

## **CONCEÇÕES E PRÁTICAS NA COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA/FAMÍLIA EM PERÍODO DE PANDEMIA**

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

Por  
António Camilo Sousa Leite

Porto – maio de 2021





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LISBOA · PORTO

**CONCEÇÕES E PRÁTICAS NA COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA/FAMÍLIA EM PERÍODO DE PANDEMIA**

***CONCEPTIONS AND PRACTICES IN COMMUNICATION WITH CRITICAL  
PATIENT/FAMILY IN PANDEMIC TIME***

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

Por  
António Camilo Sousa Leite

Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto – maio de 2021



## RESUMO

O presente relatório elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tem como finalidade ser um instrumento de avaliação e pretende refletir o percurso de aprendizagem para obter o grau de mestre. Os contextos de estágio foram realizados no serviço de medicina intensiva e no serviço de cardiologia, de duas instituições alocadas na região norte do país, focando o cuidado à pessoa em situação crítica.

Pretende-se a descrição e reflexão sobre o processo de aprendizagem e aquisição de competências, a contextualização dos locais da prática clínica, o processo de aquisição de competências na área de especialização e uma análise global do percurso de aprendizagem e principais implicações para a prática profissional e crescimento pessoal e académico, que se demonstrou ser muito enriquecedora, contribuindo para a consciencialização das capacidades enquanto futuro enfermeiro especialista.

A metodologia utilizada foi o método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, e estruturalmente encontra-se dividido em quatro capítulos. Na introdução, podemos encontrar o enquadramento do relatório, dos campos de estágio e dos objetivos traçados. No segundo capítulo faz-se a contextualização dos campos de estágio, exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados e a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No terceiro capítulo apresenta-se a síntese da revisão da literatura a partir da qual foi elaborada a dissertação sobre a comunicação, abrangendo a comunicação/partilha de más notícias e comunicação em período de pandemia com o título: “Conceções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia”. Por fim, na conclusão, procura-se evidenciar o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas.

No decorrer dos estágios surgiu a necessidade, e também a oportunidade, de desenvolver ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem, uma sobre cateter venoso central e os cuidados de enfermagem e outra ação de formação sobre a comunicação, apresentada na unidade de cuidados intensivos coronários.

O caminho para obtenção de grau de mestre pretende descrever o conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, apontando sempre para a necessidade de pensamento crítico, postura dinâmica, interessada e de constante aquisição de conhecimento, responsabilidade e autonomia.

A prática profissional com enfoque na ética, deontologia, comunicação e relação terapêutica é também alvo de reflexão na elaboração deste trabalho. O enfermeiro especialista nesta área de atuação deve estar atento para as diversas dimensões do cuidado e garantir a qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

**Palavras-Chave:** Competências; Comunicação; Covid-19; Doente Crítico; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro especialista; Pessoa em Situação Crítica.



## ABSTRACT

The present report, elaborated in the scope of the curricular unit “Final Stage and Report” of the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing for People in Critical Situation, from the Institute of Health Sciences of Universidade Católica Portuguesa, aims to be an assessment instrument, and intends to reflect the learning path to obtain the master's degree. Internship contexts were carried out in the intensive care service and in the cardiology service, of two institutions located in the northern region of the country, focusing on care for people in critical situations.

It is intended to describe and reflect on the process of learning and acquiring skills, contextualizing the places of clinical practice, the process of acquiring skills in the area of specialization and a global analysis of the learning path and main implications for professional practice and personal and academic growth, which proved to be very enriching, contributing to the awareness of skills as a future specialist nurse.

The methodology used was the descriptive, analytical and critical-reflective method, and structurally it consists of four chapters. In the introduction, we can find the framework of the report, internship fields and the objectives set. The second chapter refers to the contextualization of the fields of internship, exposure and critical-reflexive analysis of the activities carried out, with a view to achieving the objectives outlined and acquiring the common skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing. The third chapter presents the synthesis of the literature review from which the dissertation on communication was prepared, covering communication / sharing bad news and communication in a pandemic time with the title: “conceptions and practices in communication whit critical person/family in pandemic time”. Finally, the conclusion aims to highlight professional development based on the skills acquired.

During the internships, the need arose and also the opportunity to develop training actions directed to the nursing team on Central Venous Catheter and nursing care and also another training action on the communication presented in the coronary intensive care unit.

The path to obtaining a master's degree intends to describe the set of skills acquired and developed by the nurse specialist in medical-surgical nursing in the area of specialization to the person in critical situation, always pointing to the need for critical thinking, dynamic, interested posture and constant acquisition of knowledge, responsibility and autonomy.

Professional practice with a focus on ethics, deontology, communication and the therapeutic relationship is also a target for reflection in the elaboration of this work. The nurse specialist in this area of expertise must be aware of the different dimensions of care and ensure the quality of care provided to the person in a critical situation and their family.

Key words: Communication; Covid-19; Critical Patient; Medical-surgical nursing; People in Critical Situation; Skills; Specialist nurse.





## **Agradecimentos**

Aos enfermeiros tutores, pela orientação e preciosa colaboração nos estágios.

À Professora Doutora Ana Sabrina Sousa todo o seu conhecimento e dedicação demonstrados ao longo da formação.

Aos meus colegas de curso pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio.

Aos meus colegas de trabalho por me ajudarem neste percurso.

Finalmente, e com muita estima, agradeço aos meus pais, família e amigos por toda a compreensão, motivação, incentivo e apoio incondicionais, imprescindíveis para a o meu percurso no Mestrado.



## **ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

|                |                                                                    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>APA</b>     | American Psychological Association                                 |
| <b>BPS</b>     | Behavioral Pain Scale                                              |
| <b>CIPE</b>    | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem           |
| <b>CNIS</b>    | Comprehensive Nursing Intervention Score                           |
| <b>CATS</b>    | Clinical Activity Monitoring System                                |
| <b>DGS</b>     | Direção Geral de Saúde                                             |
| <b>EAM</b>     | Enfarte Agudo do Miocárdio                                         |
| <b>EEMC</b>    | Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica                       |
| <b>EMC</b>     | Enfermagem Médico-Cirúrgica                                        |
| <b>EPI</b>     | Equipamento de Proteção Individual                                 |
| <b>IACS</b>    | Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde                          |
| <b>ICS-UCP</b> | Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa |
| <b>NAS</b>     | Nursing Activities Score                                           |
| <b>NCR11</b>   | Nursing Care Recording System                                      |
| <b>OE</b>      | Ordem dos Enfermeiros                                              |
| <b>PAV</b>     | Pneumonia Associada ao Ventilador                                  |
| <b>RASS</b>    | Richmond Agitation Sedation Scale                                  |
| <b>SAPE</b>    | Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem                      |
| <b>SDRA</b>    | Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda                         |

|             |                                            |
|-------------|--------------------------------------------|
| <b>SE</b>   | Sala de Emergência                         |
| <b>SMI</b>  | Serviço de Medicina Intensiva              |
| <b>TISS</b> | Therapeutic Intervention Scoring System    |
| <b>TOSS</b> | Time Oriented Score System                 |
| <b>UCI</b>  | Unidade de Cuidados Intensivos             |
| <b>UCIC</b> | Unidade de Cuidados Intensivos Coronários  |
| <b>UCIP</b> | Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente |

## ÍNDICE

|                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                                                                   | 15  |
| 1. INÍCIO DA CAMINHADA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE .....                                                                                      | 23  |
| 2. O CAMINHO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....                                               | 25  |
| 2.1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO .....                                                                                                 | 25  |
| 2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....                                                                                | 30  |
| 3. SÍNTESE DA REVISÃO DA LITERATURA.....                                                                                                          | 69  |
| CONCLUSÃO.....                                                                                                                                    | 79  |
| REFERÊNCIAS .....                                                                                                                                 | 83  |
| APÊNDICES .....                                                                                                                                   | 93  |
| APÊNDICE 1 – Revisão da literatura - “Conceções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia” .....  | 95  |
| APÊNDICE 2 - Apresentação powerpoint: “Conceções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia” ..... | 135 |
| APÊNDICE 3 - Apresentação powerpoint “Cateter Venoso Central – Cuidados de Enfermagem.....                                                        | 155 |
| ANEXOS.....                                                                                                                                       | 175 |
| ANEXO 1 - Pontos Classificáveis da TISS-28 (adaptado de Padilha et al. 2005). .....                                                               | 177 |
| ANEXO 2 - Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) (Adaptado de Ely et al.,2001) .....                                                   | 181 |
| ANEXO 3 - Recomendações feitas pela Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos para a abordagem da COVID-19 em Medicina Intensiva.....          | 185 |



## INTRODUÇÃO

Este relatório visa compilar toda a informação relativa aos estágios percorridos ao longo do curso, com o intuito de apresentar os objetivos planeados e atingidos, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas neste contexto, demonstrando o percurso decorrido numa visão crítico-reflexiva, na aquisição de competências necessárias, enquanto enfermeiro em formação na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no plano de estudos do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), do 2º ano letivo 2020/2021, de forma a desenvolver o conhecimento e a aquisição de competências especializadas de enfermagem nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, esta unidade curricular corresponde a 30 ECTS que equivalem à realização de um total de 840 horas, 360 horas em contexto da prática, 20 horas de seminários, 20 horas de orientação tutorial e restantes 440 horas de trabalho individual, entre os dias 07 de setembro de 2020 e 08 de março de 2021.

Este momento de avaliação inserido no plano curricular do curso pretende proporcionar oportunidades para o desenvolvimento de competências na área de EEMC, numa perspetiva académica e profissional baseada na formulação de objetivos de aprendizagem (ICS-UCP, 2019).

O meu percurso iniciou-se com o estágio que decorreu no 2º semestre do 1º ano letivo 2019/2020 correspondente à Unidade Curricular de “*A pessoa em situação crítica em família - vigilância e decisão clínica*”, num Serviço de Urgência da região do norte do país no período de 7 de setembro a 31 de outubro de 2020.

Na unidade curricular Estágio Final e Relatório a primeira parte do processo de contexto prático decorreu em 180 horas realizadas no Serviço Medicina Intensiva (SMI) de um Hospital do Norte, no período de 2 de novembro de 2020 a 14 de janeiro de 2021, e a segunda decorreu em 180 horas, no Serviço de Cardiologia/Unidade Cuidados Intensivos

Coronários (UCIC) num Centro Hospitalar do Norte do país, no período de 15 de janeiro a 08 de março de 2021.

As atividades realizadas decorreram sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa da ICS-UCP.

Segundo o Regulamento nº122/2011 (p. 8648) o enfermeiro especialista é “*o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No Regulamento nº429/2018 (p.19363) sobre as competências específicas do enfermeiro EEMC à pessoa em situação crítica, refere que o enfermeiro “*1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*”. Neste documento, está ainda descrito que o enfermeiro especialista deve prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente, em tempo útil, sendo que em situação crítica eminente, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “*altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas. Permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*” segundo o Regulamento nº429/2018, (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19362).

A minha opção pela realização deste curso de Mestrado baseou-se na necessidade de continuar a evoluir enquanto profissional e também, de certa forma, enquanto pessoa. De facto, como enfermeiro torna-se cada vez mais importante e estritamente necessário que sejamos profissionais competentes, seguros e autónomos na tomada de decisão no que respeita aos cuidados de enfermagem que prestamos diariamente aos nossos doentes e famílias. Tomada de decisão esta que deve ser sempre baseada em evidência científica.

Sendo enfermeiro desde 2009, iniciei o meu percurso no serviço de Medicina, passando em outros serviços (Unidade de Intermédios da Urgência, Cirurgia Vascular) até desempenhar funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Nestes serviços praticava



cuidados de enfermagem a doentes crónicos que por vezes agudizavam e ficavam em situação crítica.

Na UCIP a exercer funções desde março de 2017, senti a necessidade de evoluir, quer em termos de fundamentação teórica, como na prestação de cuidados, obter novas experiências e observar diferentes métodos de trabalho.

Os objetivos gerais da Unidade Curricular apresentados pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que se definiram como metas a atingir são os que se enumeram de seguida:

- Demonstrar capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas;
- Demonstrar capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;
- Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de participar e promover a investigação aplicada na sua área de especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta;
- Refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem (ICS-UCP, 2020).

Assim, a escolha destes campos de estágio deve-se ao facto de serem serviços nos quais se prestam cuidados de enfermagem especializados a doentes em situação crítica, que vivenciaram processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, permitindo-me assim a consolidação e o desenvolvimento de competências especializadas em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. A escolha do campo de estágio na UCIC teve

o intuito de obter um maior conhecimento ao nível de utentes do foro cardíaco que era uma lacuna na minha experiência profissional.

O estágio pretende ser um campo de experiências onde crenças e valores, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, convivem e moldam-se conduzindo a uma intervenção refletida.

O contexto prático sofreu adaptações decorrentes da pandemia mundial que vigora, o que teve bastante influência no decorrer da formação pela necessidade constante da implementação e adaptação de estratégias necessárias. Com a pandemia, a incerteza na confirmação da realização do estágio desencadeou alguns receios e angústia, bem como os vários isolamentos profiláticos a que estive sujeito neste período, provocando atrasos na realização de ambos os estágios.

Baseando-me nas experiências vivenciadas e devido aos novos desafios colocados ao sistema de saúde em Portugal e, consequentemente, aos profissionais da área, nos quais se destacam as equipas de enfermagem pelo seu papel na prestação direta de cuidados, na organização dos serviços e na comunicação com a pessoa<sup>1</sup> em situação crítica, família e todas as com pessoas de proximidade relevante onde se incluem amigos, cuidadores e tutores, que neste relatório são designadas pessoas significativas, realizei uma revisão da literatura sobre a comunicação na sua importância, englobando também a transmissão/partilha de más notícias e comunicação em período de pandemia.

Foi a partir deste ideal que surgiu o tema deste relatório, no sentido de colmatar uma necessidade pessoal e profissional geradora de insegurança e tensão, que se insere nas conceções e práticas da comunicação eficaz com o doente e família em situação crítica, ainda mais pelo momento que atravessamos, a pandemia da COVID-19.

O cuidado à família da pessoa em situação crítica é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de *“assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

A prestação de cuidados de enfermagem envolve uma contínua e constante tomada de decisão, o que obriga o profissional ao recurso contínuo do Saber (conhecimento), Saber-fazer (capacidades), Saber-ser (atitudes e comportamentos), Saber-estar, Saber-aprender

---

<sup>1</sup> As palavras pessoa, utente, doente e cliente estão associadas a diferentes paradigmas e autores. Neste documento possuem todas o mesmo conceito, designam a pessoa cuidada em situação crítica.

(reflexão e evolução) e Saber-transformar, de modo a proporcionar ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integral e holística, com a qualidade desejada e esperada por todos.

Os principais objetivos na realização deste relatório são: uma análise crítico-reflexiva dos objetivos, das competências adquiridas, das atividades desenvolvidas e seus resultados; bem como descrição de todas as oportunidades existentes para a aquisição de competências de enfermeiro com grau de mestre, segundo as Competências Específicas do enfermeiro especialista em EMC à Pessoa em Situação Crítica, descritas no Regulamento nº 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo dos estágios realizei cuidados de enfermagem tendo em vista a satisfação e a excelência preconizada nos padrões de qualidade. O enfermeiro com EEMC à em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015. pp.17240-17243), na procura permanente da excelência no exercício profissional, tem como missão dar resposta a sete categorias de enunciados descritivos:

- A satisfação do cliente: *“o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*;
- A promoção da saúde: *“o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*;
- A prevenção de complicações: *“o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*;
- O bem-estar e autocuidado: *“o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”*;
- A readaptação funcional: *“o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”*;
- A organização dos cuidados especializados: *“o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados”*;

- A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: *“o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção “face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas”.*

O trabalho desenvolvido nos estágios permitiu o desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, que de acordo com Regulamento nº 429/2018 *“é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 193662), com o objetivo que no final deste percurso o nível de cuidados, de acordo com Benner (2001), fosse o equivalente ao enfermeiro competente e perito.

A metodologia adotada na elaboração deste relatório é a metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, pois permite, através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, a mobilização de conhecimentos adquiridos e integrados e a reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

O relatório está organizado em quatro capítulos: o primeiro é referente ao início da caminhada para obtenção de grau de mestre, referente ao estágio do 1º ano letivo. O segundo capítulo encontra-se subdividido por serviço e competências adquiridas para uma análise mais pormenorizada e guiar o leitor no processo reflexivo e na justificação científica dos achados e da sua análise crítica. Inicia-se com a caracterização dos campos de estágios e por fim, com a descrição, análise e fundamentação dos objetivos/ atividades desenvolvidas em cada local de estágio que permitiram alcançar as competências de enfermeiro com grau de mestre. No terceiro capítulo surge um resumo da revisão da literatura sobre *“Conceções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia”*. Por último surge a conclusão, onde se realiza um balanço final sobre a aprendizagem desenvolvida para a aquisição de competências especializadas na área de EEMC, com menção dos pontos fortes, fracos e limitações. As referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas *American Psychological Association* (APA).

Peixoto (2016, p.122) citando Schön (1983) refere que *“a prática reflexiva pode também servir como um moderador da aprendizagem. Através da reflexão, a pessoa pode perceber e criticar os conhecimentos tácitos que se formaram em torno das experiências repetitivas*

*de uma prática especializada, e pode atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar.”*



## **1. INÍCIO DA CAMINHADA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

O início da caminhada para obtenção do grau de mestre com desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro EEMC à Pessoa em Situação Crítica iniciou-se com o estágio do 2º semestre do primeiro ano, na Unidade Curricular “*A pessoa em situação crítica em família - vigilância e decisão clínica*”, no Serviço de Urgência num Centro Hospitalar do Norte no período de 7 de setembro a 31 de outubro de 2020. Trata-se de uma urgência polivalente, correspondente ao nível mais diferenciado de resposta à situação de emergência/urgência. Tem um horário de funcionamento de 24 horas por dia, de segunda a domingo, assegurado por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais em caráter permanente.

O doente que se encontra no Serviço de Urgência é um ser em desequilíbrio. Como futuro especialista em EEMC à Pessoa em Situação Crítica, devo ser capaz de proporcionar o seu equilíbrio a nível físico, psicológico e social, de forma a contribuir para a sua adaptação a situações de doença aguda.

A prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho e agindo em situação crítica com a máxima eficácia e eficiência. Este contexto trouxe consigo a necessidade de adequar os cuidados à circunstância e ambiente envolvente, a integração na equipa multidisciplinar e a utilização adaptada dos recursos existentes, funcionando como um grande desafio. Demonstrei sempre disponibilidade para ajudar e participar nos cuidados de enfermagem, tentando ser parte integrante da equipa em que estava inserido. Deste modo, fui interiorizando e compreendendo as dificuldades e problemas que surgem todos os dias e a forma como são superados.

Ao participar ativamente e refletir sobre os cuidados prestados, fui adaptando-me ao método de trabalho da equipa, colaborando na prestação de cuidados ao doente crítico

com eficácia, sabedoria e consciência, apresentando capacidade de trabalhar em equipa, na medida em que nas situações de emergência se impõem a necessidade de coordenação e coresponsabilização na tomada de decisão.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de desenvolver atividades, de aprofundar os meus conhecimentos e aperfeiçoar a prática, em momentos de partilha de conhecimentos com o objetivo de enriquecimento mútuo, através da observação, colaboração e participação nas intervenções diárias dos enfermeiros tutores no cuidar sistematizado e de qualidade de acordo com as necessidades mais prementes do doente.

Tendo por base as competências esperadas do enfermeiro EEMC no Regulamento nº 429/2018, foram definidos os objetivos a atingir e atividades a desenvolver neste processo de aprendizagem. Foi o caso de prestar e gerir os cuidados ao doente crítico em contexto de urgência e emergência, colaborando com a equipa de enfermagem; estabelecer relações terapêuticas com o doente; atuar respeitando valores, crenças e individualidade do doente; estabelecer uma comunicação interpessoal adequada e gestão da relação terapêutica com o doente e seus familiares/cuidadores mesmo com os condicionantes provocados pela COVID-19; realizar ações de educação para a saúde, exercer supervisão clínica dos cuidados; acompanhar o doente crítico na realização de exames; promover a formação dos profissionais através de diálogos informais; integrar conhecimentos teóricos na prática; refletir sobre a prática e sobre situações novas; reconhecer metodologias e áreas determinantes na gestão de recursos e cuidados; prestar cuidados no sentido da prevenção, intervenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos. Estas atividades permitiram aprofundar e consolidar conhecimentos como futuro enfermeiro EEMC.

Deste modo, promovi a prestação de cuidados utilizando uma atitude de respeito pelos limites e âmbitos de intervenção, tendo por base as respostas humanas aos processos de doença, recorrendo à investigação, a uma prática baseada na evidência, e aos referenciais éticos e deontológicos com a finalidade de adquirir competências enquanto enfermeiro especialista. Assim, considero que esta Unidade Curricular foi mais um passo essencial neste processo de aprendizagem e de desenvolvimento quer a nível profissional como a nível pessoal.



## **2. O CAMINHO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Nesta caminhada, o principal objetivo foi adquirir competências específicas de EEMC à Pessoa em Situação Crítica preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº429/2018.

Alarcão (2001, p.53) define competência como *“um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias”*. Prevê-se que o indivíduo desenvolva capacidades para agir em determinado contexto, numa integração de vários saberes e que não pode ser separada nem da motivação nem da intencionalidade do sujeito.

Cunha e Furukawa (2010, p. 1064) citando Fleury e Fleury (2004), referem que a competência é definida como *“um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”*.

É esperado que o enfermeiro especialista seja cada vez mais reflexivo e capaz de mobilizar informação científica, técnica, tecnológica e relacional, e desempenhe um papel importante numa equipa multidisciplinar, no sentido que é o profissional que possui conhecimentos mais aprofundados e competências num domínio específico da enfermagem, resultando na profunda compreensão do utente e dos processos de saúde e doença a que está exposto.

### **2.1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

Neste capítulo irei efetuar uma breve contextualização dos campos de estágio, nomeadamente no SMI e no Serviço de Cardiologia/UCIC.

A prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos em ambiente hospitalar num SMI e na UCIC constitui uma das realidades mais exigentes e desafiadoras, na medida em que a instabilidade constante destes contextos da prática leva a que o enfermeiro desenvolva determinadas competências e atitudes de quem procura conhecer continuamente a situação

da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada. Esta unidade curricular teve início no SMI, e decorreu no período de 2 de novembro de 2020 a 14 de janeiro de 2021.

### **Serviço de Medicina Intensiva**

O SMI teve a sua abertura em 29 março de 2004. A sua missão consiste na admissão de doentes críticos em que a sua situação se preveja reversível, assim como, doentes no pós-operatório imediato que necessitem de monitorização/vigilância ou de suporte de função de órgão com meio técnico adequado, recebendo, portanto, doentes com patologia médica e cirúrgica. O SMI tem a sua atividade assistencial distribuída essencialmente por três vertentes, na Unidade/Serviço, na Emergência e Consulta de *Follow-up*. Situa-se no piso -1 junto ao Serviço de Urgência e é responsável pela gestão da Emergência Intra-Hospitalar e da Sala de Emergência (SE).

O SMI é constituído por uma equipa multidisciplinar, muito coesa e focada no desenvolvimento da unidade e prestação dos melhores cuidados com os recursos disponíveis. No que diz respeito à equipa de emergência interna, esta é constituída por um médico e um enfermeiro. O enfermeiro é habitualmente do SMI (acorre a ativações hospitalares fora do espaço físico do SU) ou do SU (quando as ativações ocorrem no espaço físico do SU, ou seja, na SE). As consultas de *follow-up* constituem uma forma de assegurar a continuidade dos cuidados e de avaliar o impacto do internamento nos Cuidados Intensivos, não só no indivíduo, mas também na sua família, permitindo identificar necessidades de intervenção. Permite ainda avaliar e refletir sobre o resultado final dos cuidados prestados com o intuito de proporcionar ponto de partida para a melhoria.

O SMI é composto por duas unidades, SMI1 e SMI2, sendo que esta última foi construída devido à pandemia da COVID-19 com o objetivo de aumentar o número de camas de cuidados intensivos, com mais dez camas, todas em quartos individuais com isolamento e pressão negativa. O SMI1 dispõe de dez camas, quatro das quais em quartos individuais, dos quais dois têm as condições necessárias para isolamento de gotícula e aerossol. Cada cama constitui uma unidade funcional independente com uma estação de trabalho individualizada, com todos os recursos necessários à monitorização, invasiva e não invasiva. Todas as unidades funcionais permitem a realização de terapêutica de substituição da função renal.

O SMI dispõe de vários equipamentos de suporte de órgão e apoio diagnóstico como ventiladores que permitem modo invasivo e não invasivo com várias interfaces, dispositivo de leitura de gasimetrias, entre outros. A vigilância contínua dos doentes é garantida através da estação de trabalho que dispõe de uma central de monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica contínua e simultânea de todos os doentes internados. É também aqui que estão localizados os computadores para registos médicos e de enfermagem.

Cada unidade é constituída por uma cama articulada e carro de apoio individual com material necessário à prestação de cuidados de higiene, realização de tratamentos de feridas, entre outros. De um dos lados localizam-se as máquinas perfusoras, máquina de alimentação entérica, seringas de vários volumes, etc. Do outro lado localizam-se o monitor e respetivos cabos de monitorização, o ventilador e restante material de apoio à via aérea tal como o aspirador, máscaras de oxigenoterapia, sondas de aspiração, entre outros. Esta preocupação com a disponibilidade de materiais em cada unidade, que se restringem apenas para uso exclusivo de cada doente, advém das diretrizes existentes a nível do controlo de infeção.

A individualização do material contribui para evitar as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), complicações associadas ao aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento e do consumo de recursos económicos (Cavaleiro, 2011).

Em termos de funcionamento e no que concerne à equipa de enfermagem, o serviço é assegurado por 10 elementos por turno, distribuídos pelas duas unidades; 5 enfermeiros em cada unidade têm a seu cargo no máximo dois doentes por enfermeiro, sendo apoiados pela Enfermeira Chefe, Enfermeiro (Enf<sup>o</sup>) de referência, Enf<sup>o</sup> de Reabilitação e um responsável do turno que não tem doentes atribuídos, mas colabora com a restante equipa de enfermagem e assegura o funcionamento da emergência interna. Por turno, é elaborado um plano de trabalho com a distribuição dos doentes por enfermeiro, atendendo ao grau de complexidade e gravidade do doente. Existe uma preocupação na promoção da rotatividade da equipa pelos diferentes doentes, permitindo deste modo, o contato com as mais diversas patologias, terapêuticas e tratamentos, bem como um conhecimento mais pormenorizado de todos os doentes internados na unidade.

Considero que o SMI se encontra muito bem organizado, não apenas ao nível da estrutura física, mas também ao nível da organização interna da equipa e do cuidado ao doente crítico com protocolos bem definidos. A integração na equipa e nas rotinas do serviço proporcionaram a observação e a prestação de cuidados ao doente crítico em diversos

contextos da abrangência da Medicina Intensiva; facilitaram a consolidação e atualização baseada na evidência científica de conhecimentos teórico-práticos; e, ainda, fomentaram a reflexão sobre as atividades realizadas incluindo o trabalho em equipa, com o objetivo de apontar estratégias de melhoria.

O segundo momento de estágio ocorreu no período de 15 de janeiro de 2021 a 8 de março de 2021, no Serviço de Cardiologia num Centro Hospitalar do Norte.

### **Serviço de Cardiologia**

O serviço tem várias valências, mas o estágio foi desenvolvido principalmente na UCIC englobando sempre que possível, a atividade assistencial realizada na Sala de Hemodinâmica.

O Serviço de Cardiologia, formado em 1955, trata-se de um serviço de referência a nível nacional, com reconhecimento internacional, tendo como objetivo fundamental fornecer aos doentes uma resposta de qualidade a nível técnico e humanitário. Encontra-se dotado das várias valências abrangidas pela especialidade de Cardiologia.

A nível assistencial é constituída por diversos componentes, sendo eles:

- Internamento, dividindo-se na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Enfermaria e Hospital de dia.
- Reabilitação Cardíaca, efetuando a prevenção secundária da doença cardíaca isquémica.
- Exames Subsidiários e Técnicas Especiais, englobando a Electrocardiologia, Ecocardiografia, Cardiologia Nuclear, Hemodinâmica, Cardioversão Elétrica e Eletrofisiologia e Pacing.
- Consulta Externa: tem como competências fundamentais a orientação clínica, diagnóstico e terapêutica de diversas patologias do foro cardiovascular, como hipertensão arterial não controlada com terapêutica otimizada se associada a patologia cardíaca, insuficiência cardíaca de causa conhecida e com potencial indicação cirúrgica e/ou não controlada.

## **Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

A UCIC está integrada no Serviço de Cardiologia. Possui 8 camas, com capacidade de monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica de cinco derivações contínua, suporte ventilatório não invasivo e técnicas de suporte cardíaco avançado. Detém presença física de médico e enfermeiros 24 horas por dia. Nesta unidade são admitidos essencialmente doentes com síndrome coronária aguda ou insuficiência cardíaca avançada.

É uma estrutura “*open space*” com uma parede que divide ao meio a unidade, mas não a separa completamente. As unidades, separadas por cortinas, permitem manter a privacidade e individualidade dos doentes.

A sala de trabalho de enfermagem e do médico de permanência possui uma separação em vidro para conseguir ter a uma visão permanente dos doentes internados. Existe uma central de monitorização dos parâmetros vitais dos doentes, e um monitor que contém a monitorização dos doentes com telemetria, internados no Serviço de Cardiologia. A telemetria permite a monitorização eletrocardiográfica do doente através de uma rede sem fios, que possibilita uma maior autonomia do doente.

## **Sala de Hemodinâmica**

A Sala de Hemodinâmica, situada ao lado da UCIC, está disponível 24h/dia, 7dias/semana para emergências intra e extra-hospitalares e encontra-se em funcionamento para procedimentos eletivos todas as manhãs e quartas-feiras à tarde com possibilidade de apoio de Anestesiologia se necessário.

São realizados estudos hemodinâmicos (cateterismos direitos, esquerdos, angiografias) a doentes internados no serviço ou provenientes do exterior. Os procedimentos realizados incluem cateterismos coronários diagnósticos e terapêuticos com procedimentos intracoronários percutâneos, ventriculografias, medição invasiva de pressões, teste de vasorreatividade pulmonar, cateterização e ablação de artérias renais, entre outros.

## 2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O cuidado de enfermagem centra-se na relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com o doente, família e comunidade, em que cada um é um ser único e pessoal, com características próprias, possuidor de um conjunto de crenças, valores e desejos que resultam da sua interação com o ambiente que o rodeia (OE, 2012).

Neste sentido, a relação terapêutica estabelecida por cada enfermeiro advém da sua formação, conhecimentos e experiência traduzindo-se nas competências que este possui para poder prestar cuidados de enfermagem de excelência na procura da promoção da saúde.

Todas estas atividades encontram-se esplanadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da OE, segundo o Regulamento nº 361/2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17243) pois *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados”*.

De seguida apresentam-se os objetivos e as atividades desenvolvidas para aquisição das competências no decorrer da aprendizagem, refletindo criticamente sobre vivências e experiências de forma fundamentada segundo os objetivos gerais da Unidade Curricular apresentados pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que se definiram como metas a atingir.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e revelam grande importância. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (p.19359) as competências específicas do EEMC à Pessoa Situação Crítica são:

- “- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;*
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;*
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”*.

Sendo assim, podemos elencar a reflexão crítica do seguinte modo:

***Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.***

Segundo o Regulamento nº429/2018 “*Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19363).

Para esta competência foram traçados os seguintes objetivos no projeto de estágio:

- A. Integrar a dinâmica funcional do local de estágio;
- B. Compreender a metodologia adotada na gestão do serviço ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem;
- C. Adquirir, desenvolver e aplicar conhecimentos e competências na abordagem ao doente crítico;
- D. Executar cuidados de enfermagem eficazes e fundamentados, numa perspetiva da EMC;
- E. Desenvolver competências na relação terapêutica e comunicação com o doente crítico e sua família/cuidadores;
- F. Participar na formação da equipa de Enfermagem.

***Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.***

Segundo o Regulamento nº429/2018 “*Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19363).

Num contexto de permanente instabilidade com possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou com importantes proporções, é fundamental que as diversas instituições do Sistema Nacional de Saúde possuam uma resposta de emergência a

dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro que, pela sua natureza ou extensão, implique, de forma momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (Direção Geral da Saúde (DGS), 2010).

As alterações climáticas, o conflito humano e as doenças infecciosas emergentes têm vindo a apresentar uma evolução que inevitavelmente desencadeia um número cada vez maior de situações de exceção e catástrofe. Estas exigem que o enfermeiro especialista possua conhecimentos e competências para responder com eficácia e em tempo útil a qualquer situação de exceção nomeadamente no que respeita à Saúde Pública como é o caso da pandemia COVID-19 (Veenema et al., 2017).

Não foi possível durante o estágio presenciar a ocorrência de uma situação de catástrofe com multivítimas. No entanto, durante os estágios tive a oportunidade de desempenhar cuidados de enfermagem em contexto da emergência da infeção pandémica pelo vírus SARS-CoV-2. A prática clínica neste contexto e em UCI permitiu-me adquirir e desenvolver competências nomeadamente no conhecimento do plano interno de resposta a situações de pandemia em cada uma das unidades (SMI e UCIC) em que estagiei, na prestação de cuidados ao doente infetado e na comunicação doente-família.

Em ambos os estágios procurei pesquisar e ler os protocolos existentes nos serviços, verifiquei a existência de sinalética e abordei o assunto em diálogo com os enfermeiros tutores e com a restante equipa.

Dado não ter efetuado, nesta unidade curricular, estágio no Serviço de Urgência e no contexto do pré-hospitalar, foi dada mais ênfase à análise das duas outras competências específicas do EEMC à pessoa em situação crítica.

***Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas***

Segundo o Regulamento nº429/2018 “Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde



*eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19364).*

Nesta competência relevo o seguinte objetivo no projeto de estágio:

G. Desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção no doente crítico em contexto cuidados intensivos.

Seguidamente apresentam-se os objetivos específicos de a) a g) e as atividades desenvolvidas, refletindo criticamente sobre vivências e experiências de forma fundamentada.

#### **A. Integrar a dinâmica funcional do local de estágio**

O reconhecimento da dinâmica do SMI e da UCIC decorreu não só nos primeiros turnos de cada um dos períodos mas também ao longo do estágio. Inicialmente, a apresentação da estrutura física do serviço assim como a observação da sua dinâmica de funcionamento foi realizada pelo enfermeiro tutor.

No estágio do SMI, relativamente à dinâmica no serviço, o doente é admitido na unidade após contato telefónico com o médico que está responsável pela unidade, que aceita ou não o doente, tendo em consideração os critérios de admissão predefinidos. O SMI recebe doentes provenientes da SE, de outros hospitais e de outros serviços do hospital, sendo o internamento motivado por politraumatismo, falência cardiovascular ou respiratória, intoxicação, sépsis, paragem cardiorrespiratória, entre outros.

No que diz respeito à distribuição dos enfermeiros, ela acontece da seguinte forma: 10 elementos por turno, seja de manhã, tarde ou noite, distribuídos nas duas unidades; 5 enfermeiros em cada unidade têm a seu cargo os doentes da unidade (máximo 2 doentes por enfermeiro), sendo apoiados pela Enfermeira Chefe, Enf<sup>o</sup> de Referência e um responsável do turno que não tem doentes atribuídos mas colabora com a restante equipa de enfermagem e assegura o funcionamento da emergência interna (ativada por via telefónica através do número 2222).

As UCI, constituindo um ambiente com um ritmo de trabalho acelerado, exigente e altamente tecnológico gerador de stress, levam a que os enfermeiros que nelas trabalham enfrentem

diariamente situações complexas e difíceis, pelo que, para exercerem neste ambiente necessitam do desenvolvimento de competências específicas e de conhecimentos adicionais para prestar cuidados de enfermagem com segurança (Vincent, 2019).

Os enfermeiros de cuidados intensivos são responsáveis pelas avaliações realizadas continuamente às pessoas em situação crítica e pela tomada de decisão clínica de enfermagem que conduz à definição das intervenções de enfermagem adequadas ao estado clínico das pessoas (Kisorio & Langley, 2019).

A dotação de enfermeiros encontra-se relacionada com a qualidade dos cuidados prestados e com a segurança da pessoa, sendo importante a identificação de indicadores que facilitem o respetivo cálculo nas organizações (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Segundo a OE (2014), relativamente ao ratio de enfermagem nas UCI recomenda-se que no mínimo deverá existir um enfermeiro por cada dois doentes. A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as UCI em três níveis de cuidados que é adotada pela DGS em Portugal nos dias de hoje.

De acordo com Macedo (2017) para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, existem vários instrumentos como por exemplo a *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), a TISS-28, o *Nursing Activities Score* (NAS), o *Time Oriented Score System* (TOSS), o *Comprehensive Nursing Intervention Score* (CNIS), o *Nursing Care Recording System* (NCR11) e o *Clinical Activity Monitoring System* (CATS). Destes instrumentos de medida da carga de trabalho de enfermagem, os mais utilizados em Portugal são a TISS-28 e o NAS, pois fazem parte dos três instrumentos que se encontram validados para o nosso país (TISS, TISS-28 e o NAS).

A TISS-28 é uma versão reduzida da escala inicial TISS, criada por Cullen (1974) que foi posteriormente atualizada por Keene e Cullen (1983). É um sistema que classifica a gravidade do doente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e da carga de trabalho de enfermagem em Cuidados Intensivos, tendo como base a quantificação das intervenções realizadas nas pessoas internadas, segundo a sua complexidade, número de dispositivos invasivos necessários à monitorização e suporte orgânico e o tempo despendido pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos na pessoa em situação crítica. Esta escala era constituída inicialmente por 57

pontos de verificação, pontuados de 1 a 4 de acordo com a carga de trabalho envolvida, sendo alterado para 76 pontos com a reformulação ocorrida em 1983 (Pinto e Pires, 2009). Com o intuito de tornar este índice mais simples e ajustado à aferição da carga de trabalho de enfermagem e facilitar a sua utilização prática, Miranda, De Rijk e Schaufeli em 1996, procederam à simplificação do índice. Foi então reduzida a sua composição para 28 pontos subdivididos em sete categorias de intervenção terapêutica (Silva & Sousa, 2004).

A pontuação obtida através deste score permite estimar as intervenções mediante a gravidade dos doentes, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UCI (Padilha et al., 2005). Estipulou-se que cada ponto obtido consome cerca de 10,6 minutos de tempo de trabalho de um enfermeiro na assistência a um doente crítico. Cada item do TISS-28 é pontuado de acordo com o que se expõe no Anexo 1.

O preenchimento do TISS-28 é efetuado pela equipa de enfermagem da UCI. Refere-se a um período mínimo de internamento de 24h por doente, mediante a observação direta e consultando os vários meios de suporte disponíveis de modo a permitir o correto preenchimento da mesma.

Os 28 itens são analisados diariamente, permitindo a obtenção de um perfil evolutivo do doente crítico, por meio da pontuação e da classificação da gravidade. Não é usado para efetuar prognósticos de sobrevida, mas pode auxiliar na avaliação da evolução clínica do doente (Elias et al., 2006). No final, efetua-se a soma dos pontos atribuídos e a classificação obtida é o score do TISS-28 desse doente.

Em Portugal, o TISS-28 é um instrumento amplamente disponível, validado e aplicado nas UCI, e que transforma as atividades de enfermagem em tempo de trabalho (Severino, R. et al., 2010). A DGS usa o TISS-28 como critério de valorização da avaliação da qualidade de serviços de cuidados intensivos, daí a sua elevada importância como instrumento de gestão dos recursos de enfermagem (DGS, 2003).

No SMI o plano de trabalho é elaborado de forma a permitir que a carga de trabalho tenha a distribuição mais equilibrada possível. No início de cada turno, o enfermeiro verifica quais os doentes que terá a seu cargo.

A passagem de turno de enfermagem é realizada em dois momentos. Inicialmente é realizado pelo enfermeiro responsável por cada doente um briefing geral sobre o doente para toda a equipa, para que em momentos de possível ausência todos os outros enfermeiros de serviço

naquele turno saibam de uma forma geral o que se passa com todos os doentes internados. Existe uma preocupação com a segurança na prestação de cuidados, por isso, neste momento é realizado também *briefing* de segurança em que o responsável identifica os doentes com via aérea difícil, os que apresentam risco de extubação, risco de queda, alergias, perfusão de aminas em cateter venoso periférico, nomes similares e aqueles que se encontram em isolamento. Esta estratégia permite o reconhecimento de toda a equipa de fatores que podem pôr em risco a condição de saúde do doente, mantendo-os alerta para estes aspetos, promovendo assim a segurança na prestação de cuidados. Num segundo momento, ocorre a passagem efetiva e pormenorizada do doente pelo enfermeiro que está de saída de turno para o enfermeiro que o substitui.

Segundo a DGS (2011), a segurança do doente deve ser alvo da atenção dos profissionais de saúde, implicando a implementação de ações para a sua promoção e assim reflete a qualidade dos cuidados. O reconhecimento e avaliação do risco, a deteção de incidentes e a construção de ações de melhoria são os principais pontos de partida para uma prática segura e devem predominar no caminho para a melhoria dos sistemas.

No SMI, o método de trabalho utilizado é o método individual, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pelo doente, cuida do doente no seu todo e não por partes. A assistência é centrada no doente, promovendo uma personalização dos cuidados. Sempre que necessário há uma cooperação e interajuda entre toda a equipa de enfermagem.

Este método parece adequar-se aos doentes, tendo em conta as necessidades em cuidados de enfermagem dos mesmos, as características do serviço e os recursos humanos e materiais existentes.

O enfermeiro responsável do turno desempenha um papel na gestão de vagas e camas de internamento e garante a gestão de recursos materiais, verificando falhas ou produtos com necessidade de reparação, efetua pedidos à farmácia de medicamentos em falta, gere a distribuição dos doentes pela equipa de enfermagem e as funções dos assistentes operacionais conforme as necessidades. O enfermeiro responsável por norma é um enfermeiro com título de EEMC. O enfermeiro especialista, gestor dos cuidados de enfermagem, otimiza a resposta da sua equipa em articulação com a restante equipa multidisciplinar, e adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, procurando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É de salientar a presença de um enfermeiro de reabilitação nos turnos da manhã e da tarde que, não tendo doentes atribuídos, desenvolve um trabalho muito importante no âmbito da sua especialidade e que constitui para os doentes uma mais-valia, nomeadamente na prevenção da rigidez articular, prevenção do pé equino e cinesiterapia respiratória.

Houve oportunidade de fazer um turno acompanhado pela enfermeira especialista em Reabilitação, e pude identificar a importância dos cuidados prestados ao nível da cinesiterapia respiratória para melhorar a função ventilatória, a mobilização articular e posicionamento terapêutico com o objetivo de minimizar os efeitos adversos da imobilidade, o levante precoce e exercícios ativos com o doente para o aumento da sua capacidade funcional e bem-estar psicológico, no sentido de obter mais ganhos para o doente. Considero que esta oportunidade foi muito importante para o reconhecimento da forma como estas duas vertentes podem resultar em cuidados mais amplos e eficazes.

Uma das dificuldades sentidas relativas à dinâmica de funcionamento do serviço foi o fornecimento de medicação pela farmácia. Para além de esta ter um horário de funcionamento limitado, apenas até às 16h nos dias úteis, e excecionalmente ao fim de semana, o que implica a realização frequente de pedidos extra, os fornecimentos sofrem algumas falhas e os contatos via telefone são, por vezes, muito difíceis. Todas estas condicionalidades implicam uma carga e tempo de trabalho acrescido para os enfermeiros e pode causar um impacto, na administração de alguns fármacos em tempo útil.

Neste tempo de pandemia, houve o aumento da lotação de número de camas, o que implicou um reforço da equipa de enfermagem com pessoal mobilizado de outros serviços e profissionais recém-licenciados. Esta situação pode contribuir para uma gestão mais complexa da equipa de enfermagem, repercutindo-se na dinâmica do serviço.

O envolvimento dos profissionais de enfermagem em parceria estreita com a equipa médica na criação das normas e protocolos revela-se extremamente positivo, não só pelo constante aperfeiçoamento dos mesmos, mas também pela descentralização de funções, com consequente aumento da rapidez na elaboração, e pelo espírito de equipa fomentado para atingir um bem comum, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A motivação e incentivo da equipa são muito importantes para o seu funcionamento, e para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

É de salientar o profissionalismo, o espírito de compreensão, cooperação e interação existente entre a equipa multidisciplinar, que se revela essencial para a eficácia e bom

funcionamento deste serviço e os ganhos para o doente são inúmeros e a excelência dos cuidados atingida.

No estágio no Serviço de Cardiologia, apesar de ter passado por várias valências, o meu foco foi principalmente a prestação de cuidados de enfermagem especializados na UCIC. De referir, que houve também possibilidade de ir à Sala de Hemodinâmica.

Relativamente à UCIC, o doente é transferido para unidade após contacto telefónico com o médico que está responsável. Os doentes são admitidos a partir do SU, da Sala da Hemodinâmica, do Serviço de Internamento da Cardiologia ou transferido doutro serviço por necessitar de maior vigilância. Em relação à Hemodinâmica, esta recebe pessoas diretamente do pré-hospitalar, acompanhadas pelo Instituto Nacional de emergência Médica (INEM) ou do Serviço de Urgência e internamento da sua área de abrangência.

Neste contexto de estágio, os doentes com quem tive maior contacto foram doentes com doença coronária aguda. Quanto à sua classificação, a doença arterial coronária divide-se em Angina Estável e Síndromes Coronárias Agudas, que incluem o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com elevação do segmento ST, o Enfarte Agudo do Miocárdio sem elevação ST e a Angina Instável (Neves, 2017).

A distribuição dos enfermeiros na UCIC está organizada da seguinte forma: 3 elementos no turno da manhã e 2 elementos no turno tarde e noite. Têm a seu cargo, na lotação máxima, 8 doentes na unidade. Na Hemodinâmica são 2 elementos no turno da manhã e tarde, e o turno da noite fica assegurado por uma equipa de prevenção que se encontra à chamada.

Na unidade, o método de trabalho utilizado é a tarefa, no sentido em que não há doentes atribuídos especificamente a um enfermeiro. Contudo, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo doente, cuida do doente no seu todo e não por partes.

O enfermeiro responsável do turno, além das tarefas do enfermeiro responsável assumia papel na prestação de cuidados gerais ao doente. O enfermeiro responsável por norma é um enfermeiro com título de EEMC e as suas funções são as mesmas acima descritas.

No Serviço de Cardiologia existe um enfermeiro Especialista em Reabilitação, que dá apoio a todo o serviço e está mais vocacionado para reabilitação cardíaca.

A limitação neste campo de estágio vai sobretudo quanto ao método de trabalho realizado, uma vez que não existem doentes atribuídos. Todavia, apesar da potencial limitação na gestão dos cuidados, não se constatou o descorar dos cuidados prestados.

O serviço encontra-se muito bem organizado, não apenas ao nível da estrutura física, mas também ao nível da organização interna da equipa e do cuidado ao doente coronário crítico com protocolos bem definidos.

Em ambos os serviços (SMI e UCIC), observei um trabalho em equipa exemplar onde a comunicação é vital e a capacidade de adaptação às situações de crise é muito bem articulada. São equipas experientes, bem treinadas e capazes da prestação de cuidados de excelência ao doente crítico.

Ao longo deste período procurei integrar a equipa multidisciplinar, comunicando eficazmente, mantendo uma perspetiva de interesse e aprendizagem, com o objetivo de prestar cuidados com qualidade. Particpei ativamente como elemento da equipa na abordagem do doente crítico, compreendendo a dinâmica funcional do serviço. Estas ações possibilitam que no futuro, como enfermeiro especialista, esteja atento e mais capacitado para reconhecer as necessidades do serviço e a ter iniciativa com proposta de soluções.

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *integrar a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados nos contextos da prática clínica, comunicar eficazmente com a equipa na abordagem ao doente crítico bem como a reconhecer necessidades na dinâmica e funcionamento dos serviços.*

## **B. Compreender a metodologia adotada na gestão do serviço ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de Enfermagem**

Considero que este objetivo foi transversal aos dois estágios. Houve oportunidade de realizar momentos de efetiva aprendizagem ao nível da gestão de recursos humanos e materiais, assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborando na tomada de decisão e apresentando soluções eficazes para resolução de eventuais obstáculos decorrentes do processo de cuidar.

O enfermeiro responsável assume maioritariamente uma posição de coordenação, procedendo à articulação da equipa multidisciplinar na tomada de decisão, na execução de atividades e delegação de tarefas. Aliado a uma liderança adequada está a criação de um ambiente organizacional benéfico à execução das atividades diárias e favorecedor da resposta da equipa multidisciplinar. Como tal, a liderança está diretamente relacionada com qualidade do atendimento (Australian College of Nursing, 2015).

O enfermeiro especialista em EMC deve assumir uma posição na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos pelo que o seu papel na gestão de qualquer um destes assume uma grande importância no meio onde exerce, permitindo o planeamento de respostas e prestação de cuidados com qualidade e segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao nível do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialidade, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a restante equipa de saúde e adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, apontando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A referir como exemplo de algumas tarefas desenvolvidas pelo enfermeiro responsável/coordenador: a realização diária de inventário e reposição de *stock* de medicamentos; a requisição de medicação sujeita a justificação obrigatória junto dos serviços farmacêuticos; nos procedimentos de verificação, manutenção e acondicionamento de equipamentos do serviço e ocasional pedido de reparação ou substituição; na elaboração de planeamento e distribuição diária dos enfermeiros. Todas estas atividades acima descritas têm enquadramento nos padrões de qualidade dos cuidados especializados da OE, segundo o Regulamento nº 361/2015, pois *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p.17243).

Segundo o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão nº 76/2018, o enfermeiro gestor *“adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 3479).

Os cuidados de enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter. A gestão é um domínio da área de competência do EEMC que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Através da observação e de uma entrevista informal com o enfermeiro de referência sobre a gestão de recursos materiais, consegui compreender a metodologia adotada no serviço. Relativamente ao modelo de gestão de stocks de materiais, no SMI bem como o Serviço de



Cardiologia, utiliza-se o sistema Kaizen<sup>2</sup>. A reposição de *stock* de farmácia é efetuada diariamente por um elemento do Serviço de Farmácia e baseada no registo do consumo clínico e não na prescrição.

Para Chiavenato (2006) os recursos materiais são necessários para as operações básicas de organização, seja para prestar serviços especializados, seja para produzir bens ou produtos. Destes recursos fazem parte a instituição, os equipamentos e os bens de consumo. Os recursos materiais são fundamentais não apenas como matéria quantitativa. É também prioritário, num contexto de contenção de custos, usá-los com eficiência, isto é, para aquilo em que devem ser usados obtendo a máxima rentabilidade.

Relativamente aos estupefacientes, em ambos os serviços, existe um controlo rigoroso. Existe um cofre com os estupefacientes e sempre que necessário é retirado o fármaco e realizado um registo em formulário próprio, devidamente assinado pelo médico, para posteriormente ser reposto pela farmácia.

Destaco em todos os estágios, as auditorias diárias ao carro de emergência e semanais relativamente ao saco de transporte hospitalar, às quais procedi conforme as listas de verificação de cada instituição e conforme as recomendações da Comissão Regional do Doente Crítico (2009).

Garantir a qualidade exige reflexão sobre a prática com o intuito de definir os objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados. Neste sentido, e ao cuidar da Pessoa em Situação Crítica, é fundamental adequar os conhecimentos teóricos à situação real dos serviços, com as suas características e onde predomina a especificidade, adquirindo e desenvolvendo competências na área da gestão de cuidados (Urden, Stacy, & Lough, 2016).

Os estágios foram muito úteis no reconhecimento de metodologias determinantes na gestão de equipas, recursos materiais e serviços, ferramentas ajustadas à especificidade da situação que poderei vir a aplicar no futuro como enfermeiro especialista.

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *identificar metodologias e áreas determinantes na gestão de equipas e serviços e analisar a adequação de métodos de gestão em saúde às especificidades do contexto.*

---

<sup>2</sup> Kaizen é uma expressão japonesa que significa melhoria contínua ou também conhecida como mudança para melhor. O seu objetivo principal é melhorar o desempenho global da empresa, eliminar qualquer desperdício e relacionar o aumento da produtividade com a qualidade.

### **C. Adquirir, desenvolver e aplicar conhecimentos e competências na abordagem ao doente crítico**

A prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de UCI exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho e agindo em situação crítica com a máxima eficácia e eficiência.

A Pessoa em Situação Crítica requer cuidados de enfermagem especializados, sendo o domínio da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica uma das áreas emergentes que se insere na EMC. Entende-se por Pessoa em Situação Crítica *“aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 19362).

Exige-se do enfermeiro especialista competências específicas que evidenciem a sua prestação de cuidados em situações de carácter emergente, tendo em conta os mais diversos aspetos inerentes à pessoa e à família, quer por vivenciar alterações no seu quotidiano, quer na sua própria saúde. Neste sentido, o foco principal será priorizar a sua intervenção especializada e dirigida à pessoa/família em situação crítica tornando-se necessário observar o seu estado clínico com mais precisão. Tendo em consideração o desequilíbrio causado e as suas eventuais repercussões generalizadas, mobiliza conhecimentos de modo a responder em tempo útil e de forma holística, potenciando os resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O doente em cuidados intensivos é um ser em desequilíbrio, e como futuro enfermeiro com EMC à Pessoa em Situação Crítica devo ser capaz de proporcionar o seu equilíbrio a nível físico, psicológico e social, de forma a contribuir para a sua adaptação a situações de doença aguda.

Tal como refere Meleis (2007), as transições saúde-doença requerem incorporação de novo conhecimento e alteração de comportamento. A necessidade de adaptação do indivíduo à sua nova situação pode tornar-se geradora de stress, situando a pessoa num estado de vulnerabilidade, que implica que esta percecione a situação, a avalie e desencadeie estratégias de adaptação para lhe fazer face.

Os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são *“cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco*

*imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19362).*

Considera-se que a admissão da Pessoa em Situação Crítica em contexto de cuidados intensivos é um momento complexo e de grande tensão para a equipa multidisciplinar, face à instabilidade hemodinâmica que apresenta à chegada e à necessidade de uma abordagem estruturada, ágil e direcionada no sentido de estabilizar a mesma. Requer-se grande concentração, competência e agilidade do enfermeiro para receber a informação sobre a situação clínica da pessoa, monitorizá-la e avaliá-la. Preconiza-se uma abordagem ABCDE, designadamente, avaliação da via aérea (A), da respiração (B), da circulação, medicação e acessos venosos e/ou centrais (C), do estado neurológico (D) e exposição, estado da pele, dispositivos (E). Esta abordagem permite verificar de forma sistematizada e estruturada o estado da pessoa e alertar para focos de instabilidade, permitindo estabilizar a pessoa o mais rapidamente possível.

Houve a oportunidade de prestar/colaborar em cuidados especializados e individualizados a doentes adultos de várias idades, de ambos os sexos e com diversos diagnósticos, na sua grande maioria com patologias do foro respiratório (nomeadamente doentes com COVID-19), renal e cirúrgico geral, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, assegurando uma vigilância contínua desde a preparação da unidade, passando pelo acolhimento do doente, na sua estabilização hemodinâmica e até ao momento da sua alta. Prestar cuidados a doentes em contexto pandémico foi um grande desafio, pelo stress e fadiga existente em torno da equipa.

COVID-19 é o nome, atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia. Este vírus foi identificado pela primeira vez em humanos, no final de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei, tendo sido posteriormente confirmados casos noutros países. Segundo Paula et al.,(2020, p.2) *“De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 80% dos pacientes podem ser assintomáticos e 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar pela presença de dificuldade respiratória. Desses casos, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório)”*.

Nos doentes com lesão pulmonar aguda e com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA) é de considerar a colocação do doente em decúbito ventral. De acordo com Gomes e Diz (2013, p. 333) *“Os efeitos benéficos do decúbito ventral na função pulmonar (...) fazem com que seja habitualmente utilizado como manobra coadjuvante em doentes com hipoxemia grave e persistente”, sendo que “em decúbito ventral diminuem as áreas de atelectasias, o que faz com que haja melhor distribuição da ventilação e redução do shunt pulmonar, (...) a drenagem de secreções está facilitada, o que contribui para a diminuição da incidência de infeção e atelectasias.”*

No SMI, de entre as várias técnicas com as quais pude contactar, destaco as relacionadas com monitorização hemodinâmica invasiva (através da linha arterial), a pressão intra-abdominal, o registo horário do débito urinário e balanço hídrico respetivo no turno, a avaliação frequente de gasimetria arterial, a ventilação mecânica invasiva e os cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica, e ainda o contacto pela primeira vez com técnicas dialíticas contínuas.

Quanto à terapêutica de substituição da função renal contínua, foi uma experiência nova, na execução da qual pude colaborar. Constituiu-se um fator bastante enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me conhecer a dinâmica do procedimento, incluindo a preparação do equipamento e material que envolve todo o sistema de tratamento extra-corporal da função renal. Quando este tipo de tratamento é aplicado de forma contínua ao longo das 24h, a probabilidade de obter excelentes resultados ao nível do equilíbrio eletrolítico, bem como ácido-base é enorme (EDTNA/ERCA, 2012).

Outra experiência que permitiu a aquisição de novos conhecimentos foi o contacto com a oxigenoterapia hiperbárica, com a oportunidade de assistir a uma sessão deste tratamento com um doente que deu entrada por intoxicação por monóxido de carbono. Este contacto permitiu ter uma visão geral da sua utilização bem como os riscos e os cuidados a ter nesta terapêutica. É um tratamento que permite a administração de oxigenoterapia a 100%, dentro de uma câmara hiperbárica, a uma pressão superior à pressão atmosférica. Esta técnica tem como efeitos terapêuticos a proliferação de fibroblastos, a neovascularização, a atividade osteoclástica e osteoblástica e uma ação antimicrobiana e as suas principais indicações são, entre outras: embolia gasosa, intoxicação por monóxido de carbono ou cianeto, infeção necrotizante dos tecidos moles, celulite, fascíte ou miosite, isquemia aguda, lesões cutâneas refratárias, lesões por radiação e anemia (Lacerda et al., 2006).

Durante o período de estágio foi possível integrar a equipa no planeamento e execução de transportes intra-hospitalares.

A OE recomenda que o transporte de doente crítico seja assegurado pelo EEMC à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019), no entanto, na realidade a maioria das vezes não é possível que assim seja.

O transporte do doente crítico consiste na deslocação do doente de um espaço físico para outro, que poderá ser dentro da mesma unidade de saúde, transporte intra-hospitalar, ou para outra unidade de saúde, transporte inter-hospitalar (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, 2008; Knight et al., 2015). Cabe aos profissionais responsáveis por este planeá-lo e executá-lo, prevenindo complicações. Segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p. 13) os doentes críticos *“necessitam, por vezes, de ser transportados, dentro do hospital, a fim de serem submetidos a procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Torna-se cada vez mais necessária a deslocação de doentes das unidades para outras áreas do hospital, onde as possibilidades de atuação em situações de emergência são muitas vezes inadequadas”, sendo que por vezes, “pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas.”*

Posto isto, o planeamento desta ação é importante: o contacto com o serviço de destino; a escolha da equipa de transporte, selecionando o tipo de acompanhamento necessário conforme a condição do doente; a seleção dos meios adequados de monitorização; a definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; a seleção adequada de equipamento e terapêutica a serem eventualmente necessários; e a previsão de possíveis complicações (Ordem dos Médicos, 2008).

A capacidade de resposta em situações adversas e com recursos limitados é um dos focos da ação do enfermeiro especialista. No transporte do doente crítico esta ação especializada é essencial, por forma a garantir a sua própria segurança e a do indivíduo, prevendo e prevenindo complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No transporte do doente crítico, o acompanhamento foi sempre assegurado pela equipa com médico, enfermeiro e assistente operacional, mantida a mesma monitorização ao longo de todo o percurso que o doente tinha na unidade, munidos com uma bala de oxigénio, máscara de oxigenoterapia, insuflador manual e fármacos em quantidades extra, para quando necessário. É importante ter em conta que, apesar de estes cuidados terem sido mantidos no

transporte intra-hospitalar de doentes críticos, outros podem ser necessários conforme a especificidade da situação clínica. A avaliação caso a caso efetuada pelo enfermeiro deve ter em conta as suas necessidades.

Houve a oportunidade de acompanhar os doentes à realização de exames, transporte do doente crítico para bloco operatório bem como para câmara hiperbárica e pude comprovar a eficiência e o pormenor com que tudo é definido antes da saída do doente, promovendo a segurança do transporte do mesmo.

Outro aspeto a destacar no contexto deste estágio foi a avaliação da dor, do nível de sedação, analgesia e Delirium.

A dor é definida como uma desagradável experiência sensorial e emocional associada a um existente ou potencial dano nos tecidos. Pode ser classificada como nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva é causada por lesão de tecidos não nervosos e por ativação de nociceptores. Pode ser somática se envolve os tecidos tais como a pele, músculos, articulações e ossos, e pode ser visceral se envolve órgãos como o coração ou o estômago. A dor neuropática é causada por lesão ou doença do sistema nervoso somato-sensitivo. Na dor neuropática, a origem pode ser central ou periférica. Sendo difícil de controlar requer usualmente uma abordagem multimodal, ou seja, a combinação de vários fármacos assim como o uso de intervenções não farmacológicas (Urden et al., 2014).

Sendo uma experiência subjetiva, a dor contém uma natureza multidimensional onde se evidenciam as dimensões sensorial e emocional (Williams & Craig, 2016).

Um doente internado numa UCI apresenta níveis significativos de dor e desconforto provenientes de múltiplas fontes intrínsecas e extrínsecas (Batalha et al., 2013). As intervenções tais como: procedimentos invasivos, o desconforto provocado pelos “tubos”, cateteres e ventiladores, bem como a imobilidade ou necessidade de mobilização, entre outros, são na sua maioria dolorosas (Ministry of Health - Region of Madrid, 2017).

Alfarrobinha, et al., (2013, p.13), referem que *“os doentes críticos são particularmente vulneráveis à dor, no entanto, o controlo da dor nem sempre é considerado uma prioridade para a equipa de cuidados”*.

Sabendo que a presença de dor aumenta a vulnerabilidade (Carel, 2009), cabe aos enfermeiros com EEMC gerir a dor e o bem-estar do doente devendo, para tal, identificar sinais fisiológicos e emocionais no doente crítico, demonstrar capacidade de resposta às

necessidades do doente na vertente psicossocial e espiritual, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Além de administrar terapêutica analgésica prescrita, deve também avaliar o resultado das suas intervenções não farmacológicas adaptadas às características individuais do doente e transmiti-los a toda a equipa (Silva & Lage, 2010).

Em doentes críticos incapazes de autoavaliarem a dor, mas com funções motoras intactas, as alterações comportamentais provenientes da existência de dor são observáveis, sendo nesses casos aconselhada a utilização de escala de monitorização como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) (Ferreira et al 2014). Foi desenvolvida por Payen et al., (2001) e desde então é internacionalmente utilizada em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, sendo a recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Nisa, 2018).

Esta escala, baseia-se “na avaliação de três indicadores (*expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória*) pontuados individualmente de 1 (*sem resposta*) a 4 (*resposta máxima*). Mundialmente, é a escala mais utilizada em doentes entubados, ventilados e incapazes de autoavaliar a sua dor. O total da soma das avaliações dos vários pontos diz-nos se o doente tem dor ou não, sendo que 3 corresponde a uma ausência de dor e 12 corresponde a uma dor extrema” (Ahlers et al., 2010, p. 128).

Além da dor, na UCI é frequente os doentes referirem desconforto, ansiedade e medo.

Knobel (2006, p.1654) refere que a sedação está indicada para “*diminuir a ansiedade e o medo, adequar o ciclo sono-vigília, diminuir o hipermetabolismo, controlar sintomas cardiovasculares como taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigénio, obter amnésia durante paralisia da musculatura respiratória, controlar a agitação e facilitar a ventilação mecânica.*”

A sedação é utilizada em doentes críticos, nomeadamente submetidos à ventilação mecânica invasiva, com o intuito de promover o seu conforto.

Ao nível da sedação o fármaco mais utilizado é o propofol, no entanto, é possível reconhecer a eficácia da associação de outros fármacos que podem complementar a sua atuação, como por exemplo a dexmedetomidina. Este fármaco “*tem como objetivo fornecer analgesia e uma “sedação consciente”, em que os doentes se mantêm facilmente despertáveis, sem risco de depressão respiratória*” (Afonso & Reis, 2012, p.132). Estes fármacos são preferíveis aos sedativos benzodiazepínicos (exemplo: midazolam) devido aos resultados a curto prazo como “*tempo até extubação, o tempo para a sedação leve e o Delirium*” e a longo prazo

*“como a mortalidade aos 90 dias, função cognitiva e física, institucionalização e disfunção psicológica”* (Devlin et al., 2018, p.19).

Embora evidentes os benefícios do uso da analgo-sedação, é sabido que o seu uso excessivo se associa a um *“aumento do tempo de internamento, risco de infeção e da taxa de mortalidade”* (Rodrigues, 2004 citado por Mendes et al., 2008, p.345).

Assim, e de acordo com Mendes et al., (2008), a fim de evitar sedação profunda desnecessária, o uso de analgo-sedação deve ser acompanhado de uma rigorosa avaliação dos níveis de sedação atingidos, e segundo os objetivos estipulados caso a caso.

As ferramentas de monitorização do nível de sedação são também apontadas como úteis, nomeadamente o Índice Bispectral *“parece ser mais adequado para a titulação sedativa durante a sedação profunda ou o bloqueio neuromuscular, embora os dados observacionais também sugiram benefício potencial com sedação mais leve”* (Devlin et al., 2018, p.21).

Em relação à avaliação do grau de sedação do doente, a escala utilizada é a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). Esta escala de agitação e sedação é aplicada pelo menos uma vez por turno, é uma escala de 10 pontos, varia de +4 a -5, e as pontuações positivas correspondem a níveis de agitação enquanto as negativas a níveis de sedação. A aplicação deste instrumento permite, conforme a condição clínica do doente, obter um nível de sedação que se pretende e, seguindo o protocolo utilizado, estabelecer ajustes na sedação administrada (Girard, Pandharipande & Ely, 2008).

As recomendações para a abordagem da dor, agitação e *Delirium* sugerem a utilização de sedação leve em doentes ventilados, fazendo referência aos estudos que utilizam a escala de RASS considerarem como sedação leve um score de RASS -2 a +1. Nestes, a sedação leve associou-se a um menor tempo até a extubação e redução da taxa de traqueostomia (Devlin et al., 2018).

O *Delirium* é extremamente comum na UCI. Caracteriza-se não só pelo distúrbio da consciência, atenção, cognição e perceção como referido anteriormente, mas também, pela permanência do doente na UCI (Faria & Moreno, 2013) sendo que, as alterações se manifestam pela diminuição da orientação, pelos delírios e alucinações e pelo comportamento desadequado, entre outros.

O *Delirium* desenvolve-se nos primeiros dias de internamento na UCI e tem normalmente uma durabilidade de 24 a 48 horas embora alguns estudos referiram que a duração média seja de 14,7 dias (McGuire et al., 2000).



A sedação profunda é utilizada quando necessário com o intuito de minimizar a ansiedade do doente (Shinotsuka & Salluh, 2013) ou pela necessidade de recorrer a estratégia de ventilação protetora nos casos de SDRA grave. No entanto, segundo os mesmos autores, a utilização de sedativos de forma ilimitada nos doentes críticos está frequentemente associada à sedação excessiva, o que leva ao aumento de tempo de internamento na UCI.

As metodologias terapêuticas sedativas inadequadas podem acarretar para o doente internado na UCI estados de sub-sedação, sobre-sedação ou aumentar sintomas de *Delirium*.

De acordo com Faria e Moreno (2013) e Lorentz e Mesquita (2012) os fatores predisponentes para o desenvolvimento do *Delirium* são: idade superior a setenta anos; residência em lar; diminuição da acuidade visual ou auditiva; história de depressão, demência, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, Parkinson; hábitos etílicos; polimedicação; e o uso de psicofármacos (anticolinérgicos, benzodiazepinas e opioides).

Os fatores de risco para *Delirium* nos doentes internados na UCI são diferentes relativamente a outros serviços hospitalares. De acordo com Pandharipande et al., (2006), alguns autores defendem que a sedação através do recurso a determinados medicamentos, como as benzodiazepinas, provoca o aumento da ocorrência do *Delirium*. Assim sendo, segundo referem Dubois et al (2001), o efeito da iatrogenia causada pelos medicamentos sedativos, e não a dose desses mesmos medicamentos, constitui o principal fator de risco do *Delirium* em doentes internados nas UCI.

O *Delirium* pode estar associado à dor em contexto de cuidados intensivos (Ferreira et al., 2008). Constitui um indicador de intercorrências como a auto-extubação e remoção accidental de cateteres. Por isso, a prevenção e o tratamento do *Delirium* tornam-se fundamentais para a segurança dos doentes internados numa UCI, o que se revela um desafio para a equipa de enfermagem. Os enfermeiros, nomeadamente os especialistas, têm responsabilidades acrescidas neste âmbito, por possuírem competências que devem promover um ambiente seguro.

A escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) foi validada para os doentes internados na UCI, validada e traduzida para português, constituindo-se instrumento válido e preciso para a avaliação do *Delirium* (Carvalho, Almeida & Gusmão-Flores, 2013; Faria & Moreno, 2013).

No SMI, o despiste de *Delirium* é realizado através da utilização da escala CAM-ICU, uma vez por dia. A aplicação da CAM-ICU requer a avaliação do nível de consciência da pessoa

através da escala RASS, ou seja, só pode ser aplicada caso o *score* obtido através da RASS for igual ou superior a menos três (-3). Caso seja inferior, deverá reavaliar-se posteriormente. A CAM-ICU contempla quatro critérios de avaliação: início e curso (1); a falta de atenção (2); o pensamento desorganizado (3); e a alteração do nível de consciência (4). O diagnóstico de *Delirium* é feito quando estão presentes os critérios (1), (2) e (3) ou (4) acima referidos (Anexo 2).

A escala recorre a um conjunto de perguntas de memória e raciocínio, procurando identificar alteração da atenção e pensamento desorganizado. A finalidade consiste na implementação de estratégias e intervenções que promovam a prevenção e o controlo do *Delirium*. O papel do enfermeiro é crucial nas intervenções não farmacológicas: otimizar o sono (minimizar a luz e o ruído), a mobilidade (reabilitação / mobilização precoce), a audição e visão (por exemplo: uso de próteses e óculos); re-orientação pessoal, espacial e temporal (exemplo: uso de relógio) e estimular a cognição.

Deste modo, a sedação, analgesia e *Delirium* são avaliados periodicamente pela equipa e os seus resultados, devidamente registados, orientam a forma como é gerido o tratamento farmacológico e não farmacológico interdisciplinar. As estratégias utilizadas nos itens acima referidos, permitiu o reconhecimento destas como intervenções essenciais na prestação de cuidados ao doente crítico.

Relativamente à abordagem do doente crítico durante o estágio na UCIC tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem aos doentes que tiveram um evento agudo cardíaco, sendo a patologia mais frequente o EAM, patologia que é causada por obstrução de uma ou mais artérias coronárias.

Conforme referido por Marosti e Dantas (2006), o trabalho dos profissionais numa UCIC, tem como principal objetivo a promoção do restabelecimento hemodinâmico dos doentes com patologia cardíaca, favorecendo assim a sua recuperação. É um serviço que requer uma apertada vigilância e o conhecimento específico acerca dos doentes com patologia cardíaca grave. Assim, podemos considerar doente crítico cardíaco, como aquele que apresenta disfunção ou falência profunda do sistema cardiovascular, tal como nomeadamente o doente com EAM.

Na UCIC houve oportunidade de vivenciar várias situações complexas de doentes em situação crítica. Os doentes internados na UCIC normalmente apresentam um risco elevado de falência cardíaca, pelo que uma rigorosa monitorização cardio-respiratória tem de estar

assegurada. A unidade apresenta equipamentos que permitem realizar esta monitorização. Conforme referido por Carvalho et al. (2013), trabalhar numa UCIC é uma tarefa complexa, pois os doentes necessitam de assistência muito específica e contínua. São doentes em risco de morte iminente, com graves problemas de saúde. Assim, o enfermeiro que cuida destes doentes deve deter conhecimentos científicos e habilidades nos procedimentos técnicos e equipamentos em utilização. *“É relevante destacar que o cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva ultrapassa a destreza manual para fazer determinados procedimentos técnicos, devendo o mesmo possuir distinto embasamento teórico”* (Carvalho et al., 2013, p.63).

Um dos principais objetivos que pretendia atingir neste estágio era a aquisição de competências na interpretação do traçado eletrocardiográfico e as suas implicações no estado clínico do doente com patologia cardíaca. Considero que neste contexto, o estágio foi de elevada importância para o desenvolvimento desta competência. Isto deve-se, não só à pesquisa e estudo acerca da matéria, mas também à colaboração dos enfermeiros do serviço que tiveram a preocupação de tirar as dúvidas sempre que foram surgindo.

A experiência de poder observar cuidados de enfermagem na Sala de Hemodinâmica foi extremamente importante para o meu desenvolvimento profissional. Estive presente em diversos exames como o Cateterismo Cardíaco e também tratamentos, como a Angioplastia Coronária.

As Salas de Hemodinâmica são unidades relativamente recentes na história da Medicina, e demonstram ser unidades altamente especializadas, em que aos seus intervenientes é exigido um elevado nível de conhecimentos, habilidades e um perfil motivado ao aperfeiçoamento, para estar à altura das constantes mudanças (Linch, Guido & Fantin, 2010). Os mesmos autores fazem ainda referência às principais atividades do enfermeiro na Sala de Hemodinâmica, como as de assistência, gestão e ensino. O enfermeiro é responsável pelo cuidado direto ao doente e pela assistência integral. Durante o procedimento, o enfermeiro tem um papel ativo, está encarregue na monitorização cardio-respiratória do doente, a instrumentação do material, a preparação e administração de fármacos e a elaboração de registos, a execução de tratamento do local de punção após a intervenção, faz ensinamentos ao doente acerca dos cuidados a ter após o tratamento e ainda o encaminhamento dos doentes após a intervenção. Houve oportunidade de assistir a algumas situações de realização de Intervenção Coronária Percutânea (ICP) urgente e assim assisti na prestação de cuidados à pessoa vítima de EAM em fase aguda.

A ICP é um tratamento que proporciona a revascularização do miocárdio, sendo um tratamento eficaz na maioria das doenças arteriais coronárias, utilizando para isso o cateter-balão ou a colocação de stent coronário, com o objetivo de obter reperfusão coronária das artérias ocluídas (Rassi et al., 2008).

Ao longo dos anos a ICP, tem vindo a ser constantemente aperfeiçoada e sendo um procedimento relativamente rápido, o cateterismo cardíaco não é uma técnica isenta de complicações (Arratibel, González & Fernández, 2007). Segundo os mesmos autores, apesar de serem menos frequentes, as mesmas estão relacionadas com a gravidade do quadro clínico que o doente apresenta, acrescentando que apesar de serem raras, podem ocorrer com consequências fatais, pelo que o cuidado de Enfermagem pós-cateterismo cardíaco é direcionado para a prevenção e deteção de complicações, questões fundamentais na prevenção de incapacidade permanente e morte.

Os cuidados realizados estão centrados na relação entre enfermeiro e doente, com o objetivo de conhecer as suas necessidades, medos, esperanças, desejos, crenças e valores, e com o propósito de promover as capacidades do doente, para facilitar a sua adesão ao regime terapêutico, no sentido de obter a estabilização clínica do doente garantindo o bem-estar e o conforto, antecipando a instabilidade e risco de falência multiorgânica, garantir medidas de prevenção de infeção e estabelecer relação terapêutica com o doente e família. O enfermeiro responsável inicia os cuidados com a avaliação do estado neurológico, registos ventilatórios e hemodinâmicos, confere o ritmo das perfusões e avalia as condições de segurança dos doentes.

No final da realização de ICP é importante a monitorização eletrocardiográfica, vigilância dos sinais vitais, vigilância do local de punção para evitar complicações hemorrágicas e vigilância da perfusão tecidular, para prevenir a isquemia da extremidade do membro puncionado. A via de abordagem para a realização de ICP pode ser via femoral, braquial ou radial, sendo esta última a de eleição devido a ter menos complicações associadas e poder ser mais confortável para o doente, uma vez que permite a deambulação precoce. A vigilância da perfusão tecidular é particularmente importante quando a ICP é feita pela via radial, uma vez que é utilizado um dispositivo designado de “*TR Band*” (este dispositivo é uma pulseira transparente que se ajusta no punho do doente, possibilita a visualização do local da punção, e através de pressão pneumática da pulseira realiza a compressão da artéria radial, com objetivo de promover a hemostase). Assim pode surgir como complicação, a

oclusão total da artéria radial, podendo levar à isquemia da extremidade da mão (Córdova et al., 2018).

A colocação a *TR Band* é feita pelo enfermeiro da Sala de Hemodinâmica, que ajusta o volume de ar insuflado no balão do dispositivo, de acordo com o calibre do transdutor da ICP transradial, bem como da quantidade de heparina utilizada durante o procedimento. De acordo com o fabricante, deverá ajustar-se a quantidade de ar no balão da *TR Band*, não devendo ser ultrapassados os 18cc de ar insuflado.

A remoção da “*TR Band*” deve ser feita de forma gradual, desinsuflando o balão de compressão de 30 em 30 minutos ou de 1 em 1 hora, conforme a quantidade de heparina utilizada durante a ICP e de acordo com a avaliação do enfermeiro que realiza o procedimento, tendo de manter a vigilância por alguns segundos para despiste da possibilidade de ocorrer hemorragia.

É fundamental que o enfermeiro monitorize e vigie o local de punção da ICP, para identificar possíveis complicações associadas ao dispositivo de compressão, bem como às complicações associadas ao procedimento intravascular.

No contínuo de cuidados à pessoa com EAM é realmente “*importante valorizar a dor, torná-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e que o enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode*” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 8).

A dor vista como “*um tipo de sensação com características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjetiva de sofrimento intenso (...), a duração da dor; o aparecimento súbito da sensação de dor associada a lesão aguda dos tecidos, marcada por respostas automáticas*” (International Council of Nurses, 2003, p. 36), tem reflexo na dor cardíaca, definindo um quadro de características próprias que servem de alerta para a pessoa como também para o enfermeiro quando a monitoriza, neste caso através da escala numérica da Dor (0 a 10).

É fundamental para o controlo da dor que as minhas intervenções autónomas e interdependentes sejam documentadas e englobadas num processo de cuidados à pessoa com EAM, que inclui a avaliação da dor. Considerada como o 5.º sinal vital, a dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados. A sua avaliação tem “*caráter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando relevância ao auto-relato, ao*

*afirmar que dor é aquilo que a pessoa que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.15).*

O enfermeiro torna-se peça fundamental na monitorização, vigilância e execução de protocolos de terapêutica administrados ao doente internado na UCIC, sendo o elemento da equipa multidisciplinar que deteta precocemente as alterações e agravamento da situação clínica do doente, pelo facto de ser o elemento que passa mais tempo junto do doente, conseguindo assim detetar pequenas alterações no seu estado clínico.

Neste estágio, tive também oportunidade de observar/colaborar na colocação e substituição de pacemaker definitivos.

Um pacemaker é um dispositivo de reduzidas dimensões, construído em metal e plástico que contém no seu interior uma bateria (gerador) e circuitos eletrónicos. Ele regula a frequência cardíaca, monitoriza o ritmo cardíaco e quando necessário, gera um impulso elétrico indolor que desencadeia um batimento cardíaco.

O pacemaker é programado para responder às necessidades do coração e é ligado ao mesmo através de um ou mais eléctrodos. Estes são introduzidos através do sistema venoso (veia cefálica/subclávia), fazendo-se depois avançá-los até dentro do coração. O gerador é habitualmente implantado subcutaneamente na região infraclavicular (Aliança Arritmica, 2007).

Embora seja um procedimento que exige elevada perícia e conhecimento técnico-científico, este é realizado habitualmente numa sala cirúrgica com o doente apenas sob anestesia local.

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *reconhecer o papel do enfermeiro especialista na abordagem ao doente crítico na UCI e UCIC; prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; demonstrar conhecimentos e capacidade para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, bem como da sua família/ cuidadores e atuar utilizando intervenções adequadas à pessoa em situação crítica em diferentes contextos.*

**D. Executar cuidados de enfermagem eficazes e fundamentados, numa perspetiva da área Médico-Cirúrgica.**

Para Silva e Lage (2010, p. 7) ser enfermeiro em Cuidados Intensivos é: *“(...) uma conquista a cada minuto; uma descoberta contínua alimentada pela perspicácia que se tem e que se aprende; um ambiente que atordoa familiares e doentes ... no meio de tantos fios e cabos e tecnologia; um sentimento de vitória quando ajudamos na recuperação, na orientação espaço-temporal de alguém que acorda de um sono/pesadelo; um sentimento de derrota quando sentimos a pessoa “fugir” de cada cuidado, de cada fármaco, de cada intervenção; ter muito conhecimento e estar sempre atualizada para manter a excelência dos cuidados que presta, no saber-ser/estar, saber-fazer e no saber-saber”*.

Uma vez que as UCI têm como principal objetivo manter e recuperar as funções vitais das pessoas consideradas em estado crítico, com vista à criação de condições para tratar a doença subjacente, existem recursos humanos qualificados e recursos materiais complexos, providos de tecnologia altamente diferenciada permitindo a aplicação de técnicas invasivas e não invasivas muito específicas tais como suporte ventilatório, hemodinâmico; terapêutica de substituição renal. As unidades de cuidados intensivos são assim *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”* (DGS, 2003, p.6).

A prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de unidade de cuidados intensivos exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho e agindo em situação crítica com a máxima eficácia e eficiência.

Trabalhar eficazmente sob pressão, antecipando situações complexas, faz parte do dia-a-dia numa UCI. No regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro deve procurar a excelência do cuidado identificando de uma forma rápida problemas potenciais, prescrevendo e implementando intervenções na medida do seu conhecimento por forma a prevenir complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2015). As equipas mobilizam-se, entrem-se e procuram de forma coordenada tornar este processo o mais seguro, eficaz e sereno possível.

Os cuidados de enfermagem prestados no SMI e na UCIC estão baseados em estudos científicos, nos quais os cuidados são investigados, analisados e posteriormente protocolados em Normas e Protocolos instituídos nestes serviços.

A prestação de cuidados ao doente crítico incide na vigilância intensiva, e na complexidade da análise da condição do doente, na qual assenta o processo de tomada de decisão do enfermeiro especialista. O foco da atenção do enfermeiro centra-se na deteção precoce de alterações mínimas na condição do doente, que sejam suscetíveis de causar um agravamento do estado clínico do doente. Como tal a prestação de cuidados ao doente crítico exige por parte do enfermeiro especialista uma grande articulação de conhecimentos na interpretação de dados clínicos complexos, para que a tomada de decisão seja rápida e eficaz.

Segundo Jesus (2004, p.233), do processo de “(...) *decisão clínica de enfermagem fazem parte, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias (...) interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar quais ocorrem de modo contínuo, inter-relacionado e dinâmico.*”

A atuação do enfermeiro especialista deve guiar-se pelos padrões de qualidade e de responsabilidade ética e legal, seguindo-se pelo conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Portanto, esta competência do Enfermeiro Especialista reflete a prática do cuidado que respeita, sobretudo, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Na passagem pelos contextos da prática constatei a preocupação por parte das equipas multidisciplinares em respeitar as crenças e valores do indivíduo, correspondendo à sua dignidade, privacidade, vontade e autonomia. O cuidado em resguardar, manter o respeito pelas suas opções, permitir que este fosse esclarecido e informado, a obtenção do seu consentimento para a realização de procedimentos e a identificação de crenças religiosas ou outras que afetem o tratamento foram alguns dos aspetos reconhecidos como exemplos.

Para Dias (2014), a qualidade é um conjunto de atributos sustentados com base na eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade sendo que, a qualidade associada aos cuidados de saúde deve ser definida à luz dos princípios técnicos dos prestadores dos mesmos e expectativas do doente. Uma vez que o enfermeiro especialista é reconhecido como um elemento fundamental na equipa de enfermagem, deve exercer a sua atividade com vista a um desempenho de excelência, fundamentado através da implementação de projetos e programas de melhoria contínua, gerindo o risco e controlando o ambiente na prestação de cuidados.



Segundo Fonseca et al., (2005) citado por Tronchin, Melleiro e Mota (2006, p.302), “*a melhoria contínua na qualidade da prestação de cuidados em enfermagem é, portanto, um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante de fatores intervenientes no processo de trabalho da equipa de enfermagem e requer do profissional uma implementação de intervenções e elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de modo sistemático, os níveis de qualidade dos cuidados prestados.*” Como tal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de programas de acreditação, que classifica em níveis de qualidade as instituições, promovendo assim a amplitude do conhecimento (Tronchin et al., 2006).

Espera-se que o enfermeiro proceda com eficácia à colheita de informações, formule problemas, planeie e implemente intervenções dirigidas, concluindo com a avaliação dos resultados. Segundo o Regulamento n.º 429/2018, afirma que este responde eficazmente ao “*mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19360).

A segurança do doente reflete a qualidade dos cuidados, e qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao doente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis (Reis, Martins, & Laguardia, 2013). Numa UCI, o risco de erros é maior pela gravidade da doença, pela variação dinâmica em tempo real das variáveis fisiopatológicas e multiplicidade de profissionais envolvidos. É fundamental do ponto de vista organizacional e institucional a existência de um programa que vise a segurança do doente. Este deve ser alicerçado na análise de intervenções, procedimentos e resultados esperados e obtidos, visando a implementação de estratégias de melhoria. Entre essas estratégias, destaca-se o investimento na formação dos profissionais. O treino da equipa é uma abordagem bem estabelecida para prevenir erros em setores de alto risco.

O bom desempenho profissional da Enfermagem é pautado por normativas éticas e deontológicas definidas no Código Deontológico e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. A prestação de cuidados com qualidade implica sempre uma ação apoiada em princípios éticos, morais e deontológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro especialista em EMC deve fundamentar as suas ações com base na evidência científica, exercendo a profissão com o mais elevado rigor técnico e ético, sem menosprezar a componente humana (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Um dos alicerces da qualidade em enfermagem são os registos, sendo que tanto o SMI como o Serviço de Cardiologia, possuem uma aplicação informática, o SClinico, que consiste num Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SAPE), baseado na linguagem comum da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este visa gerir toda a informação processada pelos enfermeiros.

Segundo Braga (2015), a aplicação de um sistema de informação baseada em CIPE, ao nível da operacionalidade do sistema, apresenta como vantagens: a maior uniformização da linguagem, utilizando termos objetivos, precisos, bem conceptualizados e catalogados; uma maior individualização e personalização de cuidados, com a facilidade da elaboração de um plano de cuidados; constitui um sistema de apoio à tomada de decisão, com melhor conhecimento sobre o doente; influencia positivamente a prestação de cuidados de qualidade, com a facilidade no estabelecimento das prioridades na prestação de cuidados e redução da possibilidade de esquecimento ou omissão; e a facilidade na obtenção de dados e indicadores para estudo/auditoria.

A CIPE é uma classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem, que descreve a prática de enfermagem. Fornece uma terminologia que pretende ser uma matriz unificadora onde as taxonomias e classificações já existentes se possam entrecruzar, de forma a permitir comparar dados. Estes dados permitem identificar o contributo da enfermagem para os cuidados de saúde e assim, serem usados para assegurar a qualidade ou promover a mudança na prática de enfermagem através do ensino, da gestão, da política e da investigação.

O SAPE visa gerir toda a informação processada pelos enfermeiros e permite aos profissionais de enfermagem:

- Consultar o plano de trabalho para a intervenção prevista num determinado contato inclusa no programa das equipas de enfermagem;
- Registar/consultar os sintomas apresentados pelo doente;
- Consultar/registar o plano de trabalho elaborado pelo sistema com base na informação clínica nele inserido;
- Consultar as tabelas de parametrização e codificação da atividade de enfermagem.

Simões e Simões (2007) alertam para a importância dos registos, dado que permitem a utilização da informação recolhida durante a prestação de cuidados, permitindo ao enfermeiro ter uma atuação cientificamente fundamentada e não rotineira se tiver por base dados exatos, concretos, organizados e registados. Ao indicar os problemas da pessoa, a atuação do enfermeiro e os resultados obtidos nessa atuação, pretendemos dar continuidade às intervenções de enfermagem e possibilitar que os cuidados sejam adequados, atempados e mais eficazes possíveis, assim como contribuir para a produção de conhecimento científico em enfermagem.

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *reconhecer o papel do enfermeiro especialista na abordagem ao doente em diversas perspetivas; mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; atuar conforme a melhor e mais atual evidência científica, tendo por base a ética e deontologia profissional; otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.*

#### **E. Desenvolver competências na relação terapêutica e comunicação com o doente crítico e sua família/ cuidadores**

A comunicação na saúde é um ponto central na prestação de cuidados e na promoção do bem-estar, porém é um processo complexo que envolve diferentes níveis de comunicação, com numerosos canais em várias situações e contextos (Kreps, 2015).

O enfermeiro especialista em EMC deve promover estabelecer uma relação terapêutica eficaz e adequada com a pessoa e família/cuidador e de demonstrar competências em técnicas de comunicação adaptadas ao contexto, envolvendo a pessoa e seus entes próximos em todo o processo de cuidar, apoiando-os no processo de transição e adaptação à sua condição saúde-doença, respeitando os seus valores e crenças (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As precauções de isolamento exigidas pela pandemia COVID-19 impuseram alterações aos cuidados de fim de vida, com a introdução de comunicações remotas entre profissionais de saúde, doentes e familiares, havendo lugar a exceções para visitas presenciais no fim da vida.

Estas alterações na comunicação entre doentes terminais e famílias pode ter consequências significativas, incluindo o isolamento do doente e o risco de os familiares desenvolverem

depressão, ansiedade e luto complicado. Por outro lado, a inacessibilidade e a dificuldade, em contactar os profissionais para obtenção de informação sobre o estado clínico do doente, relativamente a procedimentos e tratamentos, foram apontadas como as características de comunicação de baixa qualidade. A falta de comunicação levou ao medo e angústia por parte da família.

Em cuidados intensivos as estratégias de comunicação têm de ser eficazes, não só entre os elementos da equipa de saúde, mas também com o doente e família, muitas vezes determinante para a recuperação após o internamento nesta unidade. Neste serviço tive oportunidade de comunicar com doentes que não necessitaram de ventilação invasiva e outros após extubação, transmitindo tranquilidade numa tentativa de propiciar um ambiente de segurança.

Numa unidade de cuidados intensivos a comunicação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente muitas vezes torna-se complicada devido a estes doentes se encontrarem na grande maioria das vezes sedados, e por vezes no contexto de desmame ventilatório difícil, traqueostomizados. Nestes casos, a capacidade de comunicação encontra-se altamente comprometida. A forma como comunicamos em enfermagem é um instrumento indispensável, sendo que não devemos apenas dar importância aos conhecimentos científicos. A maioria das pessoas considera que comunicar não requer qualquer esforço, porém é um processo difícil (Oliveira, 2011). O doente deve ser incentivado a articular corretamente as palavras para que se possa interpretar a leitura de lábios, sendo que os enfermeiros devem estar posicionados de forma a facilitar a interpretação, reduzindo as distrações visuais/sonoras durante a comunicação, fazer uma avaliação individualizada de cada pessoa, adequando se necessário a sedação e analgesia, de modo a melhorar o conforto e sem ter receio de que a capacidade de comunicação da pessoa fique alterada, adequar métodos de comunicação simples e acessíveis e principalmente ter disponibilidade de tempo para o doente (Cavaco et al., 2013; Martinho & Rodrigues, 2016).

A qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem também dependem da qualidade dos fluxos informacionais, ou seja, de uma transmissão de informação eficaz entre os diferentes contextos de prestação de cuidados (Azevedo e Sousa, 2012). Melhorando a qualidade da comunicação durante a prestação de cuidados aumenta-se a segurança do doente, na medida em que a mesma está associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, que leva à diminuição de eventos adversos e por conseguinte à diminuição da mortalidade (DGS, 2017).

Desenvolver competências relacionadas com a comunicação em cuidados intensivos, não é tarefa fácil, mas sim um desafio, uma vez que é necessário adquirir a capacidade de captar aquele pormenor que é realmente importante e que fará certamente a diferença no cuidar do doente que não comunica. Durante o estágio tive a oportunidade de estabelecer comunicação com doentes que já não se encontravam ventilados, mas que ainda tinham grandes défices relativamente à comunicação oral. Para tal, utilizei uma linguagem simples com perguntas elementares e dicotómicas, ensinei-os a comunicar comigo, utilizando certos métodos, como por exemplo: apertar a mão como código para respostas afirmativas.

A família é sem dúvida um aspeto que a equipa de enfermagem do SMI e do Serviço de Cardiologia valorizam. Não só pela transmissão de informação, mas com a preocupação em acompanhar as visitas que se deparam pela primeira vez com os seus familiares ventilados. Pessoalmente acho que devemos acolher a família de forma calorosa, apresentarmo-nos, mostrando disponibilidade e facilitar a expressão de emoções. Devido à pandemia, as visitas presenciais no hospital estão limitadas, o que leva a maior stress apresentado pela família por várias razões. Os serviços conseguiram encontrar uma alternativa para que a família consiga ver o seu familiar através da realização de videochamada pela plataforma Whatsapp com os doentes que se encontram conscientes. Nos casos em que não é possível realizar a videochamada, o médico ou o enfermeiro realizam uma chamada telefónica a dar informações sobre o estado clínico do doente. Neste caso, falar com um familiar pelo telefone também é complicado. Outro obstáculo ao estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e doentes é a necessidade de usar EPI, que impede o reconhecimento e limita a comunicação não-verbal.

As principais causas de internamento na UCIC foram a Síndrome Coronária Aguda, causada por EAM ou Angina Instável; arritmias graves e insuficiência cardíaca descompensada. São doentes que requerem maior vigilância, monitorização e terapêutica específica. São doentes conscientes, na sua maioria com a noção da gravidade da situação que os levou para aquela unidade, ansiosos e angustiados. Assim, a comunicação com o doente é muito importante para promover e assegurar a sua tranquilidade, visto que alterações emocionais como ansiedade podem agravar as disritmias e a isquemia miocárdica.

É fundamental desenvolver uma comunicação terapêutica com o doente, informando-o sobre todos os procedimentos a que será submetido e seu estado de saúde, garantindo compreensão, apoio emocional e um ambiente tranquilo ao longo do seu internamento.

A comunicação terapêutica é essencial na prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade. Tendo em conta a relevância deste tema, especialmente durante uma pandemia, elaborei um trabalho de pesquisa sobre a comunicação em período de pandemia (Apêndice 1).

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *estabelecer comunicação interpessoal eficaz e relação terapêutica com o doente e seus familiares/cuidadores.*

## **F. Participar na formação da equipa de Enfermagem**

O Regulamento nº 140/2019 define que o enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por ser um facilitador, dinamizador e gestor da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador, diagnosticando necessidades formativas, investigando, colaborando em estudos e gerindo programas que favoreçam a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O tema da formação realizada na UCIC e tema deste relatório surgiu no estágio no SMI. No entanto, só foi possível apresentá-lo na UCIC porque devido às restrições impostas pela pandemia neste período de estágio não houve formação em serviço na qual pudesse participar. No capítulo 3 encontra-se uma síntese da revisão da literatura, e no apêndice 1 encontra-se o trabalho na íntegra. No apêndice 2 encontra-se apresentação em “Powepoint” referente à revisão da literatura.

Além da formação sobre a comunicação que foi efetuada na UCIC, a pedido da enfermeira tutora e da equipa de enfermagem fiz uma apresentação sobre cateter venoso central e punção venosa central com o título “Cateter Venoso Central – Cuidados de Enfermagem” (Apêndice 3).

Estes trabalhos surgiram oportunamente da necessidade criada pela pandemia em ultrapassar as dificuldades no desempenho de comunicação eficaz com o doente e seus familiares. Simultaneamente, proporcionaram uma oportunidade de desenvolver pesquisa e investigação científica contribuindo, assim, para dinamizar a formação profissional contínua a nível pessoal, mas também a nível da equipa de enfermagem. O principal objetivo do trabalho desenvolvido é a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Devido as restrições impostas pela pandemia não foi possível fazer a exposição dos trabalhos efetuados, nem foi possível assistir a nenhuma formação organizada pela instituição, mas os trabalhos realizados foram disponibilizados numa pasta partilhada para que toda a equipa tenha conhecimento e acesso ao conteúdo.

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *desenvolver investigação científica através da identificação de necessidades e com vista à melhoria contínua da qualidade de cuidados e dinamizar importância contínua a nível pessoal e da equipa.*

#### **G. Desenvolver importância na prevenção e controlo de infeção no doente crítico em contexto cuidados intensivos**

O enfermeiro EEMC deve possuir importância para maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem ao doente crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

As UCI constituem os serviços hospitalares com maior prevalência de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo estimado que mais de 20% dos doentes admitidos em UCI europeias adquire uma IACS. Neste contexto, são diversos os fatores que favorecem a infeção, entre os quais: a depressão do sistema imunitário; elevado número de procedimentos médicos e técnicas invasivas que estabelecem potenciais portas de entrada para a infeção; hospitais sobrelotados em que as deficientes práticas de controlo da infeção facilitam a transmissão de bactérias multirresistentes entre os doentes (Ministério da Saúde, 2007).

Palos, Matril e Pedroso (2011, p.84), definem IACS como uma “*infeção adquirida em contexto da prestação de cuidados de saúde e que dela resulta. Não estando presente no momento da admissão do doente no hospital, manifestando-se os sintomas ao 3.º dia de internamento. Considera-se ainda infeção hospitalar quando o doente é admitido com uma infeção até 48 horas depois de ter tido alta do hospital*”.

O aparecimento da infeção está ligado à prestação dos cuidados de saúde podendo surgir como consequência da falha de sistemas e processos da prestação de cuidados, bem como

do comportamento humano. Deste modo, representa um problema maior da segurança dos doentes (Ministério da Saúde, 2007).

Como consequências das IACS observa-se agravamento do estado de saúde, aumento do tempo de internamento, sequelas e morte, custos económicos adicionais elevados no sistema de saúde, custos pessoais e sofrimento físico e emocional nos doentes e famílias.

As infeções hospitalares constituem um grave problema de Saúde Pública, tanto pela sua abrangência como pelos elevados custos sociais e económicos. A consciencialização e conhecimento dos vários riscos de transmissão da infeção, nomeadamente, nas unidades prestadoras de cuidados são imprescindíveis para que se possam tomar as devidas precauções.

A prevenção de infeções hospitalares depende da instituição hospitalar e dos profissionais que nela trabalham. A consciencialização e conhecimentos dos vários riscos de transmissão da infeção são indispensáveis para que se possam tomar as devidas precauções de transmissão de infeção. Neste contexto, os hospitais devem adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, ou seja, um conjunto de medidas utilizadas no atendimento a todos os doentes hospitalizados, independente do seu estado infetado ou não, e na manipulação de equipamentos e materiais contaminados ou sob suspeita de contaminação, de forma a reduzir a transmissão de agentes patogénicos.

Estas medidas incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (máscaras, óculos, viseira, luvas, bata) e a higienização das mãos.

Relativamente às medidas de controlo de infeção, a higiene das mãos está no cerne das precauções básicas e é indiscutivelmente a medida isolada que se mostra mais eficaz no controlo de infeção. Desta forma, torna-se fulcral despertar todos os profissionais de saúde para esta temática, enaltecendo os cinco momentos propostos para a higienização das mãos pela Organização Mundial de Saúde que constam das recomendações de boa prática (Ministério da Saúde, 2007).

Prevenir para evitar a doença e mal-estar ao doente crítico ou falência orgânica é de importância vital para obter ganhos em saúde e evitar que os doentes possam sobrecarregar ainda mais o organismo com microrganismos indesejados.

Neste sentido a higienização das mãos é uma base fundamental, é um procedimento frequentemente monitorizado em ambos os serviços de estágios. Tanto o SMI como a UCIC apresentam solução alcoólica, distribuída estrategicamente por diversas áreas, com



facilidade de acesso, que intuitivamente induzem ao cumprimento dos cinco momentos de higienização. Sempre que há uma monitorização deste procedimento, que é feita sem que os profissionais o saibam, é efetuado um reforço, alertando para as falhas e necessidades que existem e reforçando o que foi bem realizado.

A Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) é uma infeção nosocomial frequente nos doentes submetidos a ventilação mecânica. Trata-se de uma infeção nosocomial específica, com importante repercussão na sobrevida dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, sendo responsável por internamentos hospitalares mais prolongados e taxas de mortalidade mais elevadas.

Segundo a DGS (2017, p.5), nos doentes submetidos a entubação traqueal, o risco de pneumonia encontra-se exponencialmente aumentado sendo que esta *“pode surgir num doente com tubo orotraqueal há mais de 48 horas ou num doente que foi extubado há menos de 48 horas.”*

A pesquisa bibliográfica e reflexão/discussão com o enfermeiro tutor foi a metodologia utilizada para estruturar os cuidados de enfermagem especializados e autónomos baseados em evidência científica. Para a prevenção da PAV, são as seguintes intervenções:

- Elevação da cabeceira do doente entre 30° a 45°, se não clinicamente contra- indicado;
- Higiene oral adequada com Gluconato de Clorexidina 0,12%;
- Aspiração de secreções das vias aéreas só quando necessário, recorrendo à auscultação pulmonar;
- Realizar o controlo efetivo da pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 20 a 30 cm H<sub>2</sub>O (DGS, 2017).

Neste sentido, e com base nos conhecimentos e prática adquirida nos estágios, pude verificar que estas intervenções autónomas de enfermagem aliadas à vigilância contínua do cumprimento destes e outros feixes são fundamentais para reduzir ou suspender a sedação, minimizando a proliferação bacteriana e assim o risco de pneumonia (Fernandes, Silva, Cruz, & Paiva, 2016).

Todos estes cuidados foram realizados ao longo do estágio e pude constatar que já eram uma prática diária de toda a equipa de enfermagem.

Relativamente a estratégias de prevenção da infeção associada ao Cateter Venoso Central (CVC), foram estruturados cuidados de enfermagem especializados baseados em evidência científica, que se destacam segundo a DGS, norma nº 02272015 pp.2,3:

*“Vigiar o local de inserção do CVC e trocar penso de proteção com compressa em 48 horas e transparente em 5-7 dias (recomenda-se a utilização do penso estéril transparente); Mudar os sistemas de perfusão de 72/72 horas e a cada 24 horas no caso de compostos lipídicos/hemoderivados; Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de 3 vias, etc.) por fricção com clorohexidina a 2% solução alcoólica ou com álcool a 70% antes da manipulação do CVC; friccionar durante 10 a 15 segundos e deixar secar antes de conectar qualquer dispositivo estéril; Cumprir técnica asséptica rigorosa, no tratamento local de inserção do CVC: usar máscara cirúrgica, luvas estéreis e campo estéril para a manipulação do CVC; Usar Kit de penso; Usar cloro-hexidina a 2% solução alcoólica na antissepsia da pele.”*

Pude constatar que as estratégias de prevenção de infeção associada ao CVC são realizadas por toda a equipa de enfermagem.

A caminhada para obtenção do título de especialista foi marcada pela presença da pandemia COVID-19 o que veio trazer muitas alterações no atendimento do doente bem como a toda a organização dos serviços.

Segundo a DGS, Norma nº 007/2020, a transmissão do SARS-CoV-2, de acordo com o conhecimento à data, ocorre de pessoa a pessoa, durante uma exposição próxima (superior a 15 minutos com distanciamento inferior a dois metros) a uma pessoa com COVID-19 confirmada, através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas, quando tosse, espirra ou fala, gotículas essas que podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas. O contato das mãos com uma superfície ou objeto contaminado com SARS-CoV-2 e, de seguida, o contato com boca, nariz ou olhos, também pode conduzir à transmissão da infeção.

O SARS-CoV-2 pode transmitir-se por: gotículas respiratórias (partículas superiores a 5 micra); contacto direto com secreções respiratórias infecciosas, com fezes ou com superfícies contaminadas por estas e via aérea (partículas inferiores a 5 micra), aquando de procedimentos geradores de aerossóis.

No hospital, a utilização correta do Equipamento de Proteção Individual (EPI) garante a prevenção da transmissão da doença, com proteção e total segurança do profissional de

saúde. No entanto, o EPI deverá ser utilizado apenas nas situações em que é preconizado, já que o uso indevido é determinante de ausência de sustentabilidade da provisão destes recursos e de potencial rotura de abastecimento, podendo colocar em risco a saúde dos profissionais que dele precisam.

O recurso a EPI deve obedecer, por parte dos profissionais de saúde, a critérios rigorosos na sua seleção e utilização, bem como às especificidades de cada contexto clínico. Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto nos casos altamente suspeitos e confirmados de COVID-19 devem usar EPI recomendado para a prevenção de transmissão por contato e de gotícula, e respeitando as indicações da Norma nº 004/2020 da DGS em vigor: Bata – com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vai até abaixo do joelho; Máscara; Proteção ocular – óculos ou viseira (de abertura inferior); Luvas – descartáveis não esterilizadas; Cobre-botas (se não estiver a usar calçado dedicável e não higienizável); Touca; Acrescem as medidas adicionais de isolamento de via aérea de acordo com a necessidade, abaixo definida.

No Anexo 3 podemos ver as recomendações feitas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos sobre as precauções e cuidados a ter com o doente com COVID-19.

No que diz respeito à UCIC os doentes só são admitidos no serviço com um teste negativo para COVID-19. Na Sala de Hemodinâmica, em situações urgentes, quando o doente não tem ainda o resultado do teste COVID, todos os profissionais de saúde utilizam os EPI adequados.

Relativamente ao tratamento de doentes com COVID-19, no SMI e Sala Hemodinâmica aplicam-se de forma eficaz as recomendações da DGS, utilizando os EPI de forma correta tanto no momento de colocação como da retirada do equipamento. A preocupação com a segurança do doente relativamente ao controlo da infeção estimulou o aprofundamento de conhecimentos no âmbito da prevenção e controlo das IACS, assim como me incentivou a colocá-los em prática. Fazer não só por fazer, mas perceber o porquê de os estar a aplicar, o porquê da utilização do EPI e dotar-me de conhecimento sobre o modo de transmissão das infeções.

A vigilância epidemiológica da infeção é considerada uma medida muito importante de prevenção e controlo destas, já que permite identificar os doentes mais suscetíveis a elas, detetar importantes mudanças nos padrões das infeções associadas aos cuidados de saúde ao longo de tempo e fornecer informação sobre as práticas mais relevantes para prevenção da

infecção, nomeadamente, a política do uso de antibióticos, os cuidados com a colocação e manutenção dos dispositivos invasivos, entre outras.

Em ambos os estágios tive a possibilidade de participar no trabalho de prevenção e controlo da IACS, uma vez que a equipa é responsável por promover o controlo de infeção, adotando todas as medidas necessárias, de acordo com as normas de prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Assim, os contextos de estágio permitiram desenvolver as seguintes competências: *atuar promovendo a prevenção e controlo da infeção e resistência antimicrobiana face à complexidade do contexto e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil e demonstrar capacidade de identificar necessidades e propor estratégias de melhoria na prevenção e controlo de infeção na abordagem ao doente em risco de vida.*

### **3. SÍNTESE DA REVISÃO DA LITERATURA**

O trabalho científico e de reflexão realizado foi vasto e intenso, sendo inexequível expô-lo na íntegra neste relatório. Assim, apresento uma síntese de ideias e o documento integral pode ser consultado no Apêndice 1. Foi adotada uma metodologia descritiva e a pesquisa foi feita com recurso a bases de dados científicas disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros, de acesso reservado a Membros, utilizando o motor de busca EBSCO host – Research Databases, Google scholar e repositórios de instituições de ensino superior. Considerou-se também a base de dados Scielo. Foi feita a pesquisa com descritores Mesh (“communication”, “covid-19”, “patients families” e “intensive care units”).

A elaboração deste trabalho permitiu o desenvolvimento das competências relacionais e humanas que se traduzem numa relação terapêutica e numa comunicação eficaz com a pessoas em situação crítica e família, tendo por base o objetivo de alterar sempre que necessário a sua conduta no sentido de melhor cuidar, e assim manter a atualização contínua dos seus conhecimentos.

A comunicação é uma das competências do enfermeiro e é um pilar essencial da sua prática diária. Sendo a UCI um local de prestação de cuidados científica e tecnologicamente muito sofisticados, onde o doente geralmente não se encontra capaz de expressar as suas necessidades, os seus sentimentos, os seus desejos, angústias e inseguranças a comunicação enfermeiro-doente-familiar/pessoa significativa adquire um nível de importância substancialmente maior.

Neste trabalho foi pertinente pesquisar sobre a comunicação no geral, mas também abordar a comunicação na partilha de más notícias devido à época que atravessamos. Por exemplo, dizer ao doente que testou positivo para COVID-19 é de si uma má notícia. Este tema surgiu no estágio no SMI e foi um tema considerado pertinente pela equipa do Serviço de Cardiologia, onde desenvolvi parte do período de estágio.

O foco da prestação de cuidados é obrigatoriamente o doente, fazendo com que este se sinta compreendido e cuidado, condição essencial para que a comunicação terapêutica seja eficaz.

Analisar e compreender a comunicação com o doente, pessoas significativas e família no período de pandemia tornou-se pertinente e frutífero, porque tal como Parreira et al., referem *“Tudo era novo, uma doença nova, um hospital “novo” com novos circuitos, procedimentos novos, cuidados de rotina que se alteraram devido ao risco que acarretavam. (...). O paradigma tinha mudado”* (Parreira et al.,2020, p.167).

A OE evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de *“assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 19363).

A relevância da comunicação para o dia-a-dia do enfermeiro como cuidador por excelência, é reforçada por Phaneuf (2005) ao afirmar que a comunicação é condição *sine qua non* da qualidade dos cuidados e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

Cuidar e comunicar apresentam-se, desta forma, inevitavelmente ligados. No entanto, é fundamental ter em conta que, para que a comunicação terapêutica seja eficaz, é preciso cuidar realmente das pessoas e desejar compreender a situação que estas enfrentam (Jasmine, 2009).

### **Comunicação como cuidado a pessoa em situação crítica/família**

A comunicação faz parte integrante da vida de todas as pessoas. É impossível dissociar a comunicação dos diferentes aspetos da vida humana.

A comunicação é um processo dinâmico, contínuo, através do qual se estabelecem relações e interações humanas e em que é importante valorizar a dimensão verbal e não-verbal (Berlo,1999; Phaneuf, 2005; Yerena, 2005; Nunes, 2007; Wiemann, 2011).

Na enfermagem a comunicação assume um papel cada vez mais valorizado na relação enfermeiro-doente ou pessoas significativas, sendo hoje em dia um valor fundamental na

certificação de qualidade de um serviço e consequentemente um bom indicador da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de saúde.

Neste contexto, na minha prática como enfermeiro procuro demonstrar conhecimento, empatia, destreza e segurança no processo de transmissão de informação, colocando-me no lugar do doente/familiars/pessoas significativas que acolhem a informação. Olhando nos olhos, comunicando com naturalidade e calma, procuro transmitir confiança e credibilidade ao utente/pessoas significativas. É inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e é necessário que seja garantido, por ele, o sucesso da comunicação que estabelece. Isto deve aplicar-se a todas as pessoas e situações independentemente do contexto em que se encontram ou da fase de vida que estão a vivenciar.

Os cuidados de enfermagem são, neste contexto, e assumidos como referido no Estatuto da OE, ponto 4 do artigo 4º, as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No âmbito da saúde a comunicação precisa de ser terapêutica, porque esta objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pelo doente (Bertone et al.,2007).

A comunicação é, desta forma um dominador comum presente nas ações de enfermagem que terá influência na maneira como o cuidado é prestado a cada pessoa e deverá garantir a obtenção de ganhos terapêuticos (Gomes et al.,2012).

É relevante considerar também os resultados que podem ser obtidos com a utilização da comunicação terapêutica com as pessoas, pois esta pode diminuir o stress, aumentar a adesão e resultar numa experiência positiva para todos os envolvidos (Tamparo & Lindh, 2008).

A comunicação, nas suas dimensões verbal e não-verbal, vai permitir o desenvolvimento da relação, e é a comunicação terapêutica que vai permitir efetivar a relação terapêutica. Pode-se assumir que o uso da comunicação, oral ou escrita, é necessário a todos para transmitir as nossas ideias, sendo importante ter em conta que a componente verbal é a que menos interessa e a que menos influi na comunicação (Bandler & Grinder, 1982), o que à partida deverá estimular a atenção e as opções de âmbito discursivo e comunicativo. A comunicação verbal, ao manifestar-se por palavras, é o meio mais utilizado para transmitir as nossas emoções, intenções e desejos. A linguagem é o instrumento mais

indicado para transmitir rapidamente os nossos pensamentos (Hogue, 2000). A comunicação não-verbal pode confirmar ou desmentir o que é traduzido pela linguagem verbal, e está tão naturalmente presente nas interações da vida diária que é difícil ter consciência do que representa. A comunicação não-verbal refere-se a cinésia (parte da ciência que estuda o comportamento cinético/movimento do corpo), toque e territorialidade, traduz a linguagem transparente do corpo. Particularmente não temos consciência da nossa comunicação não-verbal (Rulicki & Cherny, 2007).

O enfermeiro precisa refletir sobre a comunicação não-verbal para torná-la mais consciente e ter recursos para entender o seu próprio comportamento e o do doente.

Os diferentes componentes da linguagem não-verbais são: postura corporal; respiração; tom de voz; distância pessoal; expressão facial; olhar, etc. Estes e outros sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal na interação, porém, parece que a função contraditória merece maior destaque. As mensagens contraditórias podem ser enviadas pelos doentes, mas também pelos profissionais de saúde. Ao nível do doente, este pode dizer que se encontra tranquilo, mas ao mesmo tempo o seu comportamento não verbal pode indicar o contrário (inquieto, abanar com a perna, sudorese entre outros). Este com comportamento não-verbal é involuntário mas mais fidedigno do que a comunicação verbal.

### **Comunicação/partilha de más notícias**

Por má notícia designa-se qualquer informação que vai alterar a expectativa da pessoa em relação a algo, contribuindo para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes (Barreto, 2009).

A má notícia pode englobar um diagnóstico grave (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica.

A transmissão de más notícias é sempre fator gerador de *stress*, no contexto das relações do enfermeiro com a pessoa e sua família/pessoas significativas.

A difícil tarefa de transmissão de informação deve ser adaptada a cada pessoa, de acordo com a sua individualidade, respeitando as necessidades da pessoa, mas também da sua família/pessoa significativa.



O modo como se comunicam os diagnósticos e tratamentos à pessoa e família influencia decisivamente a forma como estes vão reagir a ambos. No sentido de minimizar este impacto inicial foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman (1994) que elaborou um protocolo de como comunicar más notícias. Quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional como para a pessoa e família que recebe a notícia.

O modelo de comunicação de Buckman (1994) constitui um protocolo orientador para a transmissão compreende seis passos (Barbosa & Neto, 2006), e tenta evitar que o profissional informe a todo o custo, ou seja, a informação é transmitida se a pessoa quiser, pois só a partir da quarta etapa é partilhada essa informação e se o profissional se aperceber que a pessoa deseja obter a informação que tem a fornecer. As seis etapas são: conseguir o ambiente correto; descobrir o que o doente já sabe; descobrir o que o doente quer saber; compartilhar informação; responder às emoções do doente; organizar e planificar.

O protocolo SPIKES (Baile et al.,2000) inclui várias etapas, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, Preparação do local e postura do profissional; P – *Perception*, perceção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, conhecimento; E – *Explore emotions*, explorar emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese.

Os principais componentes da estratégia SPIKES incluem empatia, demonstrando, reconhecendo e validando os sentimentos do doente, explorando a compreensão do paciente na aceitação das más notícias, e fornecer informações sobre possíveis intervenções. Ter um plano de ação fornece uma estrutura para esta discussão difícil e ajuda a apoiar todos os envolvidos.

A transmissão de más notícias requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família/pessoa significativa, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa.

O enfermeiro responde adequada e honestamente, comunica com linguagem simples não banalizando o momento e não retirando a esperança (Pereira, 2008).

As más notícias devem ser partilhadas e não dadas, permitindo ao doente-família colocar questões, sendo guiados para a verdade, ou seja, chegam à verdade por si e no seu próprio tempo (Pereira, 2009).

### **Transformação da comunicação com a pessoa situação crítica/família em período de pandemia**

A 31 de dezembro de 2019 foi reportada à Organização Mundial da Saúde (OMS) uma pneumonia de causa desconhecida em Wuhan, na China. A doença, COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), é transmitida por gotículas que podem contaminar pessoas numa curta distância ou objetos e superfícies. A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia.

O estado de emergência despoletado pela pandemia mudou repentinamente a forma como os profissionais de saúde comunicam com os doentes e suas famílias.

*“Como consequência, houve uma grande necessidade de investir na promoção do autocuidado, algo que é core das intervenções de enfermagem. Por outro lado, o isolamento do doente, sem direito a visitas, fazia com que o profissional de saúde fosse a sua companhia, apesar de existir a possibilidade de contacto com os familiares via internet. A equipa de enfermagem continuou a demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro. O enfermeiro continuou a preparar a alta e a fazer chegar informação aos familiares ou cuidadores com o mesmo empenho” (Parreira et al.,2020, p.168).*

Nos hospitais, segundo Parreira (2020, p. 166) para delinear as ações de intervenção face à pandemia seguiu-se a estratégia multimodal das precauções básicas de controlo de infeção. Durante o turno, era necessário estar atento a tudo. Planear os cuidados ao pormenor, evitar entradas e exposição desnecessárias, ter presente as técnicas que não podiam ser realizadas. Usar EPI durante horas leva a desconforto inevitável, sendo impossível não sair exausto deste ambiente de hiperestimulação com marcas, muitas delas invisíveis (Parreira et al.,2020).

As precauções de isolamento exigidas pela pandemia COVID-19 impuseram alterações aos cuidados de fim de vida, com a introdução de comunicações remotas entre profissionais de saúde, doentes e familiares, havendo lugar a exceções para visitas presenciais no final imediato da vida. Estas alterações na comunicação entre doentes

terminais e famílias pode ter consequências significativas, incluindo o isolamento do doente e o risco de os familiares desenvolverem depressão, ansiedade e luto complicado. Por outro lado, a inacessibilidade e a dificuldade, em contactar os profissionais para obtenção de informação sobre o estado clínico e preferências do doente, relativamente a procedimentos e tratamentos, foram apontadas como as características de comunicação de baixa qualidade. A falta de comunicação levou ao medo e angústia por parte da família.

Numa situação de pandemia, estabelecer uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e doentes é uma tarefa difícil porque a necessidade de usar EPI impede o reconhecimento e limita a comunicação não-verbal. Todos os membros da equipa envolvidos na comunicação têm de prestar a máxima atenção para evitar mensagens ambíguas, especialmente porque o valor terapêutico da comunicação é altamente afetado pela falta de componentes não verbais.

Apoiar os familiares e oferecer feedback motivador aos colegas, faz com que os profissionais de saúde continuem o seu trabalho: comunicação, compaixão, promoção da qualidade da vida e, quando possível, cura.

Relativamente à comunicação com o doente, a utilização de dispositivos electrónicos e aplicações informáticas foi valorizada de forma positiva pelos familiares. As videochamadas entre doentes e familiares podem promover o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde (Giovanni Mistracetti et al.,2020).

No SMI onde foi realizado o estágio, penso que à semelhança do que aconteceu de forma generalizada a nível nacional e internacional, optou-se pela realização de videochamada através da aplicação “Whatsapp”. Cada doente deve ter um cuidador principal/contato de referência, sendo este familiar/pessoa significativa o responsável por reunir os familiares para a videochamada e/ou transmitir a informação aos mesmos.

*“A prática da enfermagem traz importantes contribuições na perspectiva da saúde do indivíduo, no sentido de reconhecer o ser humano como um ser complexo composto por diversas dimensões que vão do orgânico ao espiritual, do tangível ao intangível, incluindo o aspecto social e histórico, que o define como um ser de inter-relações permanentes consigo mesmo e com o mundo” (Paula et al.,2020, p.2).*

## **Principais conclusões**

A importância e pertinência desta reflexão constata-se na atualidade da temática. Com a pandemia, um novo paradigma de prestação de cuidados emergiu e uma vez mais os enfermeiros verificam a sua importância nos e para os sistemas de saúde tendo em meta a saúde do indivíduo e da comunidade.

Com a alteração dos procedimentos na gestão, organização e prestação de cuidados de enfermagem verifiquei que a comunicação enfermeiro-doente e enfermeiro pessoas significativas alterou-se profundamente devido às circunstâncias da novidade da situação, do uso do EPI e da proibição de visitas nos serviços hospitalares.

Pela especificidade do local de serviço, uma unidade de cuidados intensivos, muitos dos doentes estavam em situações de consciência alterada, estavam sob sedação, traqueostomizados, ligados a um ventilador. Por si só, numa situação comum aos serviços a comunicação já possui ruído entre emissor e recetor, e nesta fase da situação pandémica intensificaram-se as dificuldades. Com base nessa situação o conteúdo da mensagem tinha de ser previamente pensado de modo a transmitir a informação necessária e/ou solicitada e ao mesmo tempo responder às necessidades do doente para um procedimento eficaz.

A maioria das situações pode não ser exatamente a partilha de más notícias, mas a individualidade de cada situação é que permite perceber como é recebida a informação. Todos os pressupostos são tidos em conta, sendo talvez o modelo SPIKES o mais conhecido. É também muito importante ter em atenção o contexto, promovendo a privacidade do doente e protegendo a vulnerabilidade dos doentes internados na UCI. Escolher a hora de maior conveniência para o serviço e para os familiares. Estipular a informação a ser transmitida; tentar entender o conhecimento prévio da família sobre a situação, o que já sabem e o que pretendem saber. Temos de ter em atenção a expressão de emoções que se manifestam de diversas formas, tais como alegria, choro, interrogações constantes, silêncios prolongados, sair do campo visual da câmara para não ser observado.

A elaboração deste trabalho representou um importante marco no desenvolvimento pessoal, científico e profissional e na aquisição de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica sendo o culminar de quase dois anos dedicados a um processo de ensino-aprendizagem, à exposição de novos conhecimentos,

modelos de práticas e de estágio que certamente me modificaram profundamente e apontam o caminho a trilhar no percurso profissional.



## CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, tendo uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do doente. Atendendo à gravidade da doença e fragilidade emocional por ela causada, a existência de enfermeiros especialistas na prestação de cuidados é de inestimável valor e certamente benéfica numa unidade de cuidados intensivos.

Ao finalizar este documento, é importante refletir sobre a sua elaboração, apontar importantes considerações sobre as competências desenvolvidas através das atividades realizadas de modo a cumprir os objetivos propostos ao longo dos estágios.

Com a realização deste relatório pude verificar o meu crescimento quer a nível profissional quer a nível pessoal, no sentido que aperfeiçoei competências técnico-científicas, humanas e socais que me permitem identificar como enfermeiro especialista.

Este relatório permitiu espelhar o percurso de aprendizagem vivido e refletido durante o período de estágio. Trata-se de uma ferramenta dinâmica que dá visibilidade ao trabalho concretizado, cuja finalidade é o desenvolvimento de uma atitude e pensamento crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas no contexto da prática. Pretende demonstrar, através da descrição minuciosa das atividades desenvolvidas e das vivências experienciadas, o contributo para a prática de enfermagem especializada. Apresentou-se, assim, como guia orientador das competências alcançadas, inerentes ao título de enfermeiro especialista em EEMC à Pessoa em Situação Crítica.

De um modo geral, atingi os objetivos gerais e específicos inicialmente propostos. No desenvolvimento de todas as minhas intervenções ao longo do estágio, adotei uma postura profissional com empenho, dedicação, com humildade e abertura, aceitei novas estratégias e sugestões, e adquiri um conjunto maior de conhecimentos no cuidar da pessoa em situação crítica. O facto de já trabalhar numa UCI permitiu-me desenvolver uma maior autonomia para prestar cuidados altamente qualificados e de forma contínua, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

Os estágios são momentos ideais de formação e reflexão na prática que permitem desenvolver um conjunto de competências que integram o saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-aprender, apoiados na evidência científica. Tendo em conta a escolha dos campos de estágios acima descrita, considero que foram uma excelente seleção, sendo que ambos os serviços possuem excelentes condições físicas, organização do trabalho, gestão de pessoas e materiais para receber alunos. Apresenta profissionais competentes, com experiências e com um elevado nível de conhecimento. Este foram aspetos essenciais para a caminhada para obtenção do grau de mestre.

Inicialmente, foi possível desenvolver uma reflexão sobre as competências adquiridas no decorrer da Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica em família - vigilância e decisão clínica” assim como o seu contributo para o processo de evolução e aprendizagem.

Durante o estágio no SMI e com toda a alteração que a pandemia veio trazer na gestão da prestação dos cuidados de enfermagem prestado ao doente e família, sobretudo na comunicação, senti necessidade de aprofundar conhecimentos científicos e refletir sobre a dimensão da comunicação utente/pessoas significativas e família em tempos de pandemia.

Devido a utilização dos EPI, pois o enfermeiro é alguém que se encontra dentro de um EPI, surgiu a necessidade de aprofundar a importância da compreensão dos axiomas da comunicação. Investi na sensibilização dos enfermeiros na UCIC, na medida em que podem constituir um motivo de reflexão e um veículo para o desenvolvimento das competências comunicacionais do enfermeiro com os utentes e familiares/pessoas significativas, contribuindo para um melhor desempenho neste âmbito e, consequentemente, uma melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados ao doente e à família, com vista à continuidade dos cuidados de qualidade e garantir a sua excelência.

Toda a pesquisa bibliográfica efetuada serviu para enriquecer o meu autoconhecimento, já que estava consciente das minhas limitações em relação ao tema estudado. A prática reflexiva foi um contributo enriquecedor na minha valorização profissional e conhecimento, tornando a minha reflexão e discurso muito mais ricos e adequados ao nível de formação que frequentei.

No decorrer deste percurso foram surgindo algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da gestão do tempo pessoal no sentido de dar resposta a todas as atividades a realizar. Conjuguar a vida profissional, devido a elevada carga horária que esta pandemia provocou, nomeadamente os períodos de confinamento e isolamento profilático a que fui sujeito e a



vida de estudante, foi complicado, mas sinto uma enorme satisfação e realização profissional por ter ultrapassado esta etapa, tendo desenvolvido competências como enfermeiro especialista em EEMC à Pessoa em Situação Crítica que me irão permitir exercer cuidados de maior qualidade.

No ano 2020 comemorou-se os 200 anos de nascimento daquela que profissionalizou a Enfermagem no mundo, Florence Nightingale. O modelo naturalista de Florence Nightingale com ênfase nas condições do ambiente, na higiene hospitalar e no cuidado contínuo 24/24 horas torna-se evidente. Este mesmo ano trouxe o aparecimento da pandemia por COVID-19, que veio evidenciar que os enfermeiros são profissionais que muitas das vezes colocam em risco a sua própria saúde para assegurar os cuidados de enfermagem aos doentes. Este tempo de pandemia veio realçar todo o profissionalismo e a dedicação destes profissionais de saúde. Quem como nós vivenciou desde o primeiro dia o impacto da COVID-19 no próprio local de trabalho e na adaptação/readaptação dos serviços, metodologias de trabalho, normas de serviço e a constante alteração das mesmas, devido às contingências da gestão/falta de equipamentos de proteção, alteração da tipologia de doentes internados, revê no mesmo uma reflexão que justifica o percurso efetuado.

Este relatório, porém, não poderá descrever toda a complexidade dos cuidados efetuados ao longo da prática clínica, em que muitos foram os momentos de aprendizagem com finalidade na procura da excelência do cuidar. Com as opiniões obtidas nas avaliações no final de cada estágio considero ter atingido com sucesso a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista e competências específicas EEMC à pessoa em situação crítica.

Concluindo, o processo de aprendizagem nesta unidade curricular foi de extrema importância para a consolidação e aquisição de competências na EEMC, que no futuro se vão transmitir para o exercício da prática com cuidados mais seguros e de maior qualidade.



## REFERÊNCIAS

- AFONSO, J.; REIS, F. (2012). *Dexmedetomidina: papel atual em anestesia e cuidados intensivos*. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 62:1: 118-133. (consultado em 31 de março de 2021). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n1/v62n1a15>;
- ALFARROBINHA, C., PEDRO, N., MOUTINHO DE OLIVEIRA, P., NOBRE, T., & FERREIRA DE MATOS, T. (2013). Controlo da dor no doente inconsciente – revisão sistemática da literatura. *Nursing Magazine Digital*, 289(26), 1–17. (consultado em 12 de maio de 2021). Disponível em <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/controlo-da-dor-no-doente-inconsciente-revisao-sistematica-da-literatura>.
- ALIANÇA ARRÍTMICA (2007). *Informação para os doentes com pacemaker*. (consultado em 3 de abril de 2021). <http://portugal.arrythmiaeuropa.eu/docs/Pacemaker%20%20Booklet%20%20Portuguese%20%282%29.pdf%20final%2011.12.07wjh.pdf>.
- AHLERS, S. J. G. M., VAN DER VEEN, A. M., VAN DIJK, M., TIBBOEL, D., & KNIBBE, C. A. J. (2010). *The use of the behavioral pain scale to assess pain in conscious sedated patients*. *Anesthesia and Analgesia*. 110(1), 127–133. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181c3119e>.
- ALARCÃO, I. (2001). *Formação Reflexiva*. Referência. Vol. 6, 54-59.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. *DSM-V* (5ªed). Porto Alegre: Artmed. Disponível em [http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V .pdf](http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf).
- ARRATIBEL, E. L., GONZÁLEZ, G. L. & FERNÁNDEZ, C. D. (2007). *Cuidados de enfermeira en las complicaciones del cateterismo cardíaco*. In *Manual de Enfermería en Cardiología Intervencionista y Hemodinámica*. Protocolos unificados (pp.357-364).

- AZEVEDO, P., & SOUSA, P. (2012). *Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (nº 7), 113–122. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIII11140>.
- BARBOSA, A. (2006). Luto. In A. BARBOSA, & I. G. NETO, Manual de Cuidados Paliativos (pp. 379,395). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- BATALHA, L., FIGUEIREDO, A., MARQUES, M. & BIZARRO, V. (2013). *Adaptação culturais propriedades psicométricas da versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Revista de Enfermagem Referência, 3(9), 7-16.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- CARVALHO, J., ALMEIDA, A., & GUSMÃO-FLORES, D. (2013). *Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 25(2), 148-154. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a13.pdf>
- BERLO, D. K. (1999). *O processo da comunicação: Introdução à teoria e à prática*. S. Paulo: Martins Fontes.
- BERTONE, T. B., RIBEIRO, A. P. & GUIMARÃES, J. (2007). *Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente*. Revista Fafibe On Line, 3, p. 1-5. [Consultado a março de 2021]. Disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- CARVALHO, M., SILVA, M., CARVALHO, M., ELIAS, C., SILVA, K. & SANTOS, M. (2013). *Assistência de Enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca*. Centro Universitário Uninovafapi. Revista Interdisciplinar, 6(4), 60-67.
- CAVACO, V. S. J., JOSÉ, H. M. G., & LOURENÇO, I. M. R. (2013). *Comunicar Com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias? - Revisão Sistemática*. Revista de Enfermagem UFPE on Line. Recife, 7(5), 4535–4543. Disponível em <https://doi.org/10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201329>
- CAVALEIRO, P. (2011). *Prevenção da Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Artigo de revisão bibliográfica no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53392/2/Pedro%20Cavaleiro%20%20Preveno%20da%20Infeco%20Nosocomial%20nas%20Unidades%20de%20Cuidados%20Intensivos.pdf>

CAREL, H. (2009). *Dialogue a reply to towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability by Derek Sellman: vulnerability and illness. Nursing Philosophy, 10*, p. 214–219.

CÓRDOVA, E. S. M., SANTOS, L. R., TOEBE, D., MORAES, M. A. P., & SOUZA, E. N. (2018). *Incidência de complicações hemorrágicas com o uso de pulseira de compressão radial: estudo de coorte. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52*. (Consultado a 30 março de 2021). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017041003410>

CUNHA I. & FURUKAWA P. (2010) *Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro*. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília. nov-dez; 63(6): 1061-6.

DEVLIN, J. [et al]. Diretrizes de Prática Clínica para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono em Pacientes Adultos na UTI. *Critical Care Medicine*. Vol (46), nº 9 (2018). Disponível em <https://www.sccm.org/getattachment/Research/Guidelines/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/Diretrizes-de-Dor-Agitacao-Delirium-Imobilidade-e-Sono-PADIS-Guidelines-Portuguese-Translation.pdf?lang=en-US>

DIAS, E., STUTZ, B., RESENDE, T., BATISTA, N., & SENE, S. (2014). *Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. Revista de Psicopedagogia* (31), p. 4455. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v31n94/06.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) *Direção de Serviços de Planeamento- Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*; Lisboa, p. 72 [consultado em 11 de maio 2021]. em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). *Orientações e circulares informativas. Elaboração de um plano de Emergência nas unidades de saúde. Orientação nº 007/2010*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório Técnico Final. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde*. Traduzido de documento original pela Organização Mundial de Saúde. [consultado em 20 de março 2021]. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf);
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2015). Norma nº 022/2015. “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. [consultado em 22 de março 2021]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). Norma n.º 001: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, p.1–8.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo De Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*, 8, p.24. Disponível em <https://doi.org/2184-1179>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2020). *Norma nº 007/2020 Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. [consultado em 28 de março 2021]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- EDTNA/ERCA. (2012). *Acute Kidney Injury - A Guide to Clinical Practice*. Madrid: *Imprenta Tomás Hermanos*.
- FARIA, R. & MORENO, R. (2013). *Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), p.137-147
- FERNANDES, P. A., SILVA, M. G., CRUZ, A. P., & PAIVA, J. A. (2016). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Aos Antimicrobianos*, p. 1–43.
- FERREIRA, A., OLIVEIRA, M., ROQUE, F. & BALTAZAR, S. (2008). Cuidar do doente crítico com dor: Um desafio no serviço de medicina intensiva. *Sinais Vitais*, 77, p. 24-28.

- FERREIRA, N. [et al]. *Dor e Analgesia em doente crítico. Revista Clínica Hospital Professor Dr Fernando Fonseca*. Vol (2), nº2 (2014). [consultado em 25 de março 2021]. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/62715053.pdf>
- GOMES, M. J., & DIZ, E. DE F. D. (2013). *O doente com ventilação mecânica. Papel do enfermeiro no posicionamento em decúbito ventral*. In *I Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de S IPB*, pp. 332–336. Bragança. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9937/3/>
- GUENTHER, U., WEYKARM, J., ANDORFER. ET AL., (2012). *Implications of objective vs subjective care patients*. American Journal of Critical Care. 2012; 21 (1), p.12 –20
- GIOVANNI MISTRALETTI. (2020) How to communicate with families living in complete isolation. BMJ Supportive and Palliative Care
- GIRARD, T.D.; PANDHARIPAND, P.P.; ELY, E.W. (2008). *Delirium in the intensive care unit*. *Critical Care*. 12(suppl 3): S3. [consultado em 04 abril 2021]. Disponível em <http://ccforum.com/content/12/S3/S3>;
- INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (ICS-UCP) (2019). *Guia estágio final e relatório*. Porto;
- JESUS, E. (2004) - *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Orientadora: Professora Doutora M. Amélia da Costa Lopes, Co-orientadora: Professora Doutora M. Constança Paul.
- KNIGHT, P. H., MAHESHWARI, N., HUSSAIN, J., SCHOLL, M., HUGHES, M., PAPADIMOS, T. J., & LATCHANA, N. (2015). *Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention*. *International journal of critical illness and injury science*, 5(4), <http://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>
- LACERDA, E.P.; SITNOVETER, E.L.; ALCANTARA, L.M.; LEITE, J.L.; TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. (2006). *Atuação da enfermagem no tratamento com oxigenoterapia hiperbárica*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14(1): pp. 118-123. [consultado em 30 de março 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a16.pdf>;

- LINCH, G., GUIDO, L. & FANTIN, S. (2010). *Enfermeiros em Unidades de Hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional. Texto Contexto Enfermagem*. 19(3), 488-495.
- LORENTZ, M., & MESQUITA, R. (2012). *Delírio pós-operatório*. Artigo de revisão. *Revista Médica de Minas Gerais*. 22 (4), p.12-19. Disponível em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/724>
- MAROSTI, C. & DANTAS, R. (2006). *Avaliação dos pacientes sobre os stressores em uma unidade coronariana. Revista Acta Paulista Enfermagem*. 19(2), p.190-195.
- MCGUIRE; BASTEN; RYAN; GALLAGHER (2000) *Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer*. Arch Intern Med.
- MINISTRY OF HEALTH - REGION OF MADRID (2017). *Humanisation in intensive care units*. Madrid: Ministry of Health - Region of Madrid.
- NEVES, M. (2017). *Eventos Hemorrágicos no doente submetido a Cateterismo Cardíaco*. Tese de Mestrado em Engenharia Biomédica, Instituto Politécnico de Lisboa.
- NIZA, P. (2018) *Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Mestrado de Enfermagem. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25327/1/Relatório%20estágio%20Mestrado%20PSC%20Paula%20Niza%20nº2238.pdf>
- OLIVEIRA, P. A. D. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:29GOH6QmGeQJ:https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24162%26code%3D311+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). *Competências do Enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa



- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2ª série, N° 123. 26 Junho 2015. Regulamento n° 361/2015. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018). *Regulamento n°429/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (pp. 19359-19370). Lisboa: Diário da República, 2ª série- n°135- 16 de julho de 2018.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, pp. 4744-4750.
- ORDEM DOS MÉDICOS (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Comissão de Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos [consultado em 01 de abril 2021]. Lisboa. Disponível em [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf);
- PADILHA, K.; SOUSA, R.; MIYADAHIRA, A.; CRUZ, D.; VATTIMO, M.F.; KIMURA, M.; GROSSI, S.; SILVA, M.C.; CRUZ, V.; DUCCI, A (2005). *Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. N° 39 (2) p. 229-233; [consultado em 11 de maio 2021]. em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- PAULA, V., PAULA, M., LINARES, F. E AFONSO, T. (2020) *Enfrentando covid 19 em uma instituição hospitalar privada: relato de experiência / facing covid 19 in a private hospital institution: experience report*. Vol 6, nº11
- PAGOTTO, I. M., OLIVEIRA, L. R. DE C., ARAÚJO, F. C. L. C., CARVALHO, N. A. A. DE, & CHIAVONE, P. (2008). *Comparação entre os sistemas aberto e fechado de aspiração: revisão sistemática*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 20(4), 331–338. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400003>
- PALOS, C.; MATRIL, J.; PEDROSO, S. (2011). *IACS: há que prevenir*. Revista IESS N° 6 p. 84-85. [consultado em 05 de abril 2021]. Disponível em [http://www.clipovoa.pt/upload/5/fckeditor\\_files/file/IESS6/IESS\\_6\\_iacs\\_ha\\_que\\_prevenir.pdf](http://www.clipovoa.pt/upload/5/fckeditor_files/file/IESS6/IESS_6_iacs_ha_que_prevenir.pdf).

- PANDHARIPANDE, P., SHINTANI, A., PETERSON, J., PUN, B., WILLKINSON, R., DITTUS, S., ET AL. (2006). Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology*, 104 (1), p. 21 – 26
- PARREIRA, S.; RIBEIRO, G.; COELHO, J.; BORGES, L. (2020) *Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar*; GAZETA MÉDICA Nº2 VOL. 7 · ABRIL/JUNHO, pp 165 – 170
- PEIXOTO N.; PEIXOTO T. (2016). *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. pp.121-132
- PEREIRA, M.A. (2008) *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau. ISBN 9789728485924.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência, ISBN 978-972-8383-84-8;
- RASSI, A., MARIN-NETO, J. A., SOUSA, A. G. M. R., & DEVITO, F. (2008). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia: intervenção coronária percutânea e métodos adjuntos diagnósticos em cardiologia intervencionista* (II Edição–2008). Disponível em: [publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz\\_INTERVENCAO\\_PERCUTANEA-9106.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_INTERVENCAO_PERCUTANEA-9106.pdf)
- REIS, C. T., MARTINS, M., & LAGUARDIA, J. (2013). *A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura* TT - Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. *Ciência Saúde Coletiva*, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
- RULICKI, S. & CHERNY, M. (2007). *Comunicación no verbal: Como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Ediciones Granica, S.A.<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>
- SEVERINO, R., SAIOTE, E., MARTINEZ, A. P., DEODATO, S. & NUNES, L. (2010). NursingActivities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, Nº 16. [consultado em 12 de maio 2021]. em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9208>

- SHINOTSUKA, SALLUH (2013) *Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa*. Revista Brasileira Terapia Intensiva, vol nº25 nº 2 São Paulo
- SILVA, A. R., & LAGE, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Formasau. Coimbra.
- SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C. (2004). *A versão simplificada do Therapeutic Intervention Scoring System e seu valor prognóstico*. Rev. esc. enferm. USP; vol.38, n.2, pp. 217-224. [consultado em 12 de maio 2021]. em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200013>
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2020). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva*. Lisboa.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. 2009. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Lisboa.
- TAMPARO, C. T. & LINDH, W. Q. (2008). *Therapeutic communication for health professionals* (3ª ed.). New York: Delmar.
- TRONCHIN, D. M. R., MELLEIRO, M. M., & MOTA, N. V. Y. V. P. DA. (2006). *Indicadores de qualidade de enfermagem, uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar.” O Mundo Da Saúde São Paulo, 30(2), p.300–305. Disponível em [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/35/indicadores\\_qualidade.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/indicadores_qualidade.pdf)*
- URDEN, L., STACY, K., & LOUGH, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.
- VEENEMA, T. G., LAVIN, R. P., GRIFFIN, A., GABLE, A. R., COUG, M. P., & DOBALIAN, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), pp. 688-696.
- WIEMANN, M. O. (2011). *La comunicación en las relaciones interpersonales*. Espanha: Editorial Aresta.
- YERENA, S. F. (2005). *Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica* (2ª ed.). México: Pearson Educación



# APÊNDICES



APÊNDICE 1 – Revisão da literatura - “Concepções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia”







CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

# **CONCEÇÕES E PRÁTICAS NA COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA/FAMÍLIA EM PERÍODO DE PANDEMIA**

## **Revisão da Literatura**

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

13º Mestrado em Enfermagem / Estágio final e relatório

Porto, março 2021

# Índice

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introdução.....                                                                                       | 5  |
| 1. Comunicação com a pessoa em situação crítica/família .....                                         | 11 |
| 2. Comunicação/partilha de más notícias.....                                                          | 21 |
| 3. Transformação da comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia ..... | 26 |
| 4. Conclusão.....                                                                                     | 31 |
| Referências Bibliográficas.....                                                                       | 35 |

## Índice de figuras

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Figura 1. Visita pré e pós pandemia ..... | 29 |
|-------------------------------------------|----|

## **Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas**

**UCI** - Unidade de cuidados intensivos

**EPI** - Equipamento de proteção individual

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

## Introdução

O presente trabalho é o corolário de um percurso de estágio, iniciado para enriquecer o meu conhecimento científico, desenvolver competências gerais e específicas na Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica no contexto da unidade curricular Estágio Final e Relatório do mestrado em enfermagem médico cirúrgica da Universidade Católica do Porto.

Pretende colmatar uma necessidade pessoal e profissional geradora de insegurança e tensão, que se insere nas concepções e práticas da comunicação eficaz com a pessoa<sup>1</sup> em situação crítica e família<sup>2</sup>.

Este tema surgiu no estágio no Serviço de Medicina Intensiva na qual foi também considerado um tema pertinente pela equipa de enfermagem no estágio do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Norte.

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo-se igualmente num bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas 2006; Ramos, 2012).

A intervenção do enfermeiro dirigida à pessoa em situação crítica exige perícia na comunicação. Em unidade de cuidados intensivos (UCI), precisamos estar preparados para lidar com situações difíceis, tais como morte iminente, alterações do estado de consciência, agravamento do estado clínico, ineficácia do tratamento, familiares de trato difícil, etc.

"A comunicação é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-percetuais (acústicos, visuais, olfativos, táteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra. Implica a adaptação a uma realidade em constante mudança – com avanços, retrocessos, significados, envolvendo o doente, a

---

<sup>1</sup> As palavras pessoa, utente, doente e cliente estão associadas a diferentes paradigmas e autores. Neste documento possuem todas o mesmo conceito, designam a pessoa cuidada em situação crítica.

<sup>2</sup> Todas as com pessoas de proximidade relevante onde se incluem amigos, cuidadores e tutores, que neste relatório são designadas pessoas significativas

família e a equipa interdisciplinar, (...), ponto-chave para atender, com qualidade, todas as dimensões de uma pessoa doente e em sofrimento." (Barbosa & Neto, 2006, p. 358).

Uma UCI possui um ambiente totalmente diferente de outras unidades hospitalares e não dispensa a humanização dos cuidados prestados, demonstrada pela atitude relacional dos enfermeiros com o doente e os seus familiares.

De acordo com Pereira (2008, p.17) "as relações interpessoais fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde, numa lógica de atendimento das necessidades de pessoas únicas, que precisam de alguém que as cuide e trate".

De acordo com Saiote (2010), um dos aspetos que motiva maior insatisfação por parte dos familiares, relativamente aos serviços de saúde, é a falta de informação ou o facto de considerarem que esta não lhes é proporcionada no momento oportuno. Neste contexto, a comunicação torna-se o elemento-chave para o fornecimento atempado de informação útil, por parte do enfermeiro, à família da pessoa em situação crítica.

Kearns, (2007) refere que na maioria das vezes a enfermagem é a chave para divulgar informação ao doente, a outros membros da equipa multidisciplinar e aos familiares.

Saiote e Mendes (2011, p.224) corroboram esta perspetiva, afirmando que "a comunicação e a partilha de informação assumem uma centralidade incontornável na prática de enfermagem, quer no trabalho com os pares, quer com os doentes e familiares, pois só desta forma conseguem assegurar a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados".

É através do processo de comunicação com a família, o qual supõe a existência de um equilíbrio entre a comunicação verbal e não-verbal, que os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica eficaz, promovendo a qualidade e a humanização dos cuidados prestados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015, p.18), "*o processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde é verdadeiramente central e, em muitas situações, vital*". Este processo diz respeito à comunicação com a

pessoa que requer assistência, incluindo a família e ou outros relevantes, mas também àquela que se estabelece entre os diferentes profissionais de saúde, demais intervenientes na cadeia de prestação de cuidados e os diferentes níveis de gestão, com o intuito de eliminar ou, pelo menos, mitigar distorções na mensagem que, por sua vez, poderiam conduzir a falhas graves na cascata da prestação de cuidados de saúde.

A OE evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento no 124/2011, p.8656).

Embora esta possa ser considerada de forma mais ampla, este estudo refere-se à comunicação entre seres humanos, tendo em conta que, esta toma diferentes formas que podem ser complementares e correspondem às componentes funcionais do ser humano. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras – trata-se da linguagem não-verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras – refere-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhes são próprios e que é importante conhecer na área de enfermagem (Phaneuf, 2005).

A habilidade ou competência mais importante que o enfermeiro pode adotar é uma comunicação adequada, esta pode ser verbal ou não verbal, é a forma de entender o que nos dizem e de expressar corretamente o que queremos dizer.

A relevância da comunicação para o dia-a-dia do enfermeiro como cuidador por excelência, é reforçada por Phaneuf (2005) ao afirmar que a comunicação é condição sine qua non da qualidade dos cuidados e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

De acordo com Teixeira (2004), citado por Coelho (2013, p.54) “a comunicação é um tema transversal em saúde, com relevância em diferentes contextos como a relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os utentes e na formação dos profissionais, refletindo-se na qualidade dos cuidados de saúde e, desta forma, na satisfação das pessoas”.

Cuidar e comunicar apresentam-se, desta forma, inevitavelmente ligados. No entanto, é fundamental ter em conta que, para que a comunicação terapêutica seja eficaz, é preciso cuidar realmente das pessoas e desejar compreender a situação que estas enfrentam (Jasmine, 2009). Neste contexto, o foco da prestação de cuidados é obrigatoriamente a pessoa, o que vai fazer com que esta se sinta compreendida e cuidada, condição essencial para que a comunicação terapêutica seja eficaz.

A importância da comunicação em saúde aparece muitas vezes ligada à educação para a saúde, no entanto, esta estende-se a um universo muito mais amplo.

Comunicação em enfermagem significa, para este estudo, a utilização da comunicação para estabelecer relação enfermeiro/utente, pessoas significativas e prestar cuidados de enfermagem. Assenta na necessidade de que esta esteja presente para garantir o sucesso dos procedimentos técnicos, e, da relação estabelecida com as pessoas (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007; Oliveira & Werlang, 2006; Stuart & Laraia, 2006; Phaneuf, 2005).

Na comunicação de "más notícias" em saúde ou partilha de más notícias para a gestão da informação, das emoções e das circunstâncias onde a mesma ocorre, a "má notícia" significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro".

De facto, a comunicação das más notícias em saúde, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente-família-profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Na interação enfermeiro/doente/pessoas significativas emerge a situação de comunicação de más notícias, notícias essas que poderão ter repercussões físicas, psicológicas, espirituais, sociais e familiares. Assim, a comunicação de más notícias "continua a ser uma das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais dos cuidados de enfermagem, não só pela gravidade das situações a que diz respeito, mas também pela controvérsia que ainda existe em torno do quem, do quê e do como da informação a proporcionar aos doentes." (Pereira, 2008, p.18).



Segundo Martins (2008, p.18) o enfermeiro “está em posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação; para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar; para distinguir a altura indicada para contar a verdade ou, pelo contrário, para a omitir; para perceber quando o doente não entendeu a mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias.”

Os profissionais de saúde têm que estar preparados para “além de planear e gerir estes momentos, também terem de gerir os próprios medos e estar preparados para aceitar as hostilidades do doente e da família.” (Pereira, 2008, p.78)

Na comunicação de “más notícias” em saúde. “Má notícia” significa “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”. De facto, a comunicação das más notícias em saúde, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/pessoas significativas/enfermeiro, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais.

A pandemia COVID-19 que trouxe novos desafios, quer à própria formação, quer ao sistema de saúde em Portugal e, conseqüentemente, aos profissionais da área, nos quais se destacam as equipas de enfermagem pelo seu papel na prestação direta de cuidados, na organização dos serviços e na comunicação com os utentes/familiares e pessoas significativas.

Para Parreira et al (2020, p. 166) “Tornou-se imperativo reformular a forma como vivíamos o hospital”.

“Tudo era novo, uma doença nova, um hospital “novo” com novos circuitos, procedimentos novos, cuidados de rotina que se alteraram devido ao risco que acarretavam. (...). O paradigma tinha mudado” (Parreira et al., 2020, p.167).

É na ausência de uma perspetiva, afastada no tempo e, de observação sobre a realidade que este trabalho surge. O mesmo parece em alguns momentos autobiográfico, uma vez que experienciei a prestação de cuidados a doentes com COVID-19.

VITALS. A TRUE HUMAN STORY, realizado por Félix Colomer<sup>3</sup>, mostra uma inédita visão em grande plano da luta coletiva contra a Covid-19 por parte de doentes, profissionais de saúde e as suas famílias.

É uma história forte, que não deixa ninguém indiferente, onde as conceções e práticas de cuidados de enfermagem, nomeadamente a competência comunicacional com os doentes/famíliares e significativos possui um papel crucial, demonstrado ao longo do documentário através da comunicação verbal, comunicação não verbal (toque, postura, proxémia), na utilização do humor e na instilação da esperança.

Os enfermeiros reinventaram a comunicação com o utente/famíliares em tempos de pandemia, onde as visitas impossibilitadas de se realizar foram substituídas por contatos virtuais nos quais o enfermeiro, irreconhecível pelo uso de equipamentos de proteção pessoal individual (EPI) era parte integrante da interação possível entre utente-pessoas significativas.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatros capítulos. O primeiro aborda a comunicação e o segundo a comunicação das más notícias, o terceiro é sobre a comunicação utente-pessoas significativas em situação de pandemia COVID-19 e o quarto e último capítulo, é a reflexão e conclusão.

---

<sup>3</sup> Félix Colomer, realizador e editor de 27 anos, filmou o dia-a-dia de um hospital catalão no pico da pandemia em Espanha. É um documentário em três episódios que revela a luta contra a Covid-19, a partir da realidade de Barcelona. Estreou em fevereiro de 2021 na Plataforma de streaming HBO®.

## 1. Comunicação com a pessoa em situação crítica/família

A comunicação faz parte integrante da vida de todas as pessoas. É impossível dissociar a comunicação dos diferentes aspetos da vida humana.

A definição etimológica do termo comunicar, do latim *comunicare*, significa pôr em comum, entrar em relação com partilhar (Nunes, 2007), sendo a comunicação referida por vários autores como inerente à natureza humana, um processo permanente, inevitável e universal. Watzlawick, Beavin, & Jackson (2002) apresentam a comunicação como "condição *sin qua non* da vida humana e da origem social", acrescentando que não se pode não comunicar, pois "a comunicação é indispensável para a sobrevivência dos seres humanos e para a formação e coesão de comunidades, sociedades e culturas." (Sousa, 2006, p. 23).

O Homem é um ser social, pelo que a comunicação é de grande importância na relação entre as pessoas e é parte integrante de todo o percurso de uma vida. É o meio pelo qual as pessoas participam no mundo em que vivem, propiciando a partilha de experiências. Desta forma, o processo de comunicação consiste em compreender e compartilhar mensagens emitidas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e a sua interação influenciam o comportamento das pessoas envolvidas (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação. Por sua vez, comunicação refere-se a informação, participação, transmissão, mas também a convivência, ligação, aspetos que podem remeter para os propósitos gerais da comunicação que são, segundo Yerena (2005), informar, entreter, persuadir e atuar.

Campos (2017, p.93) citando Phaneuf refere que 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 as pessoas. Através dela, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, nalguns casos, a criar laços significativos com ela."

A comunicação é uma necessidade humana básica e, portanto, determina e efetua o atendimento da área expressiva de assistência ao doente, sendo o denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde.

Na enfermagem a comunicação assume um papel cada vez mais valorizado na relação enfermeiro-doente ou pessoas significativas, sendo hoje em dia um valor fundamental na certificação de qualidade de um serviço e consequentemente um bom indicador da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de saúde.

A comunicação como um processo dinâmico de origem verbal ou não verbal que está presente em todo o ciclo vital do ser humano, promovendo a interação interpessoal que pode adquirir uma grande relevância na vivência do ser humano nos diversos contextos onde se encontra inserido (social, económico, cultural ... etc.). A comunicação é um processo dinâmico, contínuo, através do qual se estabelecem relações e interações humanas e em que é importante valorizar a dimensão verbal e não-verbal. (Berlo, 1999; Phaneuf, 2005; Yerena, 2005; Nunes, 2007; Wiemann, 2011).

Phaneuf (2005) considera a comunicação como um processo de troca e partilha de informações e sentimentos, que se deve desenrolar abertamente entre as pessoas, seja ela de uma forma verbal ou não verbal. Considera que o processo de comunicar é um momento de criação e recriação de informações, troca e partilha, colocando em comum ideias, sentimentos e emoções para com o outro.

A falta de qualidade na comunicação em enfermagem pode gerar conflitos, angústias, frustrações e mesmo perda de informação relevante que diariamente estabelecemos com o doente e com os elementos de toda a equipa multidisciplinar.

De acordo com Esteves (2012, p.113), a comunicação é fundamental para o relacionamento humano e constitui "um processo interactivo onde cada elemento modifica e manipula o significado dos factos, podendo atribuir-lhes uma nova interpretação, mudar a sua conduta ou direcção".

Neste contexto, na minha prática como enfermeiro procuro demonstrar conhecimento, empatia, destreza e segurança no processo de transmissão de informação, colocando-me no lugar do doente/pessoas significativas que acolhe

a informação. Olhando nos olhos, comunicando com naturalidade e calma, procuro transmitir confiança e credibilidade ao utente/pessoas significativas, o que para Phaneuf (2005) é considerado comunicação assertiva, ou seja, a capacidade de transmitir a informação sem medo, de forma firme e tranquila, transmitindo o ponto de vista e defendendo o que se diz, mas sem deixar de respeitar o outro. É inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e é necessário que seja garantido, por ele, o sucesso da comunicação que estabelece. Isto deve aplicar-se a todas as pessoas e situações independentemente do contexto em que se encontram ou da fase de vida que estão a vivenciar.

O comunicar na prática de enfermagem demonstra respeito do ser cuidador ao ser cuidado e estabelece um relacionamento efetivo com o utente. O estabelecimento de uma relação para além do cuidado físico, por meio da humanização das ações desenvolvidas, beneficia um processo de recuperação com qualidade. A comunicação quando utilizada no processo de trabalho do enfermeiro, faz com que haja um sentimento de confiança, de forma a estabelecer um relacionamento de efetividade, tranquilidade, eliminando a insegurança e o medo do utente, por meio do diálogo, da escuta sensível e da conversa. Comunicar diariamente proporciona maneiras de ultrapassar as dificuldades enfrentadas.

Os cuidados de enfermagem são, neste contexto, e assumidos como referido no Estatuto da OE, ponto 4 do artigo 4º, as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (OE, 2015).

A comunicação terapêutica inscreve-se no âmbito das intervenções autónomas, ou seja, sujeitas a prescrição, implementação e avaliação pelo próprio enfermeiro. A decisão de a utilizar será da responsabilidade deste, e, decorrerá da avaliação efetuada em cada situação. Esta será utilizada como intervenção autónoma ou como intervenção complementar a outras intervenções.

De acordo com Stefanelli (1993), citada por Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha (2005), a comunicação enfermeiro-utente é denominada comunicação terapêutica porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde da pessoa e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar

oportunidades de aprendizagem e despertar nas pessoas sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

Autores como Phaneuf (2005) e Bolander (1998) afirmam que uma relação terapêutica é uma relação de ajuda, e que, por sua vez, a relação de ajuda é uma relação terapêutica.

Podem existir algumas situações, que pela sua própria natureza, por exemplo: situações de crise, de grande vulnerabilidade, estão presentes altos níveis de ansiedade ou tristeza profunda, pode exigir uma maior atenção ao uso da comunicação, sendo necessário ter em conta alguns requisitos para que o sucesso seja alcançado. Para estas situações, entre outras, está indicado o uso da comunicação terapêutica. (Wold,2013; Fuller,2007; Gefael,2007; Yerena, 2005).

No âmbito da saúde a comunicação precisa de ser terapêutica, porque esta objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pelo doente (Bertone et al.,2007).

A comunicação é, desta forma um dominador comum presente nas ações de enfermagem que terá influência na maneira como o cuidado é prestado a cada pessoa e deverá garantir a obtenção de ganhos terapêuticos (Gomes et al.,2012).

A comunicação terapêutica deve primar o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa, a sua identidade, a sua privacidade, a sua intimidade e a confidencialidade da informação, aspetos que, com muita frequência em diversas situações de cuidados, não são tidos em conta (Peláez, 2003).

A comunicação terapêutica tem como objetivo principal aumentar a qualidade de vida da pessoa, e, como objetivos mais específicos fazer com que a pessoa sinta que é o centro dos cuidados e do processo de enfermagem; note que a sua experiência da doença é o que mais importa ao enfermeiro; se sinta acompanhado; tenha a possibilidade de sentir, saber e decidir se quer mudar e como quer mudar a sua maneira de viver a sua situação, e, identificar e mobilizar recursos que lhe permitam lidar melhor com a sua situação (Gefael, 2007).



Outros autores referem que a comunicação terapêutica tem o objetivo de identificar e atender as necessidades de saúde do doente, e, contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha, 2005).

Para que seja terapêutica, a comunicação deve apresentar as seguintes características:

- Ser dirigida a um objetivo;
  - Ser única para cada pessoa;
  - Exigir um compromisso ativo, pois não deve depender da sorte nem é causal;
  - Requerer excelentes habilidades de observação e escuta (Fuller, 2007).
- Conta ainda com dois requisitos fundamentais: toda a comunicação deve preservar o respeito pelos indivíduos (Stuart & Laraia, 2006; Williams & Davis, 2005) e a comunicação de compreensão deve anteceder qualquer sugestão ou aconselhamento (Stuart & Laraia, 2006).

É relevante considerar também os resultados que podem ser obtidos com a utilização da comunicação terapêutica com as pessoas, pois esta pode diminuir o stress, aumentar a adesão e resultar numa experiência positiva para todos os envolvidos (Tamparo & Lindh, 2008).

Assim, partindo dos aspetos apresentados pelos diversos autores considera-se que a comunicação terapêutica deve:

- Ter intencionalidade terapêutica – visa dar resposta a um objetivo específico;
- Ter em conta a realidade específica de cada pessoa – é moldada pela necessidade de cuidados de enfermagem do outro;
- Permitir identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas;
- Ter valor terapêutico autónomo (tranquilizar, capacitar, ...) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção);
- Promover sentimentos de confiança nas pessoas.

A comunicação terapêutica é essencial na prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade.

A comunicação, nas suas dimensões verbal e não-verbal, vai permitir o desenvolvimento da relação, e, é a comunicação terapêutica que vai permitir efetivar a relação terapêutica. Pode-se assumir que o uso da comunicação, oral ou escrita, é necessário a todos para transmitir as nossas ideias, sendo importante ter em conta que a componente verbal é a que menos interessa e a que menos influi na comunicação (Bandler & Grinder, 1982), o que à partida deverá estimular a atenção e as opções de âmbito discursivo e comunicativo.

As palavras são importantes, mas como dispomos de muitas para comunicar, devemos escolher as palavras mais corretas a fim de que a comunicação seja mais eficaz e se criem relações satisfatórias (Wiemann, 2011).

A comunicação verbal, ao manifestar-se por palavras, é o meio mais utilizado para transmitir as nossas emoções, intenções e desejos. A linguagem é o instrumento mais indicado para transmitir rapidamente os nossos pensamentos (Hogue, 2000). "Pela magia da palavra exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas" (Phaneuf, 2005, p. 82).

De acordo com Yerena, (2005) citado por Coelho (2013, p.40), "sabe-se, porém, que a comunicação oral está ligada a um tempo, é sempre dinâmica num contínuo ir e vir, e que esta tem a capacidade de utilizar a voz, os gestos e todos os recursos de expressividade de movimentos de quem fala, que apoiam e complementam o significado das mensagens. Pode dizer-se que esta se distingue pelo seu dinamismo, espontaneidade e rapidez para expressar ideias". A comunicação escrita, por sua vez, utiliza signos linguísticos, está ligada a um tempo e espaço, é mais estática, permanece e segue uma estrutura gramatical, tendendo a ser mais formal que a falada (Yerena, 2005).

A comunicação não-verbal pode confirmar ou desmentir o que é traduzido pela linguagem verbal, e está tão naturalmente presente nas interações da vida diária que é difícil ter consciência do que representa.



A comunicação não-verbal refere-se a cinésia (parte da ciência que estuda o comportamento cinético/movimento do corpo), toque e territorialidade, traduz a linguagem transparente do corpo. Particularmente não temos consciência da nossa comunicação não-verbal (Rulicki & Cherny, 2007).

Segundo Fachada (2010), muitas vezes é a linguagem não-verbal que acompanha a verbal, que lhe oferece um significado mais profundo e verdadeiro, o que pode ser indicativo da relevância que o discurso não-verbal assume nos processos de comunicação humana, ilustrado pela expressão "um gesto vale mais que mil palavras", bem conhecido de todos.

A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente.

A dimensão não-verbal da comunicação envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorrem. Os sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos.

Na linguagem não verbal, interessa ao enfermeiro discernir o comportamento não verbal do doente nos padrões seguro e não seguro. O padrão seguro está relacionado com o doente sentir-se confortável. Quando isso não acontece surgem sinais como a luta, a fuga, proteção/retraimento.

O enfermeiro precisa refletir sobre a comunicação não-verbal para torná-la mais consciente e ter recursos para entender o seu próprio comportamento e o do doente.

Os diferentes componentes da linguagem não-verbais são:

- Postura corporal;
- Respiração;
- Tom de voz;
- Distância pessoal;

- Expressão facial;
- Olhar...

Estes e outros sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal na interação, porém, parece que a função contraditória merece maior destaque.

Segundo Cardoso (2018), o padrão de comportamento não-verbal pode ser reconhecido através da análise de três variáveis: o envolvimento na interação, observado no comportamento do doente: se este demonstra que está a ouvir o que foi dito e participa com respostas adequadas, caso contrário, se não existe atenção ao que é dito, o doente não está muito envolvido. Tensão corporal é outro componente que refere se o doente apresenta uma posição rígida com os músculos contraídos, um corpo tenso ou se apresenta os músculos relaxados, corpo descontraído. O último componente é a postura que refere a maneira de estar com que o doente se apresenta (encostado para trás na cadeira, sentado na ponta da cadeira, corpo projetado para frente). Este componente está associado a tensão corporal.

Podemos definir um padrão seguro do comportamento quando o doente, além de estar envolvido apresenta-se relaxado numa postura aberta (braços e pernas não cruzados) e sem tensão corporal, existe uma distância interpessoal reduzida, tranquilidade, gestos amplos com o tom de voz ressonante e não monocórdico.

Se o doente apesar de estar envolvido, mas apresenta ao mesmo tempo apresenta uma postura fechada (braços e pernas cruzados) com tensão corporal, assumindo uma postura de ataque estamos perante um padrão de luta (o doente tende de inclinar-se para frente, apresenta rubor facial, boca tensa).

Nas situações em que o doente não parece estar envolvido e apresenta uma postura estática com tensão corporal reduzida pode-se dizer que estamos perante um padrão de proteção.

No padrão de fuga o doente não parece estar envolvido na comunicação e associado a este apresenta uma tensão corporal aumentada. Tanto o padrão de luta, de proteção e de fuga são padrões não seguros.

Quando o doente apresenta este último padrão, o enfermeiro faz a comunicação da mesma forma, com um tom baixo, inclina-se para frente se o doente estiver assim, é chamado um processo de sincronização e uma forma de entrar em empatia com o doente, no sentido que o doente obtém a sensação de que esta ser compreendido e por isso ganha a sua confiança. É uma forma de atenuar a sua insegurança.

Os aspetos mais valorizados pelos doentes em relação ao comportamento não verbal do enfermeiro são o contato ocular, as qualidades vocais e as expressões faciais.

Existem quatro dimensões do comportamento não-verbal, as proxémias estão relacionadas com a distância interpessoal, a cinésia diz respeito a movimentação corporal, as qualidades vocais (paraverbal) refere aos aspetos que acompanham a voz e as funções autónomas são os aspetos do comportamento não-verbal na dependência do sistema nervoso autónomo (coloração facial, pupilas, respiração).

Uma das principais funções da expressão facial é comunicar os estados emocionais e atitudes cuja identificação dá uma forte fonte de informação na relação entre doente e enfermeiro.

Cardoso (2018: p.152) cita Paul Ekman na existência de seis expressões faciais básicas: alegria, surpresa, medo, tristeza, raiva, nojo. São consideradas expressões universais, presente em todas as culturas.

As expressões faciais não referem só a comportamentos não verbais de estados emocionais estão, mas também associadas a reações cognitivas.

As emoções não se manifestam apenas através da expressão facial, estas condicionam igualmente modificações a outro nível de comportamento não verbal, como a postura corporal, tensão corporal, gestos. A linguagem não-verbal é o reflexo do estado emocional da pessoa e, portanto, é subjetiva, assim como os sentimentos.

Podemos falar em iatrogenia ou mensagens contraditórias. Iatrogenia é uma palavra de origem grega que define o resultado indesejável pela ação prejudicial não intencional dos profissionais de saúde, relacionado com observação, monitorização ou intervenção terapêutica, caracterizando uma falha profissional

por negligência. É normal no nosso dia-a-dia sermos confrontados com situações em que alguém diz não é a condizer com que aquilo que a pessoa transmite não verbalmente. No contexto entre a relação enfermeiro/doente pode acontecer este tipo de mensagens contraditórias.

As mensagens contraditórias podem ser enviadas pelos doentes, mas também pelos profissionais de saúde. Ao nível do doente, este pode dizer que se encontra tranquilo, mas ao mesmo tempo o seu comportamento não verbal diz o contrário (inquieta, abanar com a perna, sudorese entre outros). Este comportamento não-verbal é involuntário mais fidedigno do que a comunicação verbal.

Neste contexto, na minha prática como enfermeiro procuro demonstrar conhecimento, empatia, destreza e segurança no processo de transmissão de informação, colocando-me no lugar do doente/pessoas significativas que acolhem a informação. Olhando nos olhos, comunicando com naturalidade e calma, procuro transmitir confiança e credibilidade ao utente/pessoas significativas, o que para Phaneuf (2005) é considerado comunicação assertiva, ou seja, a capacidade de transmitir a informação sem medo, de forma firme e tranquila, transmitindo o ponto de vista e defendendo o que se diz, mas sem deixar de respeitar o outro.

É inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e é necessário que seja garantido, por ele, o sucesso da comunicação que estabelece. Isto deve aplicar-se a todas as pessoas e situações independentemente do contexto em que se encontram ou da fase de vida que estão a vivenciar.

## 2. Comunicação/partilha de más notícias

Por má notícia designa-se qualquer informação que vai alterar a expectativa da pessoa em relação a algo, contribuindo para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes (Barreto, 2009).

"Má notícia" significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro" (Pereira, M., 2005).

A má notícia pode englobar um diagnóstico grave (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa (Elizari et al, 2007).

A decisão sobre a gravidade da informação transmitida é determinada pelo doente/pessoas significativas que a recebe, mediante o impacto que tem na sua vida e as emoções que produz, dependendo estes aspetos das suas crenças, valores sociais, história de vida e contexto cultural (Pereira, 2008).

A informação que afeta negativamente as expectativas e perspetivas futuras do doente/pessoas significativas destruindo esperanças e sonhos e com potencial para provocar uma mudança negativa na vida dos mesmos, é percebida como uma má notícia (Edwards, 2010; Borges et al., 2012).

A transmissão de más notícias é sempre factor gerador de *stress*, no contexto das relações do enfermeiro com a pessoa e sua família/pessoas significativas.

Pereira (2008) refere que é difícil definir o conceito de má notícia no contexto de saúde. Por vezes os profissionais tendem a atribuir um significado à notícia sem atender aos aspetos significativos da pessoa desvalorizando, assim, a notícia a transmitir. A gravidade da notícia deve ser atribuída pela pessoa que vive determinada situação e mediante o impacto na sua vida.

A má notícia é: "...aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo" e as más notícias em saúde podem ser consideradas "doenças incapacitantes

em que não se vislumbra a cura, doenças degenerativas, doenças do foro psiquiátrico progressivamente desestruturantes, que vão ensombrar a vida e o futuro das pessoas, a morte de um familiar ou outra pessoa significativa, até ao problema, que, à partida nos parece mais simples, como seja um internamento repentino, ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional" (Pereira, 2008, p.30).

Contudo, mesmo se referente a más notícias, a informação é um dos principais aspetos que ajuda o doente/pessoas significativas a enfrentar a nova situação e reagir ao sentimento de descontrolo por esta causado.

A difícil tarefa de transmissão de informação deve ser adaptada a cada pessoa, de acordo com a sua individualidade, respeitando as necessidades da pessoa, mas também da sua família/pessoa significativa.

"Em situações de urgência, em que compreensivelmente o doente e os seus familiares se sentem em estado de vulnerabilidade e angústia, e é requerido pela sua própria natureza e complexidade a existência de um vasto conjunto de meios e competências para o exercício de uma medicina extraordinariamente difícil, a noção de que algo não está bem gera um estado de inquietação e de revolta que não é sustentável" (André, 2003, p. 25).

Na transmissão de más notícias, e com a finalidade de diminuir *stress* e conflitos de emoções, a comunicação assertiva: "...é uma ferramenta terapêutica essencial que dá acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação que necessitam as pessoas para ser ajudadas e ajudar-se a si mesmas, assim como para o desenrolar das consequências e alcance que a informação leva consigo" (Serra e Albuquerque, 2006, p. 76).

O modo como se comunicam os diagnósticos e tratamentos à pessoa e família influencia decisivamente a forma como estes vão reagir a ambos. No sentido de minimizar este impacto inicial foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman (1994) que elaborou um protocolo de como comunicar más notícias. Quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional como para a pessoa e família que recebe a notícia.



O modelo de comunicação de Buckman (1994) constitui um protocolo orientador para a transmissão compreende seis passos (Barbosa & Neto, 2006), e tenta evitar que o profissional informe a todo o custo, ou seja, a informação é transmitida se a pessoa quiser, pois só a partir da quarta etapa é partilhada essa informação e se o profissional se aperceber que a pessoa deseja obter a informação que tem a fornecer. As seis etapas são:

- Conseguir o ambiente correto – será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista, saber quem deve informar, quando e onde;
- Descobrir o que o doente já sabe – as suas respostas irão proporcionar uma informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;
- Descobrir o que o doente quer saber – compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado;
- Compartilhar informação – a verdade constitui um processo que deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo ao doente para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde;
- Responder às emoções do doente - é um dos elementos cruciais e pressupõe a identificação e validação de emoções. O medo e a angústia são dois dos sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia e que algumas vezes são traduzidos em raiva contra o técnico. É importante demonstrar apoio e compreensão (toque), o choro e o silêncio devem ser respeitados. Respostas simples, dadas com clareza, direta e honestamente. Dar as informações importantes no início ou no fim da conversa, sendo que habitualmente a pessoa esquece o meio;
- Organizar e planificar – implica a elaboração de um plano gerido em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento.

Por sua vez, Spikes (2010) denominou o protocolo SPIKES, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, Preparação do local e postura do profissional; P – *Perception*, percepção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, conhecimento; E – *Explore emotions*, explorar emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese.

Os principais componentes da estratégia **SPIKES** incluem empatia, demonstrando, reconhecendo e validando os sentimentos do paciente, explorando a compreensão do paciente na aceitação das más notícias, e fornecer informações sobre possíveis intervenções. Ter um plano de ação fornece uma estrutura para esta discussão difícil e ajuda a apoiar todos os envolvidos.

Martins (2008) refere que a informação é um real benefício e não só um dos requisitos para o respeito pela autonomia, sendo também um dos requisitos do princípio da beneficência, quando através da informação a pessoa compreende os exames ou tratamentos que vão ser realizados. O mesmo autor refere que sendo o enfermeiro um bom profissional de saúde, ele é capaz de transmitir as notícias sobre todo o processo de saúde/doença, de forma individual e adaptada a cada pessoa, referindo-se a este facto como um critério de competência profissional. A informação, sendo fornecida à pessoa e família de forma adequada e atempada, vai minimizar as sensações de medo e angústia.

A transmissão de más notícias requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família/pessoa significativa, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa.

O enfermeiro responde adequada e honestamente, comunica com linguagem simples não banalizando o momento e não retirando a esperança (Pereira, 2008).

Pereira (2013, p. 233) refere ainda o método NURSE (Becze, 2010) como sendo um outro protocolo útil para responder e aceitar a angústia emocional dos utentes-pessoas significativas. Este método é constituído por cinco fases e também cada letra corresponde a uma fase da sequência:

N – naming - uma emoção é uma maneira de mostrar sensibilidade ao sofrimento do doente. De forma a mostrar esta sensibilidade, deve-se recorrer a questões como "como se está sentindo?";



U – understanding - Ter uma compreensão clara dos medos do doente e preocupações, permite ao profissional de saúde dar respostas verdadeiramente empáticas;

R – respecting - respeito e dignidade é essencial para estabelecer uma empatia com relacionamento recíproco. Mensagens que permitem reconhecer e respeitar os sentimentos de um doente podem ser transmitidas pela comunicação não-verbal;

S – supporting - apoiar a capacidade de lidar do doente com a situação... reforçar as suas habilidades para enfrentar a situação;

E – exploring - dar permissão e oportunidade aos doentes para compartilharem as suas emoções interiores e preocupações, através da solicitação de perguntas diretas e esclarecimentos.

As más notícias devem ser partilhadas e não dadas, permitindo ao doente-família colocar questões, sendo guiados para a verdade, ou seja, chegam à verdade por si e no seu próprio tempo (Pereira, 2009).

### **3. Transformação da comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia**

A 31 de dezembro de 2019 foi reportada à Organização Mundial da Saúde (OMS) uma pneumonia de causa desconhecida em Wuhan, na China. A doença - COVID-19 - causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), é transmitida por gotículas que podem contaminar pessoas numa curta distância ou objetos e superfícies. A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia.

O contexto de enfrentamento da infecção viral pelo SARS-COV-2 exigiu alterações nas atividades de vida diárias do ser humano, afetando, assim, as dimensões da sua existência. Diante dessas alterações, destacam-se as repercussões significativas no processo saúde-doença que afetam o cuidado em saúde, em especial, aquelas relacionadas com a prática da enfermagem pelo facto de confrontar as suas habilidades e competências relacionadas com o desenvolvimento de cuidados que vão desde a promoção da saúde e prevenção da doença até a assistência de doentes críticos de alta complexidade.

"A prática da enfermagem traz importantes contribuições na perspectiva da saúde do indivíduo, no sentido de reconhecer o ser humano como um ser complexo composto por diversas dimensões que vão do orgânico ao espiritual, do tangível ao intangível, incluindo o aspecto social e histórico, que o define como um ser de inter-relações permanentes consigo mesmo e com o mundo." (Paula et al, 2020 p.2).

Nos hospitais, segundo Parreira (2020, p. 166) para delinear as ações de intervenção face à pandemia seguiu-se a estratégia multimodal das precauções básicas de controlo de infeção.

Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI): que EPI e qual a melhor sequência de colocar e remover;

- Circuito e alocação do doente COVID-19 positivo e/ou fortemente suspeito: como proceder;
- Reforço da higiene das mãos e de solução antisséptica de base alcoólica (SABA);
- Reforço da etiqueta respiratória em colaboradores, mas também educação dos doentes;
- Criação de novos planos de higiene ambiental com a Gestão Hoteleira: como descontaminar equipamento clínico durante a pandemia; como manusear a roupa de forma segura; como recolher de forma segura os resíduos hospitalares e como agir perante a exposição ao agente microbiano no local de trabalho.

Durante o turno, era necessário estar atento a tudo. Planear os cuidados ao pormenor, evitar entradas e exposição desnecessárias, ter presente as técnicas que não podiam ser realizadas. Usar durante horas os EPI's, com o desconforto inerente e inevitável. Foi impossível não sair exausto deste ambiente de hiperestimulação com marcas, muitas delas invisíveis (Parreira et al, 2020:168).

O estado de emergência despoletado pela pandemia mudou repentinamente a forma como os profissionais de saúde comunicam com os doentes e suas famílias.

"Como consequência, houve uma grande necessidade de investir na promoção do autocuidado, algo que é core das intervenções de enfermagem. Por outro lado, o isolamento do doente, sem direito a visitas, fazia com que o profissional de saúde fosse a sua companhia, apesar de existir a possibilidade de contacto com os familiares via internet. A equipa de enfermagem continuou a demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro. O enfermeiro continuou a preparar a alta e a fazer chegar informação aos familiares ou cuidadores com o mesmo empenho" (Parreira et al, 2020, p.168).

As precauções de isolamento exigidas pela pandemia COVID-19 impuseram alterações aos cuidados de fim de vida, com a introdução de comunicações remotas entre profissionais de saúde, doentes e familiares, havendo lugar a exceções para visitas presenciais no final imediato da vida.

Estas alterações na comunicação entre doentes terminais e famílias pode ter consequências significativas, incluindo o isolamento do doente e o risco de os familiares desenvolverem depressão, ansiedade e luto complicado. Por outro lado, a inacessibilidade e a dificuldade, em contactar os profissionais para obtenção de informação sobre o estado clínico e preferências do doente, relativamente a procedimentos e tratamentos, foram apontadas como as características de comunicação de baixa qualidade. A falta de comunicação levou ao medo e angústia por parte da família.

Relativamente à comunicação com o doente, a utilização de dispositivos electrónicos e aplicações informáticas foi valorizada de forma positiva pelos familiares.

O acesso limitado a tecnologia remota, as dificuldades inerentes (capacidade cognitiva e auditiva ou limitações visuais) e a percepção de falta de colaboração por parte da equipa de saúde, contribuíram para a comunicação de baixa qualidade com o doente, e para a percepção de baixa qualidade de cuidados de fim de vida (Feder; Smith; Griffin et al., 2020).

Numa situação de pandemia, estabelecer uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e doentes é uma tarefa difícil porque a necessidade de usar EPI impede o reconhecimento e limita a comunicação não-verbal. Falar com um familiar ao telefone é também complicado.

Todos os membros da equipa envolvidos na comunicação têm de prestar a máxima atenção para evitar mensagens ambíguas, especialmente porque o valor terapêutico da comunicação é altamente afetado pela falta de componentes não verbais.

Apoiar os familiares e oferecer feedback motivador aos colegas, faz com que os profissionais de saúde continuem o seu trabalho: comunicação, compaixão, promoção da qualidade da vida e, quando possível, cura.

As videochamadas entre doentes e familiares podem promover o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde (Giovanni Mistràletti et. al. 2020).

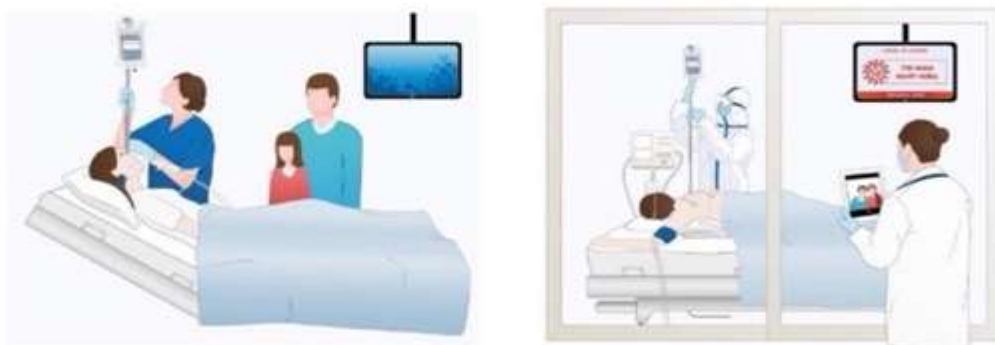


Figura 1. Visita pré e pós pandemia

Fonte: Élie Azoulay, J. Randall Curtis, Nancy Kentish-Barnes. Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. Intensive Care Med 2021.

A figura anterior ilustra as mudanças forçadas na política de visitas pré-pandemia (esquerda) e durante a pandemia (direita). Antes da pandemia as visitas eram livres e não há isolamento (exemplo: presença da família durante um cuidado de enfermagem). Durante a pandemia, as visitas foram suspensas e existem vários fatores que perturbam a comunicação: o EPI dificulta o reconhecimento do profissional de saúde; o posicionamento (exemplo: prone position) e dispositivos dificultam o reconhecimento do doente.

A visita tem a finalidade de manter o apoio psicológico ao doente durante o internamento. Durante a pandemia não é possível haver nenhuma visita presencial aos doentes, por parte da sua família ou pessoas significativas. Porém, com a tecnologia disponível, não é necessário manter as pessoas sem nenhum contato com o ambiente externo. Existem diversas formas de contactar doente e familiares por dispositivos e aplicações. Não há nenhuma razão para deixar pessoas completamente isoladas de contato. A comunicação envolve a relação entre uma pessoa e outra, ela pode se dar fisicamente ou virtualmente.

Os hospitais tomaram a decisão de fazerem videochamada através da aplicação "Whatsapp" e cada doente deve ter um cuidador principal de referência, este familiar/pessoas significativa será o responsável por reunir os familiares para a videochamada ou transmitir a informação aos mesmos.

"A prática da enfermagem traz importantes contribuições na perspectiva da saúde do indivíduo, no sentido de reconhecer o ser humano como um ser complexo composto por diversas dimensões que vão do orgânico ao espiritual,

do tangível ao intangível, incluindo o aspecto social e histórico, que o define como um ser de inter-relações permanentes consigo mesmo e com o mundo.” (Paula et al, 2020, p.2).

Para finalizar, Parreira et al (2020, p 169) referem que é relevante assumir o “Reforço das equipas de enfermagem e formação específica e/ou especializada dos enfermeiros, para melhorar articulação com outros serviços e equipas, promover o autocuidado e altas precoces, apostar na vigilância e promoção da saúde e prevenção da doença e na humanização dos cuidados”.



## 4. Conclusão

A importância e pertinência desta reflexão constata-se na atualidade da temática. Com a pandemia um novo paradigma de prestação de cuidados emergiu e uma vez mais os enfermeiros verificam a sua importância nos e para os sistemas de saúde tendo em meta a saúde do indivíduo e da comunidade.

O modelo naturalista de Florence Nightingale com ênfase nas condições do ambiente, na higiene hospitalar e no cuidado contínuo 24/24 horas torna-se evidente. Quem como nós vivenciou desde o primeiro dia o impacto da COVID-19 no próprio local de trabalho e na adaptação/readaptação dos serviços, metodologias de trabalho, normas de serviço e a constante alteração das mesmas, devido às contingências da gestão/falta de equipamentos de proteção, alteração da tipologia de doentes internados, revê no mesmo uma reflexão que justifica o percurso efetuado.

A sistematização da revisão de conhecimento científico e prático que efetuámos sobre a comunicação, os modelos teóricos da comunicação e partilha de más notícias, a situação pandémica da Covid-19 e a visualização do documentário VITALS implicaram um processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

O mesmo apresenta maior convicção quando a perspetiva da comunicação com o doente-pessoas significativas é o nosso foco de análise teórico prática. Durante três horas de documentário (que consideramos devia ser incentivada a sua observação e análise por profissionais de saúde e comunidade em geral) conseguimos aperceber-nos da importância que o realizador atribui à componente comunicação nos cuidados de saúde.

Com a alteração dos procedimentos na gestão, organização e prestação de cuidados de enfermagem verifiquei que a comunicação enfermeiro-doente e enfermeiro pessoas significativas alterou-se profundamente devido às circunstâncias da novidade da situação, do uso do EPI e da proibição de visitas nos serviços hospitalares.

Em relação à comunicação com EPI junto do doente, temos a consciência que o mesmo não nos identifica à partida, e que esse processo de conhecimento mútuo se faz pela determinação das nossas condições físicas, tais como altura,

modo como nos movemos e nos aproximamos do mesmo, o tom e timbre de voz, a voz pausada e alta de modo a ser audível para o doente, o modo como tocamos no seu corpo, a força e pressão exercida num aperto de mão ou um toque de tranquilidade. A proxémia é cada vez mais importante para que exista uma certificação de que o doente nos reconhece. E o nosso nome pessoal ou profissional, talvez o modo como o expressamos com sotaque/pronúncia específica torna dá uma outra dimensão ao reconhecimento de nós pelo doente e/ou familiares-pessoas significativas.

Pela especificidade do local de serviço, uma unidade de cuidados intensivos, muitos dos doentes estavam em situações de consciência alterada, estavam com sedação, traqueostomizados, ligados a um ventilador. Por si só, numa situação comum aos serviços a comunicação já possui ruído entre emissor e recetor, nesta fase da situação pandémica intensificaram-se as dificuldades. Com base nessa situação o conteúdo da mensagem tinha de ser previamente pensado de modo a transmitir a informação necessária e/ou solicitada e ao mesmo tempo responder às necessidades do utente para um procedimento eficaz.

Muitos utentes solicitavam informações sobre a realidade exterior ao serviço e a necessidade de contactar os familiares/pessoas significativas. No início foram os próprios enfermeiros a utilizar os seus telemóveis para conseguir ligação ao exterior, mas rapidamente os serviços equiparam-se com meios de contato doente-pessoas significativas. E novamente refletimos sobre as alterações que ocorriam. Anteriormente o momento de visita realizava-se na privacidade possível do espaço/contexto. Passou o enfermeiro a iniciar por exemplo a videochamada e a estar presente em toda aquela interação doente-pessoa significativa. Uma vez mais o EPI, no enfermeiro, e a máscara de proteção individual utilizada pelo doente dificultavam a comunicação com os familiares, associando as dificuldades de rede e sinal informáticos.

Contudo consideramos essencial para a recuperação e bem-estar do doente e das famílias promover essa comunicação entre eles.

E aqui introduzimos a análise dos modelos de comunicação e partilha de más notícias que servem de suporte teórico à dimensão prática dos cuidados da comunicação terapêutica. A maioria das situações poderiam não ser exatamente



a partilha de más notícias, mas a individualidade de cada situação é que permitia perceber como era recebida a informação. Todos os pressupostos são tidos em conta, sendo talvez o modelo SPIKES o mais conhecido, também aqui tínhamos em atenção o contexto, promovendo alguma privacidade do doente e protegendo a privacidade/vulnerabilidade dos outros doentes que se encontravam na UCI. Escolhe-se a hora de maior conveniência para o serviço e para os familiares. Estipula-se a informação que iria ser transmitida; tentava-se entender o conhecimento que a família tinha sobre a situação, o que já sabiam e o que pretendiam saber. Temos em atenção a expressão de emoções que se manifestavam de diversas formas, tais como alegria, choro, interrogações constantes, silêncios prolongados, sair do campo visual da câmara para não ser observado. E por fim a importância de ter uma estratégia de gestão desse momento e ficar o compromisso de realização de uma nova videochamada em dia e hora a combinar.

Também neste período o enfermeiro é alguém que se encontra dentro de um EPI, e verifica-se a importância da compreensão dos axiomas da comunicação. É impossível não comunicar. A comunicação tem tanto de mensagem e conteúdo como da forma como é transmitida. A linguagem verbal é importante para que a comunicação entre enfermeiro/doente-pessoas significativa seja possível de ocorrer, mas a linguagem não verbal assume uma dimensão talvez antes não tão valorizada. Tínhamos de apresentar uma postura assertiva, os olhos passam a ser o único local visível do nosso corpo. A utilização das mãos, os movimentos das mesmas para complementar a informação verbal (discurso demarcado, frases quase divididas por sílabas, pausado), voz alta, a proximidade física junto do doente para enquadrar a câmara do dispositivo, são todos aspetos que realçamos como importantes a ter em conta para uma comunicação eficaz e eficiente.

Tal como no documentário VITALS a situação específica das vivências do doente no exterior à UCI é de demasiada importância (por vezes vários membros da mesma família infetados, por vezes a ocorrência de mortes) pelo que o enfermeiro tinha como estratégias de conforto o esclarecimento de dúvidas e a cedência de informação ao doente, promovendo a instilação de fé e esperança. Verificámos vários desfechos relacionados com o óbito e não foi indiferente para

nós a constatação dos novos procedimentos/rituais que alteraram todos os cuidados post mortem assim como o acesso ao velório, enterro/cremação de corpos.

Mas podemos afirmar que a prática de cuidados de saúde se pautou por atividades complexas de elevada qualidade e excelência, pese alguns doentes apresentarem por exemplo sequelas do foro respiratório ou síndrome do desuso, a grande maioria dos utentes saído da UCI regressou ao seu domicílio e completou o processo de recuperação dinâmica da saúde/doença.

Em suma, a elaboração deste trabalho representou um importante marco no desenvolvimento pessoal, científico e profissional e na aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica uma vez que é o culminar de quase dois anos dedicados à um processo de ensino-aprendizagem, à exposição de novos conhecimentos, modelos de práticas e de estágio que certamente nos modificaram profundamente e nos indicam o caminho a trilhar no percurso profissional.

## Referências Bibliográficas

- AZOULAY, É.; CURTIS, J.; KENTISH-BARNES, N. (2021). *Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19*. Intensive Care Med.
- BERLO, D. K. (1999). *O processo da comunicação: Introdução à teoria e à prática*. S. Paulo: Martins Fontes.
- BERTONE, T. B., RIBEIRO, A. P. & GUIMARÃES, J. (2007). *Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente*. Revista Fafibe On Line, 3, p. 1-5. [Consultado a março de 2021]. Disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- BOLANDER, V. R. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- CAMPOS C. (2017). *A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem*. PsiLogos, p. 91-101.
- CARDOSO, R. M. (2018 2018). *Competências clínicas de comunicação*. Porto: Edições Afrontamento.
- CARR, D. BOERNER, K.; MOORMAN, S.. (2020) *Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions*. Journal of Aging and Social Policy. Abril
- FACHADA, M. O. (2010). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Silabo.
- FEDER, S.; SMITH, D.; GRIFFIN, H.; SHREVE, S.; KINDER, D.; KUTNEY-LEE, A.; ERSEK. M. (2020) *Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families' Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19*. J Am Geriatr Soc. Dezembro
- GEFAELL, C. V. (2007) *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Loures: Lusociência.

- OLIVEIRA, P. S., NÓBREGA, M. L., SILVA, A. M., & FILHA, M. F. (2005). *Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva*. Revista Electrónica de Enfermagem, 7(1), p. 54- 63. [Consultado a março de 2021] Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/861>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). *A comunicação como elemento essencial do cuidar*. *Jornal Açoriano Oriental*. P. 8. URL:<<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3862/04jan2015.pdf> [Consultado a março de 2021]
- PARREIRA, S.; RIBEIRO, G.; COELHO, J.; BORGES, L. (2020) *Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar*, GAZETA MÉDICA Nº2 VOL. 7 · ABRIL/JUNHO, pp 165 – 170
- PELÁEZ, Z. R. (2003). *Desarrollo humano y valores para la Salud* (2a ed.). Manizales: editorial universidad de caldas.
- PEREIRA, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- PEREIRA, M.A. (2008) *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau. ISBN 9789728485924.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*.
- RAMOS, N. (2012). *Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde*. Revista interlegere, p. 30-51. [Consultado a março de 2021] <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/11/inter-legere.htm>
- RULICKI, S. & CHERNY, M. (2007). *Comunicación no verbal: Como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Ediciones Granica, S.A.
- SASANGO HAR, F.; DHALA, A.; ZHENG, F.; AHMADI, N.; KASH, B.; MASUD, F. (2020) *Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis*. BMJ Qual Saf.
- SOUSA, J. P. (2006). *Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos média* (2ª ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

STEFANELLI, M.; CARVALHO, E. (2012) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2ª Edição. São Paulo: Manole. ISBN 9788520421963.

STUART, G. W. & LARAIA, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica* (8ª ed.). Madrid: Elsevier España S.A.

TAMPARO, C. T. & LINDH, W. Q. (2008). *Therapeutic communication for health professionals* (3ª ed.). New York: Delmar.

TEIXEIRA, E. (2005). *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 8ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, ISBN 9788532631930.

THOMAS, R. K. (2006). *Health communication*. New York: Springer Science.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. & JACKSON, D. D. (2002). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões patologias e paradoxos de interação*. São Paulo: Cultrix.

WIEMANN, M. O. (2011). *La comunicación en las relaciones interpersonales*. Espanha: Editorial Aresta.

YERENA, S. F. (2005). *Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica* (2ª ed.). México: Pearson Educación.



## APÊNDICE 2 - Apresentação powerpoint: “Concepções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia”







**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

# **Conceções e práticas na comunicação com a pessoa em situação crítica/família em período de pandemia**

Revisão da literatura

António Leite nº 396419004

13º Mestrado em Enfermagem / Estágio final e relatório

Orientação: Profª Doutora Ana Sabrina Sousa

Março 2021

## **Sumário**

- Comunicação como cuidado ao utente-pessoas significativas
- Comunicação/partilha de más notícias
- Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo-se igualmente num bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde.

(Thomas 2006; Ramos, 2012)



“A comunicação e a partilha de informação assumem uma centralidade incontornável na prática de enfermagem, quer no trabalho com os pares, quer com os doentes e familiares, pois só desta forma conseguem assegurar a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados”

Saizote e Mendes (2011, p.224)



Um dos aspetos que motiva maior insatisfação por parte dos familiares, relativamente aos serviços de saúde, é a falta de informação ou o facto de considerarem que esta não lhes é proporcionada no momento oportuno. Neste contexto, a comunicação torna-se o elemento-chave para o fornecimento atempado de informação útil, por parte do enfermeiro, à família da pessoa em situação crítica.

Salote (2010)

Cuidar e comunicar apresentam-se, desta forma, inevitavelmente ligados. No entanto, é fundamental ter em conta que, para que a comunicação terapêutica seja eficaz, é preciso cuidar realmente das pessoas e desejar compreender a situação que estas enfrentam.

Jasmine, 2009



"Má notícia" significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro".

De fato, a comunicação das más notícias em saúde, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/pessoas significativas/enfermeiro, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais.

Pereira, 2008

Pandemia de COVID-19 que trouxe novos desafios, quer à própria formação, quer ao sistema de saúde em Portugal e, consequentemente, aos profissionais da área, nos quais se destacam as equipas de enfermagem pelo seu papel na prestação direta de cuidados, na organização dos serviços e na comunicação com os utentes/familiares e significativos.



"Tornou-se imperativo reformular a forma como vivíamos o hospital"

Parreira et al (2020, p. 166)

## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

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 as pessoas. Através dela, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela."

Campos (2017, p.93) citando Phaneuf (2005)



## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

Na enfermagem a comunicação assume um papel cada vez mais valorizado na relação enfermeiro/doente ou pessoas significativas, sendo hoje em dia um valor fundamental na certificação de qualidade de um serviço e consequentemente um bom indicador da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de saúde.





## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

De acordo com Stefanelli (1993), citada por Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha (2005), a comunicação enfermeiro-doente é denominada comunicação terapêutica porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde da pessoa e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nas pessoas sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.



## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

No âmbito da saúde, a comunicação precisa de ser terapêutica, porque esta objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pelo doente.

(Bertone et al., 2007)



A comunicação é, desta forma um dominador comum presente nas ações de enfermagem que terá influência na maneira como o cuidado é prestado a cada pessoa e deverá garantir a obtenção de ganho terapêuticos.

(Gomes et al., 2012)

## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

Para que seja terapêutica, a comunicação deve apresentar as seguintes características:

- ▀ ser dirigida a um objetivo;
- ▀ ser única para cada pessoa;
- ▀ exigir um compromisso ativo, pois não deve depender da sorte nem é causal;
- ▀ requerer excelentes habilidades de observação e escuta.

(Fuller, 2007).

## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

Em síntese, a comunicação terapêutica em Enfermagem deve:

- ▀ ter **intencionalidade terapêutica** – visa dar resposta a um objetivo específico;
- ▀ ter em conta a realidade específica de cada pessoa;
- ▀ permitir **identificar as verdadeiras necessidades de saúde** das pessoas;
- ▀ ter **valor terapêutico autónomo** (tranquilizar, capacitar, ...) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção);
- ▀ **promover sentimentos de confiança** nas pessoas.

A comunicação terapêutica é essencial na prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade.

## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

A comunicação, nas suas dimensões **verbal** e **não-verbal**, vai permitir o desenvolvimento da relação.

A **comunicação verbal** refere-se a linguagem falada e/ou escrita, fortemente influenciada por pessoas que tem origem a própria linguagem.

A **comunicação não-verbal** refere-se a cinésia (parte da ciência que estuda o comportamento cinético/movimento do corpo), toque e territorialidade, traduz a linguagem transparente do corpo, particularmente não temos consciência da nossa comunicação não-verbal.

## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

A **dimensão não-verbal da comunicação** envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorrem.

A comunicação não-verbal pode confirmar ou desmentir o que é traduzido pela linguagem verbal, e estão tão naturalmente presentes nas interações da vida diária que é difícil ter consciência do que representam.





## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

Os diferentes componentes da linguagem não-verbais são:

- ▀ postura corporal;
- ▀ respiração;
- ▀ tom de voz;
- ▀ distância pessoal;
- ▀ expressão facial;
- ▀ olhar...

Estes e outros sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal na interação, porém, parece que a função contraditória merece maior destaque.

## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

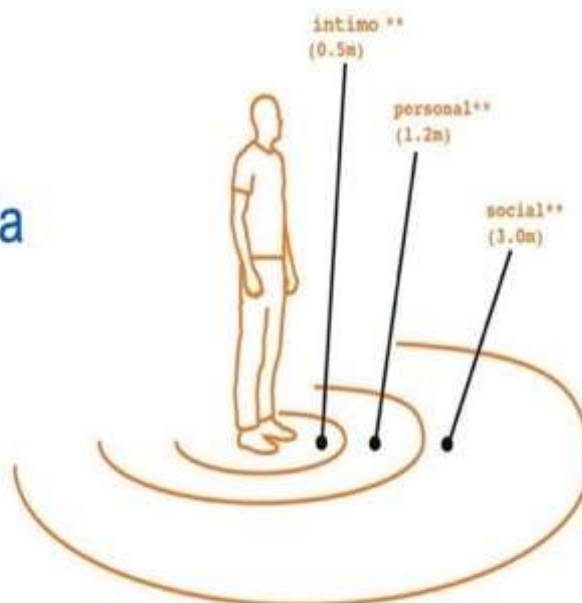
Padrão de comportamento não verbal pode ser:

- ▀ Envolvimento na interação
- ▀ Tensão corporal
- ▀ Postura



## Comunicação como cuidado ao utente- pessoas significativas

### Proxémia



### Comunicação/partilha de más notícias



Por má notícia designa-se qualquer informação que vai **alterar a expectativa da pessoa** em relação a algo, contribuindo para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes...

(Barreto, 2009)

## Comunicação/partilha de más notícias

A transmissão de más notícias é sempre fator gerador de *stress*, no contexto das relações do enfermeiro com a pessoa e sua família/pessoas significativas.

Dar uma má notícia requer perícia, muito treino e tacto, características que se adquirem ao longo da vida e que trazem benefícios a todos os envolvidos no processo comunicacional.

## Comunicação/partilha de más notícias

Processo de transmissão de más notícias deve atingir quatro objetivos principais:

- **Recolher informação** do doente. Isto permite determinar as informações que o mesmo detém e prepará-lo para o que se aproxima;
- **Fornecer informação fácil de compreender**, adequada ao doente;
- **Apoiar o doente**, diminuindo o impacto emocional e minimizando a sensação de isolamento;
- **Definir uma estratégia** em termos de intervenção futura com a colaboração do doente.

## Comunicação/partilha de más notícias

O **modelo de comunicação de Buckman (1994)** constitui um protocolo orientador para a transmissão de más notícias e compreende seis passos (Barbosa & Neto, 2006):

- Conseguir o ambiente;
- Descobrir o que o doente já sabe;
- Descobrir o que o doente quer saber;
- Compartilhar informação;
- Responder às emoções do doente;
- Organizar e planificar.

## Comunicação/partilha de más notícias



## Comunicação/partilha de más notícias

O protocolo **SPIKES** é constituído por seis passos, sendo que cada letra representa uma fase da sequência.

As más notícias devem ser partilhadas e não dadas, permitindo ao paciente/família colocar questões, sendo guiados para a verdade, ou seja, chegam à verdade por si e no seu próprio tempo.

(Pereira, V; 2009)

## Comunicação/partilha de más notícias

## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

A 31 de dezembro de 2019 foi reportada à Organização Mundial da Saúde (OMS) uma pneumonia de causa desconhecida em Wuhan, na China. A doença - COVID-19 - causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), é transmitida por gotículas que podem contaminar pessoas numa curta distância ou objetos e superfícies.

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia.



## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

Todo esse contexto de enfrentamento da infeção viral pelo SARS-COV-2 exigiu alterações nas atividades de vida diárias do ser humano, afetando, assim, as dimensões da sua existência.

Dessas alterações, destacam-se as repercussões significativas no processo saúde-doença que afetam o cuidado em saúde, em especial, aquelas relacionadas com a prática da enfermagem competências relacionadas ao desenvolvimento:

- Promoção da saúde;
- Prevenção da doença até a assistência de doentes críticos de alta complexidade.





## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

O estado de emergência despoletado pela pandemia mudou repentinamente a forma como os profissionais de saúde comunicam com os doentes e suas famílias.

As precauções de isolamento exigidas pela pandemia COVID-19 impuseram alterações aos cuidados de fim de vida, com a introdução de comunicações remotas entre profissionais de saúde, doentes e familiares, havendo lugar a exceções para visitas presenciais no final imediato da vida.

## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

Estas alterações na comunicação entre doentes terminais e famílias pode ter consequências significativas, incluindo o isolamento do doente e o risco de os familiares desenvolverem:

- Depressão;
- Ansiedade ;
- Luto complicado.



Falta de comunicação

Medo e angústia  
por parte da família

Inacessibilidade e a dificuldade, em contactar os profissionais para obtenção de informação sobre o estado clínico e preferências do doente, relativamente a procedimentos e tratamentos.

## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

Numa situação de pandemia, estabelecer uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e doentes é uma tarefa difícil porque a necessidade de usar EPI impede o reconhecimento e limita a comunicação não verbal. Falar com um familiar ao telefone é também complicado.



## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia



Os hospitais tomaram a decisão de fazerem videochamada através da aplicação "Whatsapp" e cada doente deve ter um cuidador principal de referência, este familiar/pessoas significativa será o responsável por reunir os familiares para a videochamada ou transmitir a informação aos mesmos.



## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia



Fonte: Elie Azoulay, J. Randall Curtis, Nancy Kerbel-Barnes. Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Med* 2021.

## Transformação da comunicação utente - pessoas significativas em período de pandemia

A comunicação envolve a relação entre uma pessoa e outra, ela pode se dar fisicamente ou virtualmente.

"Reforço das equipas de enfermagem e formação específica e/ou especializada dos enfermeiros, para melhorar articulação com outros serviços e equipas, promover o autocuidado e altas precoces, apostar na vigilância e promoção da saúde e prevenção da doença e na humanização dos cuidados".

Parreira et al (2020, p. 169)



## VITALS. A TRUE HUMAN STORY

Realizado por Félix Colomer

Filmou o dia-a-dia de um hospital catalão no pico da pandemia em Espanha. É um documentário em três episódios que revela a luta contra a Covid-19, a partir da realidade de Barcelona. Estreou em fevereiro de 2021 na Plataforma de streaming HBO®.

### APÊNDICE 3 - Apresentação powerpoint “Cateter Venoso Central – Cuidados de Enfermagem





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

# Cateter Venoso Central

## Cuidados de enfermagem

**Estudante:** António Leite nº 396419004

**Sob orientação de:** Prof.ª Doutora Ana Sabrina Sousa

## Sumário

- Indicações
- Locais de punção
- Complicações
- Material
- Indicações de administração de terapêuticas
- Colheitas de sangue
- Cuidados de enfermagem
- Executar o tratamento
- Heparinização do cvc
- Oclusão de um cvc
- Retirar o cvc
- Implantofix
- Cuidados de enfermagem
- Cvc de inserção periférica



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

2

## Indicações

- Administração de soros, hemoderivados e/ou medicação, em situação de colapso do sistema venoso periférico (choque);
- Administração de medicação tóxica ou irritante para o sistema venoso periférico (ex.: aminas vasoativas, quimioterapia);

## Indicações

- Administração de soluções de alta osmolaridade ( $> 800$  mOsm/l);
- Administração prolongadas que requerem um acesso venoso duradouro (ex.: nutrição parentérica; quimioterapia);
- Medição da Pressão Venosa Central.

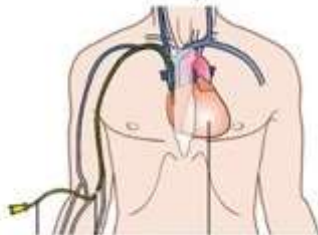
Os locais possíveis de punção são:



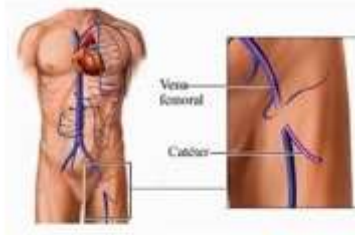
Veia Jugular



Veia Subclávia



Veia Basilica



Veia Femoral

## Complicações

### Relacionadas com a punção

- Pneumotórax;
- Hemotórax;
- Lesão do ducto torácico (à esquerda);
- Punção arterial;
- Arritmia cardíaca.

# Complicações

## Não relacionadas com a punção

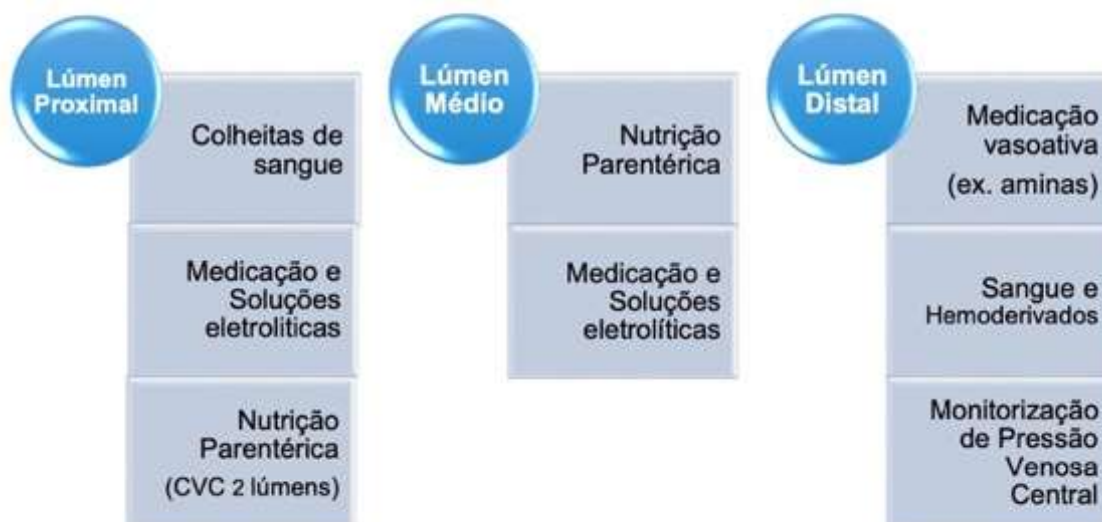
- Infecção;
- Trombose venosa profunda;
- Embolia gasosa.

## Material





## Indicações de administração de terapêuticas



# Pressão Venosa Central

A PVC é utilizado para indicar as pressões cardíacas direita (pressão de enchimento do lado direito ou a pré-carga do ventrículo direito) e o estado de hidratação;

Podem ser utilizados para para administração intravenosa de fármacos por períodos longos;



# Pressão Venosa Central

Os determinantes da PVC são:

- Volume de sangue circulante;
- Tônus vascular;
- Função ventricular direita.

Os seus valores médios normais variam de 0 a 8 mmHg, mas existe fatores que interferem no valor real da PVC:

- Relacionado com o doente;
- Relacionado com cateter e aos sistemas de conexão;
- Relacionado com o sistema de medida.

# Pressão Venosa Central

## Observar a resposta à fluidoterapia

Um aumento acentuado na PVC com "fluid challenge" indica disfunção ventricular.

Outras causas de PVC aumentada:

- IC aguda;
- Pericardite constrictiva;
- Miocardiopatia restritiva;
- Estenose ou Regurgitação tricúspide;
- HT pulmonar;

# Pressão Venosa Central

## Calibragem do sistema com o ponto zero



# Pressão Venosa Central

## Cuidados essenciais na monitorização da PVC

- Cateter venoso central na jugular interna ou na veia subclávia;
- Medir a PVC através transdutor ao nível da aurícula com doente na horizontal;
- Retirar qualquer bolha de ar do sistema de medida.

# Cuidados a ter com cvc

## Manutenção e manipulação do cvc

- Avaliar diariamente a necessidade de manter o cvc;
- Cumprir técnica asséptica na manutenção:
  - Realizar higiene das mãos;
  - Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores por fricção com clorhexidina a 2% solução alcoólica ou com álcool a 70% durante 15 a 20 segundos antes da manipulação do cvc.



## Vigilância do local de inserção

Vigiar o penso e o local de inserção do cvc com periodicidade adequada e se necessário, executar o tratamento ao local de inserção utilizando a técnica asséptica, garantindo o orifício limpo sem sangue e vigiando os sinais inflamatórios .



## Executar o tratamento ao local de inserção do cvc

### Troca de penso:

- 48 horas após a sua realização, se penso com compressas;
- 7 dias após a sua realização, se penso transparente;
- SOS se visivelmente sujo com sangue ou penso descolado da pele.



## Executar o tratamento ao local de inserção do cvc

### Técnica de execução do tratamento:

- Reunir o material necessário;
- Cumprir as precauções básicas do controlo de infeção;
- Posicionar a pessoa confortável e que favoreça a realização do tratamento;
- Colocar máscara cirúrgica ao doente e rodar a cara no sentido oposto ao local de inserção do cateter;
- Usar a máscara, luvas esterilizadas e "kit de penso" de modo a dispor de campo estéril para a colocação do material;

## Executar o tratamento ao local de inserção do cvc

- Retirar o penso anterior;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas esterilizadas;
- Fazer a antissepsia da pele com clorohexidina a 2% solução alcoólica ou com álcool a 70%;
- Colocar penso estéril transparente e semipermeável;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Datar o penso.



## Colheitas de sangue pelo cvc

No caso de a colheita só poder ser efectuada no cvc, esta deverá ser executada no lúmen proximal, parando as perfusões em curso (caso do lúmen em utilização).



## Colheitas de sangue pelo cvc

Aspirar o conteúdo directamente do lúmen até sair cerca de 20 ml de sangue, que deve ser rejeitado. Em seguida, com nova seringa, aspira-se a quantidade de sangue desejada.

Posteriormente deve lavar-se o lúmen com soro fisiológico (S.F.) 0,9% e colocar novamente as perfusões em curso (caso do lúmen em utilização), heparinizar ou SF 0.9% lúmen (se não utilizado).

## Heparinização do cvc





## Oclusão de um cvc

Oclusão de cvc é uma situação com moderada gravidade, uma vez que impede o seu correto funcionamento e desta forma tem que ser solucionado por uma correta intervenção por parte do pessoal de enfermagem e em caso de insucesso, pelo médico

## Como devemos retirar o cvc?



## Retirar o cvc

- Informar o doente e obter a sua colaboração para realizar o procedimento;
- Devem ser suspender todas as perfusões e clampados os lúmens;
- O doente deverá estar em decúbito dorsal e com a cabeça voltada para o lado contrário ao da inserção do cvc;
- Durante este movimento deve solicitar-se ao doente que realize a manobra de Valsalva;

## Retirar o cvc

- Seguidamente procede-se à realização de um penso compressivo
- Devemos ter atenção à integridade do cvc e retirar uma amostra de 5 centímetros da ponta do cvc para análise microbiológica.
- Caso observe falta de integridade do cvc, deve-se comunicar imediatamente ao médico.

# Registos CIPE

- Atitudes terapêuticas:

- Cuidados ao cateter venoso central (Sem horário).

- Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar local de inserção do cateter (Sem horário)
- Executar tratamento ao local de inserção cateter venoso central (SOS)
- Remover material de sutura (SOS);
- Vigiar penso do cateter (Sem horário).

## Cateter venoso totalmente implantável - IMPLANTOFIX



## Cuidados a ter no implantofix:

- Calçar luvas e abrir o penso;
- Colocar o cateter num campo esterilizado;
- Usa técnica asséptica;
- Adaptar uma seringa de 10 ml e aspirar 5 ml de sangue, protegendo com compressas esterilizadas embebidas em álcool e válvula anti-retorno ou extremidade de cateter;

## Cuidados a ter no implantofix:

- Preceder as colheitas de sangue;
- Injectar 20 ml de SF 0.9%;
- Preparar uma solução de heparina e injectar 3 ml no cateter ou utilizar o Frillin (solução pronta ser administrada) injectar 3ml/60ui.

# Referências Bibliográficas

AZEREDO, OLIVEIRA (2013). *Monitorização hemodinâmica invasiva*. Revista Sinais Vitais, 44-54

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2015). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. NORMA nº 022/2015.

YOKOE DS et al. (2014). *A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals*. American Journal of Infection Control 42: 820-8.

MARSCHALL J et al. (2014). *Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: Update*. Infection Control and Hospital Epidemiology, Julho 2014, Vol. 35, nº7.

LUTWICK L et al. (2019). *Managing and preventing vascular catheter infections: A position paper of the International Society for Infectious Diseases*. ISID 84: 22-29.

THE JOINT COMMISSION. (2013). *Preventing Central Line- Associated Bloodstream Infections: Useful tools, an International Perspective*.

PAYAL KP et al. (2019) *A Tiered Approach for Preventing Central Line-Associated Bloodstream Infection*. Annals of Internal Medicine. Vol. 171, nº 7 (supplement).

Obrigado!





# **ANEXOS**





## ANEXO 1 - Pontos Classificáveis da TISS-28 (adaptado de Padilha et al. 2005).



| Item     | Categorias e intervenções terapêuticas                                                                                                                                       | Pontos classificáveis |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>A</b> | <b>Atividades básicas</b>                                                                                                                                                    |                       |
| A.1.     | Monitorização básica - Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.                                                                                         | 5                     |
| A.2.     | Análises - testes bioquímicos ou microbiológicos, incluindo gasometrias.                                                                                                     | 1                     |
| A.3.     | Medicação única - Qualquer tipo de medicamento administrado EV ou por SNG.                                                                                                   | 2                     |
| A.4.     | Medicação múltipla EV- mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua.                                                                                                    | 3                     |
| A.5.     | Mudança roupa simples - Cuidados e prevenção de decúbito e mudança diária de pensos.                                                                                         | 1                     |
| A.6.     | Mudança roupa complexa - Pensos frequentes e/ou cuidados importantes a feridas.                                                                                              | 1                     |
| A.7.     | Drenagens - Qualquer tipo de drenagens exceto sonda nasogástrica.                                                                                                            | 3                     |
| <b>B</b> | <b>Suporte respiratório</b>                                                                                                                                                  |                       |
| B.1.     | Ventilação artificial - Qualquer forma de ventilação mecânica/assistida, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares.                                                  | 5                     |
| B.2.     | Suporte ventilatório - Respiração espontânea por tubo endotraqueal ou traqueostomia com suplementação de oxigénio.                                                           | 2                     |
| B.3.     | Cuidados de via aérea - Tubo endotraqueal ou traqueostomia.                                                                                                                  | 1                     |
| B.4.     | Medidas suporte função pulmonar- Fisioterapia respiratória, espirometria incentivada, terapêutica inalatória, aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia.     | 1                     |
| <b>C</b> | <b>Suporte cardiovascular</b>                                                                                                                                                |                       |
| C.1.     | Fármaco vasoativo único - Qualquer fármaco vasoativo em perfusão contínua EV.                                                                                                | 3                     |
| C.2.     | Fármacos vasoativos múltiplos - Mais de um fármaco vasoativo em perfusão contínua EV independentemente do tipo ou da dose.                                                   | 4                     |
| C.3.     | Substituição de volume - Substituição EV de grande quantidade de perdas de fluidos (>3l/m²/dia aproximadamente >4.5L/dia), independentemente do tipo de fluido administrado. | 4                     |
| C.4.     | Linha arterial periférica.                                                                                                                                                   | 5                     |
| C.5.     | Monitorização hemodinâmica - Cateter de Swan-Ganz, com ou sem medição do débito cardíaco.                                                                                    | 8                     |
| C.6.     | Cateter venoso central.                                                                                                                                                      | 2                     |
| C.7.     | Ressuscitação cardiorrespiratória - Nas 24 horas precedentes.                                                                                                                | 3                     |
| <b>D</b> | <b>Suporte renal</b>                                                                                                                                                         |                       |
| D.1.     | Técnicas dialíticas.                                                                                                                                                         | 3                     |
| D.2.     | Monitorização débito urinário - Através de cateter urinário.                                                                                                                 | 2                     |
| D.3.     | Diurese forçada - Diurese ativa (por exemplo furosemida) associado com sobrecarga hídrica.                                                                                   | 3                     |
| <b>E</b> | <b>Suporte neurológico</b>                                                                                                                                                   |                       |
| E.1.     | Monitorização da Pressão intracraniana.                                                                                                                                      | 4                     |
| <b>F</b> | <b>Suporte metabólico</b>                                                                                                                                                    |                       |
| F.1.     | Tratamento alcalose/acidose metabólica complicada.                                                                                                                           | 4                     |
| F.2.     | Alimentação parentérica.                                                                                                                                                     | 3                     |
| F.3.     | Alimentação por SNG.                                                                                                                                                         | 2                     |
| <b>G</b> | <b>Intervenções específicas</b>                                                                                                                                              |                       |
| G.1.     | Intervenção específica única na UCI- Tal como entubação endotraqueal, pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas 24 horas precedentes, lavagem gástrica. | 3                     |
| G.2.     | Intervenção específica múltiplas UCI- Mais de uma das precedentes.                                                                                                           | 5                     |
| G.3.     | Intervenções específicas fora da UCI- Procedimentos diagnósticos ou cirurgia.                                                                                                | 5                     |

**Notas:**

1 - "Medicação e.v. múltipla" exclui "Medicação e.v. única";

2 - "Ventilação mecânica" exclui "Suporte ventilatório";

3 - "Fármacos vasoativos múltiplos" exclui "Fármaco vasoativo único";

4 - "Intervenções específicas múltiplas na UCI" exclui "Intervenção específica única na UCI".



## ANEXO 2 - Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)

(Adaptado de Ely et al.,2001)



---

**1. Início agudo e curso flutuante**

A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (ex. RASS), Glasgow, ou avaliação de *delirium* prévia?

---

**2. Falta de atenção**

O doente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a oito quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção - Attention Screening Examination (ASE)?

---

**3. Pensamento desorganizado**

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorrectas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

Perguntas: (Alternar Conjunto A e Conjunto B):

Conjunto A

1. Uma pedra pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha?

Conjunto B

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

Outras:

1. Está com o seu pensamento pouco claro?
2. Segure nestes dedos. (O examinador coloca dois dedos em frente do paciente)
3. Agora faça o mesmo com a outra mão. (Não repetir o número de dedos)

---

**4. Alteração do nível de consciência**

O nível de consciência do doente é outro que não o alerta?

Alerta: completamente consciente do ambiente e interage apropriadamente de forma espontânea

Vigilante: hiperalerta

Letárgico: sonolento, mas facilmente despertável, não consciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma espontânea com o entrevistador; torna-se completamente consciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente

Estuporoso: dificilmente despertável, não consciente de alguns ou todos os elementos do ambiente ou não interage de forma espontânea com o entrevistador; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos e, assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior sem resposta

Coma: não despertável, não consciente dos elementos do ambiente e sem interacção espontânea com o entrevistador, mesmo após estímulos muito vigorosos

---

*Delirium* presente quando 1 e 2 mais 3 ou 4.

---





## ANEXO 3 - Recomendações feitas pela Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos para a abordagem da COVID-19 em Medicina Intensiva



- **Recomendação 1** - Recomenda-se isolamento em quarto individual com pressão negativa com adufa, casa de banho privativa e sistema de ventilação adequado com capacidade para pelo menos 6-12 renovações de ar/hora. Uma vez esgotados estes recursos, recomenda-se que os doentes sejam isolados em quarto individual com sistema de ventilação com capacidade para pelo menos 6-12 renovações de ar/hora. Quando não estiverem disponíveis quartos individuais de isolamento, recomenda-se isolamento em coorte respeitando uma distância mínima superior a 1 metro entre unidades de doente.
- **Recomendação 2** - Recomenda-se restrição de visitas a todos os doentes e limitação do número de profissionais em contacto com o doente (idealmente com profissionais dedicados), com implementação de formas alternativas, à distância, de comunicação entre o doente e a família e entre a equipa clínica e o doente e a família, independentemente do local de isolamento.
- **Recomendação 3** - Recomenda-se que todos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados clínicos apliquem precauções universais, precauções de contato e precauções de gotículas. Estas incluem a utilização de equipamento de proteção individual específico, descartável (de uso único) e impermeável: bata, máscara cirúrgica, proteção ocular e luvas limpas. Durante a prestação de cuidados clínicos potencialmente geradores de aerossóis (p.e. entubação, aspiração de secreções, broncoscopia), ou contato prolongado (> 15 minutos) e/ou íntimo (p.e. colocação de cateter venoso central, cirurgia, manobras de reanimação cardiorrespiratória), recomenda-se a aplicação de precauções de via aérea. Estas incluem a utilização de equipamento de proteção individual específico, descartável (uso único) e impermeável: bata (com punhos que apertem ou com elásticos e que cubra até ao meio da perna ou tornozelo), touca, máscara FFP2/FFP3 (com adequado ajuste facial), proteção ocular (com proteção lateral), luvas (com punho acima do punho da bata), e proteção de calçado (idealmente sapatos impermeáveis e de uso exclusivo nas áreas de isolamento ou, opcionalmente, coberturas de sapato impermeáveis). Recomenda-se que o fato de proteção integral (impermeável, com capuz incorporado e proteção de pescoço) seja limitado a profissionais com treino e experiência prática na sua utilização. Uma vez que a utilização de nebulizadores, ventilação mecânica não invasiva ou oxigénio de alto fluxo por cânulas nasais é potencialmente geradora de

aerossóis recomenda-se que na prestação de cuidados clínicos a estes doentes sejam igualmente aplicadas precauções de via aérea.

**Recomendação 4** - Recomenda-se que a ordem e técnica para colocação e remoção do Equipamento de Proteção Individual seja rigorosamente cumprida (idealmente com uso de espelho ou vigilância por outro profissional de saúde), sendo que no procedimento de remoção deve existir cuidado adicional para evitar contaminação do próprio, dos outros e do ambiente.