros (2014), na medida em que, para uma unidade desta tipologia (nível II) seria recomendável um rácio de 1:1,6 sendo o atual de 1:2. Contudo, refletindo de forma racional sobre o paradigma, a mesma encontra-se funcional e enviesada ao cumprimento das recomendações, na medida em que: durante a semana existem 3 elementos que não assumem doentes: a Enfermeira chefe, o segundo elemento e o enfermeiro responsável pelas tecnologias de informação e processos de enfermagem, todos eles peritos em doente crítico e a enfermeira chefe, especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Assim, numa eventual situação de rutura, durante a semana, estariam

(estão) asseguradas as dotações recomendadas. Sobre esta temática importa salientar que é efetuado o *scoring* de necessidades de horas de cuidados através da aplicação do instrumento *TISS 28*.

A distribuição típica são 3 Enfermeiros + 1 reforço nas manhãs, 4 Enfermeiros durante o turno da tarde (igual ao turno da manhã) e 3 Enfermeiros no turno da noite. Relativamente aos assistentes operacionais, 3, 2, 1 respetivamente. De acordo com o *international council of nurses* (2006, p.15) “As dotações seguras mostram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho ativa.” e que “ (...) países com um fornecimento amplo de profissionais de saúde têm melhores indicadores de saúde” (*international council of nurses*, 2006, p.17).

No que respeita ao método de trabalho adotado no serviço, o mesmo é o método individual de trabalho, assumindo 1 enfermeiro a responsabilidade de dois doentes. Tal como afirma Costa (2004, p.237) os cuidados são realizados por “um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afeta ao doente”. Neste método, a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados embora haja quem precise que a responsabilidade última é do enfermeiro responsável pela unidade (Costa, 2004). O enfermeiro chefe é responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo (Costa, 2004).

Atendendo à organização do serviço e especificidade dos doentes, estamos cientes que este método de prestação de cuidados é funcional, encontrando-se adequado à realidade do serviço, contudo, o estudante não conhece outra realidade para estabelecer um paralelismo, por exemplo com o método de enfermeiro responsável. Neste serviço a enfermeira chefe e a enfermeira coordenadora da equipa gerem os recursos humanos e materiais do serviço, fazem a interligação entre as equipas multidisciplinares, supervisionam as práticas de enfermagem e das assistentes operacionais. De um modo global é sentido um clima aprazível onde se fomenta a relação interpessoal para a melhoria dos cuidados prestados. Como experiência determinante positiva ressalva-se a prestação de cuidados ao “doente de cuidados intensivos” pela primeira vez. Ainda que sob orientação e

supervisão do par, a sensação de poder melhorar o bem-estar e conforto da pessoa na sua situação de doença foram reconfortantes.

C. Unidade de cuidados Intermédios

No Hospital Distrital de Santarém, no serviço de Urgência Geral foi criada uma Unidade Médico-Cirúrgica que permaneceu como área não qualificada, com regulamento de atividades definido em 4/02/2009; posterior alteração em 2012 com a requalificação do serviço de urgência, conferindo-lhe não só mais meios técnicos como mais uma cama de dotação. Atualmente, dispõe de onze camas dispostas em *open space*, sendo uma reservada para isolamento, encontrando-se num quarto segregado das restantes, isolado por pressão negativa. Apesar de anos subfinanciada por partilha de centro de custos e gestão com o departamento de urgência, a Unidade de Cuidados Intermédios surge no ano de 2017, a 1 de junho, com tal reconhecimento, fruto do trabalho conjunto da equipa multidisciplinar, em consonância com os pressupostos do Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto, artigo 4º ponto 6.5 que refere: “ O SUMC tem uma sala de Emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitam de vigilância organizada e sistemática”.

Este serviço partilhou durante muito tempo a equipa com o serviço de urgência, não sendo claros os critérios de escolha dos elementos a integrar a equipa. No total a equipa é constituída por 20 Enfermeiros mais a Enfermeira Responsável, sendo a distribuição habitual 4 enfermeiros de manhã, 3 enfermeiros durante o turno da tarde e 3 enfermeiros durante o turno da noite. A enfermeira responsável do serviço é especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Existem no núcleo da equipa mais cinco enfermeiros especialistas, dois em Enfermagem de Reabilitação, dois em Enfermagem Comunitária e um em Médico-cirúrgica. Atualmente três elementos encontram-se a concluir os ciclos de estudos de especialidade.

A equipa médica é constituída por 7 médicos, sendo garantida a permanência de 1 médico 24h. Todos os elementos constituintes da equipa médica são especialistas em medicina interna.

De acordo com o gabinete de estatística do HDS a taxa de ocupação desta unidade encontra-se,

desde julho de 2017 entre os 70 a 80%, com uma demora média de internamento que varia entre os 17,4 e os 21.2 dias. As admissões são provenientes maioritariamente da

sala de emergência, serviços de internamento e bloco operatório. São prestados cuidados a doentes com multi-patologia, sendo de ressaltar os doentes com Insuficiência respiratória; Infecções respiratórias, pós-operatórios Imediatos e doentes com AVC Isquémicos submetidos a Trombólise.

No que respeita aos equipamentos, todas as unidades estão equipadas com monitores multiparametros, conectados a uma central de monitorização. A ventilação invasiva é levada a cabo pelos ventiladores servo-i, existindo no total dois ventiladores, que levam a necessidade de mobilizar doentes caso a sua condição cardiopulmonar culmine na entubação endotraqueal. Para a satisfação das necessidades de ventilação não invasiva, a unidade dispõe de dois ventiladores *Philips Respironics V60®*.

Relativamente ao método de trabalho adotado na Ucint, o mesmo é o método individual de trabalho sendo 1 enfermeiro responsável por 2/3 doentes. Neste sentido, no que respeita às dotações seguras, indo ao encontro do que é preconizado pela ordem dos enfermeiros, tendo em conta que existe diferentes tipologias a nível nacional, a referência para os cuidados são as 7 horas de cuidados. Existe da parte da chefia do serviço uma preocupação com esse cálculo, sendo realizado o *scoring* de necessidades de horas de cuidados através da aplicação do instrumento *TISS 28*. A inadequação das dotações deve-se a carência de recursos humanos e não ao desinteresse por parte dos responsáveis de serviço.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), aprovado pelo despacho nº 9128/2012, D. R. nº 129, 2ª série de 5 de julho, tem como principal objetivo, dotar os enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao doente em estado crítico. Nesta linha de pensamento, tal como advoga Correia (2012, p.173), “(...) a competência no profissional não corresponde a um acumular de conhecimento ou habilidades, descritos com maior ou menor pormenor, mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que sujeito e contexto se enriquecem mutuamente.” Todavia, acreditamos que não devem ser menosprezadas as experiências prévias, constituindo as mesmas um referencial de partida ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas.

Neste sentido, estamos convictos que a apropriação da escolha dos locais de ensino clínico foi conseguida, permitindo a aquisição por parte do estudante de competências que transcendem da índole do saber-saber, para o saber-fazer e saber - ser, conferindo valor pessoal e profissional, enviesado para um referencial de qualidade plasmado no justo compromisso com os mais elevados padrões de qualidade em Enfermagem. Deste modo, focamo-nos na visão de Enfermeiros Especialista como “(...) um profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (Ordem dos enfermeiros, 2009, p. 16). Partindo deste referencial, defendemos que o enfermeiro especialista deva ser um profissional reflexivo, capaz de transcender a vivência imediata e mobilizar conhecimentos e saberes empíricos, atuando num prisma holístico e bem vincado no seio da equipa multidisciplinar (Leite, 2006). O seu papel passa por aplicar a sua competência e valor individual, com vista a satisfação dos pressupostos de qualidade, contribuindo para a satisfação global desses mesmos padrões.

Como tal, ao longo deste capítulo faremos uma resenha das competências desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, com enfoque nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, enquadradas com referenciais bibliográficos atualizados.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No regulamento n.º 122/2011, da Ordem dos Enfermeiros, que regula as competências comuns do enfermeiro especialista, está plasmado que este deve possuir quatro domínios de competências; responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2011). Neste âmbito, serão explorados individualmente cada um dos domínios.

a) Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal

Os dilemas ético-legais, na nossa opinião, são tão antigos quanto a própria natureza do cuidar. No exercício da profissão surgem, sendo importante manter como referencial o artigo 99º do estatuto da OE, que nos relembra que os enfermeiros deverão exercer a sua profissão de acordo com princípios orientadores, nomeadamente “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015, p. 81). Nesta linha, olhando da perspetiva normativa, também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), plasma no seu artigo 8º que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p. 101-102).

Sendo a dinâmica dos cuidados variável, individualmente com cada cliente, assumimos o compromisso empírico de cuidá-lo ao longo do seu ciclo vital, procurando promover a sua qualidade de vida. Consoante os contextos da prestação de cuidados, somos desafiados a indagar sobre diferentes aspetos ético-legais. A confidencialidade e respeito pelas suas crenças emergem de imediato, sendo na nossa opinião vetores que já mais poderão ser transgredidos. Na mesma linha de ideias, refletimos sobre a privacidade. Esta é uma necessidade e um direito de todo o ser humano. Para que se mantenha imaculada, é fundamental que sejam encetados esforços para que a mesma não seja quebrada. Assim, emergem os profissionais de saúde, como elementos que devem demonstrar preocupação com a proteção da privacidade do cliente no decurso dos seus cuidados (Bettinelli, Pomatti & Brock, 2010). Nos diversos locais de ensino clínico sentimos que a preocupação com a privacidade dos utentes era uma das preocupações das equipas multidisciplinares. Porém, no serviço de urgência, sentimos que os constrangimentos de natureza estrutural aliados à forte afluência concorrem para a satisfação plena deste

direito. Notamos também que, face ao mesmo problema, existe uma enorme sensibilidade e alerta por parte das equipas que, sistematicamente procuram analisar erros e apresentar soluções para que a intimidade dos clientes seja preservada e protegida. A título de exemplo, procurar um local separado por um “biombo”, para que a pessoa possa satisfazer as suas necessidades de eliminação ou acompanhá-la à casa de banho sempre que a sua condição o permita, foram algumas das atividades que sentimos que contribuíram para a conservação da privacidade e dignidade dos utentes.

Na mesma linha de pensamento, preservação da integridade e respeito, deparamo-nos nos diferentes contextos de ensino clínico com a “decisão de não reanimação”, merecendo a mesma uma reflexão. Este “termo”, na perspetiva de (França, 2011, p.58) “(...) é a única ordem de tratamento que diz à equipa de profissionais de saúde para se abster de fazer algo ao doente, o que contraria todas as outras ordens terapêuticas.” Partindo do serviço de urgência como referencial, encetamos uma discussão sobre a questão: “quem deve ser admitido nas unidades de cuidados intensivos e intermédios?” De modo a enquadrar a discussão, podemos refletir sobre os números: a ARS de Lisboa e Vale do Tejo incorpora 12 unidades hospitalares com UCI para um total de 3.659.868 residentes de acordo com o Censos de 2011, dos quais 668.771 têm menos de 18 anos (18,3%). Estas unidades agregam 7.233 camas de agudos que permitiram tratar em regime de internamento 274.501 doentes, o que garante um ratio de cerca de 2 camas por 1.000 habitantes. Deste modo, num princípio de justiça equitativa e distributiva, devem ser selecionadas e racionadas as ocupações destas camas. Sobre esta temática, tendemos a concordar com White, Cardenas e Nates (2017, p.414) quando afirma que:

“a questão de quem precisa de suporte da equipe de uma unidade de terapia intensiva é complexa. A terapia intensiva engloba ampla variedade de condições clínicas em diferentes especialidades e ambientes. A questão de como alocar os serviços de terapia intensiva também não é fácil de responder e depende de muitos fatores, que variam entre as diferentes instituições e incluem a disponibilidade de profissionais, além de outras considerações.”

Os mesmos autores afirmam que será preferível uma triagem mais permissiva do que uma mais restritiva (admitir à UCI pacientes que podem não precisar dela). Nesta linha de pensamentos, embora uma triagem ligeiramente permissiva possa ser preferível, uma excessivamente permissiva pode ser prejudicial se o serviço se tornar sobrecarregado, especialmente em momentos de crise ou demanda extraordinariamente elevada. Partindo

deste referencial, indo ao encontro das experiências vividas durante os ensinamentos clínicos, encontramos um ponto de rutura: a inexistência de ligação entre os 2 serviços de medicina intensiva: a unidade de cuidados intensivos e unidade de cuidados intermédios.

Os doentes admitidos na sala de emergência, quer do exterior, quer do internamento, depois de estabilizados, possuem dois de três destinos: o serviço de proveniência, a unidade de cuidados intermédios ou a unidade de cuidados intensivos ou até, eventualmente, o bloco operatório. Porém, caso o doente admitido em cuidados intensivos deixe de necessitar do nível de cuidados latentes nesta unidade, a sua transferência para a unidade de cuidados intermédios não se verifica. Por sua vez, a transferência de doentes da unidade de cuidados intermédios para intensivos é extremamente rara, sendo praticamente só reservada a doentes que necessitam de técnicas de substituição da função renal, permanecendo no serviço doentes com ventilação invasiva, apesar de patente nos seus critérios de admissão a “exclusão” destes doentes.

Do ponto de vista ético, consideramos esta uma medida de proteção do doente, contudo, um ponto de partida reflexivo: Qual é a viabilidade de integrar as duas unidades numa só, permitindo a transição de doentes entre unidades, gerindo as vagas num todo e não apenas como somatório das partes? Esta pergunta retórica, que poderá ser respondida apenas pelos responsáveis hospitalares trouxe à pesquisa e discussão um novo tema: a limitação do esforço terapêutico.

Este termo, flexível e maleável, pode ser entendido como: “a decisão de suspensão (*withdrawal*) ou abstenção (*withholding*) de um determinado tratamento, normalmente considerado fútil porque, perante um quadro clínico terminal ou irreversível, tem uma probabilidade de dano maior do que o benefício para o doente. Nestes casos mantêm-se as medidas que garantam um bem-estar físico e psicológico” (Alves & Branco, 2017). Em contraste com o mesmo, surge a distanásia, vulgarmente referida no continente europeu como obstinação ou encarniçamento terapêutico e nos Estados Unidos da América como futilidade terapêutica. De acordo com Fernandes e Coelho (2014), nos anos 50, o professor J.R. Debray tenta classificar as mesmas, em oposição à ortotanásia e eutanásia, como as tentativas de é reanimação sem sucesso do doente sem vida de relação e em estado vegetativo. Nesta linha de pensamento, refletindo sobre o tema de forma aprofunda, estamos cientes que a gestão da vida e morte em todos os campos de ensino clínico nunca foi um tema ligeiro. Apazigua-se a decisão com a experiência das equipas

multidisciplinares, com o bom senso e em muitos casos com a inclusão da família, mas nunca se torna uma decisão fácil.

Falar abertamente com alguém e dizer que o seu estado de saúde ou do seu familiar é irreversível ou que o prognóstico é muito reservado não se coaduna com o sentimento de poder superior que encerram as salas de emergência e unidades de cuidados intensivos. Neste sentido, Martins, Agnés e Sapeta (2012) defendem que “o medo da morte incutido na nossa sociedade atinge também os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que lidam com o final de vida”.

Entendemos desde modo que, trabalhar nestes contextos é encarar diariamente a possibilidade quer de trabalhar ombro a ombro com a tecnologia de ponta no sentido curativo, procurando reverter a doença, quer cuidar intensamente de quem procura apenas não sofrer nós seus últimos desígnios. Nesta face da moeda, a da limitação de esforço terapêutico, há fatores que importam e que devem ser respeitados, nomeadamente:

“a vontade do doente expressa verbalmente ou por escrito ou por intermédio do parecer do tutor legal ou dos familiares; o prognóstico a curto e a longo prazo; a qualidade de vida; a patologia médica; idade do doente; as considerações da equipa de profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo em conta o melhor interesse do doente; e os recursos, caso estes sejam limitados. A LET é assim um processo multifatorial, subjetivo, complexo e moroso, cuja decisão deve ser compartilhada pela equipa de profissionais de saúde da UCI, o doente e os familiares ou representante legal. Globalmente, a LET é uma prática comum na clínica médica das UCI, face ao notável número de doentes em estado terminal” (Alves, 2017, p.1).

No decurso dos ensinamentos clínicos, um caso foi considerado por nós um ponto de viragem entre o que era a opinião do estudante antes de contactar com a realidade dos cuidados intensivos e a sua opinião à posteriori. O mesmo mereceu a nossa reflexão no seio do ensino clínico III- unidade de cuidados intermédios, sendo notória uma divergência entre a vontade da família e equipa multidisciplinar, conduzindo ao encarniçamento do seu tratamento. Fora do contexto, através da comunicação social, acabamos por tomar conhecimento do falecimento da paciente em causa, pertencendo ao domínio do caso particularidades que poderiam de algum modo justificar a “cedência” do corpo clínico à vontade da família.

Ainda no domínio da responsabilidade ética, legal e profissional, concluindo esta senda reflexiva, compreendemos ser relevante frisar um ponto muito importante, desenvolvido pelo estudante: as competências da manutenção da privacidade, respeito pela pessoa e sigilo profissional.

Nas unidades de cuidados intensivos e intermédios, sendo as unidades dos doentes individualizadas, essa atividade foi mais fácil, contudo nestas, torna-se importante facilitar a presença da família e procurar inteirá-los dos processos em curso. Tal como advoga Frizon, Nascimento, Bertoncetto e Martins (2011, p.73), “a hospitalização de uma pessoa em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é um momento geralmente difícil para a família, que pode experimentar diferentes sentimentos que envolvem não somente o seu familiar hospitalizado como as suas perspetivas de vida” Por considerar-mos esta temática relevante, a mesma mereceu desenvolvimento no seio de um trabalho de acordo com a “CIPE”, garantindo-lhe a dimensão reflexiva.

Ressalvamos as questões da privacidade e integridade no seio do serviço de urgência. No serviço de urgência, o número elevado de doentes que ficam “internados” muitas vezes num espaço reduzido ou em corredor, privados até da separação por cortinas ou “biombos”, concorre para a não garantia da privacidade do doente e por conseguinte, dificulta o respeito pela intimidade. A cerca desta temática, Cavaco e Sousa (2013) acrescentam que, “falar de privacidade é também falar da segurança da informação oral e escrita.” Materializam-se neste paradigma questões éticas e legais, no que concerne à privacidade dos doentes no decurso das passagens de turno. Se por um lado, nas unidades de cuidados intensivos e intermédios, essa informação é veiculada no local próprio, segregado dos doentes e familiares, no serviço de urgência, devido às constantes mobilizações de doente e grande afluxo, a mesma muitas vezes é efetuadas junto dos mesmos. Neste domínio, a ordem dos enfermeiros (2001, p.1) defende que “(...) a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação”. Concordando com a mesma, no que respeita à importância do momento e ainda que possamos reconhecer a existência de vantagens na passagem de turno junto dos doentes, uma vez que a informação transmitida é associada à observação imediata do doente, do número da maca/cama e o local e não apenas recepção dessa informação, não ficamos

alheios às questões éticas desta prática. Este tipo de atuação, em perspetiva, concorre com os dispostos do artigo 86º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que contempla o respeito pela intimidade, bem como, o artigo 85º do CDE do dever ao sigilo profissional (Lei n.º 156/2015). Em última análise, consideramos que os doentes, poderão ter acesso à informação de outros doentes durante estes momentos, remetendo para os profissionais envolvidos nesta transmissão de informação, a proteção dos direitos dos utentes. De um modo global, pudemos observar que a salvaguarda do direito à privacidade e a garantia do acesso à informação apenas ao próprio, preservação do anonimato e intimidade foram garantidos, sendo identificadas como estratégias, o afastamento do espaço dos doentes e um tom de voz adequado, bem como a não verbalização de algumas informações, apontadas por escrito.

A propósito da apropriação, ou não, da passagem de turno junto dos doentes, a ordem dos enfermeiros, esclarece através de um parecer do conselho jurisdicional, CJ/20 de 2001, que não existe um local correto para a passagem de turno. O que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas diante de terceiros. Esta pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, sendo a informação transmitida na presença do doente ou num gabinete de enfermagem. Acima de tudo há que salvaguardar os direitos dos utentes, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade.

b) Domínio da Melhoria da Qualidade

Em saúde, a definição de qualidade é multifacetada, sendo aceite pela Ordem dos enfermeiros (2001a, p.6) que “(...) a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local”. Nesta linha de pensamentos, assumem-se as instituições como elementos ativos na busca e promoção da qualidade em saúde, garantindo aos seus utilizadores um cuidado de excelência. O Hospital Distrital de Santarém, assume no seu site o compromisso para com os utentes de salvaguardar e privilegiar a implementação permanente de normas de qualidade e de práticas ambientais corretas e responsáveis, criando o espaço para o desenvolvimento de projetos e iniciativas que visem melhorar a acessibilidade e os níveis de qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, ao longo dos ensinamentos clínicos, procuramos projetos nos quais o estudante pudesse ministrar o seu contributo, procurando a aproximação entre a vertente académica e os contextos práticos. Consideramos que, o exercício profissional do enfermeiro, bem

como uma atuação orientada do estudante devidamente motivado, são elementos fulcrais na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade.

Neste sistema deve estar implícita a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem, e os enunciados descritivos. Estes são aplicados de forma inata nas ações de enfermagem, quer sejam autónomas ou interdependentes. Partindo destes pressupostos, os padrões de qualidade, a atuação dos enfermeiros, traduzir-se-á em ganhos em saúde (OE, 2001a). Durante o período de ensino clínico I, o estudante no domínio da melhoria da qualidade, colaborou na atualização do plano de emergência e catástrofe da unidade hospitalar, em particular, no papel do serviço de urgência, não sendo menosprezável a pesquisa e discussão sobre temas como a “transmissão de más notícias, “comunicação com o doente em situação crítica”, entre outros aspetos práticos de patologia e equipamentos.

No seio do ensino clínico III, salienta-se o desenvolvimento, novamente, do trabalho da comunicação, desta feita com a família na antecipação da visita à pessoa em situação crítica e o início do trabalho a desenvolver na comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva. Salienta-se neste contexto a pesquisa bibliográfica em temáticas como a prevenção de complicações da ventilação não invasiva/boas práticas e a avaliação da dor em doente sedados através da *Behavioral Pain Scale* (BPS).

No que respeita ao ensino clínico II, cronologicamente em último, a procura do estudante em contribuir para o referencial de qualidade do serviço prendeu-se com a execução de uma ação de formação sobre ventilação não invasiva, temática pouco desenvolvida e a elaboração de uma orientação de trabalho para a colocação de drenagem torácica. Neste contexto, foram ainda encetados esforços para compreender as ações em curso no âmbito da prevenção da pneumonia associada à ventilação e compará-las com a mais atual bibliografia.

Em todos os contextos, foram realizados esforços para que a política de segurança fosse maximizada. Garantir a segurança dos doentes, passa por medir as consequências de determinados procedimentos e garantir uma atuação isenta de erros. Nesta linha de pensamentos, a DGS (2015), afirma que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está estreitamente relacionada com a política de segurança existente nas instituições de saúde, com a sua organização, havendo evidência clara de que o risco de ocorrerem erros é dez vezes superior nas instituições que descure

o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados. As consequências resultantes de tais incidentes têm repercussões a nível da integridade física, humana e emocional, tanto para os doentes como para as suas famílias. Além disso, traduzem-se também em consequências negativas na reputação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Assim, foi notória uma abnegação do estudante à renúncia de manipulação de equipamentos e realização de procedimentos que desconhecia na íntegra ou nunca havia realizado, sem a supervisão e orientação do enfermeiro(a) orientador, garantindo em permanência a integridade e segurança do doente. Ao investigarmos sobre a existência de planos que promovam uma política de segurança e por conseguinte, melhoria de qualidade, identificamos a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. Nesta encontram-se plasmados os pressupostos que visam assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão.

O reconhecimento da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde são pilares nos quais se procura assentar a garantia dos direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Assim torna-se premente a melhoria da qualidade clínica e organizacional, nomeadamente, na uniformização de normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (DGS, 2015). Nesta linha estratégica, integrando a estratégia nacional e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Este plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos (DGS, 2015). Este tem como objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, garantir a

identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Neste sentido, as Comissões da Qualidade e Segurança existentes em todos os hospitais devem mencionar nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os objetivos estratégicos acima descritos.

Durante os ensinamentos clínicos foi-nos possível conhecer os elos de cada serviço e conhecer quais os projetos em curso com vista à satisfação dos pressupostos, quer nacionais, quer institucionais. No serviço de urgência, o principal foco parte da identificação correta e inequívoca do doente, sendo este um dos elementos principais na prevenção de erros de terapêutica e iatrogenia médica. Existe também um sistema de segurança transfusional, estabelecido em parceria com uma empresa externa ao hospitalar, que procura anular os erros associados ao serviço de imunohemoterapia. As unidades de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma são enviadas do serviço de imunohemoterapia num contentor fechado que apenas abre mediante leitura dos dados que constam na pulseira de identificação do doente e, permite também, a introdução dos parâmetros vitais e hora de avaliação dos mesmos. Tal como advoga a DGS (2011), as falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes.

São realizadas auditorias, internas e externas, aos processos de triagem que procuram identificar falhas no processo, com vista à melhoria do atendimento dos seus doentes. De forma transversal a toda a unidade hospitalar encontram-se implementados projetos como a prevenção de quedas e úlceras por pressão. De acordo com dados da DGS (2015), perspetiva-se que até 2020 95% das instituições de saúde adotem práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas. Outra das metas nacionais incide na diminuição de quedas em 50% em cada ano, face ao ano anterior. No serviço de urgência esse trabalho começa na triagem onde o doente é identificado com risco de queda; quer pela sua situação clínica, quer pela obstinação do reconhecimento das suas limitações, quer pela história prévia de queda, sendo-lhe colocada uma pulseira colorida, roxa, em conformidade com a norma institucional. Visualmente toda a equipa multidisciplinar toma conhecimento do risco acrescido de queda do doente, para que lhe sejam atribuídos todos os dispositivos disponíveis para minimizar esse risco.

Na admissão de um doente na Uci e Uci é efetuada a avaliação da escala de Morse e esta é reavaliada caso não exista nenhuma alteração de 5 em 5 dias. Se o doente sofrer uma alteração no seu estado, é novamente avaliada a escala e reprogramada a reavaliação. (ex. doente que inicia levante, doente submetido a descontinuação ventilatória com sucesso.)

Ainda no âmbito do memorando a DGS (2015), advoga também a prevenção da ocorrência de úlceras por pressão. As úlceras por pressão provocam sofrimento no doente, aumentam a prevalência de infeções, minimizando a sua qualidade de vida e a dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, conduzir à morte. Para Alves, Borges e Brito (2014, p794), “A úlcera por pressão (UPP) constitui-se uma das principais lesões de pele que acomete pessoas vulneráveis internadas nos hospitais, quer em ambiente de clínica ou em unidade de terapia intensiva (UTI)” Nesta linha de pensamento, a DGS (2011), estima que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. Estudos epidemiológicos relativos aos cuidados hospitalares em Portugal divulgam que a prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5%, sendo que nos serviços de Medicina, esta média aumenta para 17,5%.

Além das consequências negativas para o doente e família, a ocorrência úlceras de pressão conduz a internamentos mais prolongados e a readmissões hospitalares, traduzindo-se num aumento dos custos para o Serviço Nacional de Saúde. Durante os períodos de ensino clínico pudemos verificar que existe uma política de aplicabilidade da escala de Braden sendo, contudo, denota-se um lapso de continuidade nas ações encetadas em contexto de urgência, de turno para turno, muitas vezes justificado pelo fluxo de doente e escassez de recursos e de serviço para serviço.

No que respeita à unidade de cuidados intermédios, além de todas as normas/procedimentos enunciados anteriormente, existem também normas de orientação clínica para a realização de procedimentos invasivos como a colocação de cateteres venosos centrais e linhas arteriais. Nestes procedimentos o papel do enfermeiro passa pela ação interdependente, encontrando-se também nestas normas de procedimento, os cuidados a ter na manutenção e manuseamento dos mesmos.

Transversalmente à Uci e Uci é sentida uma preocupação com a melhoria contínua e busca da qualidade em várias temáticas, contudo ressaltamos uma: a correta sedação e descontinuação precoce da sedação no doente crítico. Tal como afirma sakata (2010, p.653) “A recuperação é influenciada de forma significativa pela escolha de agentes

analgésicos e sedativos, a sedação deficiente ou excessiva e o controle insuficiente da dor”. Neste âmbito não é correto falar em descontinuação de sedação na sala de emergência, contudo é premente salientar-se a preocupação com a sedo-analgesia e combate à oligoanalgesia.

“A dor provoca estímulo simpático, com taquicardia e aumento da pressão arterial, sintomas que podem auxiliar a detectar a dor. No entanto, essas alterações têm pouca especificidade na UTI e podem ser causadas por vasopressores, bloqueadores adrenérgicos beta, antiarrítmicos, sedativos e condições patológicas (sepse, choque, hipoxemia e medo)” Sakata (2010, p.654).

A cerca desta temática, Junior e Park (2016, p.444) afirmam que “os efeitos deletérios da sedação profunda podem ser minimizados com a estratégia de usar protocolos de sedação que tenham como alvo níveis mais leves de sedação bem como com a interrupção diária da infusão de sedativos.” Os mesmos autores, afirmam que os resultados da meta-análise não revelam diferenças importantes entre as duas abordagens no que respeita a desfechos importantes, sendo baixa a ocorrência de extubações acidentais com baixos níveis de sedação: principal preocupação/ reserva dos clínicos quanto à diminuição dos níveis (Junior & Park, 2016). Deste modo, verificou-se e evidencia-se uma preocupação por parte das equipas tanto da Ucint como da Uci em manter os doentes com níveis de Rass entre -1 e -2, sendo a descontinuação executada tão cedo quanto fosse possível ao doente seguir uma série de comandos estipulados pelo médico como o apertar da mão, o seguir com o olhar ou movimentar os dedos das mãos/pés.

Ainda no domínio da qualidade, relativamente à unidade de cuidados intensivos, existia uma carência no âmbito das orientações para a colocação e manutenção de drenagens torácicas, tendo sido elaborado pelo estudante um documento de orientação para a colocação e manutenção de drenagens torácicas, tendo o mesmo ficado para aprovação do grupo de coordenação local de qualidade.

Para a realização desta norma, bem como da formação à equipa no contexto da ventilação não invasiva, revelou-se fundamental a consulta de bibliografia atualizada, cumprindo assim com os pressupostos do artigo 88º do CDE, “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de

atitude;”, com o intuito de tomar decisões fundamentadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Lei n.º 156/2015)

Em todos os serviços foi possível observar que são realizadas auditorias aos processos clínicos dos doentes com vista a identificação de falhas, com base nesses resultados, são criadas medidas corretivas que contribuem para a melhoria da qualidade. Para Toga (2014) este raciocínio é claro sublinhando que a auditoria clínica em saúde é uma mais-valia na melhoria contínua dos cuidados, na gestão do risco e para que o controlo interno da instituição seja eficaz.

Em sumula, estamos convictos que o papel do enfermeiro especialista na dimensão da melhoria da qualidade é premente, sendo claro para o estudante que os projetos de melhoria devem ser norteados pelos mesmos, ou a sua inclusão é primordial, garantindo o seu enviesamento para o estreito cumprimentos dos padrões de qualidade emanados pela ordem dos enfermeiros, bem como a satisfação dos seus enunciados descritivos.

c) Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão de cuidados, inclui por parte do enfermeiro a necessidade de otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores. Neste âmbito, encontra-se plasmado no regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista a importância de otimizar a resposta da sua equipa, bem como a articulação da equipa multidisciplinar, assumindo a liderança e gestão dos recursos nos mais dinâmicos contextos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2011).

A ordem dos enfermeiros (2001a), defende que a gestão é considerada um domínio da área de competências do enfermeiro que se assume de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados uma vez que estes são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados na prestação dos mesmos. Ao longo dos diferentes períodos de ensino clínico podemos compreender que essa avaliação e gestão passa não apenas pela dotação e cálculo do pessoal, recrutamento, seleção, integração e formação, mas também pela avaliação do desempenho. De um modo global, estamos convictos que o cálculo de dotações seguras em enfermagem, procura estabelecer quantitativa e qualitativamente o equilíbrio entre a equipa de enfermagem e as necessidades de cuidados, advogando para o público alvo das intervenções os melhores cuidados.

No que respeita aos serviços de urgência, a ordem dos enfermeiros (2014), tal como referido anteriormente, propõe que seja utilizado para efeito de cálculos o “Posto de trabalho”, sendo o mesmo adaptado ao fluxo de trabalho e procura ao longo de cada dia, semana e mês de cada serviço. Contudo, não é espectável nesta apreciação, o número de doentes que permanecem em corredores e subdivisões do serviço, não sendo contemplados estes para o cálculo efetivo das necessidades de cuidados, incorrendo deste modo em dois fenómenos: por um lado, a sobrecarga de trabalho para o Enfermeiro responsável pelos mesmos, por outro, a inadequada distribuição de tempo e recursos para as reais necessidades destes doentes, em muitos casos, com níveis elevados de dependência e inúmeras comorbilidades.

No que respeita às unidades de cuidados intermédios e intensivos, reforça-se o esforço realizado por parte dos elementos responsáveis no cálculo do *scoring* do *TISS 28*; esta ferramenta, à semelhança da *Nursing Activities Score* (NAS) revelam-se importantes instrumentos de gestão para o planeamento e avaliação das atividades de Enfermagem. Os dados obtidos a partir das mesmas permitem, otimizar os recursos materiais e humanos, num referencial exequível e reduzir custos efetivos, determinar o grau de gravidade dos doentes e prognóstico de mortalidade. De um modo global estamos cientes que seria preferível a aplicação da NAS em detrimento da *TISS 28*, na medida em que existem estudos que apontam a “(...) eficácia do NAS na avaliação da carga de trabalho em enfermagem e sensibilidade para as atividades de enfermagem” como superior (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes, 2010, p. 12).

Nesta linha de pensamentos, Queijo e Padilha (2009, p.1011), defendem que “o NAS apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das atividades de enfermagem, superando a abrangência do *TISS 28*, que somente contempla 43,4%.” Desta forma, o NAS supera a abrangência do *TISS 28* ao descrever duas vezes mais tempo despendido nos cuidados de enfermagem. Apesar de ser um instrumento de gestão baseado na duração real das atividades de enfermagem, independentemente da gravidade da doença e necessidade de intervenções terapêuticas, verifica-se que um dos fatores associados à elevada carga de trabalho por este avaliado é a gravidade da doença. Porém salientamos o esforço realizado na tentativa de aproximação entre o nível de cuidados prestados e as necessidades da equipa para garantir elevados padrões de qualidade dos mesmos.

No que respeita à unidade de cuidados intensivos, a reflexão foi realizada anteriormente, contudo, importa acrescentar que sobre esta temática, o *international council of nurses* (2006, p.15) afirma que:

“As dotações seguras mostram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho ativa.” e que “ (...) países com um fornecimento amplo de profissionais de saúde têm melhores indicadores de saúde.”

De modo transversal aos diferentes campos de ensino clínico, objetiva-se que enquanto responsável de turno, o enfermeiro, além de desenvolver as suas competências na área da coordenação dos cuidados, mobiliza a capacidade de gestão, quer dos recursos humanos, quer de materiais. Foi possível ao estudante colaborar na confirmação do material dos serviços, reposição de áreas/postos de trabalho de material indispensável à prestação de cuidados, efetuar pedidos de medicação, contagem de estupefacientes e levantamento destes nos serviços farmacêuticos, bem como a verificação da operacionalidade de equipamentos.

No que respeita à gestão, foi possível observar de perto o trabalho desenvolvido pelas chefias, nomeadamente na elaboração de horários, confirmação do registo biométrico de cada funcionário e resolução de problemas emergentes movidos pelo absentismo.

Para concluir, salvaguardamos uma realidade que nos preocupou: a inexistência de uma equipa formal de transportes inter-hospitalares. Formalmente, a equipa do serviço de urgência tem à sua disposição elementos numa escala de prevenção, sendo requisito obrigatório para a integração da mesma a frequência de um curso intitulado: TIDEC. Este curso, ministrado por formadores da instituição, sem acreditação externa e sem módulos de SAV, constitui uma falsa premissa de segurança ao transporte de doentes instáveis. Nesta área, corroborando a sociedade portuguesa de cuidados intensivos, advogamos que:

“(...) deve existir uma equipa de profissionais, para o transporte do doente crítico. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica, treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes. A prática corrente é o acompanhamento dos doentes pelos profissionais menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para

funcionarem em equipa. Essa prática tem de ser banida” (SPCI & OM, 2008, p. 25).

Esta realidade não é estranha à entidade supramencionada, reconhecendo-a como uma realidade transversal a muitas instituições e que, não sendo uma prática correta deve ser de todo evitada. É inadmissível que, qualquer agravamento do estado de saúde de um doente que não esteja diretamente relacionado com a sua situação de doença, possa ser imputado ao transporte. A segurança do doente e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objetivo em todas as fases do transporte (SPCI & OM, 2008). Neste sentido, é unânime e aceita que, a formação das equipas de transporte e o equipamento deve ser uniformizado para todo o hospital, de modo a que a equipa que transporta o doente já tenha experiência do seu funcionamento (SPCI & OM, 2008). Assim, tecemos para a instituição como um todo, a recomendação da criação de um polo de formação sólido, assente numa política de qualidade enviesada para a segurança tanto dos doentes, como dos seus prestadores de cuidados a nível institucional.

d) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Em enfermagem, estamos convictos que a aprendizagem poderá ser o resultado da simbiose entre o profissional, o meio e o seu investimento. O seu alcance não constitui um fim em si próprio, mas sim uma propulsão a novas conquistas. É, por conseguinte, um desafio constante para os profissionais da atualidade, pois perante os conhecimentos adquiridos pressupõe-se uma constante adaptação, renovação e enriquecimento. A necessidade de aquisição de novos saberes fundamenta e enriquece o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros (Mostardinha, 2016). Os momentos de ensino clínico, constituíram-se, deste modo, uma mais valia ao estudante na consolidação de conhecimentos na área do cuidado à pessoa em situação crítica. Tal como refere Abreu (2003, p. 81) “o contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, permitindo que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem num ciclo recursivo”. Na mesma linha de pensamentos, Vaz e Catita (2000), advogam que o enfermeiro necessita de determinadas características que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimento adquirido, mas também com a rapidez, a agilidade e a diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou morte para o doente. Este ponto revelou-se um dos grandes desafios, na medida em que a experiência prévia do estudante em contextos de urgência, cuidados intermédios e intensivos era praticamente nula. Num primeiro contacto urgia a

questão: “e agora, por onde começo?” O primeiro utente admitido na SE, no primeiro período de ensino clínico foi um utente com um bloqueio aurículo-ventricular completo, em choque. Foi necessário mobilizar, tanto o conjunto de saberes empíricos como “encaixar” na equipa multidisciplinar para multiplicar esforços com vista a estabilização hemodinâmica e não concorrência dos mesmos. De um modo global, transversalmente aos vários ensinos clínicos foi notória uma evolução no sentido da agilidade, destreza, capacidade de raciocínio e organização dos cuidados ao doente crítico. Para tal crescimento contribuiu também o encadeamento destes períodos: urgência, cuidados intermédios, cuidados intensivos.

Foi possível acompanhar o doente crítico em todo o seu percurso, desde a admissão na sala de emergência, até à transferência tanto para a unidade de cuidados intermédios, intensivos e/ou bloco operatório. Por conseguinte, também foi possível acompanhar o reverso, nomeadamente pós-operatórios imediatos no seio da unidade de cuidados intensivos e a transferência para enfermarias. Todas estas vivências contribuíram para a consolidação de saberes desenvolvidos academicamente, destruição de dogmas e sobretudo, procura bibliográfica que enriqueceu o processo de tomada de decisão. De acordo com Gomes, Preto e Brás (2017, p.23) “(...) o enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados diferenciado.” Este papel advém não apenas da repetição de procedimentos, da vivência de situações, mas mais profundamente da racionalização e indagação das mesmas.

O pensamento crítico assume-se, deste modo, como alicerce da tomada de decisão da prática de enfermagem. A tomada de decisão em enfermagem, principalmente no serviço de urgência, pode confrontar o profissional com situações tensas. A imprevisibilidade da doença, principalmente quando acomete a pessoa para uma situação de doença crítica nem sempre contempla uma evolução favorável, podendo evoluir para a morte. Tal como refere Sousa, Almeida e Simões (2011, p.196) “o recurso a um SU é sempre um momento de fragilização do doente e dos seus familiares que tentem a sentir-se ansiosos e com medo do diagnóstico clínico”. Num serviço desta natureza, as notícias podem nem sempre ser de índole animadora, contudo, esconder um facto não o minimiza ou elimina como um passo de magia. Neste sentido, Martins et al. (2012, p.13) defendem que “cuidar dos familiares é também visto como uma necessidade de intervenção. Os sintomas de ordem psicológica e social são também alvo de atenção, em que existe uma preocupação em

perceber os motivos que levam a família a trazer o doente ao SU, clarificar os objetivos dos cuidados nesta fase da vida, ter acesso a documento de vontades antecipadas, perceber o nível de *coping* familiar e providenciar apoio espiritual ou social” Esta, foi de todas as atividades a desenvolver, ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, a mais difícil de superar. Tendencialmente concordando com Ribeiro, Bermejo e Salazar (2013, p.19) e estamos convictos de que “em qualquer atividade do ser humano é impossível não comunicar. Da mais simples à mais complexa. Por palavras, por gestos, pelo silêncio, pelo toque, pela escrita, pelo sorriso...existem infinitas formas de o Homem comunicar com o seu semelhante ...”, não tornando, contudo, esta uma atividade fácil ou de menor importância. Nesta temática, Pimenta, Mota e Cruz (2006, p.225) acrescenta ainda que, “o ato de comunicar não é responsabilidade de uma pessoa, mas sim de toda a equipa devendo assumir-se como um ato conjunto em prol do maior benefício para o doente e sua família”

A Comunicação de más notícias é na ótica de Pereira (2005) uma situação geradora de perturbações, quer na pessoa que recebe a notícia, quer em quem a transmite, pelo que uma comunicação deste tipo é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade em gerir a situação. Como enriquecimento formal, surge ao estudante, após exploração de conhecimentos na área da comunicação de más notícias, os modelos de comunicação de Buckman, através do protocolo de *SPIKES*. Neste, encontram-se contempladas seis etapas, que servem de linha orientadora à transmissão de más notícias. Estas são vulgarmente conhecidas como:

- *Setting up* (Preparação e escolha do local adequado) – é fundamental determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista. As más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupção de terceiros e poderá ser útil à pessoa não estar sozinha. Nem sempre é fácil encontrar um local onde que preencha todos os requisitos e, ocasionalmente, o mesmo pode ficar estigmatizado como o local onde nada de bom se pode esperar; (Pereira, 2005)

- *Perception* (Descobrir o que o doente/família já sabem) – o profissional de saúde pede à pessoa que lhe descreva a sua situação de doença, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos. As respostas serão informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve. Nem sempre é fácil encontrar um equilíbrio entre aquilo que a pessoa sabe e a verdadeira dimensão ou magnitude da doença, ou por

dificuldade em encarar a realidade ou por falta de compreensão da mesma ou até mesmo o desconhecimento total dos familiares da situação; (Pereira, 2005)

- *Invitation* (Descobrir o que o doente/ família querem saber) –O profissional de saúde tenta compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado. Por vezes o doente já tem conhecimento e não quer discutir o assunto. Por vezes o familiar também, mas encontra-se em negação. Não devem ser forçados limites. (Pereira, 2005)

- *knowledge* (Dar a notícia) – a verdade constitui um processo que deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo à pessoa para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde. O profissional de saúde tenta certificar-se de que o doente fez uma interpretação correta da situação e verifica qual a sua reação. Em relação ao familiar, a conversa antecipatória poderá de algum modo fazer prever este momento, sendo, contudo, um momento importante. (Pereira, 2005)

- *Emotion* (Responder às emoções e às perguntas do doente/família) - é uma das fases cruciais que pressupõe a identificação e a validação de emoções. O medo e a angústia são dois sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia traduzindo-se muitas vezes em raiva contra o profissional de saúde. É importante demonstrar apoio e compreensão (toque), respeitando o silêncio e o choro. As respostas dadas devem ser claras e simples, de forma direta e honesta. As informações importantes devem ser comunicadas no início ou no fim da conversa, pois habitualmente a pessoa esquece o meio. Nesta fase a família poderá necessitar do suporte de outros membros familiares, ou pessoas significativas. Poderá ser solicitado o acompanhamento junto do familiar ou pessoa significativa, devendo o profissional desmistificar tudo o que poderá encontrar, mantendo-se disponível para o acompanhamento e esclarecimento de dúvidas. (Pereira, 2005)

- *Strategy and summary* (Propor um plano de acompanhamento) – consiste na elaboração de um plano gerido em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento. O profissional de saúde e o doente estipulam pequenas metas a atingir. O doente deve ser encorajado a questionar e a escrever perguntas no domicílio para não esquecer de as expor numa próxima consulta/ encontro. Uma nova consulta/encontro deve ficar agendada (Pereira, 2005). Quando a abordagem é feita ao familiar, quando a situação é irreversível ou mesmo uma situação de morte, deve ser prestado o apoio emocional que a pessoa necessitar, não impondo o profissional a sua presença, procurando que o mesmo assimile

a dimensão e natureza dos acontecimentos. Sobre esta temática, Serra e Albuquerque (2006) realçam a importância de saber comunicar de forma correta uma má notícia, considerando este saber uma ferramenta terapêutica essencial, que permite à pessoa e/ou família ter acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação necessária, para poderem ser ajudadas e ajudar-se a si mesmas.

Existem alguns parâmetros que consideramos relevantes para as pessoas que recebem más notícias, como a competência do profissional de saúde, a honestidade, a atenção com a pessoa e a sua família, o tempo para permitir as perguntas, a divulgação de um diagnóstico direto e compreensível e a utilização de uma linguagem clara e simples. O estabelecimento de uma relação de ajuda baseada na empatia, na demonstração de confiança, na veracidade das palavras utilizadas, na privacidade e a na confidencialidade, são fatores verdadeiramente importantes. (Muller 2002)

Por ser uma área de interesse particular ao estudante, a comunicação, este optou por realizar a revisão sistemática de literatura numa das imensas ramificações da mesma: a efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação com doentes entubados e ventilados em cuidados intensivos.

Concluindo, analisando todas as vicissitudes, dos períodos de ensino clínico, é possível afirmar que foram prestados cuidados complexos e específicos, que conduziram à aquisição e aplicação de conhecimentos, ao desenvolvimento da capacidade reflexiva e concomitante análise crítica. A partilha de experiências e saberes revelou-se uma mais valia para todos, identificando lacunas, refletindo e partilhando os resultados dessa reflexão, enriqueceu não só o estudante, como os orientadores, como os contextos. Um dos momentos mais marcantes foi a admissão de um doente, acompanhado pela equipa de bombeiros locais, ativados por uma adinamia súbita. Doente do foro oncológico, em situação terminal, que apesar de ser conhecida a progressão da doença pelo mesmo e pela família foi conduzido ao hospital para não falecer em casa. Houve espaço para tudo; para cuidados de estabilização imediata, para decisão á cabeceira da abordagem a seguir, para confortar e apoiar, para comunicar com a família e para posteriormente acompanhar a família junto do corpo para iniciar o processo de luto.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, define as competências específicas, que juntamente com as competências comuns anteriormente descritas, formam o conjunto de competências clínicas especializadas destes profissionais. De forma sistemática, serão refletidas algumas situações que conduziram ao desenvolvimento e aquisição destas competências, procurando dividir-se as mesmas por campos de ensino clínico.

I. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

A vivência de situações que alteram a rotina quotidiana das pessoas, nomeadamente o seu contínuo saúde-doença podem transtornar o seu equilíbrio ou, precipitar uma eventual descompensação. Neste sentido, concordando com Meleis (2010), acreditamos que as pessoas podem sofrer múltiplas transições ao mesmo tempo, sendo a transição saúde doença especialmente importante neste contexto. A pessoa passa de um estágio de aparente saúde para uma situação onde o seu controlo sobre a situação está extremamente limitado. Nesta linha de pensamentos, também Krinsky, Murillo e Johnson (2014) baseados na teoria de conforto de *Katharine Kolcaba* afirmam que é de extrema importância apoiar a pessoa nas suas três dimensões do conforto: alívio, tranquilidade e transcendência. Neste referencial, transpondo as vivências dos campos de ensino clínico, estamos cientes que cabe ao Enfermeiro, numa primeira fase aliviar o doente tanto a nível físico (dor) como transmitir-lhe a confiança que este necessita para apropriar do processo de cuidado. De seguida, no que respeita à tranquilidade que é um dos paradigmas mais difíceis de atingir tanto nos serviços de urgência, como nas unidades de cuidados intermédios e intensivos, não são poupados os esforços.

Ser acometido num serviço de urgência, num internamento de cuidados intermédios ou mesmo de intensivos, revela-se tudo menos tranquilo. Assim, a interação com o doente, explicando-lhe onde se encontra e o porquê de todos os interfaces a que está sujeito poderá transmitir-lhe simultaneamente tranquilidade e confiança. Por último, mas não menos importante, cabe ao enfermeiro facilitar a transcendência das necessidades do doente, nomeadamente no que respeita à família. Este deverá funcionar como elemento promotor

das relações, inferindo e mediando o processo de reaproximação doente-família. Este doente poderá desempenhar múltiplos papéis que são alterados com a sua admissão na unidade hospitalar e/ ou com o internamento (Ex: pai, principal fonte de rendimento, cuidador, ...), sendo premente uma sensibilidade acrescida do enfermeiro contemporâneo para tais situações, agindo em conformidade com as mesmas.

Em todos os momentos de ensino clínico, uma das principais preocupações foi o controlo da dor e gestão da analgesia. Utilizando as palavras de Pinho, Carneiro, Alves, Nunes e Duarte (2016) como ponto de partida, reconhecemos que, todos os doentes críticos estão suscetíveis à dor e “a sua gestão representa um desafio universal. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos ...” Estes doentes, devido à sua situação de saúde e/ou outras barreiras à comunicação, encontram-se muitas vezes impedidos de comunicar verbalmente, sendo premente que o enfermeiro consiga identificar e tratar atempadamente os focos de dor. Nesta linha de pensamento, Pinho et al. (2016, p.7) acrescentam ainda que:

“a dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a *BPS*, que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória”

Assim, tal como nos relembra a Direção Geral de Saúde, na circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003, a dor é um sinal vital, o quinto, sendo a sua gestão, simultaneamente um direito do doente e um dever do profissional, norteando o caminho para a verdadeira e efetiva humanização dos cuidados de saúde. Neste sentido, Sakata (2010, p. 653), defende que “a maioria dos pacientes de unidades de terapia intensiva experimenta dor, medo e ansiedade. A administração de analgésico e sedativo é fundamental para dar conforto ao paciente reduzir o estresse e evitar retardo na recuperação e na liberação da ventilação mecânica”. Nesta linha de raciocínio, cimenta-se a importância da ação do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e a sua atuação como peça fundamental na resposta às necessidades específicas do doente crítico, na prestação de cuidados seguros e qualificados. Os campos supramencionados, do acolhimento, conforto e transcendência do doente, bem como a sua manutenção num referencial biopsicossocial

foram pontos de investimento ao longo dos ensinamentos clínicos, sendo notória a evolução do estudante no domínio das intervenções inerentes a cada um. Ações simples como no serviço de urgência questionar o doente: “Sente-se melhor?”, “A dor que sentia diminuiu?”, “Quer que chame a sua família?”, revelam um sentido de preocupação e entrega aos cuidados numa vertente holística.

Não obstante, a pessoa em situação crítica necessita de rápida e eficaz resposta da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem essencial na sua abordagem. O enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Artigo 4.º, n. 2º). Estes cuidados, além da vertente técnica, transpõem-se também na linha humana da comunicação (OE, 2011).

A pessoa com falência multiorgânica necessita, por vezes de ventilação mecânica, ficando inibida de emitir sons, devido à presença do tubo endotraqueal, ficando deste modo limitada a sua capacidade de comunicar tanto com os familiares como com os profissionais de saúde. Comunicação e relação terapêutica são dois conceitos indissociáveis no quotidiano de cuidados. Para que a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente se concretize é essencial que exista uma comunicação eficaz, o que pressupõe, por parte do enfermeiro, um conhecimento sólido acerca do processo comunicacional, nomeadamente das formas verbais e não-verbais da comunicação, bem como deve desenvolver competências a nível comunicacional. Tal como defende Alonso (2002, p. 27) “A comunicação é o produto funcional da necessidade humana e expressão em relacionamento. Tudo comunica, é impossível não comunicar. Até mesmo o silêncio comunica, ou seja, o nosso corpo fala”. Comunicar em saúde, em especial com pessoas doentes, é um desafio. Existem diversos fatores que condicionam a comunicação (barreiras à comunicação): Barreiras pessoais, Nível de conhecimento, Aparência, Postura corporal, Movimento corporal, Contato visual, Expressão facial, Fluência, Barreiras sociais, Educação, Cultura, Crenças, normas sociais e dogmas religiosos, Barreiras fisiológicas.

Para Sequeira (2016, p. 78) “Comunicar com eficácia em saúde é muito relevante para os profissionais e para os utentes (...), pois possibilita que um maior conteúdo informativo seja assimilado pelos utentes, o que promove uma maior adesão aos planos terapêuticos e uma melhor satisfação com os cuidados prestados.” Quando ocorre a entubação com TET, este fica posicionado ao nível das cordas vocais, impedindo assim a passagem de

ar, não permitindo a formação de sons, uma vez que o som é produzido pela vibração das cordas vocais com a passagem do ar. O doente fica então privado de comunicar oralmente, uma vez que, as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções (Thelan & Davie, 1994). Um dos principais fatores de angústia para o doente sujeito a TET é o compromisso da comunicação. Este está relacionado com a incapacidade do doente para falar, apesar de se encontrar desperto para o que o rodeia. A comunicação entre o doente e a equipa de enfermagem é tanto mais difícil quanto mais instável o doente estiver, nomeadamente doente submetido a ventilação mecânica e com presença de tubo endotraqueal (Sá & Machado, 2006).

Assim, tal como advoga Ciuro (2007) os enfermeiros devem estar atentos a todas as suas mensagens não-verbais pois estas eventualmente igualam e substituem as mensagens verbais. Defende também que é competência do enfermeiro desenvolver e/ou proporcionar meios alternativos à comunicação com o doente entubado com TET, impossibilitado de comunicar verbalmente. Ao longo dos períodos de ensino clínico, foram diversas as experiências de comunicação, com doentes, submetidos a ventilação invasiva. Umhas constrangedoras, pela inicial inaptidão na comunicação, outras, enriquecedoras pela produtividade da aplicação de técnicas de comunicação. Tal como defende Hafsteindóttir referido por Ashurst (1998, p.10), os doentes ventilados: “...são capazes de passar por experiências de comunicação muito negativas durante a ventilação mecânica, desencadeando-lhes frustrações, zanga e exaustão e, talvez, sensação de impotência. O facto de não poderem falar e de sofrerem de fraqueza nos membros dificulta-lhes a comunicação e, portanto, será preciso reconfortá-los e apoiá-los.”

Esta temática, transversal aos três períodos de ensino clínico, motivou a escolha da temática da revisão sistemática de literatura, sendo na nossa opinião, um assunto sempre atual e que merece revisão e atualização periódica. Um exemplo particular teve lugar na unidade de cuidados intensivos, bem próximo do início do período de ensino clínico. Um doente anteriormente sedado, foi sendo “acordado” e encontrava-se assíncrono com o ventilador. Pela presença do tubo endotraqueal como referido anteriormente, encontrava-se inibido de emitir sons. Ao abordá-lo foi necessário mobilizar um conjunto de competências que passaram pela leitura corporal, a mimica, a formulação de questões simples de resposta fechada, até chegar à questão: o doente queria urinar! Estabelecido o “código” de comunicação, foi mais fácil explicar-lhe que permanecia algaliado devido à

sua condição e que não seria possível urinar de forma “natural” enquanto estivesse submetido a algaliação.

Fechando esta temática, que será retomada na revisão sistemática de literatura, transpomos para um âmbito completamente diferente. Salientamos que de um modo global, durante os três períodos de ensino clínico, foi proporcionada ao estudante a oportunidade de utilização de monitores, ventiladores e bombas perfusoras; o acompanhamento de doente críticos sob ventilação mecânica à TAC e ao BO, assegurando o nível de cuidados, o transporte entre unidade hospitalares e a receção dos mesmo tanto do BO como de outros serviços. Neste sentido, refletindo, aceitamos amplamente o doente crítico como a pessoa que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. (SPCI & OM 2008). Este, em simbiose com um ambiente clínico e fisiológico em constante mudança, requer monitorização hemodinâmica, revelando-se a mesma o elemento chave no cuidado ao doente crítico. De acordo com a SPCI & OM (2008), a monitorização proporciona um auxílio inquestionável para um diagnóstico e para um tratamento adequado de monitorização e terapêutica (SPCI & OM 2008).

A PSC corre risco de falência multiorgânica, onde a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente nula, podendo pequenas alterações induzir grandes instabilidades e, conseqüentemente, ocorrer agravamento do seu estado. Segundo Vaz e Catita (2000), o enfermeiro ao prestar cuidados ao doente crítico, executa-os de forma contínua e com elevada qualidade, permanecendo atento às necessidades do doente. Segundo o regulamento 124/2011, estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação do doente, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011). Ao longo destes ensinamentos clínicos foram adquiridas e desenvolvidas competências no cuidar do doente submetido a ventilação mecânica sendo uma área de investimento através da consulta bibliográfica bem como da partilha de conhecimentos com os enfermeiros orientadores, por ser uma área anteriormente carenciada. O investimento nesta área em específico, permitiu a compreensão dos modos ventilatórios e conseguinte adequação a cada situação clínica em particular, bem como, compreender os ajustes dos parâmetros ventilatórios em função dos valores da gasometria

apresentados. A reflexão destas temáticas, tanto com a equipa de enfermagem com a equipa médica, permitiu aquisição e assimilação de conhecimento nesta área, meramente académico, constituindo-se indubitavelmente, uma mais-valia.

Outras áreas de investimento, relacionados com o cuidado da PSC, foram a colaboração na colocação e manutenção de dispositivos médicos como CVC, LA, Cateteres de hemodialise não tunelizados e entubação endotraqueal. Estes dispositivos são por vezes indispensáveis à monitorização hemodinâmica da PSC e/ou suporte vital, revelando-se o papel do Enfermeiro no sucesso da sua implementação e minoração de eventos adversos relacionados com estes: preponderante.

No Serviço de urgência surgiram essencialmente oportunidades de colaborar no estabelecimento de via aérea artificial através de Entubação endotraqueal, colocação de cateteres venosos centrais e drenos torácicos. No que respeita à unidade de cuidados intermédios, em acréscimo aos mesmos, surgiu o primeiro contacto com linhas arteriais e os seus cuidados, bem com a utilização do equipamento *cough assist*. Por sua vez, no seio da unidade de cuidados intensivos, além dos supramencionados, surgiram os cateteres de hemodiálise e os cuidados ao doente submetido a dialise contínua. Transversalmente aos três campos de ensino clínico, foi possível desenvolver a capacidade de monitorização da PSC, nomeadamente, a vigilância do seu estado neurológico, muitas vezes com recurso a Escala de coma Glasgow. Não obstante, quando esta não era adequada devido há presença de sedação do doente, tanto na unidade de cuidados intermédios como intensivos, era utilizada a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale (Rass)*. Esta revelou-se uma novidade para o estudante, constituindo-se a sua compreensão e aplicação um ganho para o cuidado a PSC e *praxis* futura.

Da colaboração na colocação de linhas arteriais, até à compreensão dos valores de pvc, avaliação da mesma e acoplação e descontinuação ventilatória passaram 3 períodos de ensino clínico. Da inexperiência a obter o “zero” da PVC, a realizar a colheita de sangue da linha arterial, a interpretar os alarmes de pressão do ventilador até à presente data albergam-se todas as experiências e horas de investimento para um cuidado seguro e fundamentado, rico e atualizado.

Individualizando os campos de ensino clínico, utilizando como referencial as experiências/ momentos alvo de reflexão em cada um no cuidado à PSC para o desenvolvimento de competências especializadas, são de notar no serviço de urgência, a reflexão sobre a importância da triagem de *manchester* e importância das vias verdes; na

unidade de cuidados intermédios, a importância da intervenção do enfermeiro especialista no cuidado do doente submetido a ventilação não invasiva; no seio da unidade de cuidados intensivos, os cuidados ao doente submetido a ventilação invasiva.

A triagem é um sistema de gestão de risco clínico que tem como objetivos a rápida identificação de doentes com necessidade de cuidados de saúde urgentes ou em risco de vida, o estabelecimento de prioridades e a regulação da afluência de doentes ao SU. É um sistema que permite encaminhar o doente urgente/emergente para o local certo, no momento certo, promover o nível adequado de cuidados e facilitar a afetação de recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos (Bracken, 2008). Para além desta avaliação e encaminhamento, existem em Portugal sistemas que otimizam a resposta a determinadas condições médicas e/ou cirúrgicas: as Vias Verdes. Em Portugal estão implementados sistemas de resposta rápida, as Vias Verdes, que segundo a CRRNEU (2012, p.22) são: “algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico” e que vieram colmatar a inadequação dos sistemas de triagem de prioridades na avaliação destes processos patológicos.

Aquando da realização deste ensino clínico, encontrava-se em implementação, fase “piloto”, a Via verde sépsis, sendo até à conclusão do mesmo, muito promissores os dados acedidos. De acordo com a DGS (2010a), a incidência de casos de Sépsis em Portugal tem crescido cerca de 1,5% ao ano, determinando um aumento significativo da mortalidade que lhe está associada. A relevância destes dados conduziu à necessidade de se criar, desenvolver e implementar um protocolo terapêutico para a Sépsis – Via Verde Sépsis-, a nível de todos os SU nacionais, e que contempla um conjunto de atitudes que, se realizados numa fase precoce da doença, reduzem a morbi-mortalidade. Além destas “*bundles*” de atitudes, dando continuidade aos postulados de Roger C. Bone, MD, em estreito alinhamento com as recomendações para o tratamento e diagnóstico da sépsis, surgem atitudes que permitem “a identificação e estratificação rápidas de doentes, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos” (DSG, 2010a, p. 1), permitindo não só diminuir a mortalidade e os custos associados, como também potenciar a melhoria da utilização dos recursos. Foi enriquecedor e gratificante para o estudante a participação e sentido de pertença a um

projeto tão premente e virado para a satisfação de necessidades crescentes e preocupante da população servida.

Figurar num serviço desta índole permitiu o desenvolvimento das competências de cuidar de múltiplos doentes ao mesmo tempo, sem descorar o rigor e individualidade que cada um requer. Somos a refletir, que na ótica do estudante, trabalhar num serviço com níveis variáveis de afluência é simultaneamente estimulante e desgastante, exigindo do Enfermeiro um referencial de organização e estabilidade muito particular. Tal como refere Martins et al. (2012, p.5) “Os serviços de urgência são multidisciplinares e multiprofissionais e têm como objetivo prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas”. Acerca dos seus profissionais, nomeadamente os enfermeiros advoga que os Enfermeiros que desempenham funções nestes serviços têm como dever saber dar resposta a situações urgentes e emergentes de saúde. Defende também que a resolução desses problemas de saúde pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente e à família e encaminhamento adequado após a alta” (Martins et al., 2012). A cerca desta temática, Pai e Lautert (2008, p.3) acrescentam que são realizadas “ações de cuidado dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina.” Para os mesmos autores, além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida (Pai & Lautert, 2008).

No que respeita à unidade de cuidados intermédios, a presença de doentes submetidos a Ventilação não invasiva é constante, sendo ousado, contudo assertivo afirmar que a patologia do foro respiratório/ cardiovascular representam a maior fatia do “bolo” de doente acometidos neste serviço. Os ventiladores utilizados nesta unidade são os *Philips Respironics V60®*. Este tipo de terapia, com uma interface diferente da VI, tem vindo a demonstrar o seu valor, reduzindo o número de intubações endotraqueais e todos os riscos associados à mesma. Os benefícios desta técnica são reconhecidos, passando por internamentos mais curtos, redução da morbidade e mortalidade e conforto para o doente. No entanto a aplicação desta técnica exige maior disponibilidade dos profissionais e uma equipa de enfermagem qualificada (Moita & Santos, 2012).

Para o sucesso da ventilação não invasiva, não deve ser considerada apenas a correta seleção da máscara adequada à interface, mas focalizar-se nos cuidados de continuidade ao doente. São alguns exemplos desse cuidado individualizado, explicar o procedimento

e apoiar nos primeiros momentos de aplicação da técnica, pois é perceptível a dificuldade em tolerar a máscara pela pressão exercida e sensação de claustrofobia que poderá provocar. O equipamento obriga o doente a respirar de forma contra natural. No cuidado ao doente, um dos aspetos que o estudante procurou não descorar foi a humidificação da mucosa oral pois o fluxo de ar constante seca as vias aéreas; a ingestão de água, a higienização frequente e a aplicação frequente de vaselina nos lábios, visto que esta atenua essa secura conferindo conforto. Na UCint é prática a aplicação profilática de espumas de poliuretano na pirâmide nasal para reduzir a incidência de úlceras de pressão provocada pela pressão da máscara, tal facto apesar de aumentar a fuga da máscara, aumenta exponencialmente o conforto do doente. Para os doentes com lesões da pirâmide nasal, existe a preocupação da substituição da máscara por uma *fullmask* sempre que a condição clínica o permitia ou mesmo descontinuar a terapia. Aquando dos cuidados de higiene e várias vezes por turno, são realizadas lavagens oculares com soro fisiológico uma vez que as fugas de ar pela máscara podem provocar irritação ocular, provocando desconforto e em casos extremos lesões oculares.

Um dos aspetos que saltam empiricamente à vista nos doentes submetidos a VNI é o seu posicionamento. Sempre que possível, o doente deve ser posicionado com a cabeceira elevada para reduzir a incidência de distensão gástrica e sempre que possível promover períodos de pausa coincidentes com as refeições e visita de familiares. O posicionamento com elevação da cabeceira não só reduz a distensão gástrica como otimiza a expansão torácica, no limite do morfotipo do doente, sendo o ângulo meramente indicativo, uma vez não existem dois doentes iguais. É de salientar que, a “restrição” de posicionamentos, não deve concorrer com o plano de posicionamentos, conduzindo ao aumento do risco de compromisso da integridade cutânea e por conseguinte, o desenvolvimento de úlceras por pressão. Globalmente, consideram-se todos os momentos e interações com doentes desta natureza como ganhos para uma prática multifacetada e assente em protocolos de atuação credíveis e atualizados, sendo para tal, o levantamento e consulta bibliográfica fundamentais.

Em relação à unidade de cuidados intensivos, “vértice” final da caminhada do estudante, salientam-se os enriquecimentos no âmbito do cuidado do doente submetido a ventilação invasiva. Esta realidade, apesar de à data do contacto com a unidade não ser uma novidade, remanesce como uma área a merecer investimento para o estudante. O recurso a ventilação invasiva, de acordo com Andrade e Andrade (2012, p.3), “está indicada em

casos de insuficiência respiratória hipoxêmica nos quais ocorre hipóxia refratária, necessidade de utilização de pressão positiva no final da expiração (PEEP), trabalho respiratório excessivo.” Os mesmos defendem a adequação da ventilação mecânica em casos de insuficiência respiratória ventilatória causada por anormalidades da parede torácica, doença neuromuscular, estímulo (drive) ventilatório diminuído e aumento da resistência das vias aéreas e/ou obstrução (Andrade & Andrade, 2012).

Apesar de todos os benefícios que a ventilação não invasiva poderia trazer para um nicho de doente, corroborando Moita e Santos (2012), a aplicação da mesma exige maior disponibilidade dos profissionais e uma equipa de enfermagem qualificada. Não obstante, muitos doentes não toleram a aplicação da mesma e a sua instabilidade pode conduzir a entubações de emergência, podendo incorrer em longos períodos de acoplação ao ventilador, com necessidade de via aérea definitiva e por conseguinte, aumento da probabilidade de desenvolver uma infeção associada ao ventilador. De um modo global, estes doentes, requerem da equipa de enfermagem um nível de cuidado diferente, pormenorizado e atento sendo a primazia com que se realiza os cuidados um preditor do sucesso na prevenção da pneumonia associada ao ventilador.

Está preconizado no serviço que os cuidados de continuidade ao doente submetido a VI passem por: higienizar a cavidade oral com clorohexidina 2% uma vez por turno, manter a cabeceira entre 30 a 45° para prevenir a aspiração brônquica, melhorar o volume corrente e diminuir as atelectasias; realizar aspiração de secreções sob técnica asséptica, com pressões que rondam os 120mmHg, sempre que existe uma acumulação de secreções na via aérea que prejudiquem a permeabilidade da mesma. A bibliografia defende que se deve evitar a aspiração por rotina, bem como, a instilação de soro fisiológico devido ao maior risco de infeções, contudo, esta técnica acaba por ser uma prática utilizada pela equipa, bem como o uso “indiscriminado” das “manobras de ambu” (Guterres, Regina & Salles, 2012). O reposicionamento diário do tubo para evitar o desenvolvimento de úlceras na cavidade oral é também uma preocupação, bem como a vigilância do tubo registando por turno o nível a que se encontra à arcada dentária. Durante o período de ensino clínico, não existia nenhum cuffómetro no serviço. A manutenção da pressão do *cuff* entre os 20 e 30mmHg é essencial para garantir a proteção da traqueia, prevenir a aspiração de secreções supraglóticas e evitar situações de isquemia da traqueia, provocadas pela hiperinsuflação do *cuff*, que podem evoluir para estenose, fístulas e

traqueomalácia (Guterres et. al 2012). A aquisição do mesmo, foi uma das sugestões tecidas.

II. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítimas

De um modo global, é aceitável e unânime a definição de catástrofe plasmada no artigo 3º da Lei 27/2006, de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, com um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. Categoricamente, podemos enquadrar estes eventos em três potenciais grupos, sendo internacionalmente aceite essa divisão como: catástrofes naturais, catástrofes tecnológicas e catástrofes sociais. Independentemente da definição de catástrofe utilizada, é consensual que em todas elas a destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarregando a capacidade dos indivíduos e da comunidade para responder, usando os seus próprios recursos está latente (ICN & WHO, 2009).

A enfermagem, pela sua íntima relação com o cuidado à pessoa e manutenção da vida, assume a linha da frente no “combate”, planeamento e intervenção perante tais eventos. Historicamente assistimos ao desenrolar de papéis fundamentais na mitigação de catástrofes por parte da Enfermagem, como por exemplo, a atuação de Florence Nightingale na guerra Crimeia entre 1853 e 1856. Atualmente a realidade não é diferente. Se por um lado, existe uma paz relativa, sustentada e mediamente duradora em território europeu, por outro são frequentes ataques terroristas, catástrofes naturais e eventos que levam a mobilização de recursos de forma exasperada. Nesta linha de pensamentos, corroborando, Oliveira et. al (2012, p.11), “é fundamental que diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência” De modo a capacitar os Enfermeiros e os tornar elos reconhecidos da cadeia de sobrevivência da “catástrofe” o ICN e a Organização Mundial de Saúde (OMS) delinearam um conjunto de competências a ser desenvolvidas pelos enfermeiros em cenários de catástrofe (ICN & WHO, 2009). Estas competências foram traçadas para o enfermeiro de cuidados gerais, contudo, as mesmas deverão ser desenvolvidas em níveis pós-graduados, evidenciando o papel do enfermeiro no planeamento, liderança e avaliação de projetos a desenvolver. O objetivo destas será

servir guia orientador, de forma a intentar a conformidade a nível internacional, e nos países em que as competências de enfermagem na catástrofe ainda não foram desenvolvidas, ou ainda se encontram numa fase de desenvolvimento. Deste modo, estas situações de tamanha complexidade, obrigam a que cada enfermeiro seja detentor de um corpo de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder de forma atempada e adequada, evidenciando-se como elemento chave em situações de catástrofe e de crise.

As suas habilidades no âmbito da prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança, entre outras competências podem ser postas em prática numa variedade de situações de catástrofe (ICN & WHO, 2009). Consoante a dimensão ou natureza da catástrofe ou emergência multi-vítimas o hospital poderá assumir diferentes papéis podendo ser uma resposta ao evento ou o alvo do mesmo. De acordo com Childers (2010), estabelecimentos de saúde são instalações essenciais à comunidade, pois esta depende delas como apoio e recurso, não só para providenciar cuidados de saúde, como muitas vezes para satisfazer as necessidades básicas de alimentos, água e abrigo. Para o mesmo autor, os hospitais são também considerados como locais vulneráveis devido ao grau de dependência dos doentes que aí se encontram pelo que é fundamental a existência de um PEI onde estejam bem definidas as orientações sobre a decisão de evacuação da unidade.

A situação de exceção é um evento inesperado, podendo surgir das mais diversas formas e dimensões. Estende-se, por conseguinte, da “simples” “intoxicação” alimentar ou incêndio num recinto escolar ou do sismo com maremoto, dos acidentes rodoviários, dos incêndios urbanos e florestais, aos eventos de risco, os quais terão em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma. Neste sentido, as instituições devem assumir um papel ativo, através da realização cíclica de uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010b). Durante o período de ensino clínico I foi nos conferida a oportunidade de participar na reformulação do plano de emergência externo, coincidindo o período do ensino clínico, com a data da visita do sumo pontífice da igreja católica a Fátima, a fim de atender às celebrações do centenário das aparições.

Este planeamento e reestruturação constituiu-se como uma oportunidade de mudança, sendo simultaneamente um *Benchmark* à situação da instituição. Os objetivos foram atingidos, o plano foi atualizado, foi testado em simulacro no formato “*table rollplay*” sendo, tanto quanto foi possível apurar, os resultados bastante positivos.

No serviço de urgência, em caso de catástrofe é utilizado o algoritmo de triagem proposto pelo Grupo português de triagem para este tipo de situações, sendo o registo feito de forma manual. Essa triagem é feita em dois momentos; triagem primária e a triagem secundária, com o objetivo de triar rapidamente, o maior número de vítimas, baseando-se no método “*Simple Triage and Rapid Treatment*” (START), recorrendo a discriminadores simples como se a vítima consegue andar; se respira após permeabilização de via aérea e, neste caso qual a frequência respiratória que apresenta, e ainda qual o tempo de preenchimento capilar e frequência cardíaca. A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa baseando-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS), o qual consiste na obtenção da frequência respiratória, avaliação do estado de consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow (GCS) e a pressão arterial sistólica, sendo cada parâmetro avaliado de 0 a 4 e sendo a pontuação da TRTS igual à soma dos valores de cada parâmetro fisiológico calculado, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 12 pontos. Até 10 é atribuída uma prioridade 1 ou imediata, ao valor 11 é fornecida prioridade 2 ou urgente e à pontuação de 12 é atribuída prioridade 3 ou pouco urgente, sendo 0 considerado morto.

De forma a atuar prontamente numa situação de catástrofe, estão *Kit's* de catástrofe na sala de emergência do serviço de urgência, numerados, e constituídos por tubos para colheita de sangue, etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos, de modo a dar resposta a uma situação desta índole. A urgência pediátrica, contigua à urgência geral utiliza os mesmos *kit's*, estendendo a capacidade de resposta global. Relembramos um episódio que sucedeu num turno da tarde, com a receção de uma chamada por parte do centro de orientação de doentes a informar que tinha ocorrido um acidente que envolveu um autocarro com atletas de andebol e vários ligeiros e que era expectável que fossem encaminhadas para o hospital dezenas de vítimas, maioritariamente do foro ortotraumatológico e grande parte delas em idade pediátrica. Foi possível observar as diferentes ações encetadas no sentido de garantir a otimização de espaços e continuidade de cuidados aos doentes anteriormente admitidos. A SE ficou livre e disponível para receber as eventualidades. As especialidades

de Ortopedia e Cirurgia reuniram-se com a restante equipa na sala de emergência para aguardar pelos utentes. Não chegaram utentes. Foram encaminhados para a unidade hospitalar de Vila Franca de Xira e Lisboa central depois da triagem feita no local pelas equipas de pré-hospitalar, contudo foi possível refletir sobre os constrangimentos inerentes a este tipo de eventos e repensar quais os obstáculos, reais, à efetivação de uma resposta pronta.

No que respeita aos restantes períodos de ensino clínico, a busca foi no sentido de indagar a apropriação dos serviços do plano em questão e perceber o papel específico de cada um durante a ativação do mesmo. A unidade de cuidados intermédios, por ser contigua ao serviço de urgência e por conseguinte, *ground zero* à entrada de doentes assume um papel preponderante na resposta aos doentes com prioridade P1 (vermelhos), pela sua natureza e equipa multidisciplinar. Por conseguinte a unidade de cuidados intensivos, pelos mesmos motivos, estende o leque de resposta a doentes dessa natureza, podendo pelas suas especificidades reforçar qualquer das zonas de cuidado tanto com materiais como recursos humanos altamente diferenciados e treinados na identificação, estabilização e manutenção de doentes críticos. Assim, para concluir, importa salientar que a emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de urgência e a prestação dos cuidados de saúde. Nessas situações são exigidos procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo uso dos recursos disponíveis, sendo os principais pontos retidos pelo estudante durante os ensinamentos clínicos : a capacidade de projetar e imaginar cenários hipotéticos e operacionaliza-los com a realidade disponível, a capacidade de adaptar a resposta face à evolução do problema de uma forma crítica e criativa e por último mas não menos importante, a capacidade de, em conjunto com as diferentes entidades e especialidades, trabalhar um plano comum de modo a conferir uma resposta exímia e fidedigna à população que é servida.

III. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Multiorgânica

A necessidade de recurso a cuidados de saúde nunca foi um ato isento de riscos. O risco potencial ou real de iatrogenia caminhou par-a-par com a evolução da ciência e por conseguinte com apoio e atendimento de pessoas doentes. Falamos tanto em termos técnicos (procedimentos realizados sobre os doentes) quer em termos práticos, relacionados com os cuidados de assepsia. Defoe e Martin (2002), afirmam que em 1664

as pessoas adoeciam e morriam tão depressa que era impossível, e mesmo inútil, procurar saber quem estava doente e quem estava ainda de saúde. Quase todas as casas na mesma rua estavam com infeções e nalgumas das casas estavam todos os habitantes doentes e enquanto isso se tornava público já todos tinham morrido ou fugido. Porém, nomes como Joseph Lister que introduziu nas práticas o uso de antissépticos em 1867, William Halstead, com a introdução do uso de luvas em 1890 e por conseguinte em 1897, a introdução do uso de máscaras por Johannes Mikulicz contribuíram para o início da longa caminhada no combate às infeções associadas aos cuidados de saúde. Apesar destes esforços e da falsa ilusão de Fleming, cirurgião-Mor dos EUA, quanto à finitude dos dias das infeções com a descoberta da Penicilina, vivemos atualmente tempos conturbados no combate às infeções associadas a cuidados de saúde e as resistências microbianas num contexto mais amplo. De acordo com a DGS (2007), a infeção associada aos cuidados de saúde, é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Estas constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e aos custos associados. Por se tratar de uma problemática a sua prevenção é fundamental (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). De acordo com Rocha (2001), no SU nem sempre é possível obedecer a práticas padronizadas e sistematizadas, podendo ocorrer a não obediência das normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais do doente, conduzindo muitas vezes à ocorrência de infeções hospitalares.

É um espaço propício ao desenvolvimento de infeções devido à grande afluência de doentes, onde o espaço entre os mesmos é reduzido e se utilizam equipamentos de monitorização e avaliação de sinais vitais em vários doentes. Assim sendo, a infeção hospitalar está associada à contaminação, principalmente de materiais e equipamentos. Na nossa perspetiva, foram desenvolvidos esforços por manter a prestação de cuidados no estrito cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção. No serviço de urgência, o acompanhamento do elo da GLP-PPCIRA revelou-se uma mais valia, sendo possível identificar pontos críticos e práticas a melhorar com vista a minimização do risco de contaminação cruzada e conseqüente controlo de infeção. Foi possível observar a descontaminação dos equipamentos e limpeza da respetiva unidade após a saída do doente tanto na SE como na Uciint. Em ambos os sítios, cada unidade dispõe de uma solução alcoólica para lavagem das mãos, de equipamento de proteção individual e ainda de um contentor de lixo, com abertura por meio de um pedal, para resíduos de risco biológico.

O serviço de urgência não dispõe de quarto de isolamento e não é possível controlar as pressões na SE, nem de forma positiva, nem de forma negativa. A Uciint dispõe de um quarto de isolamento. Quando surgem doentes no SU que necessitam de isolamento não está definido o espaço para esse efeito, sendo o mesmo feito com recurso ao uso de cortinas ou mesmo “biombos”.

Explanar sobre infeção associada aos cuidados de saúde, assume particular relevância na pessoa em situação crítica na medida em que o recurso a técnicas invasivas e o uso de antibioterapia, contribuem para o aumento do risco de infeção. Neste sentido, como forma de tentar inverter a tendência “natural” do desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde, foram desenvolvidos documentos de trabalho que compilam um conjunto de atitudes e procedimentos a realizar aquando do desempenho de determinada ação: Os feixes de intervenção.

Estas diretrizes em modo *bundle*, são difundidas pelos grupos de trabalho dos diversos serviços, através dos seus elos, procurando sensibilizar os diferentes grupos profissionais para a importância do seu cumprimento e difusão.

No que respeita à UCI, é amplamente aceite que é um local propício ao desenvolvimento da infeção uma vez que os doentes que aí se encontram, uma vez que, quer pela instabilidade hemodinâmica, quer pela exigência da realização de múltiplos procedimentos invasivos que quebram a barreira natural que separa o microrganismo do ambiente interno, se encontram mais suscetibilidade a infeção. Alguns dos dispositivos médicos invasivos que contribuem para o aumento das taxas de infeção nas UCI são os tubos orotraqueais, os CVC, cateteres arteriais, cateteres para monitorização de PIC (pressão intracraniana), sondas vesicais, drenos torácicos, entre outros. No que respeita aos cuidados de continuidade ao doente submetido a VI, apresentados anteriormente, sublinhamos uma vez mais a sua importância no combate à infeção adquirida em cuidados intensivos. Estes, encontram-se concordantes com a Norma nº 021/2015 da DGS, atualizada a 30/05/2017, que aponta a pneumonia associada à intubação como a infeção adquirida com maior frequência nas UCI's, sendo responsável pelo aumento de dias sob ventilação mecânica e, conseqüentemente, aumento do tempo de internamento hospitalar, consumo de terapêutica antimicrobiana, contribuindo deste modo para elevadas taxas de mortalidade. O cumprimento deste conjunto de ações/procedimentos procura combater essa tendência. Segundo a DGS (2007), 30% a 40% das infeções provocadas por agentes

resistentes são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde. Está nas mãos de cada um inverter essa tendência.

Uma prática aplicada na Uci é também a lavagem do corpo do doente com cloro-hexidina nos primeiros cinco dias desde a sua admissão, só posteriormente, se faz a higiene com gel comum, cumprindo os pressupostos da norma 018/2014 de 09/12/2014 e posteriormente atualizada em 27/04/2015 da DGS. No que respeita à prevenção da infeção relacionada com o CVC a realização do penso, tanto na UCI como na Uci-nt cumprem as orientações da DGS, sendo apenas trocado quando visivelmente sujo ou não aderente, ou 48 horas após a sua realização no caso do penso oclusivo e sete dias após a sua execução se penso transparente. A desinfeção da pele é realizada com cloro-hexidina a 2% em álcool.

A par de tudo o que foi enunciado anterior, a mortalidade, morbilidade e prolongamento da permanência nas unidades hospitalares em consequência de infeções hospitalares é uma realidade. Deste modo, é premente a competência do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC de prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas técnicas invasivas. O desenvolvimento destas competências ao longo dos ensinamentos clínicos foi atingido, objetivando-se não só no reconhecimento da necessidade de identificar e modificar fatores de risco, como de procurar e adequar os procedimentos às linhas de orientação internacional. Foi mantido em consideração o impacto que as IACS têm nos cuidados de saúde, reconhecendo que mudanças na atuação dos profissionais e a atualização de conhecimentos podem contribuir de forma positiva para a mitigação desta problemática.

Um ponto que engloba todas as preocupações supramencionadas, simples e eficaz prende-se com a higiene das mãos. Transversal a todos os campos de ensino clínico, este procedimento integra o conjunto de precauções básicas, constituindo uma medida relevante na prevenção e controlo da infeção (DGS, 2013). Os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, verificar o cumprimento da mesma e disponibilizar as soluções alcoólicas em locais estratégicos acessíveis a todos. Travar esta problemática, como referido anteriormente, está nas “mãos” de todos.

CONCLUSÃO

Nos contextos contemporâneos, nimirmente dinâmicos e mutáveis, o enfermeiro enquanto elo constituinte procura racionalizar o que o rodeia, refletindo e procurando conferir sentido tanto às suas experiências, como às dos destinatários dos seus cuidados. A proficiência dos cuidados à pessoa em situação crítica, pela sua natureza e necessidade de diferenciação, pode despoletar das vivências dos profissionais. A instabilidade que caracteriza o doente crítico, exige cuidados diferenciados, com a respetiva competência para garantir um adequado nível assistencial.

Os ensinamentos clínicos desenvolvidos nos diversos campos assistenciais, SU, UCint e UCI, revelaram-se experiências prolíficas, consolidando um currículo de conhecimentos em áreas de cuidados diferenciados, permitindo desenvolver uma prática de pesquisa para cimentação de uma prática baseada na evidência, fomentando o investimento pessoal de forma a responder prontamente à complexidade e exigência daqueles que são os contextos imprevisíveis onde o espectável são: cuidados de qualidade. Estes contextos de prestação de cuidados exigentes e, por conseguinte, motivadores, permitiram o crescimento tanto profissional como pessoal.

A elaboração deste relatório constituiu-se uma mais-valia pela consciencialização das atividades e das aprendizagens desenvolvidas ao longo destes ensinamentos clínicos, permitindo uma reflexão, aprofundamento e categorização de experiências vivenciadas. Adquirir e sedimentar conhecimentos, identificar lacunas, refletir e partilhar experiências foram alguns dos aspetos que contribuíram para o processo de aquisição de competências especializadas nos cuidados à PSC, que só foi possível com o acompanhamento dos enfermeiros orientadores e apoio incondicional a instituição de ensino. Pelo que somos de ressaltar o rumo adequado da instituição de saúde que serviu de cenário ao enriquecimento do aluno, na busca de simbiose com as academias e por conseguinte procura de evolução, atualização e qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2003). Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde? Cadernos Sinais vitais nº1. Coimbra: Formasau, 70p
- Alonso, M. (2002). *A arte de assessorar executivos*. São Paulo, Brasil: edições Pulsar.
- Alves, A. G. P., Borges, J. W. P. & Brito, M. A. (2014). Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6 (2), 793-804;
- Alves, T., & Branco, V. (2017). Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade: Investigação casuística do problema. Universidade da Beira interior, Faculdade de Medicina, Portugal retirado de <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=a721598f17966dff>
- Andrade, G. R. & Andrade, R.D. (2012). Aspectos históricos da ventilação mecânica: revisão da literatura (Dissertação de mestrado). Universidade São Paulo, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Brasil;
- Ashurst, S. (1998). Cuidados de Enfermagem de doentes ventilados mecanicamente em UCI. *Nursing*, 120, 10-17;
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes de UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo. Nº4. p. 44-50.
- Bracken, J. (2008) – Triagem. In SHEEHY, S.– Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. 4ªed. Loures: Lusociência. 2001. p. 117-124
- Cavaco, S. & Sousa, P. (2013). Passagem de turno em enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*. 115. 13-18
- Chan, M., Spertus, J., Tang, F., Jayaram, N. & Chan, P. (2016). Missed opportunities in use of medical emergency teams prior to in hospital cardiac arrest. *American Heart Journal*, 177,87-95.
- Childers, A. (2010). Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility. Tese de Doutoramento, acessado em 06 de fevereiro de 2019 disponível em http://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1595&context=all_dissertation.
- Ciuro, A.C.P. (2007). Comunicar com o doente sem voz: uma reflexão – várias vivências. *Sinais Vitais*, 73, 12 – 21
- Correia, M. (2012). Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. p.173.
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- CRRNEU (2012) – Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência – Relatório crrneu acessado em fevereiro 30, disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>

- Dafoe, D. & Martin, E. (2002). Um diário do ano da peste. Brasil. Artes e Ofícios.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Circular Normativa N° 15/DQS/DQCO DATA: 22/06/2010. acedido em 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2010b). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. acedido em 6 fevereiro de 2019 disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde [DGIES] (2007). Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Março. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2010a). Circular Normativa n°. 01/DQS/DQCO de 6/1/2010:“Criação e Implementação da Via Verde Sépsis (VVS)”. Lisboa: Direção geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. acedido em 06 de fevereiro de 2019 disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Circular normativa N.024/2013 de 23/12/2013. acedido em 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. acedido em 06 de Fevereiro de 2019 disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Etter, R., Takala, J. & Merz, T. (2014). Intensive care without walls –introduction of a medical emergency team system in a Swiss Tertiary care centre. *Swiss medical weekly*, 144,1-8.
- Fernandes, A. & Coelho, S. (2014). Distanásia em Unidade de Cuidados Intensivos e a Visão de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista CUIDARTE*, 5 (2), 813-819;
- França, D. (2011). *Ordem de não Reanimar no Doente Terminal – Dilemas Éticos dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Frizon, G., Nascimento, E.R.P , Bertoncello, K.C.G & Martins, J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Ver Gaúcha Enferm.*, 32(1), 72-78;
- Gomes, B.N., Preto, L.S.R. & Brás, M.A.M. (2017) Perceções dos enfermeiros especialistas em reabilitação relativamente à sua autonomia para prescrever. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Portugal acedido em 06 de fevereiro disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18018/1/pauta-relatorio%281%29.pdf>

- Guterres, S., Regina, E., & Salles, R. K. (2012). Bundle de Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(4), 837–844;
- Herod, R., Frost, S., Parr, M., Hillman, K. & Aneman, A. (2014). Long term trends in medical emergency team activations and outcomes. *Resuscitation*, 85,1083-1087
- International Council of Nurses & World health organization western pacific region. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies. acedido em 06 fevereiro 2019 disponível em: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1
- International Council of Nurses. (2006). Dotações seguras salvam vidas; Instrumentos de Informação e Acção. Genebra. Suíça. Acedido 06 de Fevereiro de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- Jung, B., Daurat, A., De Jong, A., Chanques, G., Mahul, M., Monnin, M., Molinari, N. & Jaber, S. (2016). Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive care med*, 42, 494-504.
- Junior, A.P.N., & Park, M. (2016). Sedation protocols versus daily sedation interruption: A systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(4), 444-451 . Acedido 07 fevereiro 2019 Disponível em <http://www.rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-28-4-13>
- Krinsky, R., Murillo, I. & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's Comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27, 147-150;
- Laurens, N. & Dwyer, T. (2011). The impact of medical emergency teams on ICU admission rates, cardiopulmonary arrests and mortality in a regional hospital. *Resuscitation*, 82,707-712.
- LEI Nº 156/2015 DE 16 DE SETEMBRO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, Diário da República: I Série, Nº181 (2015). Acedido a 07 fevereiro 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Leite, L. (2006). Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências: O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade. Acedido 06 fevereiro 2019 disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/arquivo/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf
- Maharaj, R., Raffaele, I. & Wendon, J. (2015). Rapid Response systems: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 19 (254), 1-15.
- Martins, M. Agnés, P. & Sapeta, P. (2012). Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Revisão Sistemática de Literatura. Castelo Branco: Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias;
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company
- Moita, J. & Santos, C. (2012). *Manual de Ventilação Mecânica Não Invasiva*. Lisboa: Publicações Ciência & Vida;

- Morris, D., Schweickert, W. & Holena, D. (2012). Differences in outcomes between ICU attending and senior resident physician led medical emergency team responses. *Resuscitation*, 83,1434-1437.
- Mostardinha, A. (2016). A Díade Educação/Formação contínua e Práticas de Enfermagem no contexto de Supervisão Clínica. *Revista Nursing*. acessado 06 fevereiro, 2019 em <http://www.nursing.pt/a-diade-educacaoformacao-continuae-praticas-de-enfermagem-no-contexto-de-supervisao-clinica/>
- Muller, P. (2002). Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. *PostgraduateMedicine*, pp. 1-6.
- Mullins, C. & Psirides, A. (2016). Activities of a medical emergency team: a prospective observational study of 795 calls. *Anaesth intensive care*. 44 (1), 34-43.
- Noyes, A., Gluck, J., Madison, D., Madison, B., Madison, T., Coleman, C., ... & Kluger, J. (2015). Reduction of cardiac arrests: the experience of a novel service centric medical emergency team. *Connecticut medicine*, 79 (1),13-18
- Oliveira, M.S., Meira, L. & Valente, M. (2012). Situação de exceção – Manual TAS Versão 3.0 1ª edição acessado em 06 de fevereiro 2019, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. *Parecer CJ/20*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2001a). Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Delegação, Tomada de decisão. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático. Dezembro, 2009.
- Ordem dos enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica n.º 124; Diário da república, 2.ª série, nº35; Fevereiro; Lisboa
- Ordem dos enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem, nº233; Diário da Republica, 2ªsérie, Dezembro; Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.a série – Nº123 - 26 de junho de 2015.
- Pai, D.D. & Lautert, L. (2008). O trabalho em Urgência e Emergência e a relação com a Saúde das Profissionais de Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (3).
- Pereira, M. A. (2005). Má Notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Florianópolis: *Texto e Contexto – Enfermagem*. Março. p.33-45
- Pimenta, C. Mota, D. Cruz, D. (2006) – *Dor e Cuidados paliativos*. Barueri: Editora Manole, p.498. ISBN: 85-204-2403-1

- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39
- Pinho, J.A., Carneiro, H., Alves, F., Nunes, M.M.J.C. & Duarte, J.C (2016). *Resultados Plano nacional de avaliação da dor – sociedade Portuguesa de cuidados intensivos*. acessado 06 fevereiro 2019, disponível em https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- Queijo, A, & Padilha, K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Vol. 43. P 1018-25. acessado 6 de Fevereiro de 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns>
- Ribeiro, R.A.R., Bermejo, J.C. & Salazar, H. (2013). *A transmissão de más notícias na perspectiva do Enfermeiro*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal acessado 06 fevereiro disponível em de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf>
- Rocha, L. (2001). *Manual de infecção hospitalar – Prevenção e controlo da infecção hospitalar em unidade de emergência* (2ªed.). Rio de Janeiro.
- Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, 67, 29 - 34
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60, 653-658;
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel;
- Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 27. pp. 75-82
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, nº 16. acessado em 06 de fevereiro de 2019 em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9208>.
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2004). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, IIª Série (6), 91-108.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] & Ordem dos Médicos [OM] (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos
- Solomon, R. S., Corwin, G. S., Barclay, D. C., Quddusi, S. F., & Dannenberg, M. D. (2016). Effectiveness of rapid response teams on rates of in-hospital cardiopulmonary arrest and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of hospital medicine*, 11(6), 438-445
- Sousa, I. Almeida, A. Simões, C. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Soc Saúde São Paulo*, Vol.20, n.1, p-195-206;
- Toga, A. (2014). A importância da Auditoria interna na saúde. *Revista Gestão Hospitalar*, dezembro de 2014, p. 44-47
- Thelan, L. & Davie, J. (1994). *Enfermagem em cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

- Vaz, C. & Catita, P. (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*, nº148. Lisboa. p. 14-17
- White, S , Cardenas, Y. & Nates, J. (2017). O que todo intensivista deve saber sobre critérios de admissão à unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29 (4), 414-417

**PARTE II – EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA
COMUNICAÇÃO COM DOENTES VENTILADOS EM CUIDADOS
INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

RESUMO

Contexto: A comunicação é a forma básica dos relacionamentos humanos. Através dela partilhamos ideias, experiências, angústias e sentimentos. Em enfermagem, o relacionamento e cuidado holístico do doente assentam na comunicação. O doente submetido a ventilação mecânica fica impedido de produzir sons devido a impossibilidade física das estruturas vibrarem por se encontrarem obstruídas por um tubo. Como o cuidar em enfermagem não pode estar dissociado da comunicação e como em cuidados intensivos é comum a existência deste tipo de doentes é pertinente pesquisar, informar e implementar medidas para melhores cuidados comunicacionais com os doentes.

Objetivos: Identificar a melhor evidência disponível sobre a efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação entre o enfermeiro e o doente submetido a ventilação mecânica invasiva e identificar estratégias, meios e recursos de comunicação utilizados por enfermeiros e doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva na procura de uma comunicação eficaz.

Metodologia: optou-se por uma revisão sistemática da literatura. Assim, realizou-se uma pesquisa no idioma português e inglês, na plataforma eletrónica (EBSCOhost) e base de dados eletrónica (PubMed), (Web of knowledge), (RCAPP) e bibliografia de artigos analisados.

Resultados: A análise realizada aos quatro estudos incluídos, forneceu dados de elevada importância para a compreensão das dificuldades e sentimentos de doentes submetidos a ventilação mecânica e enfermeiros na comunicação entre ambos. Foram identificadas as diversas estratégias de comunicação, meios e materiais usados (meios aumentativos) para a procura da comunicação eficaz, bem como a efetividade das intervenções implementadas.

Conclusão: Os resultados obtidos suportam a utilização de meios aumentativos na comunicação com doentes submetidos a ventilação mecânica, bem como a necessidade de adquirir materiais facilitadores para a comunicação com este tipo de doentes. É necessário também criar um programa formativo para tornar os enfermeiros mais peritos em estratégias de comunicação para com este tipo de doentes.

Palavras-chave: Comunicação, Enfermagem, Estratégias, Ventilado, Efetividade

ABSTRACT

Background: Communication is the basic form of human relationships. Through it we share ideas, experiences, anguishes and feelings. In nursing, the patient's relationship and holistic care is based on communication. The patient undergoing mechanical ventilation is prevented from producing sounds due to the physical impossibility of the structures vibrate because they are obstructed by a tube. As nursing care can't be disassociated from communication and as in intensive care is common the existence of this type of patients it's pertinent to research, inform and implement measures for better communication between nurses and patients.

Objective: To identify the best available evidence on the effectiveness of nursing interventions in the communication between the nurse and the patient submitted to invasive mechanical ventilation and to identify strategies, means and communication resources used by nurses and patients undergoing invasive mechanical ventilation in the search for effective communication.

Methodology: We opted for a systematic review of the literature. Thus, a Portuguese and English language research, electronic platform (EBSCOhost) and electronic database (PubMed), (Web of knowledge), (RCAPP) and bibliography of articles analyzed were carried out.

Results: The analysis of the four included studies provided data of great importance for understanding the difficulties and feelings of patients undergoing mechanical ventilation and nurses in the communication between the two. The various communication strategies, means and materials used (augmentative means) were identified for the search for effective communication, as well as the effectiveness of the interventions implemented.

Conclusions: the results support the use of augmentative means in the communication with patients undergoing mechanical ventilation, as well as the need to acquire facilitating materials for communication with this type of patients. It is also necessary to create a training program to make nurses more expert in communication strategies for this type of patient.

Keywords: Communication, Nursing, Strategies, Ventilated, Effectiveness

INTRODUÇÃO

A comunicação é um tema famigerado, complexo e multifacetado. É amplamente aceite que o homem é um ser comunicador por natureza, procurando comunicar desde cedo. Comunicar é, por conseguinte, inato e central ao desenvolvimento humano. Tal como defende Freixo (2011, p.25) “todos temos uma ideia sobre a natureza da comunicação, dada a naturalidade com que falamos, escrevemos e nos relacionamos com os outros através justamente da comunicação”. Etimologicamente o termo comunicação deriva do latim *Communicare* e significa partilhar, conferenciar, tornar comum. A partir da comunicação partilhamos necessidades, ideias, experiências, angústias ou sentimentos.

Em Enfermagem, esta é considerada a base; a arte do cuidado holístico do doente e o centro de parte dos cuidados em saúde (Cavaco, José, & Lourenço, 2013). Nas mais diversas ações, é impossível não comunicar (Glitus & Sanap, 2018). Para que tal aconteça, são necessárias pelo menos, duas pessoas, com vista à partilha de necessidades, experiências, desejos, sentimentos e ideias. De acordo com Chiavenato (2002, p. 142), a comunicação “é a troca de informações entre indivíduos. Significa tornar comum uma mensagem ou informação. Constitui um dos processos fundamentais da experiência humana e da organização social”. Para Freixo (2011) é inequívoco que esta é a base do relacionamento interpessoal. Contudo, quando o silêncio assume controlo, o nosso corpo, bem como o do recetor falam. “A comunicação é o produto funcional da necessidade humana e expressão em relacionamento. Tudo comunica, é impossível não comunicar. Até mesmo o silêncio comunica, ou seja, o nosso corpo fala” (Alonso, 2002, p.27).

A comunicação, empiricamente, não são só palavras, escritas ou faladas, são também os símbolos e a linguagem corporal que nos ajuda a comunicar. Vários autores consideram a comunicação não-verbal mais importante que a comunicação verbal. Perspetivando essa “incapacidade” de abnegar as formas de comunicação não verbal leva-nos a emergir nesta temática, de modo a perspetivar corretamente a questão em estudo. Para conhecer as estratégias a utilizar e qual a sua efetividade, é premente compreender a dimensão da temática que abordamos.

Para Phaneuf (2005) a comunicação, transmite-se pelo comportamento verbal e não-verbal, porém, a comunicação só poderá ser considerada eficaz se o recetor compreender

a mensagem da mesma maneira que o emissor a tentou transmitir. Esta é por conseguinte considerada uma atividade difusa (Glitus & Sanap, 2018). Na opinião de Stefanelli e Carvalho (2005), a comunicação é um processo humano de emissão e receção de mensagens. Para tal existem dois meios de transmissão de mensagens: a **comunicação verbal** e a **comunicação não-verbal**. Deste modo, mesmo com os melhores esforços, não é garantido que a mensagem recebida é entendida do modo que foi intentada. Quando os objetivos da mesma não são os esperados pelo emissor a mensagem perde-se e não é eficaz. Alguns elementos podem atentar contra o sucesso da mesma, tais como o ruído, representando esta uma fonte física de perturbação da mensagem e por conseguinte uma barreira à comunicação eficaz (Ferreira, Neves & Abreu, 1996).

As barreiras são amplamente aceites como o conjunto de fatores que durante o processo de comunicação alteram ou dificultam a receção da mensagem (Dias, 2001). O mesmo autor propõe a sua divisão em grupos: pessoais (Nível de conhecimento; Aparência; Postura corporal, Movimento corporal, Contato visual, Expressão facial, Fluência), sociais (Educação, Cultura, Crenças, Normas sociais e Dogmas religiosos) e fisiológicas (deficiências do aparelho fonético, auricular e visual).

Diariamente os enfermeiros prestam cuidados a doentes, sendo o relacionamento interpessoal enfermeiro-doente apenas possível graças à comunicação entre quem cuida e quem é cuidado (Bertone, Ribeiro, & Guimarães, 2007). Para os mesmos autores, comunicação e relação terapêutica são dois conceitos indissociáveis. Para que a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente se concretize é essencial que exista uma comunicação eficaz, o que pressupõe, por parte do enfermeiro, um conhecimento sólido acerca do processo comunicacional.

A comunicação com doentes hospitalizados é essencial para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados (Hoorn, Elbers, Girbes, & Tuinman, 2016). Esta encontra-se presente em todas as ações realizadas diariamente com os doentes, seja para orientar, informar ou prestar apoio e conforto nas necessidades básicas (Bertone et al., 2007). “Comunicar com eficácia em saúde é muito relevante para os profissionais e para os utentes (...), pois possibilita que um maior conteúdo informativo seja assimilado pelos utentes, o que promove uma maior adesão aos planos terapêuticos e uma melhor satisfação com os cuidados prestados” (Sequeira, 2016, p. 78).

Este tipo de relação também descrita como relação terapêutica, norteia a natureza das interações nas unidades de saúde. Este tipo de relação, não é uma relação amigável, nem

uma relação consumatória; é uma relação profissional onde parceiros se reconhecem como seres humanos iguais (Phneuf, 2005). É também de notar que “cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro/cliente” (Riley, 2004, p. 16). A mesma autora acrescenta que a comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo, evidência respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem. Quando a relação terapêutica é estabelecida entre o Enfermeiro e o doente, é tanto mais eficaz para o doente como para o enfermeiro, pois a este confere uma maior visibilidade e o reconhecimento de elevado grau de profissionalismo, visto que “o processo de cuidados de enfermagem assenta num encontro entre quem presta e quem recebe cuidados, sendo que a comunicação eficaz entre estes dois interlocutores, determina o ambiente em que os cuidados são prestados” (Dias & Ferreira, 2005, p. 62).

Depreendemos deste modo que a comunicação merece a reflexão dos enfermeiros, para que sejam obtidos melhores níveis de satisfação dos intervenientes durante o processo de cuidar. Emerge-nos neste sentido a comunicação terapêutica. Para Sequeira (2016, p. 97) esta “consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma comunicação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o utente, de modo a ajudá-lo a enfrentar os seus problemas”. O mesmo autor, acrescenta que esta forma comunicacional é consciente e deliberada, e que é utilizada para reunir informação relacionada com estado de saúde da pessoa, promovendo o seu bem-estar e melhorar o seu entendimento acerca dos cuidados prestados. De modo a garantir o êxito dos procedimentos técnicos promovendo uma melhor qualidade de vida para os doentes a quem são prestados os cuidados, a comunicação deve ser integrada como parte fundamental do exercício do enfermeiro (Bertone et al. 2007). As competências e as perícias de comunicação nas relações enfermeiro/doente são fatores determinantes no processo de comunicação/interação tornando-se fundamental que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e implementem nas suas práticas perícias de comunicação.

As diversas formas de comunicação são primordiais na relação enfermeiro/doente. Sequeira (2016), referindo os trabalhos de Riley e Chalifour, considera que os profissionais de saúde devem ter em atenção alguns aspetos para estabelecer a comunicação com os utentes, dos quais: o primeiro contato do profissional de saúde com o paciente é determinante para o sucesso da comunicação. O profissional deve criar um

ambiente acolhedor, apresentando-se, tratando do interlocutor pelo nome e olhá-lo nos olhos enquanto fala.; determinar a intenção para a comunicação, clarificar as suas expectativas e reconhecer os seus pensamentos e emoções; concentrar-se no paciente, sendo a prioridade escutá-lo e transmitir a sua compreensão; evitar interrupções e mostrar disponibilidade; aguardar pela mensagem do utente, de forma a poder identificar e perceber os seus sentimentos e ações; demonstrar abertura para a colocação de perguntas; descodificar a mensagem do utente, dando maior ênfase ao tema predominante da comunicação; transmitir uma resposta empática, que reflita os seus sentimentos; certificar que a resposta empática foi eficaz; verificar se o utente se sentiu compreendido.

Oriá, Moraes e Victor (2004) acreditam que para haver comunicação a expressão verbal ou não verbal do doente e/ou enfermeiro, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro. Quando tal não acontece, não existe compreensão dos sinais entre eles transmitidos, inviabilizando assim o processo de comunicação e consequentemente comprometendo o cuidado. A urgência de estabilizar o doente e deferir atenção às alterações orgânicas remete a comunicação para um papel acessório, muitas vezes utilizado apenas para anunciar procedimentos e solicitar consentimento. As “(...) metas, regras e produtividade a ser atingida culminam no processo de tecnificação vivenciada atualmente na área da saúde e dificulta o estabelecimento de uma comunicação terapêutica pautada na empatia, na escuta terapêutica e no respeito pela experiência do paciente (...)” (Bertone et al., 2007, p.3).

É de extrema importância que nos momentos em que podemos prestar cuidados à pessoa em situação crítica, ventilada, independentemente do tipo de ventilação, os direcionemos de forma precisa; comunicando com o doente de forma eficaz para que que o mesmo sinta a nossa presença, entenda os cuidados que lhe vamos prestar e que sejam também valorizadas as suas necessidades, diminuindo assim a ansiedade em relação à sua doença e medo da morte (Holden, 2017). Estratégias aparentemente simples e consideradas “inatas” como a leitura dos lábios, gestos, acenar com a cabeça ou colocar questões de resposta “sim” ou “não” são alguns exemplos de estratégias a adotar (Pullen, 2005). O mesmo autor defende que, caso o doente consiga escrever deve ser-lhe facultada essa oportunidade, fornecendo-lhe um papel e um marcador ou um lápis de pega fácil ou um quadro mágico. Devem ser tentadas várias formas de comunicação, incluindo dispositivos portáteis de conversão de texto em falas ou quadros com frases/ ilustrações. (meios aumentativos de comunicação) A pessoa deve ser encorajada a comunicar, e mantida

a comunicação mesmo que não exista resposta. Deve ser mantida uma linguagem simples e sempre que possível instruir a família a amigos a fazerem o mesmo (Pullen, 2005). Devem ser registadas as respostas as diferentes estratégias e ferramentas e a cima de tudo: a pessoa não deve ser “apressada”/“interpelada” enquanto tenta comunicar.

Neste sentido, atentando nos pressupostos a cima citados, como seria eficaz a comunicação com um doente submetido a ventilação invasiva? Ainda que consciente, como seriam superadas as barreiras? Estarão os Enfermeiros despertos para esta necessidade de adaptação da comunicação? Quais serão as estratégias utilizadas neste sentido e efetivamente, quais são mais adequadas?

O doente ventilado por não emitir sons, está impossibilitado de estabelecer comunicação oral com os prestadores de cuidados. No entanto como vimos, podem ser adotadas estratégias que o enfermeiro deve mobilizar e adequar consoante as necessidades do doente ao longo da prestação de cuidados.

A ventilação pode ser designada como a movimentação do ar para dentro e para fora dos pulmões de forma a transportar o oxigénio necessário aos tecidos e por outro lado remover o dióxido de carbono. Esta pode ser invasiva ou não invasiva. Quando a ventilação mecânica requer um método invasivo ocorre a introdução de um tubo endotraqueal, nasal ou oral, com *cuff* ou a um tubo de traqueostomia com *cuff*. A introdução destes tubos pode ser feita através de várias estruturas: Nariz ou boca, laringe, traqueia e brônquios (Ashurst, 1998). Quando ocorre a entubação com o tubo endotraqueal, este fica posicionado ao nível das cordas vocais, impedindo assim o ar de passar, não permitindo a formação de sons, visto que o som é produzido pela vibração das cordas vocais. O doente fica então privado de comunicar oralmente, uma vez que, as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções (Thelan & Davie, 1994).

O compromisso na comunicação gera angústia no doente submetido a entubação endotraqueal que, por vezes se encontra até submetido a barreiras que o impossibilitam de tocar o seu corpo e interagir normalmente com terceiros (Santana et al., 2011). A comunicação entre o doente e a equipa de enfermagem é tanto mais difícil quanto mais instável o doente estiver, nomeadamente doente submetido a ventilação mecânica e com presença de tubo endotraqueal (Sá & Machado, 2006, Barlem, Rosenhein, Lunardi, & Filho, 2008).

As unidades de cuidados intensivos são em primeiro lugar direcionadas ao objetivo de salvar vidas. A aplicação de tecnologias de suporte vital, monitorização e intervenção, podem, contudo, conduzir a uma despersonalização do paciente durante uma fase mais crítica (Laerkner, Egerod, Olesen, & Hansen, 2017). Refletindo sobre as práticas comunicacionais com os doentes entubados endotraquealmente deve levar o enfermeiro a investir e formar-se na área da comunicação. Na opinião de Ciuro (2007) os enfermeiros devem estar atentos a todas as suas mensagens não-verbais pois estas eventualmente igualam e substituem as mensagens verbais. Defende também que é competência dos enfermeiros desenvolver e/ou proporcionar meios alternativos à comunicação ao doente entubado endotraquealmente, impossibilitado de falar verbalmente.

Para Alves (1992) os meios alternativos à comunicação oral/ estratégias de comunicação podem ser: Utilizar o abecedário, que permite ao doente juntar as letras formando palavras que melhor transmitem as suas necessidades (requerendo grande disponibilidade do enfermeiro); Incentivar a escrita, fornecendo papel e lápis, e ajudá-lo nessa tarefa se necessário; Fornecer um Quadro branco e marcador; Fornecer um Quadro mágico. Estas estratégias são também defendidas por Pullen (2005). Ciuro (2007) acrescenta ainda outras alternativas para quando há limitação da mobilidade e o doente não consegue escrever: Tabela de frases (Incluindo as necessidades mais comuns e frequentes do doente); Álbum de imagens/fotografias (copo com água, comida, entre outras). Porém Thelan & Davie (1994) referem que, quando ventilados, é preferível que os doentes sejam estimulados a comunicar através da escrita, uma vez que o esforço para falar pode provocar a mobilização do tubo endotraqueal e aumentar o traumatismo da traqueia. Segundo Oliveira, Nobrega, Silva e Filha (2005) trabalhar com doentes em situações de risco, faz com que os enfermeiros não utilizem os recursos da comunicação como processo terapêutico.

É fundamental a utilização das técnicas de comunicação terapêutica no estabelecimento do relacionamento terapêutico para com os doentes ventilados, considerando os sentimentos de medo, tristeza e ansiedade como parte integrante do cuidar, promovendo assim cuidados de maior qualidade. Pullen (2005) afirma que não devem ser “apressados” os doentes quando tentam comunicar e não devem ser utilizadas apenas tentativas de construir palavras do doente pois para além de difícil e pouco preciso, pode ser frustrante de parte a parte. Hafsteindóttir como referido por Ashurst (1998), diz-nos que os doentes ventilados vivenciam experiências de conotação extremamente negativas, despoletando

sentimentos de impotência. Neste sentido é premente encorajá-los a superar a sua situação.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde que mais tempo passa próximo do doente, tem de desenvolver sensibilidade e conhecimentos para adquirir competências para cuidar da pessoa em situação crítica e com ventilação mecânica; nomeadamente capacidades de comunicação para interpretar as dificuldades e necessidades do doente pois uma comunicação eficaz é fundamental para ir ao encontro das necessidades dos doentes. Facto curioso é salientado por Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, Akpor e Moleki (2017), quando refere que apesar destes profissionais serem os que passam mais tempo junto dos doentes, tipicamente os programas/workshops de treino de competências comunicacionais são conferidos a outros profissionais, tais como os médicos, e não incluem enfermeiros.

Assim, tendo como pressuposto que a comunicação com o doente ventilado é fundamental na relação terapêutica que se estabelece com o doente para a continuidade dos cuidados de enfermagem, mas que constitui uma problemática para os enfermeiros na Unidade de cuidados intensivos, surgiu a questão central deste estudo: **Qual é a efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação com utentes internados em cuidados intensivos com ventilação invasiva?**

1. METODOLOGIA

De seguida apresentamos a descrição da metodologia desta RSL.

1.1. OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A prática baseada em evidências propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando a estratégia PICO que representa um acrónimo para Participantes, Intervenção, Comparação e Resultados (*Outcomes*).

Partindo da questão qual é a efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação com utentes internados em cuidados intensivos com ventilação invasiva? definiu-se os seguintes objetivos: identificar a melhor evidência disponível sobre efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação com utentes internados em cuidados intensivos com ventilação invasiva e conhecer as estratégias mais eficazes na comunicação com utentes internados em cuidados intensivos com ventilação invasiva

1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão são definidos com base na pergunta que desencadeou a revisão, visando incluir a população alvo, intervenções, idiomas, limitação temporal dos artigos (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

Foram utilizados como critérios de inclusão:

- a) Todos os artigos em Português ou Inglês.
- b) Artigos sem limite temporal referentes a doentes entubados endotraquealmente com VMI, com limitação na linguagem oral, foi considerado critério de inclusão,
- c) Uteses com idade adulta (idade considerada pela Organização Mundial de Saúde)
- d) Foram incluídos artigos repescados na bibliografia de outros artigos cuja análise do título e resumo suscitaram interesse à resposta da questão formulada.

Foram utilizados como critérios de exclusão:

- a) Foram excluídos da pesquisa artigos de estudos secundários.

- b) Foram excluídos artigos onde constassem doentes que conseguissem comunicar através de linguagem verbal oral (no momento da aplicação das estratégias).
- c) Foram excluídos artigos cujo acesso a texto integral não estivesse disponível ou implicasse o pagamento.

Para a descrição da estratégia PICOD opamos por colocar em quadro (ver quadro 1)

Quadro 1: Descrição da estratégia PICOD

Estratégia PICOD		Palavras-Chave
P PARTICIPANTES Quem foi estudado?	Doentes adultos ou idosos conscientes com ventilação invasiva internados em cuidados intensivos e Enfermeiros que cuidam desses utentes	Ventilação invasiva Estratégias de Comunicação Enfermagem Cuidados intensivos
I INTERVENÇÕES O que foi feito?	Estratégias de comunicação verbal e não verbal utilizadas	
C	-----	
RESULTADOS (OUTCOMES) Efeitos/ Consequências	Nível de compreensão da mensagem Satisfação com a estratégia Stress na perspetiva dos doentes Perceção da facilidade de comunicação Compreensão da mensagem Satisfação dos doentes	
D	Todo o tipo de estudos qualitativos e quantitativos	

1.3. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Antes da pesquisa orientada pelas palavras chave foi realizada uma pesquisa no Google académico e PUBMED para determinar as palavras chave/descriptores associadas a esta temática após a qual passamos à pesquisa orientada como a seguir se apresenta.

Como relatado anteriormente a plataforma eletrónica consultada foi o Interface EBSCOhost, com seleção dos domínios de pesquisa: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; CINAHL Plus with Full Text e MedicLatina. Foram também consultadas as bases de dados Pubmed e a web of Science. Foram consultados todos os artigos publicados até à atualidade, sendo a pesquisa realizada com base em descritores em Ciências da Saúde (DECS) e em *Medical Subject Headings* (MeSH): *Communication or Communication Methods AND Strategies or tools AND ventilated AND nursing AND intensive care*, com a seguinte estratégia de busca:

Para cada um dos termos indexados realizou-se uma pesquisa individualizada, seguida de conjugação dos mesmos com os seus respetivos sinónimos, e por fim a conjugação da totalidade da equação de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos «OR», «AND» e «NOT».

Communication OR Communication Methods

Communication or Communication Methods AND Strategies or tools

*Communication or Communication Methods AND Strategies or tools AND ventilated
AND Nursing*

*Communication or Communication Methods AND Strategies or tools AND ventilated
AND Nursing AND effectiveness*

*Communication or Communication Methods AND Strategies or tools AND ventilated
AND Nursing AND effectiveness AND Intensive care*

*Communication or Communication Methods AND Strategies or tools AND ventilated
AND Nursing AND Intensive care*

Na plataforma EBSCOhost, com a seleção dos subdomínios enunciada foram encontrados 48 artigos. Foram excluídos 37 artigos pela leitura do título, 1 artigo por se encontrar duplicado. Após análise dos resumos dos 10 artigos que suscitaram interesse, foram conservados os 7 artigos para posterior análise.

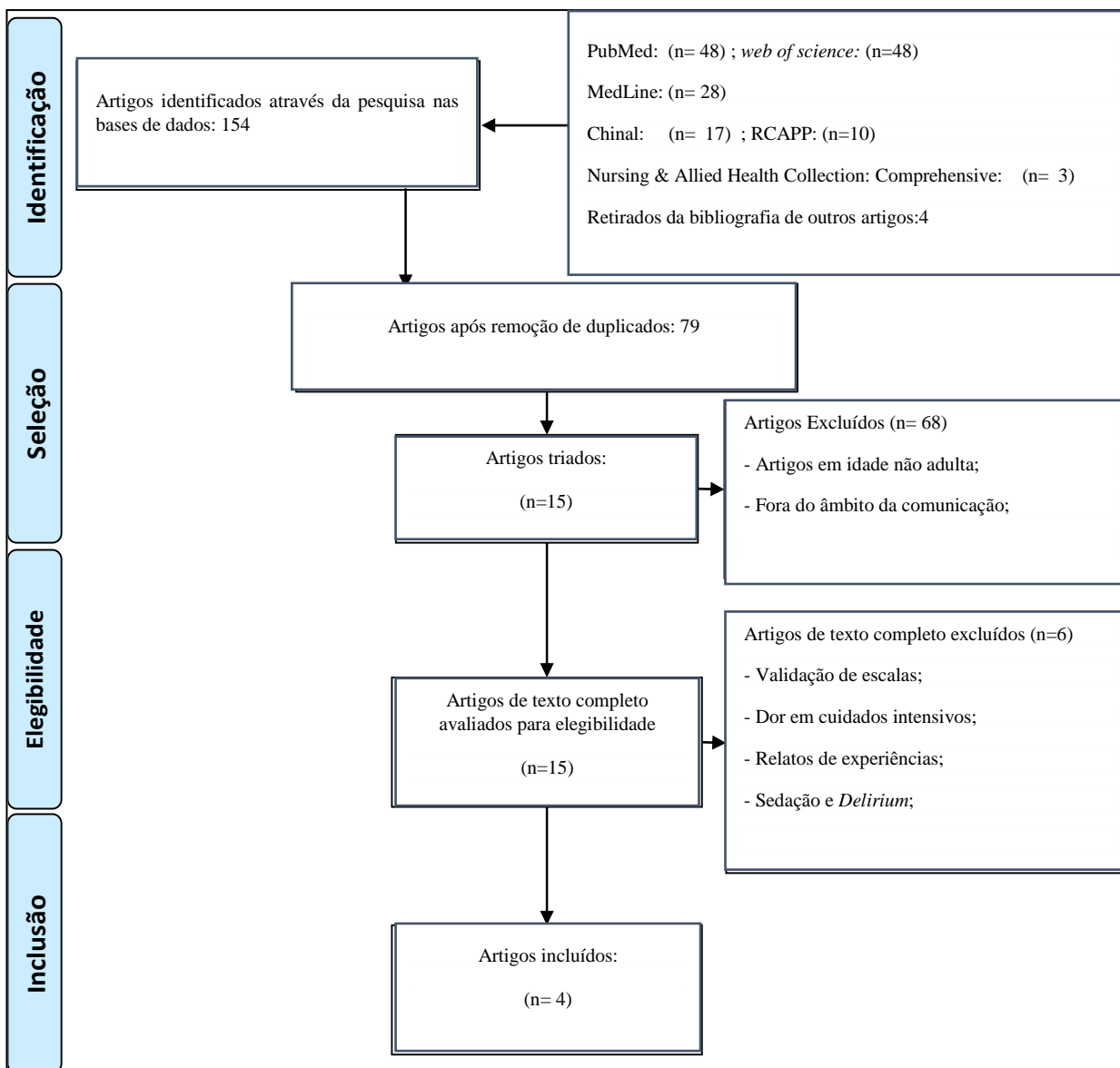
Na Plataforma Pubmed, utilizando os operadores a cima descritos, foram obtidos 28 resultado. Foram excluídos 21 artigos pela leitura do título, 6 artigos por se encontrar duplicado. Após análise do resumo do artigo que suscitou interesse, foi conservado para posterior análise.

Foi efetuada uma pesquisa na plataforma RCAAP utilizando os termos: Comunicação E Cuidados Intensivos E Enfermagem, por não serem possível adicionar mais termos à pesquisa, tendo sido obtidos 10 resultados. Após análise dos títulos, foram excluídos 6 artigos. Após análise dos resumos dos restantes 4 artigos, foi conservado 1 artigo, correspondendo os restantes a teses de mestrado, sendo uma o resultado da conversão e adaptação para a realidade portuguesa de uma escala.

Na plataforma *web of science* foram identificados um total de 48 artigos que após análise dos títulos foram catalogados como replicas das pesquisas anteriores, sendo, por conseguinte, descartados.

Após análise dos artigos selecionados, repescagem das bibliografias e aplicação dos critérios foram conservados 4 artigos para realização do estudo de investigação, conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1 – Diagrama Prisma



Assim, e tendo em conta o referido, apresenta-se o quadro seguinte (quadro 2) onde se descrevem os referidos estudos incluídos na revisão, seguindo a metodologia PICOD anteriormente descrita, bem como a respetiva análise enfatizando os contributos do estudo para o conhecimento.

1.4. QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

A avaliação da qualidade metodológica das propriedades de medida dos instrumentos incluídos neste estudo foi realizada por dois revisores independentes, os quais avaliaram os vários artigos, consoante a sua tipologia com os métodos adequados a cada tipo de estudo, segundo o guia orientador para a síntese científica no contexto da translação da ciência da universidade de Coimbra. Todos os artigos apresentavam qualidade metodológica pelo que foram conservados no presente estudo.

1.5. EXTRAÇÃO DE DADOS

De acordo com o protocolo JBI, o objetivo global das revisões de evidencia de eficácia é informar sobre eficácia de uma intervenção num resultado ou resultados (*outcomes*). Os resultados, podem incluir uma medição direta e objetiva (ex. diminuição de dias entubado) ou indireta pelo relato dos indivíduos avaliados (escalas de avaliação ou grelhas, questionários). Neste tipo de revisões, os dados quantitativos podem ser apresentados em tabelas e analisados de forma narrativa e sempre que possível agrupados numa meta-análise. De seguida passamos à apresentação dos dados dos diferentes estudos incluídos na RSL.

1.6 RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 4 artigos científicos de elevada qualidade e evidência científica, nomeadamente de: Happ, Roesch e Garret (2004), El-Soussi, Elshafey, Othman e Abd-Elkader (2015), Otuzoglu e Karahan (2013) e Happ et. al (2014). Todos os estudos usados neste trabalho referem-se a doentes entubados e sob ventilação mecânica, internados em unidades de cuidados intensivos independentemente da patologia. Ainda em relação aos participantes, todos os estudos foram desenvolvidos com participantes com uma média de idades compreendidas entre os 45.5 e os 65 anos.

No estudo de Happ, Roesch e Garret (2004) a severidade da doença obtida através do calculo do *Apache III* variou entre 15 – 54, sendo os dias sob ventilação antes da aplicação do instrumento variáveis entre 0.5 e 25 dias. Os autores classificaram também os doentes segundo o *Tiss*, sendo os resultados obtidos enquadráveis no intervalo 6.3 -42.

No que respeita ao estudo de El-Soussi, Elshafey, Othman e Abd-Elkader (2015) os resultados médios da aplicação de *Apache II* foram 27.77 com um desvio padrão de 4.74 no grupo de controlo e 32.32 com 6.92 de desvio padrão.

Otuzoglu e Karahan (2013) não procederam à classificação da severidade da doença dos doentes envolvidos no estudo, utilizando variáveis como o estado civil, a situação profissional e nível de educação.

Happ et. al (2014), por sua vez, categoriza os participantes consoante os resultados da escala *Apache III*, obtendo uma média entre 48.6 com desvio padrão de 9.9 e 59.0 com desvio padrão 13.3, consoante a unidade. Estes autores utilizam também variáveis como o nível de sedação obtido a partir da aplicação da escala de *Rass*.

No que diz respeito às intervenções, todos os estudos usam grupo de controlo, sendo feita a comparação entre a aplicação de estratégias de comunicação alternativas e a utilização de estratégias padrão/ usadas de forma inata pelos intervenientes. No estudo de Happ, Roesch e Garret (2004) foram fornecidos equipamentos eletrónicos de comunicação aos doentes do grupo de teste e prestada formação aos enfermeiros sobre o funcionamento dos mesmos. O grupo de controlo comunicava com a equipa multidisciplinar com os meios existentes previamente. No estudo de El-Soussi, Elshafey, Othman e Abd-Elkader (2015), o grupo de teste comunicava com a equipa multidisciplinar através de estratégias/meios de comunicação aumentativa (AAC) enquanto o grupo de controlo comunicava através das formas de comunicação que existiam previamente. No estudo de Otuzoglu e Karahan (2013) o grupo de teste comunicava com a equipa multidisciplinar através de um quadro com ilustrações, enquanto o grupo de controlo utilizava as estratégias de comunicação convencionais. No estudo de Happ et. al (2014), a primeira fase corresponde a uma fase “controlo” onde as intervenções de comunicação são as previamente existentes, existem poucos ou nenhuns materiais de comunicação aumentativa e os enfermeiros não receberam formação adicional em comunicação. Numa segunda fase, os enfermeiros recebem 4 horas de formação em estratégias de comunicação e materiais de comunicação aumentativa de baixa tecnologia. Numa terceira fase, além das 4 horas de formação, são submetidos a 2 horas de formação sobre materiais de comunicação aumentativa eletrónicos e intervêm um terapeuta da fala que ajuda a traçar/ definir os planos de comunicação com cada doente. Estão disponíveis tanto materiais de comunicação aumentativa de baixa tecnologia como eletrónicos.

Em termos de comparação, todos os estudos usados demonstram a realização de comparações dos resultados obtidos nos vários grupos de participantes nos estudos.

No estudo de Happ, Roesch e Garret (2004), após a aplicação de uma escala de avaliação da facilidade de comunicação, antes e após a intervenção, a maioria referiu menor

dificuldade em comunicar após a utilização do dispositivo. No estudo de El-Soussi, Elshafey, Othman e Abd-Elkader (2015), foi avaliada a satisfação dos utentes, sendo notória uma discrepância entre o grupo de teste e o grupo de controlo (maior satisfação no grupo de teste). Foi também avaliado o stress na perspetiva dos doentes, sendo notórias diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de controlo (menos no grupo de teste). No estudo de Otuzoglu e Karahan (2013) é evidenciada a diferença entre a perspetiva de adequação das estratégias de comunicação entre os grupos de teste e controlo. Existem também diferenças na perspetiva de dificuldades em comunicar com a equipa multidisciplinar nos dois grupos. Relativamente ao estudo de Happ et. al. (2014), evidenciam-se alterações nos comportamentos positivos de comunicação e incremento da qualidade comunicacional ao longo das 3 fases.

Os dados são apresentados de forma narrativa, de acordo com a população alvo, intervenções, os *outcomes* de interesse, assim como tipo de estudos tendo-se construído um quadro (quadro 3) para ajudar a análise dos mesmos.

Página deixada em branco propositadamente

Quadro 3- Descrição dos estudos incluídos na revisão:
Metodologia PICOD

Estudo	P	I	C	O	D
Happ, Roesch & Garrett (2004) E-1	<p>Foram selecionados 16 participantes utilizando os critérios de seleção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar entubados, responsivos à estimulação verbal, capazes de cumprir ordens, capazes de compreender inglês e completar 6 de 8 tarefas de triagem inicial de diagnóstico cognitivo linguístico: olha para mim; Ronald Reagan é atualmente presidente?, capacidade de seguir indicações (como fechar os olhos) usando perguntas de sim ou não e tarefas simples. <p>5 doentes recusaram-se a participar. A população final foi constituída por 11 doentes, sendo os familiares e elementos da equipa multidisciplinar participantes secundários.</p> <p>Os doentes foram identificados por um dos investigadores durante as reavaliações ou sugeridos pelo enfermeiro. Após obtenção do consentimento informado, do doente e/ou família os investigadores em conjunto com o enfermeiros responsável pelo doente decidiam quando implementar a intervenção.</p>	<p>Foram utilizados dois dispositivos VOCA's onde os pacientes tocavam um ecrã para reproduzir mensagens pré-definidas. Existiam diferenças entre os dispositivos usados nos primeiros 8 doentes e nos 2 seguintes, sendo o dispositivo usados nos primeiros (DynaMyte) mais completo que o segundo (The MessageMate). Por conseguinte o último doente utilizou o DynaMyte. As mensagens foram individualizadas às necessidades de cada doente ou familiar. Foram mostradas mensagens standart retiradas da literatura e questionada a adição ou remoção das mesmas. Ex. Pedidos de óculos, reza ou música. As sessões de treino duraram cerca de 20 minutos e foram interrompidas quando eram verificados sinais de fadiga ou os mesmos pediam para parar. Os enfermeiros receberam uma formação de 15 minutos sobre os objetivos do estudo e utilização dos dispositivos.</p>	<p>Para compreender as modificações na perceção dos doentes das dificuldades de comunicação, os doentes foram submetidos ao questionário "Ease of Communication Scale" antes de serem submetidos ao uso dos dispositivos e depois.</p> <p>Os investigadores avaliaram 10 afirmações tipo linkert sobre a perceção dos doentes sobre as dificuldades de comunicação. (0=Nada difícil de todo, 1= um pouco difícil, 2= de algum modo difícil, 3= bastante difícil, 4= extremamente difícil)</p> <p>Foram realizadas 14 entrevistas formais; 8 a doentes, 3 a familiares e 3 a membros do corpo clínico (2 enfermeiros e 1 terapeuta respiratório) para verificar a satisfação com os equipamentos, dificuldades ao uso e mensagens mais comuns da perspectiva dos participantes.</p>	<p>Foram admitidos ao estudo 11 doentes com múltiplas patologias e especificidades sociodemográfias. Apenas 3 doentes conseguiam escrever de forma legível. 4 doentes demonstraram dificuldades ou foram incapazes de completar as tarefas exigidas na triagem inicial. 1 doente era cego e quadriplégico com espasticidade e limitação da motricidade grossa dos membros superiores. Outro doente também era quadriplégico e possuía idênticas limitações de motricidade.</p> <p>Dois doentes tinham fraca motricidade fina e coordenação motora, revelando dificuldades em posicionar e alcançar o dispositivo. Estes utilizaram os polegares, unhas, canetas e varinhas extensíveis para tocar no ecrã dos dispositivos. 7 Doentes receberam narcóticos e/ou ansiolíticos ou sedação dentro de 6 horas do período observacional do estudo. Todos os doentes tinham scores elevados de Glasgow (14-15). Foram realizadas e documentadas 49 observações. Nestas os doentes utilizaram meios alternativos aos dispositivos fornecidos (gestos n=6, palavras mudas n=6, acenos com a cabeça n=4 e escrita n=1). A aplicação da escala "Ease of Communication" revelou significativamente menos dificuldade na comunicação após aplicação dos dispositivos.</p>	Estudo Caso-controlro

Quadro 3- Descrição dos estudos incluídos na revisão:
Metodologia PICOD

Estudo	P	I	C	O	D
<p>El-Soussi, Elshafey, Othman & Abd-Elkader (2015) E-2</p>	<p>Estudo conduzido em 60 doentes portadores de DPOC, do sexo masculino, entubados e internados na Unidade de cuidados intensivos Respiratórios do Hospital Universitário de Mansoura. Estes doentes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos de 30 elementos cada, sendo um o grupo alvo da intervenção e o segundo o grupo de controlo.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doentes inconscientes; - Doentes com deficiência visual e/ou auditiva. 	<p>O grupo de controlo recebia as intervenções/estratégias convencionais de comunicação aplicadas pelos enfermeiros da unidade. O grupo teste, era submetido a meios alternativos de comunicação (AAC)</p> <p>O estudo foi dividido em 4 fases.</p> <p>Na primeira fase, os investigadores observaram as rotinas e práticas de comunicação dos enfermeiros com o grupo de controlo. Foram realizadas duas observações diárias, a primeira no turno da manhã e a segunda no turno da noite para identificar se as práticas de comunicação eram influenciadas pelo tempo ou não (hora do dia). Estas observação decorrem durante 2 dias.</p> <p>Na segunda fase, foram preparados os quadros de comunicação após resenha da literatura, sendo adaptados e traduzidos do modelo de <i>Othman</i>, uma vez que o <i>EZ board</i> arabe não possuía imagens.</p> <p>Na terceira fase, foram implementados AAC no grupo de teste, nomeadamente, o quadro produzido e papel e caneta. Enquanto os participantes do grupo de controlo recebiam as intervenções “standart”.</p> <p>Na quarta fase, ambos os grupos foram avaliados quanto à efetividade do uso de AAC, sendo comparados os resultados dos dois grupos em relação a satisfação, níveis de stress.</p>	<p>Foram aplicados questionários aos dois grupos através de duas ferramentas.</p> <p>1^a- Aplicado questionário de ferramentas de comunicação, adaptado do estudo de Patak et al. (2009), modificado pelos autores do estudo. Foram avaliados fatores como os métodos de comunicação dos doentes, barreiras à comunicação, níveis de stress e evolução, num total de 5 partes.</p> <p>2^a- Aplicado questionário de satisfação, desenvolvido pelos autores após resenha bibliográfica. Este questionário incluía 20 itens que os doentes classificavam através de uma escala de linkert de 5 entradas com as opções: 1- Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Indeciso; 4- Satisfeito e 5- Muito satisfeito. Resultados inferiores a 25 indicariam “muito insatisfeito”, de 25-49 “insatisfeito”, de 50-75 “satisfeito” e scores superiores a 75 “muito satisfeito.</p> <p>Antes de serem aplicados os questionários e iniciado o estudo, foi realizados um pré-teste com 6 doentes para avaliar a clareza e fiabilidade dos questionários e realizar as devidas alterações.</p>	<p>Discrepância significativa no que concerne à satisfação entre os dois grupos. 53.33% dos elementos do grupo de controlo responderam “muito insatisfeito” a par de 10% do grupo de estudo. Por outro lado, 40% dos elementos do grupo de estudo demonstraram-se “muito satisfeitos” a par de 6.66% do grupo de controlo. As diferenças entre os dois grupos no que respeita as categorias “insatisfeito” e “satisfeito” em termos estatísticos não foram significativas. 63.3% dos elementos do grupo de estudo classificaram os métodos de comunicação como muito uteis, 33.3% e 26.7% dos elementos do grupo de controlo classificaram os métodos de comunicação “algo útil” e “útil” respetivamente.</p> <p>Relativamente aos níveis de stress, 73.3% dos elementos do grupo de controlo responderam que sentiram “muito”, face a 13.3% do grupo de teste. É de salientar que cerca de 70% dos elementos do grupo teste reportaram níveis de stress de “um pouco” e “de algum modo” (36,7% + 33.3%), comparado com 21 % do grupo de controlo (11% + 10%).</p> <p>A maioria dos elementos do grupo de teste evidenciam que o uso de papel e caneta não é útil. Este facto pode estar relacionado com fraqueza muscular, dificuldade visual, fadiga, tremores e restrições físicas, causando frustração.</p> <p>O quadro comunicativo foi considerado um dos mais importantes meios de facilitar a comunicação com doentes entubados, sendo descrito por mais de metade dos participantes como extremamente útil.</p> <p>A satisfação dos doentes aumenta. A comunicação é considerada parte integrante do cuidado de enfermagem, e após a aplicação de intervenções de enfermagem em conjunto com meios AAC.</p> <p>O estudo evidencia a redução de níveis de stress em doentes submetidos ao uso de métodos AAC, facilitando a expressão das suas necessidades e diminuindo a frustração com a comunicação.</p> <p>O quadro comunicativo é evidenciado neste estudo como um método efetivo de aumentar a satisfação dos doentes, sendo mais fácil de utilizar que o papel e caneta.</p>	<p>Estudo Caso-controlo</p>

Quadro 3- Descrição dos estudos incluídos na revisão:
Metodologia PICOD

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Otuzoglu & Karahan (2013) E-3</p>	<p>Estudo conduzido em 90 doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos cardiológicos do hospital universitário de Ankara, Turquia.</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u> - Doentes com 18 ou mais anos, submetidos a cirurgia cardiotorácica.</p> <p><u>Critérios de exclusão:</u> - Doentes invisuais; -Doentes com demência; -Doentes confusos/desorientados; -Doentes com problemas linguísticos</p> <p>Foram realizadas consultas e testes para aferir estas limitações antes dos doentes serem admitidos na unidade, descartando a possibilidade dessas alterações serem induzidas pelo internamento/procedimento cirúrgico.</p> <p>Os doentes foram separados em dois grupos de idades, dos 18-65 anos e +65 anos, de acordo com a variável independente idade.</p> <p>O tamanho da amostra foi calculado com base na tabela de cálculos dos estudos de caso, tendo obtido um intervalo de confiança de 95%.</p> <p>Os 90 participantes foram divididos em dois grupos: o grupo de controlo e o grupo de teste, cada um constituído por 45 elementos.</p>	<p>Foram desenvolvidas três ferramentas de comunicação e matérias de comunicação ilustrados através de resenha bibliográfica. Todos os instrumentos foram apresentados a peritos e as alterações foram efetuadas com base nas suas opiniões.</p> <p>Foram aplicados três questionários: 1- Questionário de opinião para pacientes sobre questões a serem incluídas nos materiais de comunicação; 2- Questionário de opinião para determinar as experiências de comunicação do doente durante o período de entubação; 3- Questionário para avaliar o processo de comunicação, preenchido por enfermeiros responsáveis pelos doentes enquanto entubado.</p> <p>Foram sugeridos pelos doentes 10 questões que deveriam ser incluídas no quadro ilustrado (questionário 1): Quero água, náuseas, dor, toilet (toilet do tubo/brônquica), limpeza da boca, mudança de posição, perguntar se a cirurgia já tinha sido realizada, quando seria removido o tubo, perguntar as horas e reportar dificuldade respiratória (sensação de asfixia).</p> <p>O quadro ilustrado foi desenvolvido com auxílio da faculdade de comunicação, com o departamento de desenho e design gráfico. Antes de ser concluído foi submetido a crítica por parte de 2 membros da faculdade de comunicação, 2 médicos da faculdade de ciências da saúde e 4 enfermeiros (1 enfermeiro do departamento de psiquiatria, 3 do departamento cirúrgico). Todos os feedback's foram positivos.</p> <p>Foi realizado um pré-teste com 6 doentes, sendo procedida à alteração da ilustração referente às náuseas/vómitos e posteriormente finalizado o instrumento.</p>	<p>O grupo de controlo foi abordado primeiro, não contactou com os quadros ilustrados em nenhuma fase, mas foi questionado se gostariam que existisse um quadro ilustrado para comunicarem. Este grupo foi formado pelos 45 primeiros doentes a preencherem os critérios de inclusão. Foram utilizadas como técnicas de comunicação: gestos e mimica, leitura de lábios, contacto visual, toque e papel e caneta.</p> <p>O grupo de teste foi constituído pelos 45 doentes seguintes a preencherem os critérios de inclusão. Estes foram submetidos ao uso do quadro de comunicação ilustrado, tendo apenas contacto com ele durante o estudo.</p> <p>Antes da aplicação de qualquer instrumento e ainda antes do procedimento cirúrgico os doentes expressaram o seu consentimento verbal e escrito para participação no estudo. O tempo de médio de comunicação com os doentes foi calculados para 1 minuto com o grupo de controlo e 40s para o grupo de teste.</p> <p>Quando os doentes reuniam condições de extubação, eram submetidos ao questionário 2.</p>	<p>88,9% dos doente do grupo de controlo usaram os gestos, mimica e leitura de lábios para comunicar com a equipa multidisciplinar, enquanto que, 57,8% usou contacto visual, 31.1% usou o toque e 22.2% utilizou o papel e lápis.</p> <p>Todos os doentes, do grupo teste, utilizaram o quadro ilustrado e 91.1% utilizaram a parte alfabética do quadro para expressarem necessidades que não encontraram no mesmo.</p> <p>20% dos doentes do grupo de controlo descreveram os métodos de comunicação da equipa multidisciplinar como adequados enquanto que 42.2% do grupo de teste descreveram como apropriado.</p> <p>No grupo de controlo 35,6% dos doentes referiu dificuldades em comunicar com a equipa multidisciplinar enquanto estava entubado, a par de apenas 1 doente no grupo de teste.</p> <p>15.6% dos doentes do grupo de controlo afirmam que a equipa multidisciplinar compreendeu e atendeu as suas necessidades e 37,8% do grupo de teste.</p> <p>77,8% dos doentes do grupo de teste afirmaram que o quadro com ilustrações beneficia a comunicação entre a equipa multidisciplinar e os doentes entubados, enquanto 22.2% sugere que é parcialmente benéfico.</p>	<p>Estudo Caso-controlo</p>

Quadro 3- Descrição dos estudos incluídos na revisão:
Metodologia PICOD

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Happ et al. E-4</p>	<p>O estudo é desenvolvido em 32 camas de medicina intensiva e 22 camas de cuidados intensivos cardiotorácicos, da rede terciária de hospitais da região Média atlântica (USA)</p> <p><u>Critérios de inclusão para Enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mínimo de um ano de experiência em cuidados intensivos e trabalhar com regularidade dois dias seguidos nos turnos diurnos. <p>Foram necessários 10 enfermeiros em cada fase, segundo os cálculos prévios da dimensão de amostra para o tipo de estudo, sendo 10 novos enfermeiros incluídos em cada fase e os 10 anteriores excluídos para manter a independência da amostra entre as diversas fases. No final da participação no estudo cada enfermeiro recebia 150 \$ em cartão de compras.</p> <p><u>Critérios de inclusão dos doentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Submetidos a entubação endotraqueal ou traqueostomia sem capacidade de vocalizar; - Previsão médica de manutenção da ventilação por 2-3 dias depois de serem incluídos no estudo; -Estar acordados e responsivos a ordens; -Compreenderem Inglês; <p><u>Critérios de exclusão para doentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS< 13; - Condição prévia gravemente impeditiva da comunicação, com função de comunicação medida pela National outcome Measurement system subscale <3 ou, diagnóstico prévio de demência; - Foram incluídos doentes com delírio ou a receberem sedação para maximizar a generalização. <p>Dos 131 enfermeiros elegíveis para o estudo, 42 foram incluídos, 12 desistiram/ abandonaram o estudo por motivos pessoais e/ ou profissionais como a mudança de posto de trabalho, de estatuto ou ingresso em estudos pos-graduados antes da conclusão do estudo, perfazendo um total de 30 enfermeiros. Cada enfermeiro foi observado na interação com 3 doentes entubados.</p> <p>Dos 179 doentes que cumpriam os critérios de inclusão, foram abordados 127 e envolvidos 93. 4 doentes foram removido devido ao seu enfermeiro</p>	<p>Na fase 1 os materiais de comunicação assistida eram essencialmente papel e caneta, menos comuns eram os quadros com letras e outros materiais, geralmente fornecidos por familiares. O terapeuta da fala intervinha apenas na disfagia e nas avaliações da deglutição.</p> <p>Na fase 2 os enfermeiros recebiam 4 horas de treino de comunicação, com objetivo de melhorar os seus conhecimentos e habilidades de comunicação com doentes entubados. Cada um recebia um memorando institucional e guia de bolso com o algoritmo de comunicação a utilizar. Foram fornecidas às unidades materiais de comunicação de baixa tecnologia como por exemplo: cadernos, canetas, quadros com letras, imagens e frases, de modo a serem utilizados como cartões de comunicação que eram auditados e repostos todas as semanas.</p> <p>Na Fase 3, os enfermeiros recebiam o mesmo tipo de treino da fase dois (não tinha recebido antes uma vez que era uma nova amostra) e ainda 2 horas de treino com equipamentos de comunicação eletrónicos. O Terapeuta da fala especialmente treinado no uso destes meios dedicou 45-60 minutos de acompanhamento e intervenção a cada doente do grupo de estudo, individualmente, durante dois dias do período de observação. Foi estabelecido um plano de comunicação que incluía tanto dispositivos de baixa tecnologia como eletrónicos que iam ao encontro das habilidades e preferências dos doentes.</p>	<p>No estudo são comparadas três realidades distintas: a realidade das unidades antes de se iniciar o estudo, constituindo os participantes que integram esta fase o grupo de controlo. A Eficácia de 4 horas de formação aos enfermeiros sobre comunicação e o fornecimento de meios aumentativos de comunicação de baixa tecnologia (fase 2); e a eficácia da prestação de 4 horas de formação aos enfermeiros sobre técnicas de comunicação, 2 horas de formação sobre o uso de dispositivos aumentativos de comunicação eletrónicos e a inclusão de um terapeuta da fala na delimitação de planos personalizados de comunicação, com dispositivos aumentativos de baixa tecnologia e eletrónicos disponíveis.</p>	<p>O número médio de interações para comunicação demonstrou uma alteração significativa como consequência da implementação de medidas de fase para fase.</p> <p>A percentagem de sucesso da comunicação era geralmente elevada e não sofreu alterações na média dos grupos, mesmo quando o tópico envolvia o controlo do delírio. Por outro lado, analisando o sucesso pelo tipo de interação, os grupos que receberam intervenções revelaram uma taxa de sucesso de comunicação sobre a dor superior ao grupo de controlo, apesar de não serem significativas as diferenças entre os dois grupos de intervenções.</p> <p>No que respeita à qualidade da comunicação, os comportamentos negativos de comunicação eram pouco frequentes. Foi demonstrado um aumento dos comportamentos positivos apenas da fase 1 para a 2 e apenas na unidade A. Houve um aumento significativo dos comportamentos positivos quando os doentes se encontravam em delírio.</p> <p>A utilização de métodos AAC de comunicação, como medida de qualidade comunicacional, foi significativamente diferente entre os grupos. O seu uso na fase 1 foi extremamente baixo, com apenas 0.84% dos participantes, 0.51% na fase 2 mas, por sua vez, 6.31% na fase 3.</p> <p>No que respeita à facilidade de comunicação, a percentagem de doentes que classificaram como “difícil” na fase 1 foi de 27% , 31% na fase 2 e 11% na fase 3. Foram verificadas diferenças entre as unidades, reportando os doentes da unidade B mais dificuldades (26.8%) que os da unidade A (19.3%)</p>	<p>Estudo Quasi-experimental;</p>

Quadro 3- Descrição dos estudos incluídos na revisão:
Metodologia PICOD

Estudo	P	I	C	O	D
	<p>atribuído ter saído do estudo. Foi mantido no estudo 1 enfermeiro que apenas interagiu com 2 doentes. A amostra final eleita para análises consistia em 89 díades enfermeiro- doente e 356 gravações de comunicação entre as díades.</p> <p>Valores totais das 3 fases do estudo: Abordados 179 doentes, 66 Enfermeiros, obtendo respetivamente 30 enfermeiros e 10 doentes na fase 1, 29 doentes e 10 enfermeiros na fase 2 e 30 doentes e 10 enfermeiros na fase 3.</p>				

Página deixada em branco propositadamente

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Podemos afirmar que as dificuldades comunicacionais são um problema comum para os doentes ventilados mecanicamente nas unidades de cuidados intensivos (Mary Beth Happ et al., 2014). A incapacidade de falar provoca stress, medo e irritação nos doentes e angústia nas equipas multidisciplinares (El-Soussi, Elshafey, Othman, & Abd-Elkader, 2014; Mary B Happ, Roesch, & Garret, 2004; Mary Beth Happ et al., 2014; Otuzoğlu & Karahan, 2014). Os enfermeiros em cuidados intensivos procuram interpretar as diferentes formas de comunicação não verbal dos doentes tais como: gestos, acenos de cabeça, leitura nos lábios e a escrita, sendo porem estes métodos de comunicação desgastantes emocional e fisicamente para os doentes (El-Soussi et al., 2014). Happ et al. (2004), citando Dowden, Beukelman e Lossing (1986) refere que “as razões mais comuns para o insucesso são a diminuição cognitiva, a rejeição do doente e diminuição da motricidade” El-Soussi et al. (2014) acrescenta que de algum modo todas as pessoas comunicam, contudo a efetividade e eficiência da comunicação varia consoante um numero de fatores pessoais e ambientais. Neste sentido, os meios aumentativos de comunicação são aceites por vários autores como uma alternativa valida e fiável para incrementar a efetividade da comunicação com doentes submetidos a ventilação mecânica. Dowden citado por Happ et al. (2004) descreve o sucesso do uso destes meios, através da observação de 50 doentes temporariamente limitados na comunicação, durante dois anos, definindo o sucesso como a utilização por parte dos doentes, dos referidos meios de comunicação por mais do que um dia. São diversas as formas de comunicação aumentativa disponíveis, sendo necessário adaptar as mesmas as características individuais de cada doente. Estas podem incluir métodos que variam do simples lápis e papel, ao alfabeto, palavras, quadros com imagens, computadores com teclados que incluem as necessidades básicas, nomes de pessoas e imagens de partes do corpo. (El-Soussi et al., 2014) O mesmo autor afirma que a utilização destes meios reduz os níveis de ansiedade e ajuda os doentes a expressarem e verem atendidas as suas necessidades, sentido o seu cuidado como individualizado.

Happ et al. (2004) demonstra que a utilização de dispositivos eletrónicos de voz incrementa a satisfação para com o processo de comunicação com os doentes, considerando a maioria dos elementos envolvidos no estudo, um elemento facilitador da comunicação. Apesar dos constrangimentos da amostra, os dados são fiáveis, favorecendo a adoção dos mesmos. Por sua

vez, El-Soussi et al. (2014) demonstrou que a utilização de meios aumentativos de comunicação, em doentes com DPOC e ventilados, melhorava a sua satisfação e melhorava a perceção que tinham da capacidade dos enfermeiros comunicarem com os doentes e acederem às suas necessidades. Estes achados vão ao encontro dos restantes estudos, sendo perpetrada a visão do doente quando ao processo comunicacional através de um questionário. Em cuidados intensivos cardioracicos, por sua vez, Otuzoğlu e Karahan (2014) demonstraram a eficácia da utilização de quadros ilustrados como meio aumentativo de comunicação, sendo questionados os doentes sobre quais as necessidades que sentiam ser necessárias adicionar a um instrumento deste tipo, durante a fase de aplicação de intervenções ao grupo de controlo, concomitante à construção e adaptação do mesmo. Os autores revelam neste estudo a sensibilidade de personalizar um instrumento que, apesar de amplamente replicado e, pragmaticamente universal, poderá ser sempre ajustado à realidade sociodemográfica e especificidade de cada serviço/ unidade de cuidados. Por ultimo, Happ et al.(2014), num continuo de trabalhos desenvolvidos na área da comunicação demonstra a eficácia de um conjunto de intervenções a serem aplicadas à comunicação, incluindo a importância da formação e da inclusão do terapeuta da fala na equipa multidisciplinar. Salienta-se a independência da amostra de fase para fase do estudo, garantindo idoneidade entre as diversas etapas. Outros estudos desta autora poderiam ser incluídos no presente estudo, tais como o estudo SPECS 2, contudo, a natureza do mesmo acrescenta apenas à temática um melhoramento das estratégias anteriores, não inferindo um resultado diferente deste: as estratégias de comunicação aumentativas, bem como a formação sobre estratégias comunicacionais e intervenção diferenciada de terapeuta da fala, melhoram a efetividade da comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica acometido em cuidados intensivos.

Neste sentido, é recomendada a utilização de meios aumentativos de comunicação com doentes entubados e ventilados em cuidados intensivos. Tal como defende Barlem et al. (2008) a intenção básica da comunicação é melhorar o atendimento da realidade, as relações com os outros e modificar-se a si mesmo e aos fatos. Deste modo, recomenda-se que as unidades que não possuem este tipo de meios, desenvolvam esforços no sentido de os adquirir/ justificar, procurando advogar para os doentes as melhores opções disponíveis dentro de um referencial socioeconómico sustentável.

CONCLUSÃO

A comunicação continua a ser um dos temas mais discutidos em enfermagem, evidenciando-se como uma problemática para os doentes críticos submetidos a ventilação mecânica, sendo que perante o conhecimento atual, progresso tecnológico e avanços da medicina, com mais sofisticados e agressivos meios de suporte, pode-se afirmar que são necessários mais estudos neste âmbito.

Com esta revisão sistemática da literatura, e respondendo à questão de investigação anteriormente formulada, podemos concluir que as intervenções de enfermagem na comunicação com utentes internados em cuidados intensivos são efetivas, melhorando a efetividade das mesmas e satisfação dos doentes com o uso e alternância de técnicas convencionais com meios aumentativos de comunicação. As estratégias de comunicação a utilizar variam do uso de “simples” folhas de papel com lápis e/ou caneta/ marcador, aos dispositivos eletrónicos sendo a superioridade de uns sobre os outros subjetiva a natureza individual de cada doente.

Ao analisar a literatura encontrada fica também demonstrada a necessidade de mais estudos e investigações sobre esta temática, nomeadamente a realização de ensaios clínicos que possam simultaneamente utilizar todos os meios de comunicação disponíveis, do papel e caneta ao leitor de ondas cerebrais.

A elaboração deste documento apresentou algumas limitações, entre as quais se destacam a dificuldade em encontrar estudos atuais com a devida correção metodológica e científica que permitam comprovar a prática clínica de modo mais seguro e eficaz. No entanto fica patente a efetividade das intervenções de enfermagem, sendo que fica deste modo comprovado o enorme contributo dos cuidados de enfermagem na melhoria da satisfação das necessidades dos doente durante o internamento.

Para além disso, é também aqui importante referir que a mudança de hábitos e dinâmicas, bem como a educação e a formação dos profissionais para a utilização dos dispositivos disponíveis e algoritmos pré-estabelecidos e fundamentados, contribui para uma eficaz comunicação com o doente ventilado, sendo por isso fortemente recomendadas (Happ et al., 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M. (2002). *A arte de assessorar executivos*. São Paulo, Brasil: edições Pulsar.
- Alves, F. (1992). O doente e a comunicação em unidade de cuidados intensivos: reflexões e perspectivas de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 5, 39 - 41.
- Ashurst, S. (1998). Cuidados de Enfermagem de doentes ventilados mecanicamente em UCI. *Nursing*, 120, p. 10-17.
- Barlem, E., Rosenhein, D., Lunardi, V., & Filho, W. (2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de cuidados de terapia intensiva, *IO(4)*, 1041–1050.
- Bertone, T., Ribeiro, A. P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe On Line*, (3), 1–5.
- Carneiro, A., Fontes, W., Costa, S., & Morais, G. (2009). *Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado*. Acedido 07 fevereiro 2019 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., & Lourenço, I. M. R. (2013). Comunicar Com a pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias? - Revisão Sistemática. *Revista de enfermagem UFPE on line., Recife*, 7(5), 4535–4543.
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos humanos* (7. ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Ciuro, A.C.P. (2007). Comunicar com o doente sem voz: uma reflexão – várias vivências. *Sinais Vitais*, 73, 12 – 21
- Dias, F. (2001). *Sistemas de comunicação, de cultura e de conhecimento – um olhar sociológico*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Dias, M. & Ferreira, M. (2005). *Ética e Profissão Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 1–7. Acedido 08 de fevereiro disponível em <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Donnelly, J., Gibson, J. & Ivancevich, J. (2000). *Princípios de Gestão Empresarial* (10ª ed.). Lisboa, Portugal: Editora Mcgraw-Hill
- El-Soussi, A. H., Elshafey, M. M., Othman, S. Y., & Abd-Elkader, F. A. (2014). Augumented alternative communication methods in intubated COPD patients: Does it make difference. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis* 64, 21-28. acedido 10 de fevereiro disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0422763814001563>
- Ferreira, J., Neves, J. & Abreu, P. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Alfragide, Portugal: Editora McGraw-Hill de Portugal

- Fiske, J. (2005). *Introdução ao estudo da comunicação*. Porto, Portugal: Asa Editores
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta
- Freixo, M. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Galvão, C; Sawada, N. O.; Trevizan, M. A. (2004). *Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem*. acessado 08 março 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14>
- Glitus, J., & Sanap, M. (2018). Use of Communication Board for Mechanically Ventilated Patients, 7(2), 52–55. acessado 08 de fevereiro disponível em <https://doi.org/10.9790/1959-0702015255>
- Happ, M. B., Garret, K. L., Tate, J. A., Divirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung* 43, 89-98
- Happ, M. B., Roesch, T. K., & Garret, K. (2004). Electronic Voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: A feasibility Study. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 33 n. 2.
- Holden, K. (2017). No Longer Voiceless in the ICU. *ASHA Leader*, 22(12), 40–41.
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, A. (2016). communicating with conscious mechanically.pdf. *Critical Care*. acessado 08 de março disponível em <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F., & Hansen, H. P. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 75(June), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
- Oliveira, P., Nóbrega, M., Silva, A. & Filha, M. (2005) *Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva*. Revista Electrónica de Enfermagem, 7 (1), 54 - 63. acessado 25 fevereiro 2019, disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/original_05.pdf
- Oría, M., Moraes, L., & Victor, J. (2004). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista eletrónica de enfermagem, 6 (2), 292 - 297. Acessado 26 fevereiro 2019, disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf.
- Otuzoğlu, M., & Karahan, A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 20(5), 490–498. <https://doi.org/10.1111/ijn.12190>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Pullen, R. L. (2005). CLINICAL DO ' S & DON ' TS Communicating with a patient on mechanical ventilation, *37*(4), 2007.
- Rebar, C., Gersch C., Macnee, C & McCabe, S. (2011). *Understanding Nursing Research: Using Research in Evidence-Based Practice* (3ª ed.). Philadelphia, Estados Unidos da América: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, *67*, 29 - 34
- Santana, J., Dutra, B., Silva, R., Rodrigues, A., & Nunes, T. (2011). Comunicação não verbal nas unidades de cuidados intensivos: percepção dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online.*, *3*(2), 1912–1923.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Sousa, J. (2006). *Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos média*. (2ª ed.), Porto, Portugal. acedido 1 março 2019, disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/sousa-jorge-pedro-elementos-teoria-pequisa-comunicacao-media.pdf>
- Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. São Paulo, Brasil: Manole.
- Thelan, L. & Davie, J. (1994). *Enfermagem em cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta

REFLEXÃO FINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O desenvolvimento de competências especializadas é um processo multifacetado, contínuo e exigente. Este requer observação, conhecimento, bem como a interpretação e cumprimento de normas e padrões de boas práticas que conduzem à cimentação de um conhecimento baseado na evidência científica e por conseguinte, a procura da qualidade.

Analisando o percurso de aprendizagem no curso de mestrado, contextualizando-o com todas as transformações e eventos ocorridos, permite afirmar que o mesmo conduziu ao crescimento profissional e pessoal, fomentando a metamorfose de um profissional preocupado com a segurança da prática clínica no seu produto final: um profissional consciente e motivado, empenhado em procurar e defender os melhores cuidados, enviesado ao cumprimento de rigorosos e atuais padrões de qualidade de modo a que o referencial de desenvolvimento seja sempre a melhoria contínua dos cuidados.

No que respeita à Revisão Sistemática da Literatura, foi um momento de aprendizagem útil de forma a incorporar a melhor evidência científica, saciando questões da prática diária e levantando outras, com a certeza que nenhum profissional será, em alguma circunstância, melhor por não a realizar. Neste sentido, somos de aceitar que o conhecimento é uma construção constante, e para tal, tem de ser procurado e criado, na base de uma espiral hermenêutica.

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica chegou ao fim, no entanto, a aprendizagem permanece continuamente, e desta forma materializa-se o compromisso de dar continuidade aos saberes adquiridos.

Através de conhecimentos científicos atualizados e das competências especializadas desenvolvidas, será possível desenvolver competências junto dos pares, pilares da melhor e mais qualificada prestação de cuidados de enfermagem, assentes na abordagem ao doente crítico, promovendo assim uma maior satisfação do doente, através da prevenção de complicações, promoção da saúde e ajuda na readaptação funcional da pessoa doente.

Em suma, este foi um percurso constituído por sucessos que constituíram um incentivo e motivação, mas também por angústias e contratempos que constituíram aprendizagens

sólidas que ficam para toda a vida. O barco estará sempre mais seguro no porto que em alto mar, contudo não foi para isso que foi construído.