



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO CONFORTADOR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Gonçalves Martins

Lisboa 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO CONFORTADOR À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

THE COMFORTING COMMUNICATION PROCESS OF THE PATIENT IN
CRITICAL CONDITION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Gonçalves Martins

Sob a orientação de Prof^a Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa 2018

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva,
um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À minha família, aos meus pais e à minha irmã pelo apoio incondicional, em especial ao meu marido, que sempre acreditou em mim, e aos meus filhos, Guilherme e Francisco, pelo vosso amor...

À minha orientadora que me incentivou e me deu a mão nesta caminhada...

A todos os colegas que se cruzaram comigo neste percurso e que foram um contributo essencial na concretização deste projeto...

...bem hajam!

RESUMO

O presente Relatório visa retratar o percurso realizado ao longo do período de estágio, procurando evidenciar o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, acompanhado de um exercício contínuo de reflexão sobre as atividades desenvolvidas, as vivências da prática clínica e as dificuldades sentidas, desenvolvendo uma visão crítica dos acontecimentos, tendo como tema orientador o processo de comunicação confortador, que procurei que fosse transversal aos três módulos, tendo como objetivo primordial a prestação de cuidados especializados de qualidade ao doente e sua família.

A prestação de cuidados à pessoa em situação de doença crítica e sua família, em diferentes contextos de aprendizagem permitiu, para além do desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados especializados, sensibilizar a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos para a importância da comunicação na promoção de conforto ao doente crítico, através de uma intervenção dinâmica. A prestação de cuidados especializados à pessoa com dor crónica e sua família, na promoção do controle de dor osteoarticular e oncológica em contexto de Unidade de Dor Crónica levou à elaboração de um guia orientador sobre posturas de conforto em contexto de patologia da coluna, que foi valorizado como um instrumento confortador. Por fim, foi reforçada a importância do processo de comunicação como estratégia promotora de conforto em contexto de Serviço de Urgência Geral, através da elaboração e aplicação de uma checklist para avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros com o doente/família e realização de sessão de formação para apresentação dos resultados obtidos.

Este Relatório é o culminar de um processo de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional, promovendo a prática baseada na evidência, num caminho dirigido à qualidade, humanização e segurança dos cuidados prestados ao doente e sua família nos diferentes contextos.

Palavras-chave: processo de comunicação confortador; pessoa em situação crítica, enfermeiro especialista; enfermagem médico-cirúrgica.

ABSTRACT

The present report intends to describe the journey made during the internship period, seeking to highlight the learning process and the development of skills regarding the specialist nurse, along with a continuous reflection exercise about the developed activities, the experience of the clinical practice and the experienced difficulties, developing a critical vision of the events and having the comforting communication process as guiding theme, which I tried to make transversal to the three modules and having as main aim, the specialized healthcare to the patient and his/her family.

The healthcare provided to the person in critical condition and its family in different learning contexts, allowed the development of specialized healthcare skills as well as it raised the team's awareness for the importance of communication and promoted the comfort of the patient in critical condition through a dynamic intervention. The specialized healthcare provided to the person with chronic pain and its family, promoting the osteoarticular and cancer pain in the Chronic Pain Unit, led to the elaboration of a guiding handbook about comfort postures regarding the spinal pathology, which has been recognized as a comforting instrument. Finally, the importance of communication as a comforting strategy has been strengthened in relation to the General Emergency Service, through the elaboration and application of a communication skills evaluation checklist of the nurses with the patient / family and by doing a training session to present the achieved results.

This report is the result of the learning, personal and professional growing processes, promoting the experience based on evidence, directed to the quality, humanization and security of the healthcare provided to the patients and their families in the different contexts.

Key Words: comforting communication process; patient in critical condition; specialist nurse; medical-surgical nursing.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS UTILIZADOS

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI - Comissão de Controle de Infecção

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Enfermeira Coordenadora

ECS - Ease of Communication Scale

EO – Enfermeira Orientadora

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDC – Unidade de Dor Crónica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
1. O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO CONFORTADOR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	23
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	31
2.1 MÓDULO II – ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS.....	31
2.2 MÓDULO III – ESTÁGIO EM UNIDADE DE DOR CRÓNICA	39
2.3 MÓDULO I – ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	45
3. CONCLUSÃO	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo de revisão sistemática da literatura sobre o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica

APÊNDICE II – Tapetes de rato sobre a importância do processo de comunicação no cuidado confortador.

APÊNDICE III – Guia Informativo sobre posturas de conforto nas patologias da coluna

APÊNDICE IV – Checklist elaborada para a avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros com o doente/família

APÊNDICE V – Poster concebido para a divulgação da sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica e os resultados obtidos com a aplicação da checklist

APÊNDICE VI – Sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica

APÊNDICE VII – Questionário de avaliação da sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica

ANEXOS

ANEXO I – Declaração de presença na sessão de formação intitulada “Projeto RITUAL – contributo para a melhoria da qualidade em saúde.”

ANEXO II – Declaração resultante da apresentação de uma comunicação oral no XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem

ANEXO III – Autorização para implementação da checklist no SUG

ANEXO IV – Declaração resultante da preleção da sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapeamento da identificação, análise e seleção dos artigos.....	25
--	----

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados segundo PI[C]OS.....	26
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do programa curricular do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), foi proposta a realização do presente Relatório, por forma a descrever e analisar o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio. O Estágio decorreu entre 24 de abril e 19 de dezembro de 2017 estando dividido em três módulos: Serviço de Urgência Geral (SUG), Cuidados Intensivos/Intermédios (UCI) e Módulo Opcional – Unidade de Dor Crónica (UDC), num total de 540 horas de prática clínica. Este relatório vem dar resposta ao disposto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015, p.8061) em que “o título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização (...)”. A pertinência dos estágios está relacionada com a necessidade de aplicar conhecimentos previamente adquiridos ao longo do percurso académico e profissional no foro médico-cirúrgico e desenvolver competências inerentes à área de especialização, nomeadamente na capacidade de lidar com situações complexas, refletindo sobre as implicações que lhe estão associadas, sendo capaz de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes.

Ao longo dos anos tem-se vindo a verificar um aumento da complexidade das situações de doença, e naturalmente das necessidades dos cidadãos, que foram acompanhadas com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia como forma de proporcionar melhores cuidados de saúde às populações. Este desenvolvimento da tecnologia leva às pessoas um maior leque de informação e, conseqüentemente, a um aumento das expectativas e da exigência de melhores e mais diferenciados cuidados de saúde.

Perante isto, torna-se cada vez mais pertinente a existência de enfermeiros especialistas, nas mais diversas áreas, com o objetivo da excelência dos cuidados que prestam, do desenvolvimento profissional através da investigação e da satisfação dos utentes.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista a Ordem dos Enfermeiros (2010a, p.2) define enfermeiro especialista como “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

A individualidade da pessoa deve promover a construção de um processo de cuidar que vá de encontro a essa singularidade e necessidades tão próprias, possibilitando a flexibilidade e responsabilidade dos intervenientes no processo de cuidar, dentro do seu contexto (Sousa, 2014). Neste sentido, “enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” (Watson, 2002, p.52), assim como conhecimentos, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral por parte do enfermeiro (Watson, 2002).

A forma como a pessoa percebe e vivência os cuidados de enfermagem que lhe são prestados, são cada vez mais o foco do paradigma da transformação e da prática. O paradigma da transformação define o fenómeno como único, complexo, global e em interação contínua com o mundo que o rodeia, podendo por isso transformá-lo. A pessoa é considerada como ser indissociável do universo, inserida numa família e comunidade, com cultura, valores e crenças próprias. A saúde assume-se como uma experiência vivida que é vista na perspectiva de cada um, sendo que a condição de bem-estar é definida individualmente (Fernandes, 2007). O “bem-estar” segundo Sousa (2014) refere-se à atitude da pessoa face à saúde que pressupõe uma relação entre todas as suas vertentes e componentes individuais. Esta autora refere ainda a relação entre “bem-estar” e “conforto” que surgem “entrecruzados” com aspetos que lhes são comuns, em que o “bem-estar” é “apontado como elemento relacionado com as definições de conforto (...)” (Sousa, 2014, p.45).

São várias as teorias que fundamentam a importância do conforto no cuidar, nomeadamente Kolcaba, Leininger, Watson e Morse. Kolcaba e Morse “concordam que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção” (Apóstolo, 2009, p.61). Katharine Kolcaba define conforto como “a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos” (Kolcaba, & Apóstolo, 2009, p.404).

O processo de conforto é constituído por ações e intenções dos enfermeiros direcionados ao doente e às suas necessidades globais, onde se destaca a atenção ao cuidado diário (“as pequenas coisas”) e a atitude pessoal dos prestadores de cuidados: o reconhecimento do doente, o respeito, a sensibilidade, o compromisso, a preocupação, o conhecimento, a proximidade física e afetiva, a comunicação, o toque e o humor. (Ribeiro, & Costa, 2012)

A comunicação é um processo consciente, intencional, tornando-se um fator essencial para o cuidado, sendo um instrumento facilitador de vínculo e satisfação das necessidades do doente e da humanização dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005). No âmbito da prestação de cuidados de conforto à pessoa em situação de doença crítica, o contexto institucional complexo, pela panóplia de tecnologia, rotinas diárias e ambientes frenéticos que as constituem, são por si só fatores que levam a que se negligencie o tocar, conversar e ouvir a pessoa de quem se cuida. Mas, os cuidados prestados ao doente crítico não atingem a sua plenitude de conforto se não forem acompanhados de intervenções de comunicação que proporcionem a quem é cuidado um sentimento de bem-estar, segurança e conforto. Desta premissa surge a opção pela realização de uma revisão sistemática da literatura, com o intuito de compreender de que forma o processo de comunicação se torna confortador para a pessoa em situação de doença crítica, conhecer as estratégias que compõem o processo de comunicação confortador, bem como os fatores facilitadores e barreiras ao desenvolvimento desse mesmo processo, tendo em vista a fundamentação do agir em enfermagem e a excelência dos cuidados prestados, contribuindo para a prática baseada na evidência, no sentido de “ajudar o enfermeiro a tomar as decisões melhores para os seus doentes” (Keough, 2010, p.40).

Esta revisão de literatura compõe o primeiro capítulo deste documento. Assumindo uma metodologia expositivo-reflexiva, o segundo capítulo, vem justificar a escolha dos locais de estágio, evidenciar o meu percurso nesses contextos, analisar o processo de aprendizagem especializada e o desenvolvimento de competências académicas, culminando no terceiro capítulo com uma análise transversal do relatório, em jeito de conclusão. Por fim, o quarto capítulo comporta as referências bibliográficas que fundamentaram este relatório, cumprindo as normas da *American Psychological Association* (APA). Serão ainda apresentados os apêndices que complementam as atividades realizadas ao longo dos estágios.

1. O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO CONFORTADOR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

INTRODUÇÃO

No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, tornando-se vital para a qualidade dos cuidados prestados. A competência do enfermeiro em comunicação com a pessoa em situação crítica, deve igualar-se às suas capacidades técnicas, no mesmo nível de empenho e importância, oferecendo ao doente cuidados humanizados de qualidade.

Este estudo foi realizado com o intuito de responder à questão: Como é o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica?

Por forma a aprofundar o conhecimento nesta área procurou-se dar respostas a outras questões secundárias: Quais as estratégias que compõem o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica; Quais os fatores facilitadores do processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica; Quais as barreiras ao processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Numa primeira fase é realizado o enquadramento teórico do tema e a sua pertinência, posteriormente é descrita a metodologia utilizada neste estudo, seguindo-se a apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos, finalizando com uma conclusão que tenta ir de encontro às questões levantadas, que conduziram este estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Comunicar é um ato espontâneo e inconsciente no nosso dia-a-dia. Mas a comunicação é mais do que um conjunto de palavras, e é tanto mais eficaz quanto maior a importância e o significado que lhe atribuímos. A “[...] comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”⁽¹⁾. A literatura define dois tipos de comunicação, a verbal e a não verbal, que se entrecruzam no processo de comunicação. Embora a

comunicação verbal seja aquela que mais se diferencia, é a que tem menor impacto no sucesso da comunicação estabelecida, sendo que, “[...] apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais”⁽²⁾. Como tal, a comunicação não verbal vem reforçar a nossa presença, humanizar palavras, mostrar disponibilidade e atenção, que incutem qualidade ao processo de comunicação confortador.

No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, tornando-se vital para a qualidade dos cuidados prestados. Ao prestar cuidados à pessoa em situação crítica, o cuidado é incompleto se não for acompanhado de intervenções de comunicação que respondam às condições físicas e emocionais da pessoa, tendo em vista a promoção do conforto. “O processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige o desenvolvimento de capacidades e de competências, e a aplicação deste saber em atuação concreta e visível, tendo como objetivo assegurar a prestação do melhor cuidado, que seja pela pessoa considerado como confortador”⁽³⁾.

O grande desafio prende-se com a relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, muitas vezes limitada nas suas capacidades de comunicação, num ambiente hospitalar exigente, em que a dinâmica de trabalho está orientada para a gestão da tecnologia, rotinização das atividades, dando prioridade às necessidades fisiológicas do doente. A competência do enfermeiro em comunicação deve igualar-se às suas capacidades técnicas, no mesmo nível de empenho e importância, oferecendo ao doente cuidados humanizados de qualidade, respeitando “[...] o direito de saber o que é feito consigo, o porquê e para quê”⁽⁴⁾. A humanização deve estar presente na filosofia que orienta a profissão de enfermagem, porque o ambiente físico e tecnológico são de grande importância mas “[...] não são mais significativos que a essência humana.”⁽⁵⁾

METODOLOGIA

A revisão sistemática de literatura (RSL) teve como objetivo compreender o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Este estudo foi realizado em seis etapas: a definição da questão orientadora, a seleção dos critérios de inclusão e exclusão, a escolha das bases de dados e realização de pesquisa, a análise dos resultados, a discussão de resultados, e por fim, a síntese da revisão. Teve por base a metodologia PI[C]OS: P – população alvo (pessoa em situação crítica); I – tipo de

intervenção (processo de comunicação confortador); C – comparações; O – outcome/resultado (conforto); S – study/tipo de estudo. A pesquisa foi realizada na base de dados EBSCOHost, utilizando o método booleano, em maio de 2017. Foi utilizada a base indexação DeCS para identificação dos descritores, tendo sido utilizados os seguintes: comunicação (communication), cuidados intensivos (intensive care) e enfermagem (nursing). Para que fossem incluídos na pesquisa os artigos deveriam respeitar os seguintes critérios: serem estudos qualitativos ou quantitativos, disponibilizados integralmente, em português ou inglês, no intervalo de tempo entre 2011 e 2017. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, teses, dissertações, monografias e artigos que se distanciavam da área do estudo. Elaborou-se uma tabela aquando da leitura integral dos artigos por forma a sistematizar a informação e facilitar a sua interpretação.

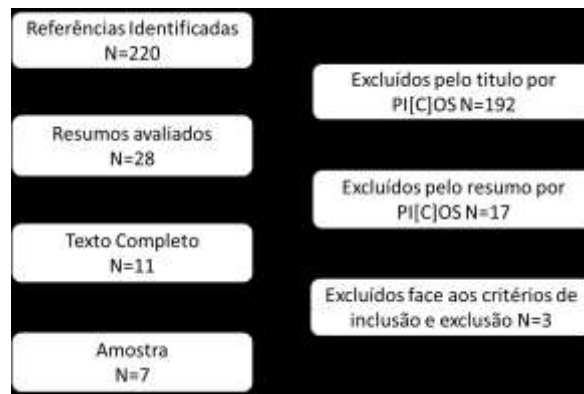


Figura 1 – Mapeamento da identificação, análise e seleção dos artigos

Fonte: Dados de pesquisa, 2017.

RESULTADOS

Dos sete estudos incluídos nesta RSL (Tabela 1) apenas dois foram realizados no âmbito do doente crítico, um para descrever a experiência de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica, e o outro para aplicação de uma escala de avaliação da comunicação. Os restantes estudos tiveram como participantes os enfermeiros, em que um deles abrangia enfermeiros e doentes, sendo um estudo observacional da interação enfermeiro-doente.

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados segundo PI[C]OS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Estudos primários / Ano	Objetivos	Participantes	Tipo de estudos e achados
Takehita IM, Araujo IEM (2011)	Avaliar as estratégias de interação identificadas pelos enfermeiros no cuidado com o doente inconsciente; identificar itens nas prescrições de enfermagem que favoreçam a interação com o doente inconsciente	44 Enfermeiros	Estudo descritivo; entrevistas com base num questionário. Identificaram-se as seguintes estratégias: chamar o doente pelo nome, comunicar os procedimentos, evitar comentários próximos ao leito, reduzir ruídos, estimular os familiares a interagir, acalmar o doente pela conversa e toque. Fatores facilitadores: reduzir ruídos. Barreiras à comunicação: sons desagradáveis, o ambiente envolvente ao doente em situação crítica. Itens relacionados à interação com o doente inconsciente: explicar ao doente os procedimentos a serem realizados, realizar alternância de posicionamento do doente, vigiar sinais de manifestação de dor, realizar massagem de conforto após a higiene e oferecer conforto emocional.
Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ (2013)	Analisar as ações de cuidado realizadas numa unidade de cuidados intermédios, na perspectiva da humanização dos cuidados; avaliar a presença de medidas de conforto e comunicação na realização destas ações.	Enfermeiros	Estudo descritivo de abordagem quantitativa; observação sistemática não participante. As medidas de conforto e comunicação estiveram presentes em 45% das ações de cuidado desenvolvidas e o estabelecimento de comunicação em 40% destas ações. Barreiras ao processo de comunicação: altas tecnologias que envolvem o ambiente crítico, distanciamento entre equipa, doente e família.
Coelho MTV, Sequeira C (2014)	Caracterizar os itens que integram a comunicação terapêutica.	448 Enfermeiros	Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal. A comunicação terapêutica é considerada pelos enfermeiros necessária em mais do que só intervenções psicoterapêuticas, havendo enfermeiros que consideram que toda a comunicação que utilizam é comunicação terapêutica e outros que não comungam desta opinião.
Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM (2014)	Descrever a experiência de comunicação do doente durante a ventilação mecânica (VM); descrever o relato dos doentes sobre a comunicação durante a VM e a sua resposta emocional	69 doentes extubados, que tenham sido submetidos a VM num período superior a 24 horas.	Estudo descritivo; entrevistas com base num questionário de experiência em cuidados intensivos. A incapacidade para comunicar necessidades foi associada com impotência; a perceção da falta de informação recebida foi associada com “não sentir o controle” e “impotência”. A comunicação ineficaz influenciou negativamente a satisfação com os

	na unidade de cuidados intensivos (UCI) e a sua satisfação relativamente aos cuidados na UCI; descrever os desafios e as mudanças da experiência da comunicação de doentes com VM.		cuidados. Os doentes expressaram frustração com a comunicação fracassada e com a falta de comunicação recebida; acreditavam que receberem informações os ajudava a lidar melhor com a situação de VM. Estratégias de comunicação identificadas: placas de alfabeto/imagens, quadros de escrita, gestos, apontadores. Barreiras à comunicação: o tempo relacionado com a demora em se expressar, dificuldade de leitura dos lábios.
Achury DM, Pinilla M, Alvarado H (2015)	Descrever aspetos que facilitam ou interferem no processo de comunicação entre enfermeiro e doente em situação crítica.	112 Enfermeiros	Estudo quantitativo; observação, descrição e documentação dos aspetos relativos ao objeto de estudo. O processo comunicativo entre enfermeiro e doente em estado crítico está limitado pelas políticas restritivas institucionais e pela escassa formação académica dos enfermeiros. Há necessidade de iniciar um processo de mudança em relação aos modelos de prática profissional profundamente enraizados no cuidado físico ao doente crítico com o fim de estabelecer modelos que, durante o cuidado físico, estejam centrados na comunicação e relação doente-família-enfermeiro.
Rezende RC, Oliveira RMP, Araújo STC, Guimarães TCF, Espírito Santo FH, Porto IS (2015)	Descrever as expressões corporais no cuidado de enfermagem; tipificar as expressões no processo de comunicação durante o cuidado de enfermagem; avaliar preliminarmente a natureza categorial das <i>Expressões corporais</i> no cuidado de enfermagem para <i>Comunicação da Enfermagem</i> .	20 Enfermeiros e 78 doentes	Observação, descrição e documentação dos aspetos relativos ao objeto de estudo. Confirmou-se a <i>Comunicação da Enfermagem</i> como possível e fundamental para a prática de um cuidado de enfermagem mais qualificado, especializado e humanizado. Componentes facilitadores: expressões faciais, expressões corporais agradáveis, contato visual, toque, movimentos de cabeça, emissão de voz, aproximação e olhar.
Martinho CI, Rodrigues IT (2016)	Traduzir e adaptar cultural e linguisticamente o instrumento <i>Ease of Communication Scale</i> e determinar o nível de dificuldades de comunicação dos doentes submetidos à VM com entubação orotraqueal, relacionando-o a variáveis clínicas e sociodemográficas.	31 doentes extubados e clinicamente estáveis em UCI	Pesquisa observacional, descritivo-correlacional, transversal. A validação preliminar da escala sugeriu elevada fiabilidade. Os doentes submetidos a VM consideraram que as experiências de comunicação durante a entubação foram “muito difíceis” e estas dificuldades de comunicação pareceram existir independentemente da presença de outras variáveis clínicas e/ou sociodemográficas.

DISCUSSÃO

O enfermeiro tem na base da sua atuação o cuidar do outro na sua plenitude, ajudando-o a vivenciar as situações de transição impostas pela situação de doença. Para tal, requer que o enfermeiro tenha a competência de avaliar as capacidades e recursos da pessoa que cuida, preparando “[...] os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença”⁽⁶⁾. Inerente a este processo de comunicação confortador está a relação terapêutica na díada doente-enfermeiro. Tal só é possível tendo por base uma boa comunicação que permitirá ao enfermeiro conhecer o doente, e assim avaliar as suas necessidades.

“A comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento”⁽¹⁾.

As medidas de conforto e comunicação, que conferem humanização ao cuidado, vistas como o ideal da relação terapêutica, mantêm-se distante da realidade de alguns profissionais, o que se pensa estar relacionado com as altas tecnologias que compõem os ambientes críticos⁽⁷⁾.

A comunicação terapêutica deverá ser reconhecida pelos profissionais como intervenção intencional, caso contrário, pode ser posta em causa a sua eficácia, contribuindo para o insuficiente reconhecimento da dimensão humana na saúde, identificado pela Organização Mundial de Saúde^(8,9). Nesta linha, a comunicação terapêutica é considerada pelos enfermeiros necessária em mais do que só intervenções psicoterapêuticas, havendo enfermeiros que consideram que toda a comunicação que utilizam é comunicação terapêutica, embora outros não comunguem dessa opinião⁽⁸⁾.

O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica é revestido de características particulares que se constituem determinantes no cuidado, e o seu sucesso depende das técnicas de comunicação utilizadas. Para tal, é essencial a formação dos enfermeiros para que fiquem providos de ferramentas que lhes permitam atingir o sucesso na comunicação terapêutica com os seus doentes⁽¹⁰⁾.

O processo de comunicação confortador é composto por estratégias de comunicação e fatores facilitadores do mesmo. Os estudos desta RSL identificam como estratégias de comunicação as placas de alfabeto/imagens, quadros de escrita, gestos e apontadores. Como

componentes facilitadores e geradores de confiança no processo de comunicação confortador ao doente crítico são referidas as expressões corporais, componente integrante e essencial da *Comunicação da Enfermagem*⁽¹¹⁾, sendo compostas pelas expressões sonoras, faciais, visuais e corporais agradáveis, e a redução de ruídos, proporcionando um ambiente tranquilo e facilitador da comunicação⁽¹²⁾. A expressão corporal foi apontada como forma de se aproximarem dos doentes, tendo tido acesso às suas necessidades, o que lhes permitiu delinear intervenções específicas para cada situação e para cada doente^(10,11).

O doente inconsciente ou em coma torna-se também ele um desafio para uma comunicação eficaz, porque o seu estado neurológico suscita dúvidas ao enfermeiro sobre a sua capacidade auditiva e sensitiva, limitando o processo de comunicação confortador. Nestas situações, os enfermeiros utilizaram na sua prática interações facilitadoras desse processo como chamar o doente pelo nome, comunicar os procedimentos que vão ser realizados, evitar comentários sobre o prognóstico junto ao leito, orientar o doente no tempo, espaço e pessoa, acalmar o doente agitado através do toque e da conversa⁽¹²⁾.

No entanto, este processo de comunicação confortador poderá não ser eficaz se existirem barreiras ao seu desenvolvimento. Os aspetos descritos neste estudo como barreiras são os sons desagradáveis, o tempo relacionado com a demora do doente em se expressar, a dificuldade na leitura dos lábios, e o ambiente envolvente ao doente em situação crítica, rodeado de tecnologia, rotinas específicas e técnicas avançadas, centradas essencialmente na satisfação das necessidades fisiológicas do doente^(7,12,14). O conforto ambiental influencia diretamente o conforto físico do doente, devendo ser gerido pelo enfermeiro como forma de garantir o conforto do doente⁽¹³⁾. Aliado a tudo isto, esta RSL aponta ainda como barreiras ao processo de comunicação confortador a resistência por parte dos profissionais de saúde em utilizar linguagem assertiva, e a não inclusão da família como elementos integrantes no processo de cuidados^(10,14).

Nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) relatam-se problemas que vão para além da incapacidade do doente em comunicar. Os doentes apontam a falta de informação compreensível, aliada à incapacidade para comunicar as suas necessidades, como fatores geradores de sentimentos de frustração, medo, ansiedade e raiva, afetando o seu bem-estar, segurança e conforto. Esta falta de informação desencadeou uma sensação de impotência e perda de controlo, influenciando negativamente a satisfação dos doentes com os cuidados que lhes foram prestados.

Dois autores traduziram, adaptaram cultural e linguisticamente, e aplicaram o instrumento *Ease of Communication Scale* (ECS) por forma a determinar o nível de

dificuldade de comunicação dos doentes submetidos à ventilação mecânica com entubação orotraqueal. Deste estudo concluíram que as experiências de comunicação destes doentes foram consideradas “muito difíceis”, sendo que as dificuldades apontadas como “extremamente difícil” relacionaram-se com “fazer-se entender sem ser capaz de falar” e “comunicar sem ser capaz de falar”⁽¹⁵⁾.

A comunicação deve ser tida como prioridade para o enfermeiro como fator promotor do conforto desejado pelo doente, o que requer por parte do profissional de saúde uma mudança do seu foco central de atuação e da sua atitude.

CONCLUSÃO

Através dos estudos revistos podemos responder, de certa forma, às questões formuladas inicialmente, no entanto, denota-se ainda alguma dificuldade por parte dos enfermeiros em delinear as estratégias de comunicação mais eficazes e que mais contribuem para o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica. Porém, estas estratégias devem fazer parte do ato de cuidar do enfermeiro sendo adaptadas a cada doente, tendo em conta as suas necessidades e situação, com vista a cuidados humanizados e de qualidade.

O enfermeiro é o principal veículo de comunicação com o doente, e para que o processo de comunicação confortador seja possível, deverá ter a capacidade de facilitar um ambiente favorável para que este se desenvolva, identificando as barreiras e eliminando-as ou atenuando-as, tendo por base aquilo que é considerado como confortador para o doente. Os profissionais de saúde que refletem e se consciencializam das dificuldades de comunicação dos doentes em situação crítica, conseguem proporcionar-lhes individualidade, autonomia e inclusão nos cuidados que lhes são prestados, oferecendo segurança, bem-estar e conforto.

Este estudo centrou-se no doente em situação crítica, no entanto, sugere-se a inclusão da família num próximo estudo, tendo sido esta apontada nos vários estudos como elemento essencial no processo de comunicação confortador, uma vez que a família possui um vínculo importante com o doente que poderá ser uma mais valia no seu processo de recuperação.

Esta revisão sistemática da literatura alerta também para a necessidade de aprofundar o tema da comunicação terapêutica nos planos de formação inicial dos enfermeiros, bem como ao longo do seu percurso profissional, tendo em vista a aplicação de um processo de comunicação confortador efetivo, adequado e centrado na excelência dos cuidados prestados aos doentes e sua família.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O direito das pessoas a cuidados de qualidade exige do enfermeiro o compromisso de atualização permanente dos seus conhecimentos e competências, indo de encontro à complexidade crescente das necessidades das pessoas e suas famílias (Vieira, 2009). É neste pressuposto que delineei o meu percurso no sentido de adquirir, aprofundar e mobilizar conhecimentos que me levaram à aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com o objetivo de uma prática de excelência consagrada no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sabendo que “a experiência não é, simplesmente, o que nos acontece, mas o que fazemos com o que nos acontece” (Deodato, 2004, p.28), para que se assimilem novos conhecimentos e se retire o maior proveito possível das vivências é necessário refletir “sobre o vivido e que esta reflexão sirva de suporte às decisões futuras sobre os cuidados que se prestam” (Deodato, 2004, p.29).

A formação em contexto clínico visa não só o desenvolvimento das competências técnicas, mas também um crescimento pessoal resultante de mudanças na forma de estar e agir essenciais para a prestação de cuidados de saúde (Abreu, 2007). Assim, este capítulo visa partilhar a concretização dos objetivos delineados para os diferentes estágios, que serão apresentados pela ordem em que foram realizados, e consequentemente as competências adquiridas, sustentadas pela reflexão que acompanhou este caminho de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

2.1 MÓDULO II – ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio em cuidados intensivos decorreu de 24 de abril a 24 de junho de 2017 na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) de um dos centros hospitalares de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, concretizando as diretrizes da política de saúde a nível nacional e regional, os

planos estratégicos e as decisões superiormente aprovadas, apostando ainda na investigação e formação no domínio da saúde (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

O facto de já ter trabalhado no serviço de urgência deste hospital, há cerca de 12 anos, e por considerar que é uma instituição com uma excelente componente organizacional e que sabe acolher, levou-me a querer regressar. A escolha da UCIC vai de encontro com a minha necessidade pessoal de desenvolver conhecimentos e competências no foro do doente crítico cirúrgico, aliada ao facto desta unidade ter sido renovada e estar equipada de uma vasta gama de novas tecnologias.

A UCIC é composta por uma ampla sala com capacidade para dez pessoas em estado crítico, com dois quartos que podem funcionar como quartos de isolamento, com antecâmara e pressão negativa. Neste espaço físico a equipa dispõe de uma área de trabalho central que lhe permite a visualização constante e direta de todos os doentes (Smith-Blair, 2010). Exteriormente a esta sala existem diversas áreas não assistenciais, tais como armazém, rouparia, salas de reuniões e sala de acompanhamento de familiares.

A equipa da UCIC é composta por enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e uma equipa de anestesistas que dão apoio 24h à unidade, bem como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, que se coordenam entre si por forma a satisfazer as necessidades da pessoa em situação crítica. A equipa de enfermagem adota o método individual de trabalho sendo cada enfermeiro responsável pelo planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados aos doentes que lhe são previamente atribuídos (Schaag, & Phipps, 2003), embora a filosofia de cooperação entre a equipa multidisciplinar esteja sempre presente, fazendo uso de um leque de competências e esforços numa perspetiva e intenção comuns (Hesbeen, 2001). Esta distribuição é feita pelo enfermeiro responsável da equipa, que atribui a cada enfermeiro um máximo de dois doentes (rácio 1:2), consoante o número de doentes e o seu grau de instabilidade. Os doentes desta unidade são maioritariamente do foro cirúrgico em situação de risco de vida, no entanto são também internadas nesta unidade pessoas em estado crítico que necessitem de cuidados especializados sempre que não existam vagas disponíveis noutras unidades do centro hospitalar. Logo, a complexidade da pessoa em situação crítica e/ou em potencial ou real falência multiorgânica, com características físicas, psicológicas, culturais e sociais tão particulares, implica a mobilização constante de vastos conhecimentos para a consecução de uma boa prática (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Estas situações exigem do enfermeiro a capacidade de apreender rapidamente o estado clínico do doente, de intervir de forma apropriada, tendo a capacidade de avaliar e mobilizar toda a ajuda necessária (Benner, 2005),

com o intuito de máxima eficiência e eficácia dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Indo de encontro a estas premissas, foi delineado como **objetivo geral** para este estágio **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa e família em situação de doença crítica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.**

Decorrente da necessidade de desenvolver e certificar competências na assistência ao doente crítico e fazer face às exigências formativas, pessoais e profissionais, foi delineado como **objetivo específico prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos.**

A minha experiência profissional anterior em cuidados intensivos e a implementação das atividades a que me propus, nomeadamente a consulta do guia de integração, das normas e protocolos existentes, facilitou a compreensão da estrutura, organização e dinâmicas de atuação da equipa de enfermagem, por forma a prestar cuidados de enfermagem respeitando a orgânica e as rotinas do próprio serviço, e mantendo de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

A EO é a enfermeira responsável da equipa onde fui inserida, pelo que lhe eram atribuídas atividades relacionadas com a gestão, supervisão, coordenação e resolução de problemas. Esta situação permitiu-me acompanhar de perto a gestão e liderança da equipa de enfermagem num contexto tão específico como o de uma unidade de cuidados intensivos. Tive a oportunidade de verificar a execução da distribuição dos enfermeiros por turno, a gestão de camas em articulação com os outros serviços para transferência e receção de doentes na unidade, pedidos de ajuste de dietas para doentes que iniciam alimentação oral, solicitando a presença da dietista junto do doente, comunicação com a farmácia para pedidos de medicação extra-stock e gestão de estupefacientes, demonstrando que “ a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2005, p.18).

Ainda dentro da área da gestão e coordenação de equipas, tive a oportunidade de acompanhar a EC, tendo percebido todas as rotinas que compõem o dia-a-dia da gestão da unidade e que proporcionam às equipas de enfermagem todas as condições necessárias para que todo o trabalho flua sem intercorrências major. Estas atividades passam, por exemplo, pela participação nas reuniões médicas diárias por forma a servir de elo de ligação com os enfermeiros da unidade transmitindo o plano delineado para cada doente. A EC é também o elo de ligação com a Comissão de Controle de Infecção (CCI) realizando o envio mensal dos dados de procedimentos invasivos nos doentes internados na unidade (algaliação, cateter

venoso central, vias periféricas, entubação traqueal) e auditoria interna aos procedimentos de higienização das mãos.

Realizei pesquisa bibliográfica relativamente às diversas situações dos doentes que me foram atribuídos, como por exemplo, hemorragia intracraniana por aneurisma, acidente vascular cerebral ou por trauma (com intervenção neurocirúrgica para drenagem, com colocação de dreno e sensor de PIC – pressão intracraniana), politraumatizados (com pneumotórax), choque séptico e hipovolémico, insuficiência renal aguda com técnica de substituição da função renal, nomeadamente hemodiafiltração veno-venosa contínua, conjuntamente com o esclarecimento de dúvidas que foram surgindo com a EO, por forma a prestar cuidados de enfermagem especializados e seguros aos doentes sob a minha responsabilidade, demonstrando o aprofundamento de conhecimentos na área de especialização. A EO permitiu-me ser autónoma no desempenho das atividades programadas para os doentes ao meu cuidado, permitindo-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico. Procurei sempre colaborar com os outros colegas da equipa mostrando-me disponível para ajudar e, deste modo, conhecer as situações de todos os doentes presentes na unidade e aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem.

A minha principal dificuldade foi a utilização da plataforma B-ICU.Care (implementado na unidade há cerca de um ano), onde eram realizados os planos de cuidados para cada doente e todos os registos de enfermagem, que consegui superar com a explicação e colaboração da EO.

Neste percurso salienta-se a colaboração e prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva, que permitiu a mobilização de conhecimentos anteriormente adquiridos pela prática profissional, nomeadamente procedimentos técnicos como aspiração de secreções, posicionamento correto do tubo endotraqueal e manutenção da pressão do cuff (prevenção de traqueomalácias), adotando medidas preventivas das IACS, sabendo que a prevalência de infeção nesta unidade recai sobre a pneumonia associada à ventilação invasiva, cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) Tive a oportunidade de assistir à formação em serviço que se realiza semanalmente, cujo tema foram as vantagens do uso de Dexmedetomidina (sedo-analgésico) para a sedação consciente do doente, surgindo a necessidade de pesquisar mais sobre esta temática, com a qual não tinha tido contato prévio, e em relação à qual ainda existe alguma renitência no seu uso pela equipa da unidade. Trata-se de um medicamento com valor terapêutico acrescentado que, para além de permitir uma subida de consciência de estupor para sonolento, proporciona melhor avaliação do estado

neurológico e melhor forma de tratar e de prognóstico; pode reduzir o número de dias de internamento na UCI (Infarmed, 2014). Demonstro consciência crítica para novas problemáticas da prática profissional na área de especialização.

Saliento ainda o desenvolvimento de competências na manipulação e manutenção de sistemas de drenagem ventricular externa, muito frequentes na UCIC, tendo em conta que a maioria dos doentes são do foro neurocirúrgico, tendo sido possível desenvolver competências do foro teórico e técnico, sustentadas em evidências científicas.

As atividades realizadas no contexto da prestação de cuidados ao doente crítico permitiram o desenvolvimento de competências evidenciadas, nomeadamente, na observação atenta do doente e capacidade de articulação com a equipa médica, no sentido de comunicar alterações na situação clínica do doente, por forma a ajustar a medicação e os parâmetros ventilatórios proporcionando a adequação dos cuidados às suas necessidades. A passagem de ocorrências dos doentes presentes na unidade era realizada em grupo, o que me permitiu salientar e discutir a evolução dos doentes que me estavam atribuídos ao longo das últimas horas de internamento, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei. O debate constante com o EO em torno das situações dos doentes que me foram atribuídos e das opções clínicas tomadas, permitiram refletir e fundamentar as minhas tomadas de decisão, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades ética e social inerentes. Partilhei conhecimentos com os colegas sobre o doente do foro ortopédico, área onde desenvolvo a minha atividade profissional, sempre que se justificou, gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.

De referir ainda que tive a oportunidade de colaborar na admissão de doentes em situação crítica na UCIC e no transporte destes para a realização de exames complementares de diagnóstico (TAC), situações que exigem uma atuação coordenada por parte da equipa multidisciplinar no sentido de responder eficazmente às necessidades do doente, estabelecendo diagnósticos precisos, o mais precocemente possível. Aqui consegui demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Importa referir a importância dos cuidados de higiene e conforto prestados ao doente em situação crítica, momento exímio de cuidado à pessoa no seu todo, respeitando a sua condição de fragilidade perante a sua situação de doença e incapacidade de comunicar eficazmente, reconhecendo os direitos dos doentes relativamente à privacidade e intimidade,

inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao estar com o doente devemos observar, escutar, recolher dados e tomar consciência das expectativas e das necessidades de quem por nós é cuidado (Phaneuf, 2005). Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, este cuidado é incompleto se não for acompanhado de intervenções de comunicação que respondam às condições físicas e emocionais da pessoa, tendo em vista a promoção do conforto (Sousa, 2014), não descorando a inclusão da família como elementos integrantes no processo de cuidar. O acolhimento e preparação da família para o encontro com o doente, para além de fornecer informação importante relativamente às suas necessidades e preocupações, permite-nos direcionar a nossa atuação tendo em vista o apoio no fenómeno de transição saúde-doença, que se assume para as famílias como complexo (Meleis, 2012). Aqui destacam-se gestos simples que permitem envolver a família nos cuidados e nas decisões, nomeadamente a flexibilidade da equipa em transpor algumas normas de funcionamento da UCIC relativamente ao horário das visitas ou à permanência da pessoa significativa junto do doente para além do período estipulado.

Sendo o doente inconsciente um desafio para uma comunicação eficaz, porque o seu estado neurológico suscita dúvidas ao enfermeiro sobre a sua capacidade auditiva e sensitiva, limitando o processo de comunicação confortador, e após discussão com a EO sobre esta problemática foi idealizado o **segundo objetivo específico de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em contexto de cuidados intensivos, através da comunicação como estratégia promotora de conforto.**

É um tema que me fez todo o sentido pela importância da comunicação no ato de cuidar, que embora esteja sempre presente de forma inconsciente nos nossos atos, porque tocar é comunicar, por vezes a sua importância é minorada pela complexidade da situação do doente que cuidamos, pela tecnologia envolvente a esses cuidados e pela dinâmica do serviço onde estamos inseridos. Com isto desenvolvi a competência de formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica e identificar as necessidades formativas na minha área de especialização.

Phaneuf (2005, p.24) refere que “A pessoa em estado de doença está particularmente vulnerável, e a enfermeira que entra em contacto com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos”. Quem comunica cuida, tranquiliza, conforta. Sousa (2014, p.19) acrescenta que “(...) o processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige o

desenvolvimento de capacidades e de competências e a aplicação deste saber em atuação concreta e visível, tendo como objetivo assegurar a prestação do melhor cuidado, que seja pela pessoa considerado como confortador”.

Para dar resposta a este objetivo realizei uma pesquisa bibliográfica para elaboração de um artigo¹ e partilhei o conhecimento adquirido com os colegas do serviço, tendo realizado uma intervenção dinâmica passível de ser utilizada pelos enfermeiros da unidade, em formato de tapetes de rato para os computadores da unidade, sobre “Comunicação – mais do que um conjunto de palavras”², demonstrando iniciativa e criatividade, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Este trabalho foi apresentado aos colegas de forma informal durante a passagem de turno. Desta forma promovi a formação em serviço e comuniquei os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

O tema da comunicação é tão enriquecedor e vasto que senti alguma dificuldade em compilar os resultados da investigação num formato de tapete de rato, no sentido de partilhar o máximo de informação possível sem que se tornasse exaustivo. Faço, no entanto, uma apreciação bastante positiva da aceitação do tema e da forma como foi apresentado, tendo sido considerado uma mais valia para a equipa, incentivando à reflexão sobre a importância e pertinência do processo de comunicação no cuidado confortador ao doente crítico, zelando pelos cuidados prestados no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

Tive acesso aos instrumentos facilitadores da comunicação não verbal existentes na unidade, que são compostos por imagens que contemplam as atividades do dia-a-dia, os alimentos, os estados de humor, imagens com o corpo humano para localização mais precisa da dor do doente, entre outros. Não tive oportunidade de os utilizar visto que os doentes ao meu cuidado ou estavam inconscientes, ou conscientes e sem limitações na comunicação verbal.

A comunicação com o doente sedoanalgesiado e com tubo orotraqueal foi realizada essencialmente através do toque, da mimica labial e facial, e da comunicação verbal sempre que me aproximei do doente, explicando os procedimentos que ia realizar por forma a tranquilizá-lo. Um dos doentes ao meu cuidado entrou na unidade por uma queda da qual resultaram múltiplas fraturas e traumatismos que levaram a insuficiência renal aguda por

¹ Artigo apresentado em apêndice I.

² Os tapetes elaborados encontram-se em apêndice II.

rabdomiólise, com necessidade de recurso a técnica de substituição da função renal, e um dos antecedentes pessoais era amaurose bilateral por retinopatia congénita. Era um doente consciente e orientado, que aceitava muito bem a sua situação, com o qual consegui estabelecer uma comunicação eficaz, essencialmente através da comunicação verbal, com especial atenção ao tom de voz seguro que transmite autoconfiança e autoafirmação (Phaneuf, 2005), esclareci dúvidas que foram surgindo, e ao mesmo tempo toquei e confortei o doente com palavras de ânimo e esperança, respeitando as suas crenças e cultura, fomentando a relação terapêutica. Este doente conseguia reconhecer a voz de quem cuidava dele, chamando-nos pelo nome sempre que precisava.

Tive também a oportunidade de desenvolver as minhas competências relacionais, adotando estratégias de comunicação confortadoras eficazes no contacto com família de outro doente, internado por enfarte isquémico extenso da artéria cerebral média com posterior transformação hemorrágica, submetido a craniectomia descompressiva, ventilado e sedoanalgesiado. Assim, acompanhei a visita da filha do doente que visitava o pai pela primeira vez por viver longe, estando muito preocupada com a situação, apesar dos esclarecimentos realizados pela equipa médica. Consegui perceber que o doente vivia sozinho desde há três anos, altura em que morreu a sua mulher, tendo-se isolado da família desde então. Promovi o contacto da filha com o pai, que se mantinha afastada da cama do pai de braços cruzados, expliquei-lhe que se podia aproximar, tocar-lhe e até mesmo conversar com ele, explicando-lhe que o contacto, o toque e a voz dos familiares são estimulantes e ajudam na recuperação do doente (Takeshita & Araujo, 2011), desta forma demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Em jeito de conclusão, considero que as estratégias de aprendizagem adotadas para este percurso, nomeadamente a pesquisa bibliográfica sobre os temas a aprofundar, a reflexão crítica na e sobre a prática, bem como a partilha constante com o EO e o esclarecimento de dúvidas, foram essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, conseguindo desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista, tendo sido essencial o acolhimento de toda a equipa da UCIC que facilitou a integração na dinâmica e organização do serviço, que pelas suas características exige flexibilidade e rápida adaptação no sentido da hierarquização de prioridades e uma prática responsável e segura. A gestão dos cuidados na área de especialização foi conseguida através da implementação

do processo de enfermagem, essencial em qualquer área da prestação de cuidados de enfermagem, tendo a capacidade de o adaptar à medida que a condição do doente se altera, em resposta às necessidades do mesmo, reorganizando prioridades e antecipando problemas potenciais (Smith-Blair, 2010).

2.2 MÓDULO III – ESTÁGIO EM UNIDADE DE DOR CRÓNICA

O segundo estágio decorreu de 1 de setembro a 26 de outubro de 2017, numa Unidade de Dor Crónica de um hospital da região metropolitana de Lisboa. A escolha deste hospital prende-se com o facto de ser uma instituição hospitalar recente, de referência na prestação de cuidados de saúde especializados, com orientação multidisciplinar com vista a responder às necessidades dos utentes e família de forma rigorosa, segura e com qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A escolha deste local de estágio vai de encontro com o projeto de criação de uma unidade de dor osteoarticular na instituição onde trabalho e do qual faço parte. O meu interesse surgiu no sentido de conhecer o funcionamento de uma unidade de dor e a forma como se organiza e coordena com outros serviços e instituições, e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor crónica e sua família.

Este projeto surge pela necessidade crescente de dar resposta às necessidades das populações, sendo que a dor é um sintoma que acompanha a maioria das situações patológicas dos utentes que recorrem à nossa instituição, tendo por base a premissa de que a dor é o 5º sinal vital, sendo o seu controlo um dever dos profissionais de saúde e um direito dos nossos utentes (Direção-Geral da Saúde, 2003). Estudos revelam que vinte por cento da dor crónica em todo o mundo está relacionada à osteoartrose, tendo sido negligenciada ao longo dos anos por falsas crenças relativamente aos seus mecanismos e tratamentos (International Association for the Study of Pain, 2016).

A abordagem da dor crónica requer a existência de uma equipa multidisciplinar capacitada para identificar os problemas de saúde dos utentes e direcionar os planos de tratamento, dando uma resposta efetiva e eficaz às necessidades dos utentes e suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2008), reconhecendo e valorizando o impacto que a dor crónica tem na dinâmica familiar.

Integrada no Serviço de Anestesiologia existe a UDC, um serviço especializado na abordagem da dor crónica oncológica e osteoarticular, do qual fazem parte três anestesistas,

duas enfermeiras, um psicólogo e uma assistente operacional. A UDC é composta por quatro gabinetes onde são realizadas consultas diárias de enfermagem, médicas e de psicologia, bem como intervenções farmacológicas e não farmacológicas, invasivas ou não, tendo em conta o plano terapêutico instituído para cada utente, em regime ambulatorio. Esta unidade articula-se com outros serviços do hospital, nomeadamente a farmácia e serviços de internamento, bem como com outras instituições de saúde no que respeita à referenciação dos utentes.

Como tal, pareceu-me pertinente delinear como **objetivo geral** para este estágio **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa com dor crónica e sua família, em contexto de Unidade de Dor Crónica.**

Resultante da necessidade de desenvolver e certificar competências do enfermeiro especialista na minha área de especialização, e fazer face às exigências formativas, pessoais e profissionais, foi delineado como **objetivo específico prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa com dor crónica e sua família, na promoção de controlo de dor, no contexto de UDC.**

Foi essencial numa primeira fase a consulta das normas e protocolos existentes na UDC, o que facilitou a compreensão da estrutura, organização e dinâmicas de atuação da equipa de enfermagem, para poder prestar cuidados respeitando as rotinas do próprio serviço, mantendo de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, sendo que a abordagem da dor crónica exige coordenação por parte da equipa multidisciplinar com o objetivo de identificar os problemas de saúde e adequar os planos de tratamento a cada situação de forma efetiva e eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A participação nas consultas de enfermagem foi determinante para compreender o circuito do doente na UDC, bem como o sistema de avaliação da dor. Nas consultas de admissão, é feita uma avaliação holística do doente, tentando perceber o ambiente e dinâmica familiar em que está inserido, condição social e história clínica, importante para compreender o impacto da dor na vida do doente/família. Sendo a negação ou, até mesmo, a desvalorização da dor não só um erro ético, mas também uma falha na qualidade e excelência do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2008), pelo que se procura conhecer ao máximo a dor que o doente refere ter, registando-a de forma sistemática, reconhecendo-a como 5º sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003). Nesta fase, é essencial o uso de estratégias de comunicação eficazes que permitirão ao enfermeiro conhecer o

doente/família, avaliar as suas necessidades e estabelecer com eles uma relação terapêutica (Watt-Watson & McGillian, 2010). Após a consulta médica, o enfermeiro valida com o doente/família toda a informação, nomeadamente no que se refere ao plano terapêutico, reforçando o ensino e incentivando o doente/família a recorrer à consulta telefónica, sempre que necessário, no sentido de esclarecer dúvidas que surjam, gerir efeitos secundários da medicação e ajustar a medicação aquando do agravamento do quadro álgico (em paralelo com a médica responsável). Os doentes na primeira consulta são informados da existência da mesma, horário de funcionamento e objetivos, e sempre que o doente/família recorre à consulta telefónica, a mesma é registada no processo informático do doente. A possibilidade de contacto com a enfermeira transmite ao doente/família segurança, disponibilidade e tranquilidade nesta fase de transição, a qual acarreta alterações de papéis, identidades e relações, inerentes ao fenómeno de dor crónica (Melleis, 2012). A comunicação por telefone surge como recurso de aproximação e qualidade de atendimento ao doente/ família pela equipa da UDC, numa área subjetiva como é o alívio do sofrimento e controlo da dor crónica (Martins, 2010).

Denota-se que a grande maioria dos doentes acompanhados na UDC são doentes do foro osteoarticular, indo de encontro a estudos que revelam que cerca de 20% da dor crónica em todo o mundo está relacionada com osteoartrose (International Association for the Study of Pain, 2016, N°13), com maior prevalência nos idosos. Outras patologias mais frequentes são as lombalgias, tendinites, fibromialgias e artrite reumatoide. O tratamento farmacológico incide essencialmente no uso de analgésicos (opióides e não opióides), anti-inflamatórios e terapêutica adjuvante, como relaxantes musculares, antidepressivos e antiepiléticos, sendo de extrema importância a atuação do enfermeiro no ensino ao doente/família para a adesão ao tratamento e para o uso apropriado da medicação.

Partilhei conhecimentos com as colegas sobre o doente do foro ortopédico, com patologia osteoarticular, área onde desenvolvo a minha atividade profissional, discutindo os casos dos doentes sempre que se justificou, gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.

No foro oncológico, a dor é vista, por si só, como um sinal de gravidade, pelo peso que tem na caracterização da evolução da doença, chegando a ser definida como emergência médica mundial pela Organização Mundial de Saúde, em 1986. A avaliação da dor no doente oncológico obriga ao estabelecimento de uma relação mais próxima com o doente/família, para que estes partilhem as suas necessidades e nos permitam conhecer as repercussões da

doença ao nível físico, psicológico e social. Numa primeira abordagem é importante conhecer também o percurso de evolução da doença e a terapêutica já instituída (Cardoso, 2013). A dor é avaliada quanto à sua intensidade (escala numérica ou qualitativa), qualidade (descrição da dor), irradiação, gravidade, fatores temporais (agrava em determinados momentos do dia ou da noite), fatores paliativos (de alívio) e fatores exacerbantes (de agravamento), sendo a informação devidamente registada no suporte informático adotado na UDC.

Relativamente à terapêutica farmacológica no foro oncológico, esta passa pela utilização de analgésicos (opióides ou não opióides) e adjuvantes, que podem ser complementares à terapêutica analgésica (nomeadamente, antidepressivos e corticoides) ou utilizados para alívio dos efeitos secundários dos opióides (como os laxantes e antieméticos). A utilização de opióides, titulação e diferentes vias de administração foi um dos maiores desafios neste estágio, pela diversidade de medicamentos existentes e pelo receio inerente à sua utilização, tendo sido fundamental a pesquisa bibliográfica realizada e o esclarecimento de dúvidas com a EO, que suportou os ensinamentos fundamentados aos doentes e sua família, demonstrando aprofundamento de conhecimentos na área de especialização.

No contacto com o doente oncológico, gostaria de partilhar a minha vivência com uma doente com neoplasia da mama bilateral, com 36 anos, submetida recentemente a mastectomia radical bilateral e a tratamentos de quimioterapia. Esta doente veio referenciada pelo médico de família por dificuldade no controlo e alívio da dor desde a cirurgia. A conversa informal que estabelecemos com esta doente e o seu marido que a acompanhava, permitiu-nos perceber o sentimento de medo do desconhecido e descrença no sucesso dos tratamentos no combate à doença, bem como o impacto que a doença estava a ter na família; têm quatro filhos, a mais nova com 11 meses a quem não consegue dar colo, e um negócio familiar, projeto que tinham iniciado recentemente, ao qual não se consegue dedicar. Após escutar a doente, demonstrando interesse e disponibilidade, procurámos incentivar os seus mecanismos de superação desenvolvendo estratégias, no sentido de encontrar um novo significado e novos objetivos enquadrados na situação de transição saúde-doença (Meleis, 2000), abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família. A comunicação terapêutica torna-se, essencialmente nestes doentes, uma ferramenta indispensável para proporcionar cuidado individualizado e de qualidade para que a sua apreensão, ansiedade e medos possam ser minimizados preservando a sua autonomia e controlando sintomas de forma eficaz (Almeida & Garcia, 2015). Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o

doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Tive também oportunidade de participar na prestação de cuidados a doentes submetidos a bloqueio epidural (administrado anestésico local e corticoide) e a tratamento com capsaicina 8% de aplicação tópica, nos casos de dor neuropática periférica, colaborando na preparação e realização dos procedimentos, com os ensinamentos pertinentes para o doente e família, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

O tratamento com capsaicina 8% de aplicação tópica tem vindo a ter excelentes resultados na diminuição de sintomas secundários à quimioterapia, como foi o caso de uma das doentes que acompanhei no tratamento, com adenocarcinoma epitelial de alto grau da trompa submetida a cirurgia e a posterior tratamento de quimioterapia, após a qual ficou com queixas de dor incapacitante, dormência, formigueiro e diminuição de sensibilidade proprioceptiva nas mãos e nos pés. Foi submetida a três tratamentos com capsaicina 8%, com intervalos de 3 meses entre cada aplicação, tendo referido alívio de 100% nos pés e mão esquerda e melhoria de cerca de 90% na mão direita, referindo ligeiro formigueiro e dormência nos 1º, 2º e 3º dedos. Denota-se a capacidade de formular e analisar problemas complexos de forma crítica e sistemática.

A atuação do enfermeiro na UDC passa também pela avaliação da eficácia de técnicas não farmacológicas, em doentes cujas situações de dor não respondam à terapêutica convencional, como a eletroacupuntura – introdução de agulhas finas em pontos convencionados ligadas a um estimulador elétrico, sendo que “o recurso a diferentes frequências permite a libertação de diferentes morfina endógenas” conseguindo-se um melhor efeito analgésico (Cardoso, 2013) -, e estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) – consiste na “estimulação das terminações nervosas da pele e tecido subcutâneo, através da colocação de elétrodos sobre a área dolorosa e conectados a uma bateria portátil”, permitindo, entre outras vantagens, reduzir a dor em cerca de 60% dos doentes, diminuir o uso de opioides e melhorar a qualidade de vida dos doentes (Cardoso, 2013).

Decorrente do acompanhamento e participação nas consultas de enfermagem foi, conjuntamente com a EO, identificada a necessidade de informação na área da patologia da coluna, no sentido de reforçar o ensino ao doente/família sobre posturas promotoras de conforto, dando origem ao **segundo objetivo** que foi **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com dor crónica e sua família, no contexto de patologia da coluna, identificando as necessidades formativas na minha área de**

especialização. Realizei pesquisa bibliográfica que me permitiu elaborar um guia informativo³ que foi apresentado à equipa de enfermagem de forma informal, tendo sido muito bem aceite, levando à reflexão sobre a importância e a pertinência do tema no seu contexto de trabalho. Desta forma promovi a formação em serviço e comuniquei os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Estudos revelam que a alta prevalência da lombalgia tem um grande impacto económico e social, sendo que 90% são de etiologia não específica e 10% de causa conhecida, com irradiação aos membros inferiores, considerando-se crónica quando persiste por mais de três meses (Cardoso, 2013). Normalmente a cirurgia não está indicada nestas situações crónicas, sendo importante fazer ensino ao doente/família sobre a adoção de posturas de conforto no seu dia-a-dia que aliadas ao tratamento farmacológico lhes proporcionam alívio e controlo da dor, devolvendo-lhes autonomia e melhorando a sua qualidade de vida. Desta forma, abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente/família, na minha área de especialização e zelei pela qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, foi necessário adotar uma postura de constante interesse e motivação para ir de encontro à metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar que compõe a UDC, sendo preponderante para atingir a qualidade dos cuidados prestados e a interação permanente entre cada elemento que a constitui. O enfermeiro especialista deverá “reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa e promover um ambiente positivo e favorável à prática” e “usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.4).

A escolha deste campo de aprendizagem num contexto diferenciado como a UDC, permitiu-me munir de conhecimento técnico e teórico resultante das estratégias de aprendizagem adotadas, nomeadamente através da comunicação e debate com a EO, da pesquisa bibliográfica sobre os temas a aprofundar e da reflexão crítica na e sobre a prática. No sentido da formação contínua foram incorporados na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, sendo a formação profissional um processo contínuo de aprendizagem, vivências e partilha de experiências.

³ O guia informativo realizado encontra-se em apêndice III.

2.3 MÓDULO I – ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O ultimo estágio decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital do concelho de Lisboa, entre 27 de outubro e 19 de dezembro de 2017. Este hospital resulta de uma parceria público-privada prestando serviços que assentam na humanização dos cuidados e respeito pelos indivíduos, ética, competência, qualidade e inovação, tendo sido distinguido pela Joint Commission International (JCI), entidade internacional reconhecida, cuja ação assenta na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (Serviço Nacional de Saúde, s.d. b).

A escolha deste local de estágio prendeu-se com o desejo de conhecer uma realidade diferente daquela com a qual tinha tido contacto, visto ter iniciado as minhas funções como enfermeira, em 2003, num SUG de um dos centros hospitalares de Lisboa, e com a necessidade de realizar o estágio num hospital com localização próxima da instituição onde trabalho.

O SU desta instituição situa-se no piso térreo do edifício, onde estão inseridas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Ginecológica e Obstétrica. Os utentes que recorrem a este serviço são submetidos a Triagem de Manchester, que visa o rápido atendimento dos utentes para despiste das situações urgentes e/ou emergentes, com o maior rigor possível, utilizando um protocolo clínico. Para além do posto de triagem, existem também salas de espera e de realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, gabinetes de observação médica, salas de tratamento em regime ambulatorio (sala de pequena cirurgia, por exemplo), sala de observação com capacidade para 24 doentes com carência de internamento a curto prazo e, por fim, uma sala de reanimação e trauma para onde são encaminhados os doentes que careçam de cuidados emergentes.

O SUG é um serviço do foro médico-cirúrgico, considerado o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência (Direção-Geral da Saúde, 2001), que se articula com outros serviços, tais como a Imagiologia (localizado no mesmo piso do SU), Patologia Clínica, Técnicas de Especialidade, Farmácia, Bloco Operatório, UCI e Serviços de Internamento, por forma a dar resposta às situações e necessidades dos doentes, sendo por vezes necessária a articulação com outras instituições de saúde que disponham de valências inexistentes na instituição.

A equipa do SUG é constituída por enfermeiros, distribuídos em 5 equipas, a equipa de coordenação (enfermeiro chefe do SUG e dois enfermeiros responsáveis), assistentes

operacionais, administrativos (um por equipa de enfermagem) e equipas médicas rotativas. Os enfermeiros e assistentes operacionais assumem os diferentes setores do SUG de acordo com o mapa de distribuição realizado pelo enfermeiro chefe de equipa no final de cada turno, para o turno seguinte, utilizando o método individual de trabalho. Esta distribuição respeita o número de doentes em cada setor, bem como o nível de competência dos enfermeiros que formam a equipa que entra de serviço (Benner, 2005).

A minha expectativa para este estágio era bastante grande pelo regresso a uma realidade com a qual me identifico bastante e onde iniciei as minhas funções como enfermeira. Embora noutra instituição hospitalar, o SUG foi um serviço que me permitiu desenvolver/aprofundar muitas das minhas competências como enfermeira generalista, onde tive a oportunidade de evoluir no meu nível de desempenho, assumindo todos os setores que constituíam o SUG, integrando novos elementos e orientando estágios de integração à vida profissional de alunos de licenciatura em enfermagem.

Esta vivência em muito contribuiu para a minha integração neste serviço porque a sua organização e circuito do doente se assemelham ao serviço onde trabalhei. Foi também de extrema importância a forma como fui acolhida pela EO e por todos os elementos da equipa do SUG, que rapidamente me fizeram sentir como elemento pertencente da mesma.

O SUG pelas suas dimensões e especificidade requer uma equipa multidisciplinar que compreende enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, administrativos, funcionários de limpeza, entre outros. Assim, a enfermagem de urgência assenta numa prática de colaboração entre vários profissionais de saúde com conhecimentos, competências e funções distintas, mas complementares, com vista à melhoria da prestação de cuidados de urgência, dando resposta às necessidades mais complexas dos doentes, integrando a qualidade, os custos e o acesso a esses cuidados diferenciados (Fazio, 2010). Assim, a prestação de cuidados de enfermagem neste contexto pressupõe a aquisição e mobilização de conhecimentos científicos e técnicos especializados que permitam ao enfermeiro esta dinâmica de atuação. Neste sentido, foi desenvolvido como **objetivo geral** para este estágio **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa e família em situação de doença crítica, em contexto de Serviço de Urgência Geral.**

Por forma a desenvolver e certificar competências na assistência ao doente crítico e fazer face às exigências formativas, pessoais e profissionais para este estágio, foi delineado

como **objetivo específico prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de SUG.**

A prática da enfermagem de urgência assenta numa avaliação rigorosa dos problemas físicos, psicológicos e sociais dos doentes que a ela recorrem (Fazio, 2010). Esta avaliação inicial é realizada pelo enfermeiro no posto de triagem utilizando o método de Triagem de Manchester que visa fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (Grupo Português de Triagem, 2017). A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada, em que o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente, ou pelo enfermeiro, que motiva o doente a procurar o serviço de urgência leva à atribuição de uma prioridade clínica apropriada, seguindo o fluxograma de decisão (existem 52 fluxogramas no total). Será atribuída uma cor de prioridade (azul, verde, amarela, laranja ou vermelha), de acordo com o grau de gravidade da situação que corresponde ao tempo máximo ideal de espera para atendimento (Direcção-Geral da Saúde, 2018). A percebi-me da existência de uma pulseira branca, que após pesquisa, percebi que foi criada pelo Grupo Português de Triagem para fazer face à utilização incorreta dos serviços de urgência como porta de entrada administrativa, bem como o uso destes serviços para execução de atividade “programada” ou não urgente, que agrava a pressão sobre os serviços e estimula a incorreta utilização dos serviços pelos profissionais e utentes (Grupo Português de Triagem, 2017).

Dos doentes triados, verifiquei que a maioria foi identificada com pulseira de cor verde, pouco urgente (tempo de espera até cerca de 120 minutos), o que remete para situações de doença que se arrastam há mais de 1 semana, tipo febrícula, dor ligeira, náuseas/vómitos, tendo sido encaminhados para a Urgência Ambulatória que funciona na zona das consultas externas. A elevada afluência deste tipo de doentes revela que os doentes continuam a privilegiar o serviço de atendimento hospitalar em vez dos cuidados de saúde primários para resolução de situações de doença de menor grau de gravidade, que vai de encontro com os estudos da Direcção-Geral da Saúde (cerca de 50% dos doentes), levando à hiperutilização dos serviços de urgência, com um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, pelo desvio dos recursos humanos e pela redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas mais adequadas às necessidades reais da população (Direcção-Geral da Saúde, 2001), tendo demonstrado consciência crítica para problemas da prática profissional na minha área de especialização.

A situação de maior gravidade com que me deparei neste setor foi o de uma senhora de 90 anos, trazida ao SUG pelos bombeiros por queda no domicílio. À chegada a senhora apresentava-se com um ponto de aplicação frontal, com máscara equimótica extensa e

edemas palpebrais bastante acentuados, havendo referência a alterações do estado de consciência após queda, com um Glasgow de 13, coincidente com um traumatismo craniano moderado (Broering, 2010). Após avaliação dos sinais vitais da senhora, esta foi encaminhada para a reanimação por forma a ser observada rapidamente pela equipa de cirurgia geral. Ajudei o colega escalado na reanimação, tendo monitorizado a doente e canalizado acesso venoso periférico, com colheita de sangue para análise. Depois de observada pelo médico a doente seguiu para a imagiologia para realização de TAC.

O Balcão de Atendimento é dividido em duas salas, uma sala ampla com um balcão de trabalho, uma zona de sujos e um armazém de material de consumo clínico, e onde se encontram os doentes em maca (independentemente da cor de triagem atribuída), a fazer terapêutica inalatória e colheita de sangue para análise, e uma outra sala para doentes com pulseiras laranja a aguardar a primeira observação médica, doentes independentes ou em cadeira de rodas a aguardar efeito terapêutico ou exames complementares de diagnóstico, cuja situação clínica aconselhe a uma vigilância mais próxima. Neste setor os enfermeiros utilizam como método de trabalho o método funcional, desempenhando atividades prescritas pelos médicos após observação do doente, na plataforma informática vigente no serviço. No entanto, houve por parte dos enfermeiros empenho em prestarem cuidados humanizados a cada doente que cuidam. Este método de trabalho utilizado, e a grande afluência de doentes, leva a que os enfermeiros deste setor, por vezes, não possuam uma visão geral da situação do doente, se já foram ou não observados e qual o médico responsável. Esta situação, tendo por base a minha experiência como enfermeira de urgência, é fomentada por médicos e enfermeiros não estarem juntos no mesmo espaço físico (cada médico ocupa um gabinete fechado de observação) e não receberem e observarem o doente em simultâneo, impossibilitando uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2017a), sendo que o aumento da complexidade das necessidades dos doentes exigem um aumento das práticas colaborativas da equipa multidisciplinar (Vieira, 2009).

Esta situação reporta-me ao caso de uma doente, que se encontrava em maca, trazida ao SUG por quadro de distensão abdominal e náuseas. Ao me aproximar da doente verifiquei que apresentava palidez cutânea acentuada, tendo questionado a EO sobre o motivo de entrada da doente e da sua permanência em balcão no decorrer do turno; ao consultar a ficha da doente verificámos que a doente já tinha sido observada pelo médico da equipa de medicina e encaminhada para a equipa de cirurgia por considerar que as queixas da doente não se enquadravam na sua especialidade. A doente estava consciente, orientada, mas um pouco agitada pelas queixas abdominais e vómitos biliosos, polipneica e com cianose das

extremidades; avaliei sinais vitais e comuniquei à enfermeira orientadora que a doente estava hipotensa e com baixas saturações de oxigénio; coloquei aporte de oxigénio por máscara facial a alto débito e procedi de imediato à canalização de um acesso periférico para fluidoterapia, enquanto a enfermeira orientadora comunicava a situação ao médico responsável. Nestas situações, assume-se que o “enfermeiro de urgência deve ter um elevado grau de suspeita de que o doente pode estar em risco de choque, se ele apresentar antecedentes relevantes ou um ou mais dos seguintes achados clínicos: hipotensão, taquicardia, estado mental alterado, preenchimento capilar lento, débito urinário reduzido, e pele e membros frios e pálidos” (Holleran, 2010, p.491). Pelo quadro de instabilidade da doente, foi encaminhada para a sala de reanimação, monitorizada, colhido sangue para análise e gasimetria arterial e onde, por falência respiratória, foi entubada orotraquealmente (ventilada com ressuscitador manual) entrando de seguida em paragem cardíaca, tendo sido iniciado suporte avançado de vida, onde assumi a posição de preparação e administração de medicação, cumprindo as guidelines (Conselho Português de Ressuscitação), demonstrando capacidade de reagir perante situações complexas, no âmbito da minha área de especialização, bem como capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Nesta situação foi evidente a necessidade de mobilizar os conhecimentos provenientes da minha experiência profissional e os adquiridos nos vários estágios já realizados, analisando de forma objetiva e célere a situação do doente (Fazio, 2010), sendo que a qualidade dos cuidados prestados em situações de urgência e emergência relaciona-se com a capacidade de tomada de decisão (Neighbors, 2010) e o assumir dos atos praticados e antevisão dos seus resultados (Deodato, 2008).

Para além da gestão do volume de doentes presentes em Balcão de Atendimento, um outro desafio é a promoção da privacidade e intimidade dos doentes que permanecem neste setor. Pela sua estrutura física, torna-se difícil assegurar estes direitos dos doentes aquando da prestação de cuidados e execução de técnicas, no entanto, procurei utilizar os recursos disponíveis por forma a assegurar as condições de privacidade e intimidade de cada doente aquando da prestação de cuidados, utilizando as cortinas/biombos e mantendo os doentes tapados, não esquecendo que o doente já se encontra íntima e emocionalmente exposto e debilitado, e que o enfermeiro tem o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família”, bem como “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”(Ordem dos Enfermeiros, 2015), promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e que promovam o conforto

e o alívio do sofrimento, ajudando o doente a lidar com uma situação geradora de insegurança (Deodato, 2014).

Procurei sempre dar resposta às dúvidas e preocupações tanto dos doentes como dos seus familiares, mostrando disponibilidade para os escutar, sendo que nem sempre é possível que estes permaneçam de forma contínua junto dos doentes, explicando os procedimentos e funcionamento do serviço, os cuidados que iriam ser prestados, bem como os exames que teria que realizar, procurando minimizar a ansiedade inerente à expectativa do que vai acontecer e respeitando o artigo 4º da Lei n.º33/2009 que define que o “acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente nas diferentes fases de atendimento” (Assembleia da República, 2009, p.4467), zelando pelos cuidados prestados na minha área de especialização. A comunicação com doente e sua família é essencial na relação terapêutica que se estabelece, apontada em vários estudos como a base para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, e para a satisfação dos doentes/família. Gerir a relação terapêutica com a pessoa e família em situação crítica é uma das competências definidas para o enfermeiro especialista, tendo por base a comunicação (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), procurando dar resposta às necessidades individuais do doente e da sua família permitindo-lhes a participação nas decisões de cuidado (Sousa, 2014).

A Sala de Reanimação tem capacidade para dois doentes com necessidade de monitorização hemodinâmica e ventilação. Os doentes são estabilizados e transferidos para SO, para o Balcão de Atendimento ou para Unidade de Cuidados Intensivos, de acordo com a sua situação clínica, logo que possível, por forma a manter sempre a Sala de Reanimação disponível e preparada para outras situações emergentes que possam surgir. O enfermeiro escalado neste setor é responsável por confirmar a existência e funcionalidade de todo o material e garantir a sua reposição seguindo as checklist existente no setor (de acordo com norma interna “Funcionamento e Manutenção da Sala de Reanimação”).

Cabe ao enfermeiro da triagem acionar a campanha da Sala de Reanimação (ou aos elementos do INEM que fazem o transporte do doente), abrir a sala e monitorizar o doente até chegada do enfermeiro que está responsável pelo setor e que assume a posição de líder na gestão dos cuidados ao doente. Foram-me apresentados os protocolos de atuação na Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto (Direcção-Geral da Saúde, 2017b), Via verde Coronária Interna, Via Verde Sepsis no Adulto (Direcção-Geral da Saúde, 2016) e Reanimação Intra-hospitalar.

Tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a doentes com patologias do foro respiratório (DPOC agudizada, Edema Agudo do Pulmão, obstrução da via aérea),

cardíaco (Síndrome Coronário Agudo) e neurológico (AVC isquêmico/hemorragico), vítimas de trauma (acidente de viação). A abordagem ao doente emergente requer uma atuação rápida por parte da equipa, com observação atenta do doente e definição de prioridades, antecipando possíveis complicações, tendo em vista a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Fazio, 2010). Nestas situações, assumi a posição que me foi delegada, não tendo sentido qualquer dificuldade em termos das competências técnicas, tendo realizado a avaliação primária da pessoa de forma sistemática, assente na metodologia A (*airway*), B (*breathing*), C (*circulation*), D (*disability*), E (*exposure*) antecipando possíveis situações que pudessem colocar a vida do doente em risco. Como exemplo, recebemos uma doente acompanhada pelos bombeiros com história de hemiplégia esquerda, afasia e agravamento súbito do estado de consciência, tendo procedido à colocação de aporte de oxigénio por máscara facial, monitorização hemodinâmica, , punção de acesso venoso periférico para colheita de sangue para análise e soroterapia, acompanhamento da doente ao serviço de imagiologia para realização de TAC após estabilização hemodinâmica, e posterior reencaminhamento para SO onde ficou internada para avaliação e seguimento por neurologia, tendo demonstrado uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

A Sala de Observação (SO) é um espaço amplo, com um quarto de isolamento, onde permanecem os doentes cuja situação implique internamento, até estabilização hemodinâmica e do quadro clínico, resolução de caso social, ou até existência de vaga no serviço de internamento/UCI. O método de trabalho é o individual em que cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados e procedimentos realizados aos doentes que lhe estão atribuídos (Schaag, & Phipps, 2003). Neste setor tive a oportunidade de receber doentes vindos do balcão de atendimento e da sala de reanimação, dando continuidade aos cuidados ao doente. Foi avaliada a necessidade de monitorização hemodinâmica do doente para organização e gestão de recursos e realizado plano de cuidados individualizado, tendo por base a avaliação inicial do doente (anamnese) e as necessidades identificadas. A vigilância dos parâmetros vitais do doente (incluindo a dor) é essencial para o despiste de possíveis complicações ou agravamento hemodinâmico, adequando a administração de terapêutica prescrita à situação atual do doente, em articulação com o médico responsável, embora estivesse sempre dependente da enfermeira orientadora para aceder à medicação de cada doente, visto o serviço possuir um equipamento de dispensa automática de medicamentos com ligação à prescrição médica, imputação ao doente, informação dos níveis de stock à farmácia e identificação biométrica/mecanográfica de quem retira o medicamento.

Recordo a situação de uma sra. de 86 anos, tinha sido internada no final do turno anterior em SO por AVC hemorrágico, pelo que realizei a anamnese da doente através de informação fornecida pela neta no período da visita, visto a senhora não estar orientada no tempo e apresentar discurso impercetível, administrei a medicação prescrita e preparei a doente para transferir para a unidade de cuidados intermédios, onde realizei a transmissão de informação relativos à doente respeitando a técnica ISBAR – Identificação (*Identify*); Situação atual (*Situation*); Antecedentes (*Background*); Avaliação (*Assessment*); Recomendações (*Recommendation*)(Direcção-Geral da Saúde, 2017a), em vigor nesta instituição.

Tive ainda oportunidade de partilhar com os colegas alguns cuidados específicos da área de ortotraumatologia, onde desempenho funções, nomeadamente sobre a importância de manter os doentes em repouso com elevação dos membros inferiores quando sujeitos a imobilização com talas gessadas posteriores (suropodálicas ou cruropodálicas) por forma a evitar o edema, diminuir a dor e manter a integridade cutânea na zona de fratura, visto o risco de aparecimento de flictenas ser elevado, o que condiciona a cirurgia precoce. Geri e interpretei, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.

Por forma a manter atualizados os meus conhecimentos relativamente às novas guidelines relativamente aos critérios de colocação de cateteres vesicais e sua manutenção, assisti a uma sessão de formação⁴ realizada por dois colegas do serviço que fazem parte do “Projeto RITUAL – prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical”, com a missão de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do cumprimento das diretrizes da Direcção-Geral da Saúde (2015), reforçando a importância de práticas seguras, por forma manter a redução da percentagem de infeções do trato urinário associadas a cateterização vesical. Mantive, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Para além de todas estas oportunidades de aprendizagem e partilha tão enriquecedoras tive ainda oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável do SUG e o chefe de equipa por forma a perceber as suas funções e a dinâmica de gestão de um serviço com características tão particulares. A equipa de chefia do SUG é composta pelo enfermeiro chefe e dois enfermeiros responsáveis. Ao enfermeiro chefe cabe toda a gestão de recursos

⁴ A declaração de presença da sessão de formação referida encontra-se em anexo I.

humanos e materiais do serviço, mais direcionado para a assessoria e coordenação das equipas; os enfermeiros responsáveis canalizam a sua atuação para a gestão de cuidados, em parceria com os enfermeiros chefes de equipa, gestão de materiais e equipamentos (empréstimos/reparações/substituições), gestão de stocks de medicação e estupefacientes e coordenação da equipa de assistentes operacionais. Os chefes de equipa são um elemento de referência para os elementos escalados no seu turno, dando apoio aos diferentes setores da urgência, de acordo com as necessidades, fazendo pedidos/alterações de dieta dos doentes e gerindo as vagas em SO e nos serviços de internamento para transferência dos doentes, articulando-se com o enfermeiro responsável pela gestão de camas. É realizada uma reunião clínica durante as manhãs de semana onde estão presentes a equipa de chefia de enfermagem, direção clínica, psicólogo, psiquiatra, assistente social, farmacêutico, nutricionista, enfermeiro responsável pela gestão de camas do hospital e gestor hospitalar; esta reunião tem como objetivo discutir as situações mais complexas dos doentes que se encontram no SUG, encaminhamento de doentes psiquiátricos e casos sociais, e transferência de doentes para outras instituições. “A prática em colaboração reúne profissionais de saúde com conhecimentos e competências distintos e complementares (...) para a melhoria da prestação dos cuidados de urgência” permitindo “dar resposta às necessidades complexas do doente, com enquadramento da qualidade, dos custos e de acesso” (Fazio, 2010, p.11).

No sentido de adquirir um olhar mais abrangente sobre a realidade do cuidar num ambiente específico e peculiar da área de enfermagem médico-cirúrgica, solicitei a realização de dois turnos de observação participativa na viatura médica de emergência e reanimação (VMER) desta instituição, que dá assistência pré-hospitalar em toda a sua área de influência, sendo que muitos dos enfermeiros que constituem a equipa da VMER pertencem ao SUG. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro, com formação específica no âmbito da medicina de emergência, dotados de altruísmo, disponibilidade e capacidade de resposta rápida. Esta experiência permitiu-me conhecer a sua dinâmica organizacional, em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) responsável pela ativação dos recursos e meios de socorro necessários para uma resposta adequada a cada situação (INEM, 2013), e a forma como está organizada a resposta às situações de emergência pré-hospitalar com ativação da VMER, nomeadamente os códigos de ativação dos cuidados diferenciados. A VMER foi acionada sete vezes, para situações diversificadas, tais como obstrução de via aérea (código OVA), dispneia (código DPN), alteração do estado de consciência (código AEC) e dor abdominal (código DAU); todas estas situações foram resolvidas no local, não se tendo revelado de elevada gravidade e não

necessitando de acompanhamento diferenciado para o SUG. Todas estas vivência permitiram avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspetiva profissional avançada.

Gostaria de partilhar uma situação de paragem cardiorrespiratória (código PCR) para a qual fomos ativados, que me despertou um turbilhão de sentimentos, a angústia de querer chegar ao local o mais rápido possível e a expectativa do que iríamos encontrar (tínhamos a informação do que a pessoa estava em casa e a PCR tinha sido presenciada pelos familiares); á chegada ao local os bombeiros já tinham iniciado suporte básico de vida, com suporte de DAE (Desfibrilhador Automático Externo), tendo sido feita uma avaliação pelo médico, confirmando o óbito do senhor. Fomos informados que a mulher e a neta se encontravam no exterior da habitação e que já tinham sido informadas da gravidade da situação do seu familiar. Quando cheguei junto da família a esposa do senhor disse-me “...não precisa dizer nada senhora enfermeira, eu sei que ele estava muito doente, mas nunca se está preparado para o pior...” (sic), e eu respeitei, mantive o silêncio, demostrei estar disponível para a escutar e estive junto dela durante todo o processo burocrático que envolve a situação, confortei-a desejando-lhe forças para lidar com a perda do seu familiar, agravada pela proximidade da época natalícia, que evoca a união e confraternização da família, tendo demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Tendo tido oportunidade de participar no XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem, com o tema “Os cuidados de Enfermagem: História e Inovação” com a apresentação de uma comunicação oral⁵ com o tema “O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica: revisão sistemática da literatura” que permitiu comunicar resultados da investigação para audiências especializadas, evidenciando a importância das técnicas de comunicação na interação com o doente e família que se revelam de extrema importância na prestação de cuidados confortadores, determinando a eficácia do desempenho profissional, tanto na componente técnica como relacional, promovendo as boas práticas, facilitando a gestão dos cuidados e a gestão de conflitos. É neste sentido que, após reflexão com a EO sobre a pertinência do tema apresentado, considereei pertinente delinear como **segundo objetivo específico, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família em contexto de serviço de urgência, através da**

⁵ A declaração de participação será apresentada em anexo II.

sensibilização dos enfermeiros sobre a importância da comunicação como estratégia promotora de conforto.

A utilização de estratégias adequadas de comunicação permite ao enfermeiro identificar as necessidades reais do doente e sua família, prestando cuidados de qualidade que são considerados pelo doente como confortadores (Sousa, 2014). Num serviço de urgência os resultados que se pretendem com uma comunicação confortadora e efetiva prendem-se com a aceitação das situações de transição do estado de saúde-doença, com o impacto dos cuidados que lhe estão inerentes, e com a alteração de comportamentos que permitam influenciar de forma positiva a sua saúde e a sua satisfação com os cuidados que lhe são prestados (Hobgood et al., 2002).

As medidas de conforto e comunicação, que conferem humanização aos cuidados, vistas como o ideal da relação terapêutica, mantêm-se distante da realidade de alguns profissionais. A comunicação terapêutica deverá ser reconhecida pelos profissionais como intervenção intencional e de conforto, caso contrário, pode ser posta em causa a sua eficácia (Coelho & Sequeira, 2014). Na tentativa de avaliar as competências comunicacionais dos enfermeiros do SUG com o doente/família elaborei uma checklist⁶ que foi aplicada após autorização do enfermeiro chefe do SUG⁷. Os enfermeiros foram informados que o estudo se iria realizar, aquando das passagens de turno, por forma a obter o seu consentimento para a aplicação, tendo sido muito bem aceite por todos eles. Apliquei a checklist aos enfermeiros através da observação direta da interação entre enfermeiro e doente/família, sendo que esta é a forma mais abrangente de se avaliar o desempenho do profissional no processo de comunicação, embora exija tempo para a sua aplicação (Hobgood et al., 2002). Foram abrangidos 32 enfermeiros, ou seja, 50% dos enfermeiros que constituem a equipa (a equipa é constituída por 70 enfermeiros, sendo que 6 estavam ausentes por férias/doença), analisei os resultados obtidos e preparei uma sessão de formação⁸ com o objetivo de sensibilizar os enfermeiros do SUG para a importância do processo de comunicação como estratégia promotora de conforto e apresentar os resultados obtidos com a aplicação da checklist.

Os enfermeiros observados consideram a pessoa como um todo e evidenciam respeito pelo doente. Verificou-se que os enfermeiros informavam os doentes/familiares sobre procedimentos enquanto prestavam cuidados, promovendo um ambiente facilitador da

⁶ Checklist apresentada em apêndice IV.

⁷ Autorização apresentada em anexo III.

⁸ A apresentação sumária efetuada, bem como a declaração resultante da sua preleção encontram-se em apêndice VI e anexo IV, respetivamente.

comunicação. No item relativo à resolução de conflitos, as situações observadas estavam relacionadas com a presença do familiar junto do doente e com o tempo de espera para observação médica, tendo sido evidente a capacidade de comunicação com as famílias por parte dos enfermeiros, adotando uma postura tranquila e disponível para escutar e conhecer as situações que estavam a ser causadoras de stress. Estas intervenções dirigidas a utentes e famílias são concretizadas com indicadores não verbais como: expressão facial, tom de voz, postura, escuta e olhar (Phaneuf, 2005).

A maioria dos enfermeiros observados (62%) não utiliza o toque na interação com o doente. O toque transmite apoio, segurança, disponibilidade, reforça a qualidade da nossa presença perante o doente, acompanha a escuta, tranquiliza e reconforta. No entanto, não devemos esquecer que a forma como se toca o outro é influenciada pela cultura e pela maneira de ser e estar de cada pessoa. Por isso, é necessário ter cuidado com a sua utilização para evitar ser interpretado como uma atitude invasiva.

A utilização da comunicação mista (verbal e não verbal) é de extrema importância para o cuidado de enfermagem orientado para a pessoa, o que será facilitador do processo terapêutico, tendo em vista o conforto e a qualidade dos cuidados que prestamos ao doente/família (Phaneuf, 2005).

Por forma a partilhar estes resultados com os enfermeiros, foi afixada na sala de convívio a informação sobre a data, hora e local da formação⁹ e divulgado no grupo da equipa de enfermagem (rede social) por forma a que a informação chegasse ao máximo de elementos, optando por fazer a formação em dois dias distintos com o intuito de permitir maior flexibilidade de participação, no entanto a adesão não foi tão significativa quanto o desejado. No final da sessão entreguei um questionário de avaliação da sessão¹⁰, cujos resultados confirmam a pertinência da temática, a sua aplicabilidade no desempenho profissional e a necessidade de aprofundar conhecimentos na área abordada. Durante este processo consegui comunicar aspetos complexos do âmbito profissional e académico, bem como comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas. Esta formação pretendeu ainda promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, bem como promover a formação em serviço na minha área de especialização.

⁹ Poster de divulgação apresentado em apêndice V.

¹⁰ Questionário apresentado em apêndice VII.

Sintetizando, este estágio permitiu consolidar conhecimentos, refletir sobre a ação, desenvolver estratégias de superação de limitações e dificuldades, resultando num crescimento pessoal e profissional. A multiplicidade de doentes e famílias com problemas reais ou potenciais tão dispares e complexos exigiram capacidade de avaliação, intervenção e tratamento especializado, com uma atitude responsável e de influência nos cuidados que se exigem seguros e de qualidade, sendo o enfermeiro um agente de mudança (Sheidan, et al.,2010).

3. CONCLUSÃO

Como Enfermeira, desde 2003, tenho percorrido um caminho diversificado na procura constante pela melhoria da segurança e qualidade dos cuidados que presto. Considero que os anos de experiência e a maturidade que se adquire com as vivências pessoais e profissionais, levam a que sinta que esta era a altura ideal para aprofundar/atualizar e adquirir conhecimentos e desenvolver competências que fundamentassem a minha prática no sentido da excelência dos cuidados ao outro. A ingressão no Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, foi imbuída de grande entusiasmo, expectativa e vontade de aprender e crescer pessoal e profissionalmente. A forma como está estruturado o curso permite a aquisição de conhecimentos numa fase inicial que concedeu suporte à componente prática, sendo que esta constituiu a fase de aplicação de conhecimentos e desenvolvimento de competências na prática clínica. Esta fase foi sempre encarada com grande serenidade, não só pela minha capacidade relacional que facilita a integração em novos contextos, mas também pelo facto de ter experiência profissional em contexto de cuidados intensivos e de urgência. Perante isto, o meu enfoque foi essencialmente retirar o máximo proveito possível das situações com que me deparei, centralizando a minha atuação na perspetiva do cuidar individualizado aos doentes ao meu cuidado, refletindo no cuidar como um ato complexo de lidar com o outro, que vai muito para além do domínio das técnicas e das novas tecnologias, indo de encontro ao atual paradigma da transformação.

A valência de cuidados intensivos veio despertar a necessidade de confirmar a importância da comunicação na prestação de cuidados de conforto aos doentes em situação de doença crítica, conhecer o processo de comunicação confortador para o poder implementar nas minhas ações que envolviam o processo de cuidar ao doente, tendo conseguido evidenciar a sua importância e sensibilizar a equipa de enfermagem através da elaboração de tapetes de rato que permaneceram na área de trabalho onde os enfermeiros elaboram os planos de cuidados para os seus doentes.

Atualmente, desempenho funções numa Consulta Externa na área da ortotraumatologia, onde surgiu a necessidade de implementar uma Unidade de Dor com o

objetivo de dar resposta às necessidades dos nossos doentes, no alívio da dor osteoarticular e melhoria da qualidade de vida, quando não têm indicação cirúrgica, ou enquanto aguardam pela organização do processo e preparação da cirurgia, do ponto de vista burocrático e das listas de espera, habitualmente com alguma morosidade. Deste desafio emergiu a necessidade de adquirir conhecimentos e competências na área da dor, tendo conseguido perceber a organização, dinâmica e funcionamento da unidade no sentido de realçar a importância do tratamento da dor, reconhecendo e valorizando o seu impacto na vida social e na dinâmica familiar do doente. Neste âmbito, foi possível estabelecer relações terapêuticas eficazes e explorar domínios científicos e técnicos que desconhecia. Importa referir o meu contributo para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da unidade, e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e famílias, com a elaboração de um guia informativo sobre posturas de conforto nas patologias da coluna que fomentou a reflexão sobre a importância de sustentar as nossas ações no sentido do agir especializado.

Em contexto de SUG, a diversidade de situações que enriqueceram este percurso permitia consolidar conhecimentos na área da fisiopatologia e na área técnica, tendo exigido uma observação atenta das situações dos doentes, uma avaliação célere e atuação eficiente e eficaz, em coordenação com a equipa multidisciplinar dando resposta às necessidades urgentes e emergentes dos doentes. Realço o consolidar da competência da gestão de recursos e de cuidados mediante as oscilações da realidade de cada posto que constituem o SUG, obrigando a uma constante reorganização das equipas e a mobilização de doentes com vista a manter a humanização, a qualidade e a segurança dos cuidados que são prestados. Houve a necessidade de despertar a equipa de enfermagem para a importância do processo de comunicação na prestação de cuidados confortadores ao doente urgente e/ou emergente e sua família, tendo elaborado e aplicado uma checklist de avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros com o doente/família, seguida de uma sessão de formação sobre o tema com a apresentação dos resultados obtidos, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros na área de especialização médico-cirúrgica.

As áreas da supervisão do exercício profissional e liderança, assim como a integração de novos profissionais, não foram efetivadas durante os estágios, no entanto, são competências previamente adquiridas no meu percurso profissional, tendo tido oportunidade de exercer atividades de coordenação e liderança de equipa enquanto responsável e integrar novos profissionais em contexto de serviço de urgência, bem como a orientação de alunos do curso de licenciatura em enfermagem nos diferentes estádios de aprendizagem.

Importa lembrar que este percurso não foi isento de incertezas, preocupações e obstáculos que se prenderam essencialmente com a gestão dos horários de estágio, conjuntamente com o horário no contexto profissional, bem como a articulação e gestão das necessidades familiares, contudo, estas dificuldades foram sendo gradualmente superadas através de uma atitude de resiliência, motivação e satisfação com os objetivos que foram sendo concretizados e com os resultados que foram sendo obtidos, fruto da persistência em fazer bem e cada dia um pouco mais e melhor.

Cada pessoa que fez parte deste percurso tão enriquecedor contribuiu com importantes subsídios para o meu desenvolvimento pessoal e profissional na prestação de cuidados de enfermagem assentes numa estrutura sólida de conhecimentos e competências essenciais na fundamentação das tomadas de decisão no sentido da qualidade, segurança e responsabilidade, com vista à excelência dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Almeida, K.L.S., & Garcia, D.M. (2015). O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 20(4), 725-732.
- Apóstolo, J.L.A. (2009, março) – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II Série. N.º 9, 61-67.
- Assembleia da República (2009). I Série. Lei n.º 33/2009 de 14 de julho - *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República.
- Assembleia da República (2015). Lei nº156/2015 de 16 de setembro. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República.
- Benner, P. (2005) - *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto editora. ISBN 989-558-052-5.
- Broering, B. (2010). Traumatismo Craniano. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. *SHEEHY'S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. (6ª ed., Cap.21, pp. 278-296.). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-869-6.
- Coelho, M.T.V., & Sequeira, C. (2014, junho). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. (11), 31-xx.
- Deodato, S. (2004). A excelência do exercício – Perspectiva ética e deontológica. *Ordem dos Enfermeiros*. (pp.26-30).

- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-3401-0.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-5226-7.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003) – Circular Normativa nº 09/DGCG: *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor*. Consultado em 18 set. 2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2013) – Orientação nº 021/2013: *Conforto nas unidades hospitalares*. Consultado em 18 set. 2017. Consultado em 18 set. 2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma nº 019/2015, atualizada a 30/05/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2016). Via Verde Sepsis no Adulto. Norma nº 010/2016 de 30/09/2016, atualizada a 16/05/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Obtido de <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2017/02/08/norma-dgs-comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direcção-Geral da Saúde (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*, Norma nº 002/2018, atualizada a 09/01/2018.

Obtido de <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/01/09/norma-dgs-sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>

Fazio, J. (2010). A Prática da Enfermagem de Urgência. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. *SHEEHY'S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. (6ª ed., Cap.5, pp. 39-50). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.

Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência.

Grupo Português de Triagem (2017). *Sistema de Triagem de Manchester*. Consultado em 17 nov. 2017. Obtido de http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.

Hobgood, M.D., Ralph J., Riviello, M.D., & Nicholas J.M.D. (2002). *Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies*. *Academic Emergency Medicine*. 9(11). pp. 1257-1269. Obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.9.11.1257/epdf>

Holleran, R.S. (2010). Choque. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. *SHEEHY'S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. (6ª ed., Cap.32, pp.484-496). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.

Infarmed. (2014). Relatório de Avaliação Prévia do Medicamento para Uso Humano em Meio Hospitalar. Ministério da Saúde. Consultado em 8 maio 2017. Obtido de http://www.infarmed.pt/documents/15786/1424140/parecer+net_Dexdor.pdf/d8bd98f1-99a8-455e-941a-59b2039bfebe

International Association for the Study of Pain - IASP (2016) – *Dor da Osteoartrose: Fisiopatologia, Diagnóstico e Gerenciamento* (FACT SHEET Nº 13) Consultado em 18 set. 2017. Obtido de http://www.aped-dor.org/13_Formatted_Portuguese.pdf

- INEM. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. INEM. Consultado em 15 nov. 2017. Obtido de <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergência-Médica.pdf>
- Keough, V.A. (2010). Prática Baseada na Evidência. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. *SHEEHY'S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. (6ª ed., Cap.5, pp.39-50). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.
- Kolcaba, K., & Apóstolo, J.L.A. (2009, january). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 0(0). pp.403-411.
- Martins, M., & Lopes, M.A.P. (2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 14(1). pp.39-57.
- Meleis, A.I., Swayer L.M., Im E.O., Hilfinger M.D.K., & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science*. 23(1). pp.12-28.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Neighbors, M. (2010). Cuidados de Emergência. In Monahan, F.D., Sands, J.K., Neighbors, M., Marek, J.F., & Green, C.J. *Phipps: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª ed., Cap.9, pp.181-194). (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, & H. S. Azevedo, Trads.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-22-2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador*. Cadernos OE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooc/codigodeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010b) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.
- Ribeiro, P.C.P.S.V, & Costa, M.A.M. (2012, julho). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 3ª Série, nº7. pp.149-158.
- Schaag H., & Phipps, W.J. (2003). Perspectivas para a Prática da Enfermagem Junto de Doentes Adultos. In Phipps, W.J., Sands, J.K., & Marek, J.F. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (6ªed., Vol.1, Cap.1, pp.1-18). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7.
- Serviço Nacional de Saúde (s.d. a). Missão, Visão e Valores. Lisboa. Consultado em 5 maio 2017. Obtido de <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>
- Serviço Nacional de Saúde (s.d. b). Missão, Visão e Valores. Lisboa. Consultado em 16 nov. 2017. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hpp-hospital-de-cascais-dr-jose-de-almeida/>
- Sheridan, D.J., Nash, K.R., & Bresee, H. (2010). Enfermagem Forense na Urgência. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. *SHEEHY'S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. (6ª ed., Cap.16, pp.189-202). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.
- Smith-Blair, N. (2010). Cuidados Críticos. In Monahan, F.D., Sands, J.K., Neighbors, M., Marek, J.F., & Green, C.J. *Phipps: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª ed., Cap.10, pp.195-207). (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, & H. S. Azevedo, Trans.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-22-2.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0440-9.
- Takeshita I. M., & Araujo I. E. M. (2011, jul-set.). Estratégias de comunicação e interação do enfermeiro com o paciente inconsciente. *Rev. Min. Enferm.* pp.313-323.

- Urden, L.D., Stacy, K.M., & Lough, M.E. (2008). *Thelan's Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. (5ª ed., Cap.1, pp.3-13). (L. Abecasis, F.A. Silva & T. Leal, Trad.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-08-6.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0195-8.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- Watt-Watson, J.H., & McGillian, M.H. (2010). Dor. In Monahan, F.D., Sands, J.K., Neighbors, M., Marek, J.F., & Green, C.J. *Phipps: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª ed., Cap.16, pp.343-368). (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, & H. S. Azevedo, Trads.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-22-2.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo de revisão sistemática da literatura sobre o processo de
comunicação confortador à pessoa em situação crítica

**O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica:
revisão sistemática da literatura.**

**The comforting communication process of the patient in critical condition:
systematic literature review.**

Ana Gonçalves Martins

Patrícia Pontífice Sousa

RESUMO

Introdução

No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, tornando-se vital para a qualidade dos cuidados prestados. A competência do enfermeiro em comunicação com a pessoa em situação crítica, deve igualar-se às suas capacidades técnicas, no mesmo nível de empenho e importância, oferecendo ao doente cuidados humanizados de qualidade. Este estudo foi realizado com o intuito de responder à questão: Como é o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica?

Objetivo

Compreender o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura, com pesquisa na plataforma EBSCOHost, no período compreendido entre 2011 e 2017. Teve por base a metodologia PI[C]OS, tendo sido utilizados os descritores comunicação *AND* cuidados intensivos *AND* enfermagem. Para que fossem incluídos na pesquisa os artigos deveriam respeitar

os seguintes critérios: serem estudos qualitativos ou quantitativos, disponibilizados integralmente, em português ou inglês. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, teses, dissertações, monografias e artigos que se distanciavam da área do estudo. Elaborou-se uma tabela aquando da leitura integral dos artigos por forma a sistematizar a informação e facilitar a sua interpretação

Desenvolvimento

Os cuidados prestados ao doente crítico não atingem a sua plenitude de conforto se não forem acompanhados de intervenções de comunicação que proporcionem a quem é cuidado um sentimento de bem-estar, segurança e conforto. O grande desafio prende-se com a relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, muitas vezes limitada nas suas capacidades de comunicação, num ambiente hospitalar exigente, em que a dinâmica de trabalho está orientada para a gestão da tecnologia, rotinização das atividades, dando prioridade às necessidades fisiológicas do doente.

Resultados

Obtiveram-se sete estudos que compõem esta revisão. No processo de comunicação confortador evidenciam-se estratégias de comunicação que se centram essencialmente na utilização de placas de alfabeto/imagens, quadros de escrita, gestos e apontadores, bem como componentes facilitadores, tais como as expressões sonoras, faciais, visuais e corporais agradáveis e a redução de ruídos. No entanto, existem barreiras que dificultam este processo onde se incluem os sons desagradáveis, o tempo relacionado com a demora em se expressar, a dificuldade na leitura dos lábios, o ambiente envolvente ao doente em situação crítica, a resistência por parte dos profissionais de saúde em utilizar linguagem assertiva, e a não inclusão da família no processo de cuidados.

Palavras-chave

Processo de comunicação confortador. Pessoa em situação crítica. Revisão sistemática de literatura.

ABSTRACT

Introduction

In the field of health care, communication is essential to establish a therapeutic relationship with the patient, which becomes vital for the provided health care quality. The nurse communication skills used with the patient in critical condition should match his technical abilities on their same level of effort and importance, offering the patient quality humanized care. This study has been made in order to answer the question: How is the communication process comforting to the patient in critical condition?

Objective

Understand the comforting communication process of the patient in critical condition.

Methodology

Through a systematic literature review we try to understand the comforting communication process of the patient in critical condition. A research was done on EBSCOHost platform, in the period between 2011 and 2017. It was based on the PI(C)OS methodology and the *AND* intensive care *AND* nursing communication descriptors were used. To be included on this research, the articles should comply with the following criteria: they should be qualitative and quantitative and be fully available, in Portuguese or English. Revisions, literature, dissertations and monographs were excluded, as well as articles which distanced themselves from

the field of the study. A chart has been developed while reading the full articles, to be able to systemize the information and facilitate its interpretation.

Development

The care provided to the patient in critical condition doesn't reach its fullest in what comfort is concerned if they are not complemented with communication interventions which provide the patient with a well-being, safety and comfort feeling. The big challenge is the therapeutic relationship that is established between the nurse and the patient in critical condition, which is many times limited on its communication abilities in a demanding hospital environment, in which the work dynamics is oriented by technology management and activities routinization, giving priority to the physiological needs of the patient.

Results

Seven studies which compose this revision were obtained. Communication strategies are highlighted in the comforting communication process and are centered on the usage of alphabet / images cards, writing charts, gestures and laser pointers as well as enablers, such as audio, facial, visual and body pleasant expressions and also the reduction of noise. However, there are barriers which make this process difficult, like unpleasant noises, the time it takes for the patient to express himself, the difficulties with the lip-reading, the patient in critical condition's surrounding environment, the resistance of the healthcare professionals to the usage of assertive language and the non-inclusion of the family in the care process.

Keywords

Comforting communication process. Patient in critical condition. Systematic literature review.

INTRODUÇÃO

No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, tornando-se vital para a qualidade dos cuidados prestados. A competência do enfermeiro em comunicação com a pessoa em situação crítica, deve igualar-se às suas capacidades técnicas, no mesmo nível de empenho e importância, oferecendo ao doente cuidados humanizados de qualidade.

Este estudo foi realizado com o intuito de responder à questão: Como é o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica?

Por forma a aprofundar o conhecimento nesta área procurou-se dar respostas a outras questões secundárias: Quais as estratégias que compõem o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica; Quais os fatores facilitadores do processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica; Quais as barreiras ao processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Numa primeira fase é realizado o enquadramento teórico do tema e a sua pertinência, posteriormente é descrita a metodologia utilizada neste estudo, seguindo-se a apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos, finalizando com uma conclusão que tenta ir de encontro às questões levantadas, que conduziram este estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Comunicar é um ato espontâneo e inconsciente no nosso dia-a-dia. Mas a comunicação é mais do que um conjunto de palavras, e é tanto mais eficaz quanto maior a importância e o significado que lhe atribuímos. A “[...] comunicação é um

processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”(1). A literatura define dois tipos de comunicação, a verbal e a não verbal, que se entrecruzam no processo de comunicação. Embora a comunicação verbal seja aquela que mais se diferencia, é a que tem menor impacto no sucesso da comunicação estabelecida, sendo que, “[...] apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais”(2). Como tal, a comunicação não verbal vem reforçar a nossa presença, humanizar palavras, mostrar disponibilidade e atenção, que incutem qualidade ao processo de comunicação confortador.

No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, tornando-se vital para a qualidade dos cuidados prestados. Ao prestar cuidados à pessoa em situação crítica, o cuidado é incompleto se não for acompanhado de intervenções de comunicação que respondam às condições físicas e emocionais da pessoa, tendo em vista a promoção do conforto. “O processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige o desenvolvimento de capacidades e de competências, e a aplicação deste saber em atuação concreta e visível, tendo como objetivo assegurar a prestação do melhor cuidado, que seja pela pessoa considerado como confortador”(3).

O grande desafio prende-se com a relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, muitas vezes limitada nas suas capacidades de comunicação, num ambiente hospitalar exigente, em que a dinâmica de trabalho está orientada para a gestão da tecnologia, rotinização das atividades, dando prioridade às necessidades fisiológicas do doente. A competência do enfermeiro em comunicação deve igualar-se às suas capacidades

técnicas, no mesmo nível de empenho e importância, oferecendo ao doente cuidados humanizados de qualidade, respeitando “[...] o direito de saber o que é feito consigo, o porquê e para quê”⁽⁴⁾. A humanização deve estar presente na filosofia que orienta a profissão de enfermagem, porque o ambiente físico e tecnológico são de grande importância mas “[...] não são mais significativos que a essência humana.”⁽⁵⁾

METODOLOGIA

A revisão sistemática de literatura (RSL) teve como objetivo compreender o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Este estudo foi realizado em seis etapas: a definição da questão orientadora, a seleção dos critérios de inclusão e exclusão, a escolha das bases de dados e realização de pesquisa, a análise dos resultados, a discussão de resultados, e por fim, a síntese da revisão. Teve por base a metodologia PI[C]OS: P – população alvo (pessoa em situação crítica); I – tipo de intervenção (processo de comunicação confortador); C – comparações; O – outcome/resultado (conforto); S – study/tipo de estudo. A pesquisa foi realizada na base de dados EBSCOHost, utilizando o método boleano, em maio de 2017. Foi utilizada a base indexação DeCS para identificação dos descritores, tendo sido utilizados os seguintes: comunicação (communication), cuidados intensivos (intensive care) e enfermagem (nursing). Para que fossem incluídos na pesquisa os artigos deveriam respeitar os seguintes critérios: serem estudos qualitativos ou quantitativos, disponibilizados integralmente, em português ou inglês, no intervalo de tempo entre 2011 e 2017. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, teses, dissertações, monografias e artigos que se distanciavam da área do estudo. Elaborou-se uma tabela quando

da leitura integral dos artigos por forma a sistematizar a informação e facilitar a sua interpretação.

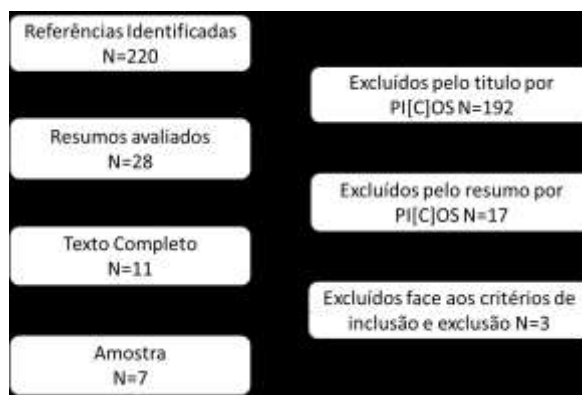


Figura 1 – Mapeamento da identificação, análise e seleção dos artigos

Fonte: Dados de pesquisa, 2017.

RESULTADOS

Dos sete estudos incluídos nesta RSL (Tabela 1) apenas dois foram realizados no âmbito do doente crítico, um para descrever a experiência de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica, e o outro para aplicação de uma escala de avaliação da comunicação. Os restantes estudos tiveram como participantes os enfermeiros, em que um deles abrangia enfermeiros e doentes, sendo um estudo observacional da interação enfermeiro-doente.

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados segundo PI[C]OS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Estudos primários / Ano	Objetivos	Participantes	Tipo de estudos e achados
Takehita IM, Araujo IEM (2011)	Avaliar as estratégias de interação identificadas pelos enfermeiros no cuidado com o	44 Enfermeiros	Estudo descritivo; entrevistas com base num questionário. Identificaram-se as seguintes estratégias: chamar o doente pelo

	doente inconsciente; identificar itens nas prescrições de enfermagem que favoreçam a interação com o doente inconsciente		nome, comunicar os procedimentos, evitar comentários próximos ao leito, reduzir ruídos, estimular os familiares a interagir, acalmar o doente pela conversa e toque. Fatores facilitadores: reduzir ruídos. Barreiras à comunicação: sons desagradáveis, o ambiente envolvente ao doente em situação crítica. Itens relacionados à interação com o doente inconsciente: explicar ao doente os procedimentos a serem realizados, realizar alternância de posicionamento do doente, vigiar sinais de manifestação de dor, realizar massagem de conforto após a higiene e oferecer conforto emocional.
Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ (2013)	Analisar as ações de cuidado realizadas numa unidade de cuidados intermédios, na perspectiva da humanização dos cuidados; avaliar a presença de medidas de conforto e comunicação na realização destas ações.	Enfermeiros	Estudo descritivo de abordagem quantitativa; observação sistemática não participante. As medidas de conforto e comunicação estiveram presentes em 45% das ações de cuidado desenvolvidas e o estabelecimento de comunicação em 40% destas ações. Barreiras ao processo de comunicação: altas tecnologias que envolvem o ambiente crítico, distanciamento entre equipa, doente e família.
Coelho MTV, Sequeira C (2014)	Caracterizar os itens que integram a comunicação terapêutica.	448 Enfermeiros	Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal.

			<p>A comunicação terapêutica é considerada pelos enfermeiros necessária em mais do que só intervenções psicoterapêuticas, havendo enfermeiros que consideram que toda a comunicação que utilizam é comunicação terapêutica e outros que não comungam desta opinião.</p>
<p>Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM (2014)</p>	<p>Descrever a experiência de comunicação do doente durante a ventilação mecânica (VM); descrever o relato dos doentes sobre a comunicação durante a VM e a sua resposta emocional na unidade de cuidados intensivos (UCI) e a sua satisfação relativamente aos cuidados na UCI; descrever os desafios e as mudanças da experiência da comunicação de doentes com VM.</p>	<p>69 doentes extubados, que tenham sido submetidos a VM num período superior a 24 horas.</p>	<p>Estudo descritivo; entrevistas com base num questionário de experiência em cuidados intensivos. A incapacidade para comunicar necessidades foi associada com impotência; a perceção da falta de informação recebida foi associada com “não sentir o controle” e “impotência”. A comunicação ineficaz influenciou negativamente a satisfação com os cuidados. Os doentes expressaram frustração com a comunicação fracassada e com a falta de comunicação recebida; acreditavam que receberem informações os ajudava a lidar melhor com a situação de VM. Estratégias de comunicação identificadas: placas de alfabeto/imagens, quadros de escrita, gestos, apontadores. Barreiras à comunicação: o tempo relacionado com a demora em se expressar, dificuldade de leitura dos lábios.</p>

<p>Achury DM, Pinilla M, Alvarado H (2015)</p>	<p>Descrever aspetos que facilitam ou interferem no processo de comunicação entre enfermeiro e doente em situação crítica.</p>	<p>112 Enfermeiros</p>	<p>Estudo quantitativo; observação, descrição e documentação dos aspetos relativos ao objeto de estudo. O processo comunicativo entre enfermeiro e doente em estado crítico está limitado pelas políticas restritivas institucionais e pela escassa formação académica dos enfermeiros. Há necessidade de iniciar um processo de mudança em relação aos modelos de prática profissional profundamente enraizados no cuidado físico ao doente crítico com o fim de estabelecer modelos que, durante o cuidado físico, estejam centrados na comunicação e relação doente-família-enfermeiro.</p>
<p>Rezende RC, Oliveira RMP, Araújo STC, Guimarães TCF, Espírito Santo FH, Porto IS (2015)</p>	<p>Descrever as expressões corporais no cuidado de enfermagem; tipificar as expressões no processo de comunicação durante o cuidado de enfermagem; avaliar preliminarmente a natureza categorial das <i>Expressões corporais</i> no cuidado de enfermagem para <i>Comunicação da Enfermagem</i>.</p>	<p>20 Enfermeiros e 78 doentes</p>	<p>Observação, descrição e documentação dos aspetos relativos ao objeto de estudo. Confirmou-se a <i>Comunicação da Enfermagem</i> como possível e fundamental para a prática de um cuidado de enfermagem mais qualificado, especializado e humanizado. Componentes facilitadores: expressões faciais, expressões corporais agradáveis, contato visual, toque, movimentos de cabeça, emissão de voz, aproximação e olhar.</p>

Martinho CI, Rodrigues IT (2016)	Traduzir e adaptar cultural e linguisticamente o instrumento <i>Ease of Communication Scale</i> e determinar o nível de dificuldades de comunicação dos doentes submetidos à VM com entubação orotraqueal, relacionando-o a variáveis clínicas e sociodemográficas.	31 doentes extubados e clinicamente estáveis em UCI	Pesquisa observacional, descritivo-correlacional, transversal. A validação preliminar da escala sugeriu elevada fiabilidade. Os doentes submetidos a VM consideraram que as experiências de comunicação durante a entubação foram “muito difíceis” e estas dificuldades de comunicação pareceram existir independentemente da presença de outras variáveis clínicas e/ou sociodemográficas.
----------------------------------	---	---	---

DISCUSSÃO

O enfermeiro tem na base da sua atuação o cuidar do outro na sua plenitude, ajudando-o a vivenciar as situações de transição impostas pela situação de doença. Para tal, requer que o enfermeiro tenha a competência de avaliar as capacidades e recursos da pessoa que cuida, preparando “[...] os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença”⁽⁶⁾. Inerente a este processo de comunicação confortador está a relação terapêutica na díada doente-enfermeiro. Tal só é possível tendo por base uma boa comunicação que permitirá ao enfermeiro conhecer o doente, e assim avaliar as suas necessidades.

“A comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento”⁽¹⁾.

As medidas de conforto e comunicação, que conferem humanização ao cuidado, vistas como o ideal da relação terapêutica, mantêm-se distante da realidade de alguns profissionais, o que se pensa estar relacionado com as altas tecnologias que compõem os ambientes críticos⁽⁷⁾.

A comunicação terapêutica deverá ser reconhecida pelos profissionais como intervenção intencional, caso contrário, pode ser posta em causa a sua eficácia, contribuindo para o insuficiente reconhecimento da dimensão humana na saúde, identificado pela Organização Mundial de Saúde^(8,9). Nesta linha, a comunicação terapêutica é considerada pelos enfermeiros necessária em mais do que só intervenções psicoterapêuticas, havendo enfermeiros que consideram que toda a comunicação que utilizam é comunicação terapêutica, embora outros não comunguem dessa opinião⁽⁸⁾.

O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica é revestido de características particulares que se constituem determinantes no cuidado, e o seu sucesso depende das técnicas de comunicação utilizadas. Para tal, é essencial a formação dos enfermeiros para que fiquem providos de ferramentas que lhes permitam atingir o sucesso na comunicação terapêutica com os seus doentes⁽¹⁰⁾.

O processo de comunicação confortador é composto por estratégias de comunicação e fatores facilitadores do mesmo. Os estudos desta RSL identificam como estratégias de comunicação as placas de alfabeto/imagens, quadros de escrita, gestos e apontadores. Como componentes facilitadores e geradores de confiança no processo de comunicação confortador ao doente crítico são referidas as expressões corporais, componente integrante e essencial da *Comunicação da Enfermagem*⁽¹¹⁾, sendo compostas pelas expressões sonoras, faciais, visuais e corporais agradáveis, e a redução de ruídos, proporcionando um ambiente tranquilo

e facilitador da comunicação⁽¹²⁾. A expressão corporal foi apontada como forma de se aproximarem dos doentes, tendo tido acesso às suas necessidades, o que lhes permitiu delinear intervenções específicas para cada situação e para cada doente^(10,11).

O doente inconsciente ou em coma torna-se também ele um desafio para uma comunicação eficaz, porque o seu estado neurológico suscita dúvidas ao enfermeiro sobre a sua capacidade auditiva e sensitiva, limitando o processo de comunicação confortador. Nestas situações, os enfermeiros utilizaram na sua prática interações facilitadoras desse processo como chamar o doente pelo nome, comunicar os procedimentos que vão ser realizados, evitar comentários sobre o prognóstico junto ao leito, orientar o doente no tempo, espaço e pessoa, acalmar o doente agitado através do toque e da conversa⁽¹²⁾.

No entanto, este processo de comunicação confortador poderá não ser eficaz se existirem barreiras ao seu desenvolvimento. Os aspetos descritos neste estudo como barreiras são os sons desagradáveis, o tempo relacionado com a demora do doente em se expressar, a dificuldade na leitura dos lábios, e o ambiente envolvente ao doente em situação crítica, rodeado de tecnologia, rotinas específicas e técnicas avançadas, centradas essencialmente na satisfação das necessidades fisiológicas do doente^(7,12,14). O conforto ambiental influencia diretamente o conforto físico do doente, devendo ser gerido pelo enfermeiro como forma de garantir o conforto do doente⁽¹³⁾. Aliado a tudo isto, esta RSL aponta ainda como barreiras ao processo de comunicação confortador a resistência por parte dos profissionais de saúde em utilizar linguagem assertiva, e a não inclusão da família como elementos integrantes no processo de cuidados^(10,14).

Nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VNI) relatam-se problemas que vão para além da incapacidade do doente em comunicar. Os doentes apontam a falta de informação compreensível, aliada à incapacidade para comunicar as suas necessidades, como fatores geradores de sentimentos de frustração, medo, ansiedade e raiva, afetando o seu bem-estar, segurança e conforto. Esta falta de informação desencadeou uma sensação de impotência e perda de controlo, influenciando negativamente a satisfação dos doentes com os cuidados que lhes foram prestados.

Dois autores traduziram, adaptaram cultural e linguisticamente, e aplicaram o instrumento *Ease of Communication Scale* (ECS) por forma a determinar o nível de dificuldade de comunicação dos doentes submetidos à ventilação mecânica com entubação orotraqueal. Deste estudo concluíram que as experiências de comunicação destes doentes foram consideradas “muito difíceis”, sendo que as dificuldades apontadas como “extremamente difícil” relacionaram-se com “fazer-se entender sem ser capaz de falar” e “comunicar sem ser capaz de falar”⁽¹⁵⁾.

A comunicação deve ser tida como prioridade para o enfermeiro como fator promotor do conforto desejado pelo doente, o que requer por parte do profissional de saúde uma mudança do seu foco central de atuação e da sua atitude.

CONCLUSÃO

Através dos estudos revistos podemos responder, de certa forma, às questões formuladas inicialmente, no entanto, denota-se ainda alguma dificuldade por parte dos enfermeiros em delinear as estratégias de comunicação mais eficazes e que mais contribuem para o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica. Porém, estas estratégias devem fazer parte do ato de cuidar do

enfermeiro sendo adaptadas a cada doente, tendo em conta as suas necessidades e situação, com vista a cuidados humanizados e de qualidade.

O enfermeiro é o principal veículo de comunicação com o doente, e para que o processo de comunicação confortador seja possível, deverá ter a capacidade de facilitar um ambiente favorável para que este se desenvolva, identificando as barreiras e eliminando-as ou atenuando-as, tendo por base aquilo que é considerado como confortador para o doente.

Os profissionais de saúde que refletem e se consciencializam das dificuldades de comunicação dos doentes em situação crítica, conseguem proporcionar-lhes individualidade, autonomia e inclusão nos cuidados que lhes são prestados, oferecendo segurança, bem-estar e conforto.

Este estudo centrou-se no doente em situação crítica, no entanto, sugere-se a inclusão da família num próximo estudo, tendo sido esta apontada nos vários estudos como elemento essencial no processo de comunicação confortador, uma vez que a família possui um vínculo importante com o doente que poderá ser uma mais valia no seu processo de recuperação.

Esta revisão sistemática da literatura alerta também para a necessidade de aprofundar o tema da comunicação terapêutica nos planos de formação inicial dos enfermeiros, bem como ao longo do seu percurso profissional, tendo em vista a aplicação de um processo de comunicação confortador efetivo, adequado e centrado na excelência dos cuidados prestados aos doentes e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.2005. ISBN 972-8383-84-3.
2. Stuart GW, Laraia MT. Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier España S.A. 2006.
3. Sousa PP. O conforto da pessoa idosa. Universidade Católica Editora. Lisboa. 2014.
4. Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2ª ed. Barueri, SP: Editora Manole. 2012.
5. Duarte MLC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):685-92.
6. Meleis A, et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advance in Nursing Science. Vol.23, n.º1, p.12-28.
7. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 174-9.
8. Coelho MTV, Sequeira C. Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. Revista Portuguesa de Saúde Mental. 2014 jun (11), 31-xx.
9. Organização Mundial de Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Acedido em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
10. Achury DM, Pinilla M, Alvarado H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. Invest Educ Enferm. 2015; 33(1): 102-111.
11. Rezende RC, Oliveira RMP, Araújo STC, Guimarães TCF, Espírito Santo FH, Porto IS. Body language in health care: a contribution to nursing communication. Rev Bras Enferm. 2015; 68(3): 430-6.
12. Takeshita IM, Araujo IEM. Estratégias de comunicação e interação do enfermeiro com o paciente inconsciente. Rev. Min. Enferm. 2011; jul-set; 15(3): 313-323.
13. Kolcaba K. Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company. 2003.
14. Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. Intensive and Critical Care Nursing. 2015. 31;179-186.
15. Martinho CI, Rodrigues IT. A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. Rev Bras Ter Intensiva. 2016; 28(2):132-140.

APÊNDICE II – Tapetes de rato elaborados sobre a importância do processo de comunicação no cuidado confortador.

Comunicação – mais do que um conjunto de palavras

Postura do corpo



- A orientação do corpo traduz a orientação da nossa atenção
- A inclinação para o doente é uma marca de interesse, de procura de intimidade e de relação
- Estando face ao doente quando nos dirigimos a ele, comunicamos-lhe a nossa vontade de estar lá, de o escutar

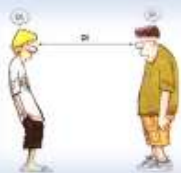
- Traduzem o nosso estado interior
- Pela sua delicadeza tornam-se mais humanos e comunicam o nosso interesse pelo doente e a nossa disponibilidade

Gestos



Comunicação – mais do que um conjunto de palavras

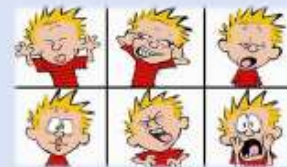
Olhar



- Traduz a consideração pela pessoa cuidada e o interesse em estarmos ali com ela
- Faz parte da atitude de escuta ativa
- Assegura a eficácia da comunicação

- Transmite as nossas reações ao que vemos, ouvimos, percebemos
- Deverá ir de encontro ao estado emotivo da pessoa que cuidamos
- Somente o sorriso pode indicar que somos calorosos e abertos aos outros!

Expressão Facial



Comunicação – mais do que um conjunto de palavras

Tom de Voz



- As nossas palavras não são as únicas a transmitir sentido
- O som da nossa voz traduz as nossas reações, emoções e pode tomar uma importância maior que as palavras
- O tom seguro revela autoconfiança e autoafirmação

- Transmite apoio, segurança e disponibilidade
- Reforça a qualidade da nossa presença perante o doente e acompanha a escuta
- Tranquiliza e reconforta

Toque



Papel e lápis
Quadro Preto

Quadros com figuras,
letras
e símbolos

Apontar

**Instrumentos
de
Comunicação**

Ler nos lábios

Mímica Facial

Sinais e Gestos

"O que a palavra não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-no eloquentemente."



"Em certas comunicações, as palavras entrecruzam-se mas os seres, eles, jamais se encontram."

Margot Phaneuf

"A comunicação não verbal é uma troca sem palavras. Podemos também dizer que a carne pensa e que o corpo fala mesmo quando a boca se cala."



A comunicação verbal "pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir."

Margot Phaneuf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.2005. ISBN 972-8383-84-3.

RILEY, Julia Balzer – Comunicação em Enfermagem. Lusociência. 4ª edição. 2004. ISBN 972-8383-81-9.

APÊNDICE III – Guia Informativo sobre posturas de conforto nas patologias da coluna

GUIA INFORMATIVO - POSTURAS DE CONFORTO NAS PATOLOGIAS DA COLUNA

A adoção de uma postura correta é essencial para evitar ou agravar a dor. A postura adequada deve estar presente em todas as ações do seu dia-a-dia.

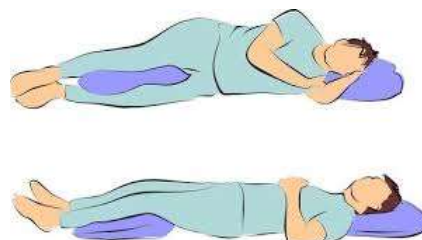
Modificar os hábitos de postura inadequados ajudam a que a medicação prescrita pelo médico seja mais eficaz no controlo e alívio da dor.

Deitar/ Levantar:



Deverá começar por se sentar na cama e, posteriormente, com o apoio do braço na cama rodar as pernas para cima da cama, mantendo o tronco alinhado.

Deitado:



Use uma almofada entre os joelhos, quando dormir de lado, ou debaixo dos joelhos, quando dormir de costas.

Lavar roupas/loija:



Estender roupa:



Permanecer na mesma posição por tempo prolongado provoca fadiga e aumento de dor.

Varrer/Aspirar:

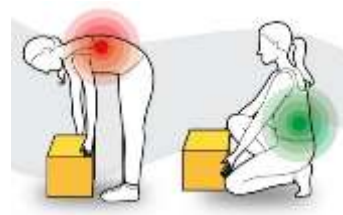


Calçar/Apertar atacadores:



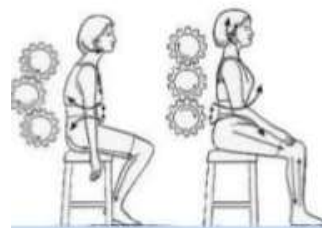
Evite movimentos de rotação do tronco e a flexão lombar (dobrar a coluna).

Carregar/Transportar pesos:



Evite transportar objetos pesados; transporte os objetos próximos do corpo, mais ou menos à altura da cintura. Deverá fletir as pernas para se aproximar do objeto, mantendo o tronco direito.

Sentar/Levantar:



Mantenha as suas costas apoiadas no encosto da cadeira e os pés no chão. Opte por cadeiras/poltronas altas.

Uso de cinta de apoio lombar:



Proporciona estabilização da coluna, favorecendo uma postura correta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLINI, S.; MELOCRA, P.; PAULA, K. (2015) - Postura corporal: aspectos estruturais funcionais para promoção da saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 125-130, jan./abr. ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-920.

MINEIRO, J. (2010) - Alterações estruturais da coluna e exercício físico. **Revista de Medicina Desportiva In Forma**. [Em linha]. [Consult. 6.out.2017]. Disponível em: http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1548/1/Rev%20Med%20Desportiva%202010_22.pdf

PHIPPS, W.J.; SANDS, J.K.; MAREK, J.F. (2003) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7.

APÊNDICE IV – Checklist elaborada para a avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros com o doente/família

**CHECKLIST - Avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros
com o doente/família**

A. ABORDAGEM AO DOENTE/FAMILIA	SIM	NÃO	NA
1. Apresenta-se / cumprimenta o doente/família			
2. Promove ambiente tranquilo promotor da comunicação			
3. Conhece a situação clínica do doente			
4. Escuta o doente/família			
5. Mostra disponibilidade			
6. Demonstra capacidade de negociação e resolução de conflitos			

B. COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO	SIM	NÃO	NA
1. Utiliza uma linguagem simples, clara e precisa			
2. Fornece informação completa, de acordo com as necessidades de informação naquele momento			
3. Adequa a informação à idade, linguagem e capacidade de compreensão			
4. Evita termos científicos e confusos			

C. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL	SIM	NÃO	NA
1. Realiza contato visual com o doente			
2. Utiliza um tom de voz adequado			
3. Expressão facial adequada ao contexto			
4. Utiliza o toque			
5. Adota uma postura corporal adequada			

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE V – Poster concebido para a divulgação da sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica e os resultados obtidos com a aplicação da checklist

SESSÃO DE FORMAÇÃO

O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Dias: 18 e 19 de dezembro das 15 às 16 horas, Sala de Reuniões do SUG

OBJETIVOS:

- Sensibilizar os enfermeiros do SUG para a importância do processo de comunicação como estratégia promotora de conforto.
- Apresentar os resultados obtidos com a aplicação da checklist;

Realizado por: Ana Gonçalves Martins (aluna do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica), com orientação de Patrícia Pontífice Sousa (Professora Doutora do ICS/UCP) e

APÊNDICE VI – Sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado
confortador à pessoa em situação crítica



Título: O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica: Revisão Sistemática da Literatura

Autores: Ana Gonçalves Martins (aluna do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Patrícia Pontífice Sousa (Professora Orientadora)



INTRODUÇÃO

A comunicação é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, tornando-se vital para a qualidade dos cuidados prestados. (Coelho & Sequeira, 2014)

O Cuidado à pessoa em situação crítica não atinge a plenitude se não for acompanhado de intervenções de comunicação que respondam às condições físicas e emocionais da pessoa, tendo em vista a promoção do conforto. (Pott et al., 2013)

CONTEXTUALIZAÇÃO

- ❑ “O processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige o desenvolvimento de capacidades e de competências, e a aplicação deste saber em atuação concreta e visível, tendo como objetivo assegurar a prestação do melhor cuidado, que seja pela pessoa considerado como confortador.” (Sousa, 2012)

Competência Técnica



Competência Comunicacional

Cuidados Confortadores

(Duarte & Noro, 2010)

CONTEXTUALIZAÇÃO

- ❑ A “[...] comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas.” (Phaneuf, 2005)

“[...] apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais.” (Stuart & Laraia, 2006)

Objetivo:

- ❑ Compreender o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica.

Questão orientadora:

- ❑ Como é o processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica?

RESULTADOS / DISCUSSÃO

Processo de Comunicação Confortador

Estratégias de Comunicação:

- placas de alfabeto/imagens
 - quadros de escrita
 - apontadores
 - gestos
- (Guttormson, 2015)



Barreiras:

- sons desagradáveis
 - demora em se expressar
 - dificuldade na leitura dos lábios
 - ambiente envolvente
 - resistência em utilizar linguagem assertiva
 - não inclusão da família no processo de cuidados
- (Pott, 2013; Takeshita, 2011; Guttormson, 2015)

Componentes facilitadores:

- expressões sonoras, faciais, visuais e corporais agradáveis
 - redução de ruídos
- (Takeshita & Araujo, 2011)



RESULTADOS / DISCUSSÃO

- ❑ A formação dos enfermeiros é essencial - Ferramentas que lhes permitam atingir o sucesso na comunicação promotora de conforto. (Achury et al., 2015; Coelho & Sequeira, 2014)
- ❑ Nos doentes submetidos a ventilação mecânica, as experiências de comunicação foram consideradas “muito difíceis” e “extremamente difíceis” – relacionando-se com a necessidade de: “fazer-se entender sem ser capaz de falar” e “comunicar sem ser capaz de falar”. (Martinh & Rodrigues, 2016; Guttormson et al., 2014; Martinho & Rodrigues, 2016)

CONCLUSÃO

No processo de comunicação confortador o **enfermeiro**:

- ✓ é o principal veículo de comunicação com o doente;
- ✓ facilita um ambiente favorável a que este se desenvolva;
- ✓ identifica as barreiras à comunicação, eliminando-as ou atenuando-as;
- ✓ proporciona a quem é cuidado um sentimento de bem-estar, segurança e conforto.



Mudança do foco central de atuação e da atitude por parte do enfermeiro

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência Geral de Adultos no âmbito do Estágio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Modulo I

- **OBJETIVO GERAL:** desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa e família em situação de doença crítica, em contexto de Serviço de Urgência Geral (SUG).
- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**
1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de SUG.
 2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família em contexto de serviço de urgência, através da sensibilização dos enfermeiros sobre a importância da comunicação como estratégia promotora de conforto.

CHECKLIST - Avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros com o doente/família

A. ABORDAGEM AO DOENTE/FAMILIA	SIM	NÃO	NA
1. Apresenta-se / cumprimenta o doente/família			
2. Promove ambiente tranquilo promotor da comunicação			
3. Conhece a situação clínica do doente			
4. Escuta o doente/família			
5. Mostra disponibilidade			
6. Demonstra capacidade de negociação e resolução de conflitos			

B. COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO	SIM	NÃO	NA
1. Utiliza uma linguagem simples, clara e precisa			
2. Fornece informação completa, de acordo com as necessidades de informação naquele momento			
3. Adequa a informação à idade, linguagem e capacidade de compreensão			
4. Evita termos científicos e confusos			

CHECKLIST - Avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros com o doente/família

C. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL	SIM	NÃO	NA
1. Realiza contato visual com o doente			
2. Utiliza um tom de voz adequado			
3. Expressão facial adequada ao contexto			
4. Utiliza o toque			
5. Adota uma postura corporal adequada			

Amostra (n)

- 70 enfermeiros que constituem a equipa
- 6 enfermeiros ausentes (férias/doença)

64 enfermeiros

n = 32 enfermeiros (50% do total)

RESULTADOS OBTIDOS

A. ABORDAGEM AO DOENTE/FAMÍLIA

Apresenta-se/cumprimenta o doente/família



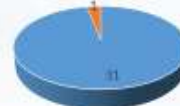
• Sim • Não • NA

Promove ambiente tranquilo promotor da comunicação



• Sim • Não • NA

Conhece a situação clínica do doente



• Sim • Não • NA

Escuta o doente/família



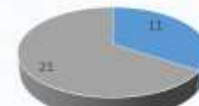
• Sim • Não • NA

Mostra disponibilidade



• Sim • Não • NA

Demonstra capacidade de negociação e resolução de conflitos

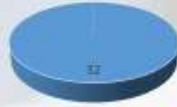


• Sim • Não • NA

RESULTADOS OBTIDOS

B. COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Utiliza uma linguagem simples, clara e precisa



• Sim • Não • NA

Fornecer informação completa, de acordo com as necessidades de informação naquele momento



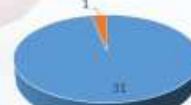
• Sim • Não • NA

Adequar a informação à idade, linguagem e capacidade de compreensão



• Sim • Não • NA

Evitar termos científicos e confusos



• Sim • Não • NA

RESULTADOS OBTIDOS

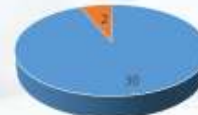
C. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

Realizar contato visual com o doente



• Sim • Não • NA

Utilizar um tom de voz adequado



• Sim • Não • NA

Expressão facial adequada ao contexto



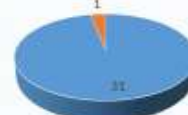
• Sim • Não • NA

Utilizar o toque



• Sim • Não • NA

Adotar uma postura corporal adequada



• Sim • Não • NA

ANÁLISE DE RESULTADOS

Por ser um serviço de urgência existe tendência para o modelo biomédico que centra a sua atenção no órgão doente e numa prática clínica centrada no diagnóstico e tratamento. Os enfermeiros organizam a sua intervenção à volta de cuidados técnicos instrumentais, avaliação diagnóstica, ensino/informação.

Pode-se dizer que os enfermeiros observados consideram a pessoa como um todo, evidenciam respeito pelo outro (doente). Verificou-se que os enfermeiros informavam os doentes/familiares sobre procedimentos enquanto prestavam cuidados, promovendo um ambiente facilitador da comunicação.

ANÁLISE DE RESULTADOS

No item relativo à resolução de conflitos, as situações observadas estavam relacionadas com a presença do familiar junto do doente e sobre o tempo de espera para observação médica, tendo sido evidente a capacidade de comunicação com as famílias por parte dos enfermeiros, adotando uma postura tranquila e disponível para escutar e conhecer as situações que estavam a ser causadoras de stress.

Estas intervenções dirigidas a utentes e famílias são concretizadas com indicadores não verbais como: expressão facial, tom de voz, postura, escuta e olhar.

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros observados não utiliza o toque na interação com o doente.

ANÁLISE DE RESULTADOS

O toque transmite apoio, segurança, disponibilidade, reforça a qualidade da nossa presença perante o doente, acompanha a escuta, tranquiliza e reconforta.

No entanto, não devemos esquecer que a forma como se toca o outro é influenciada pela cultura e pela maneira de ser e estar de cada pessoa. Por isso, é necessário ter cuidado com a sua utilização para evitar ser interpretado como uma atitude invasiva.

A utilização da comunicação mista (verbal e não verbal) é de extrema importância para a execução do cuidado de enfermagem com orientação para a pessoa, o que será facilitador do processo terapêutico, tendo em vista o conforto e a qualidade dos cuidados que prestamos ao doente/família.

“Em certas comunicações, as palavras entrecruzam-se mas os seres, eles, jamais se encontram.”

(Phaneuf, 2005)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COELHO, M.T.V., SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. 2014 jun (11), 31-xx.
- POTT, F.S., et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 174-9.
- PONTIFICE-SOUSA, PATRICIA. O conforto da pessoa idosa. Universidade Católica Editora. Lisboa. 2014.
- DUARTE, M.L.C., NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):685-92.
- PHANEUF, Margot. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.2005. ISBN 972-8383-84-3.
- STUART, G.W., LARAIA, M.T. *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica*. 8ª ed. Madrid: Elsevier España S.A. 2006.
- STEFANELLI, M.C., CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2ª ed. Barueri, SP: Editora Manole. 2012.
- ACHURY, D.M., PINILLA, M., ALVARADO, H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1): 102-111.
- TAKESHITA, I.M., ARAUJO, I.E.M. Estratégias de comunicação e interação do enfermeiro com o paciente inconsciente. *Rev. Min. Enferm*. 2011; jul-set; 15(3): 313-323.
- GUTTORMSON, J.L., BREMER, K.L., JONES, R.M. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015. 31;179-186.
- MARTINHO, C.I., RODRIGUES, I.T. A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016; 28(2):132-140.

APÊNDICE VII – Questionário de avaliação da sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“O processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica”

Objetivo: conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a sessão de formação.

Local: Gabinete de Reuniões do SUG do Hospital ...

Data: _____

Escala de Avaliação de Likert:

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Pertinência da temática					
Aplicabilidade da temática no desempenho profissional (Considera o processo de comunicação como elemento chave para a qualidade dos cuidados que presta)					
Necessidade Formativa (Gostaria de aprofundar conhecimentos nesta área)					
Interesse do Conteúdo Apresentado					
Adequação do material pedagógico					
Organização em geral					

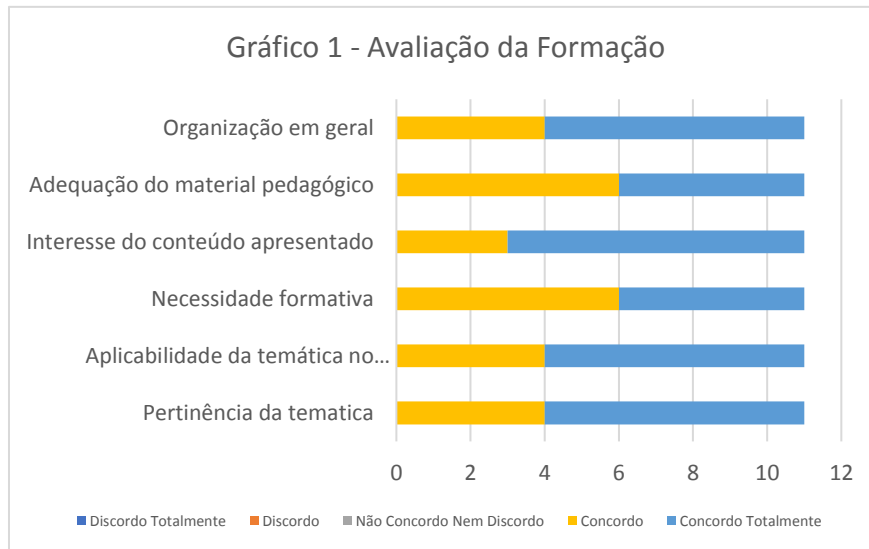
FORMADOR	1	2	3	4	5
Domínio da temática					
Capacidade de motivação					
Clareza na transmissão do conteúdo					

Obrigada pela colaboração.

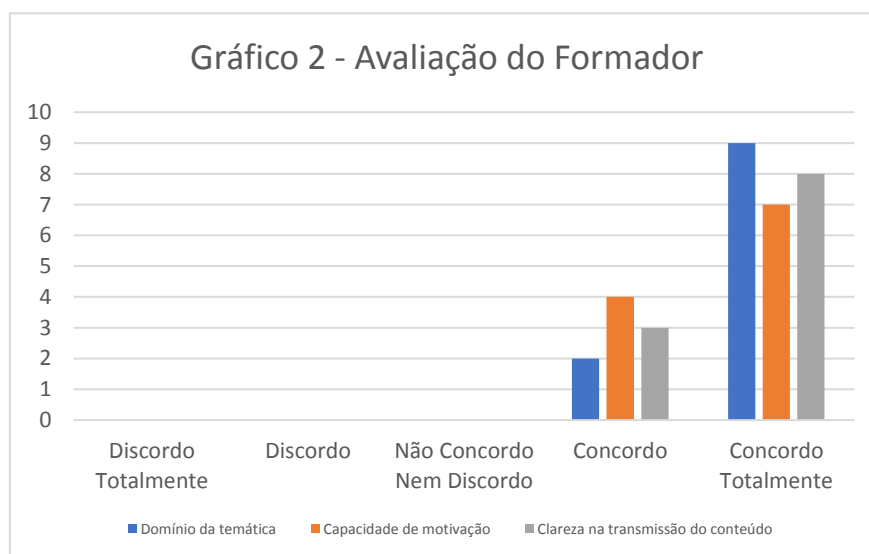
Ana Gonçalves Martins

Descrição e análise dos dados obtidos na avaliação da sessão de formação

No final da sessão de formação “O processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica”, foi entregue um questionário para avaliação da mesma. Este encontra-se dividido em duas categorias, nomeadamente a Formação e o Formador, apresentando-se, seguidamente, os gráficos correspondentes aos resultados obtidos. Foram preenchidos um total de 11 questionários.



Tendo em conta o gráfico 1 observado, verifica-se que relativamente à Ação de Formação, a avaliação foi, maioritariamente Concordo e Concordo Totalmente, refletindo o reconhecimento do tema como elemento chave para a qualidade dos cuidados.



Relativamente à avaliação do formador o Gráfico 2 demonstra que os participantes fizeram uma avaliação muito positiva e compensadora.

Foram entregues os diapositivos da apresentação, ao Enfermeiro Chefe, sendo que a mesma iria ficar disponível para todos os Enfermeiros, ficando com acesso a bibliografia de referência sobre o assunto. Considerou-se assim, após reflexão crítica e através dos dados obtidos através da avaliação, que esta sessão de formação teve impacto positivo na promoção do contínuo desenvolvimento profissional e pessoal.

ANEXOS

ANEXO I – Declaração de presença na sessão de formação intitulada “Projeto RITUAL – contributo para a melhoria da qualidade em saúde.”



Declaração

Declaro, para os devidos efeitos e a pedido do interessado, que a Sr^a Enfermeira Ana Isabel Gonçalves Martins, no âmbito da Especialidade Enfermagem Médico Cirúrgica, assistiu à Sessão de Formação em serviço : *"Projeto Ritual" – Prevenção da Infecção Urinária associada ao cateter vesical.*

A formação decorreu no dia 13 de Novembro de 2017, com a duração de 1 hora.

22 de Janeiro de 2018

O Enfermeiro Chefe

ANEXO II – Declaração resultante da apresentação de uma comunicação oral no XI
Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA - PORTO

DECLARAÇÃO

XI ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM - O CUIDADO DE ENFERMAGEM: HISTÓRIA E INOVAÇÃO -

Para os devidos efeitos se declara que, **ANA MARTINS** e **PATRÍCIA SOUSA**, apresentaram a comunicação oral "**O processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica: revisão sistemática da literatura**", no **XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia **03** de novembro de 2017.

Lisboa, 03 de novembro de 2017.



O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Auxiliar, UCP

ANEXO III – Autorização para implementação da checklist no SUG

Lisboa, 22 de novembro de 2017

Exmo. Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência

Do Hospital

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de uma *checklist*.

Sou enfermeira a frequentar o XI Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, e, no âmbito do estágio de Serviço de Urgência Geral de Adultos, sob a orientação tutorial da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa, pretendo aplicar uma *checklist* para conhecer de que forma os enfermeiros deste serviço utilizam o processo de comunicação como estratégia confortadora dos doentes que cuidam.


Esta *checklist* será aplicada por mim através da observação direta da atuação dos enfermeiros, pelo que solicito, se autorizada a sua aplicação no serviço, que os mesmos sejam informados da existência deste estudo que iria decorrer entre os dias 27 de novembro e 15 de dezembro de 2017.

Caso o pedido seja autorizado, disponibilizarei os dados obtidos numa ação de sensibilização a realizar no serviço sobre a importância da temática para a excelência dos cuidados de enfermagem, em data a combinar.

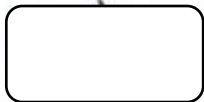
Para o efeito anexo a *checklist* a utilizar para a realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

Enf.ª Ana Gonçalves Martins


Com o consentimento do Sr. Chefe do Serviço de Urgência
Hospital 2017

ANEXO IV – Declaração resultante da preleção da sessão de formação sobre o processo de comunicação no cuidado confortador à pessoa em situação crítica



Declaração

Declaro, para os devidos efeitos e a pedido do interessado, que a Sr^a Enfermeira Ana Isabel Gonçalves Martins, no âmbito da Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica, foi preletora na sessão de formação: Processo de Comunicação confortador à pessoa em situação Crítica.

A formação decorreu nos dias 18 e 19 de Dezembro de 2017, com a duração de 1 hora.

22 de Janeiro de 2018

O Enfermeiro Chefe

