



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Adriana João Pinto Sequeira

LISBOA, Fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Adriana João Pinto Sequeira

Sob orientação de Professora Patrícia Pontífice

LISBOA, Fevereiro de 2013

Pensamento

*“O grande trabalhador da natureza é o tempo.
Ele caminha sempre num passo certo e não faz nada por saltos
e pulos, antes faz todas as coisas por graus, gradações e sucessões,
e as mudanças que opera, ao princípio impercetíveis,
tornam-se pouco a pouco percetíveis e acabam por revelar-se”.*

(Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Às Pessoas e famílias por terem constituído uma fonte contínua de aprendizagem e de estímulo para um melhor cuidar e por emprestarem grandeza e humanidade ao meu cuidar diário.

À minha família, por toda a compreensão dos momentos de ausência e pelo incentivo ao longo deste percurso principalmente nos momentos de grande cansaço.

Ao João, pela paciência e pela ajuda nos momentos mais difíceis e nas ausências mais prolongadas.

Aos colegas e Amigos da minha vida profissional, pela amizade, incentivo, perseverança e sugestões sempre preciosas.

À Professora Patrícia Pontífice e Professora Ilda Lourenço, pela disponibilidade, compreensão, incentivo e sentido pedagógico que sempre demonstraram ao longo deste percurso.

Agradeço, a todos aqueles que sempre me apoiaram, eles sabem bem quem são, e principalmente, aqueles que nunca acreditaram, pois esses deram-me ainda mais força para chegar aqui.

A todos eles o meu sincero obrigado.

ABREVIATURAS/SIGLAS

ABREVIATURAS

art. – Artigo

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

n^o – Número

p. – Página

SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CHLC – Centro Hospital de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPLEEMC – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EET – Entubação Endo Traqueal

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

HSJ – Hospital de São José

HSM – Hospital de Santa Marta

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

O.E. – Ordem dos Enfermeiros

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PCR – Paragem Cardio Respiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SCG – Score Coma Glasgow

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

STM – Sistema de Triagem de Manchester

S.W.O.T. – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

S.U. – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

VA – Via Aérea

VAD – Via Aérea Difícil

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VVC – Via Verde Coronária

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	12
1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	16
2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO REALIZADO	24
2.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA	25
2.2 – VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	34
2.3 – SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DO HBA	40
3 – CONCLUSÃO	50
4 – BIBLIOGRAFIA	52

ANEXOS

ANEXO I – Artigos da Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE II – Avaliação do questionário “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE III – Plano de formação “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE IV – Formação “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE V – Questionário de avaliação da Formação/Formadora

APÊNDICE VI – Avaliação da Formação/Formadora

APÊNDICE VII – Instrução de Trabalho sobre Hipotermia Terapêutica

APÊNDICE VIII – Póster sobre “*Abordagem do SCA no Pré-Hospitalar*”

APÊNDICE IX – Questionário “*Atuação do Enfermeiro na permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE X – Avaliação do questionário “*Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE XI – Plano da formação “*Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE XII – Cartaz da formação “*Atuação do Enfermeiro na Manutenção e Permeabilização da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”

APÊNDICE XIII – Questionário de avaliação da Formação/Formadora

APÊNDICE XIV – Avaliação do Questionário da Formação/Formadora

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão de estudos primários **18**

Quadro 2 – Resumo da evidência científica recolhida no processo de pesquisa **19**

RESUMO

As alterações e mudanças sociais, tecnológicas e científicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e na área da saúde em particular, colocam novos desafios aos profissionais de saúde. Esta realidade, incentiva a reflexão e a busca de novos saberes, conduzindo os profissionais, particularmente os Enfermeiros, a vários recursos e métodos, entre os quais a procura da formação contínua e académica especializada, que lhes proporcione um crescimento pessoal e profissional, exigindo-se cada vez mais um elevado nível de conhecimentos teóricos e práticos interrelacionados. O curso visa o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família, pelo que essa opção foi algo inevitável dada a sua dedicação quase exclusiva à área de urgência e emergência.

O presente relatório contextualiza e caracteriza cada módulo de estágio, de forma crítica-reflexiva tendo em conta as atividades desenvolvidas, bem como evidenciando as adaptações face às contrariedades encontradas em cada serviço neste percurso.

Utiliza a metodologia crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, face à aquisição dos objetivos e competências previstas para o seu desenvolvimento pessoal e profissional nos domínios das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para um Enfermeiro Especialista. No decurso de cada módulo de estágio, foram desenvolvidas competências e habilidades que se foram espelhando e repercutindo nos estágios subsequentes, sendo demonstrado pelo grau de reflexão progressivamente mais aprofundado e pela melhoria da qualidade nas atividades desenvolvidas e adequadas à realidade do mesmo emergindo como temáticas centrais a Comunicação e os cuidados ligados à Pessoa crítica em situação de Síndrome Coronário Agudo (SCA).

Constato que nesta caminhada impera a reflexão crítica para a construção de um modelo sólido, alicerçado em pilares fundamentais no cuidado à Pessoa Humana.

ABSTRACT

The changes and social changes, as technological and scientific, that as been taking place in the society in general, and particularly in the health's area, pose new challenges for health professionals.

This reality, encourages the reflection and the pursuit of a new knowledge leading the professionals, particularly nurses, to several features and methods, including the demand for continuous training and specialized academic, to give them a professional and personal growth, requiring increasingly a high level of theoretical knowledge and practical inter-related.

The course aims the development of skills for the provision of specialized care to the person who experiences the complex processes of critical illness and/or organic decrease in patient and his family, whereby this option was something inevitable, given its almost exclusive dedication to emergency and urgent areas.

This report characterizes and contextualizes each stage module, in a critically-reflective way, taking into account the developed activities, as well as, evidencing the adaptations taking into account the setbacks encountered on each service, on this route.

Utilizes critical-reflexive methodology on the developed activities, facing to the acquisition of the objectives and competences provided for your personal and professional development, in the fields of competencies defined by the Order of Nurses (NMC) for a specialist nurse. During each stage module, were developed competencies and skills that were mirroring and reverberating, in subsequent stages, being demonstrated by the degree of reflection, progressively deeper and by the improved quality in the developed and adequated activities of it, emerging as central thematic, the Communication and the care related to the person in critical condition, in Acute Coronary Syndrome (ACS) situation.

I note that, in this road, prevails a critical reflection for constructing a solid model, grounded in fundamental pillars in Human Care Will.

0 – INTRODUÇÃO

As alterações e mudanças sociais, tecnológicas e científicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e na área da saúde em particular, colocam novos desafios aos profissionais de saúde. Esta realidade, incentiva a reflexão e a busca de novos saberes, conduzindo os profissionais, particularmente os Enfermeiros, a vários recursos e métodos, entre os quais a procura da formação contínua e académica especializada, que lhes proporcione um crescimento pessoal e profissional, exigindo-se cada vez mais um elevado nível de conhecimentos teóricos e práticos interrelacionados.

A Enfermagem focaliza-se na relação interpessoal entre Enfermeiro – Pessoa/família, em que cada um é portador das suas crenças, desejos próprios e valores. E é aqui que o Enfermeiro se torna dissemelhante dos outros profissionais de saúde pela aceitação e respeito incondicional da Pessoa, sem juízos de valor e tendo por base de sustentação a sua formação e experiência. Através dos conhecimentos apreendidos ao longo da sua formação e do seu caminho profissional, vai construindo o seu trilhar, o seu próprio saber, crucial ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e legais. Espera-se assim do Enfermeiro especialista, o julgamento, a tomada de decisão e o desempenho adequados às respetivas situações, num processo contínuo de reflexão de e sobre a prática alicerçado a um conhecimento profundo nas respostas às necessidades da Pessoa/família.

A procura incessante do saber aliada à sede do conhecimento faz-me ingressar no Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (UCP). Este curso visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada à Pessoa adulto e idoso com doença grave e é especificamente dirigido para a assistência à Pessoa em estado crítico (UCP, 2007). No seu plano de estudo estão contempladas 540 horas de estágio cujo propósito é facultar as condições que permitam ao aluno o aperfeiçoar e desenvolver de competências específicas nesta área de especialização. O estágio é constituído por três módulos distintos, com a duração de 180 horas cada, nas vertentes de Serviço de

Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e um Módulo Opcional de entre as possíveis valências: Infecção Hospitalar, Assistência Pré-Hospitalar, Enfermagem em Fim de Vida, Enfermagem Geriátrica e Bloco Operatório. O módulo opcional deve permitir ao aluno uma extensão lógica da sua área principal de formação sendo as opções neste ditadas pela área em que este se insere, neste sentido a minha escolha recaiu sobre o Pré-Hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A aquisição de competências profissionais na área de especialização, requer a realização de estágios clínicos que se aproximem da realidade. Estes são momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, para desenvolver capacidades, atitudes e competências, onde se espera que o estudante desenvolva atitudes e processos de auto-regulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados. (ALARCÃO, 1996)

Utilizei ao longo deste percurso como temática orientadora a Comunicação, a Pessoa em situação crítica de Síndrome Coronário Agudo (SCA) e em situação de Via Aérea Difícil (VAD). Tendo como fio condutor o paradigma da Transformação, de onde emerge as Teorias de Merle Mishel e Afaf Meleis.

Para Meleis (1997), uma teoria de Enfermagem é definida como uma conceptualização de alguns aspetos da realidade que são pertinentes para a Enfermagem. Essa conceptualização é articulada pelo propósito de descrever, explicar, predizer e prescrever cuidados de Enfermagem.

O conceito da Enfermagem, independentemente do seu paradigma explicativo, têm sempre em comum os Conceitos Metaparadigmáticos, como refere Bastos (1998, p.81) “... *qualquer que seja a perspetiva ou paradigma que explique o que é a enfermagem, inclui sempre quatro conceitos essenciais*”. Esses conceitos são a Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem, neste relatório são explicados segundo Meleis.

O Conceito de Pessoa segundo Meleis (2005), pode ser definido como o ser humano que tem necessidades e que se encontra em constante interação com o meio envolvente, possuindo a habilidade de se adaptar ao mesmo. No entanto, quando em situação de doença ou vulnerabilidade perante uma potencial doença, espera-se um desequilíbrio ou um risco de vivenciar esse desequilíbrio.

Relativamente ao Ambiente, a Enfermagem vem assim incorporar um especial enfoque neste domínio, que inclui contextos sociopolíticos e económicos importantes, para o cliente de Enfermagem e os seus familiares significativos. (MELEIS, 1997).

A prestação de cuidados de Enfermagem em ambiente urgente/emergente é caracterizada por uma abordagem ética, humanizada revestida de uma competência técnico, científica e relacional, que no seu conjunto conduzem a um aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Estas competências estão inerentes ao Enfermeiro especialista segundo o descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 1996) artigo 4º, nº 3¹

Este relatório tem como objetivos, enquadrar conceptualmente a prática desenvolvida, fundamentar teoricamente as estratégias utilizadas para a conceção do mesmo, a contextualização de cada campo de estágio, refletir criticamente a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Médico-Cirúrgica.

Utilizei como metodologia a análise crítico-reflexiva através de um método narrativo e descritivo de forma detalhada e objetiva das atividades desenvolvidas no sentido de aferir os objetivos e competências definidos pela OE para o Enfermeiro especialista, a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão de Cuidados, Gestão da Qualidade o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e o domínio específico da Enfermagem Médico-Cirúrgica abrangendo as áreas de prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

A construção deste documento inclui todo o processo de aprendizagem dos estágios, os progressos e as realizações em diferentes níveis, tornando a aprendizagem mais facultosa e favorável. Estruturalmente, do primeiro ponto fará parte uma Revisão Sistemática de Literatura sobre a necessidade de comunicação entre o Enfermeiro e a Pessoa em situação crítica, no segundo será abordada a descrição e a análise crítica do percurso realizado, em que se subdividirá na contextualização de cada módulo

¹ “... é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”

realizado, esta descrição é cronológica iniciando-se pela Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do HSM, VMER do HSJ e SU do Hospital Beatriz Ângelo onde me foi possível um olhar diferente sobre um SU diferente do da minha prática diária, onde foi possibilitada a reflexão e um olhar crítico dos cuidados prestados. As competências adquiridas estarão dissolvidas entre estes. O terceiro ponto espelhará a reflexão em modo de constructo sobre este meu crescimento pessoal e profissional.

Na realização deste trabalho foram consultadas diversas fontes bibliográficas e cibergráficas, que assistiram na fundamentação e construção teórica. As referências bibliográficas são apresentadas no quarto capítulo de acordo com a norma ISSO 690.

Em forma de apêndices foram remetidos todos os trabalhos elaborados ao longo de cada estágio, refletindo momentos mais importantes constituindo meios fulcrais de ensino/aprendizagem.

1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Enquadramento do Problema

As alterações e mudanças sociais, tecnológicas e científicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e na área da saúde em particular, colocam novos desafios à Enfermagem, esta realidade, incentiva a reflexão e a busca de novos saberes, conduzindo a vários recursos e métodos. Criando o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência de cuidar.

A comunicação é a essência do ser humano, na medida em que este não pode existir sem ela, ocupando esta uma dimensão relacional nas sensações, emoções e na cognição. As emoções e as sensações são dirigidas por expressões que complementam ou contradizem as palavras, sendo esta uma linguagem não verbal. O acesso à linguagem é conseguido através da cognição, onde as mensagens são transmitidas pelas palavras, a comunicação verbal (PHANEUF, 2005). Na Enfermagem, assume e sustenta como fundamento para a relação entre Enfermeiro/Pessoa doente, sendo o instrumento rudimentar da profissão, pois só através dela podemos conhecer a Pessoa como um todo.

O cuidado humanizado necessita não só da técnica do Enfermeiro no exercício das suas funções bem como da competência pessoal evidenciada na capacidade de compreender a Pessoa a quem presta cuidados, através do respeito pela sua individualidade ao mesmo tempo que suscita uma perceção holística do mesmo, superiorizando a compreensão biológica da doença e contemplando os aspetos psicológicos, sociais, culturais e espirituais que influenciam o processo de saúde/doença.

A Pessoa hospitalizada vivencia experiências desagradáveis, por todo o meio envolvente, como o medo do desconhecido, da utilização de métodos invasivos e de uma linguagem tecnicista, rebuscada, o que aumenta ainda mais os níveis de ansiedade, deixando-a ainda mais desprotegida, despida de um ambiente familiar e acompanhada de outras a vivenciar o mesmo processo. Assim, a individualidade da Pessoa, é

silenciada, não existindo espaço para um cuidado, onde se tenha a oportunidade de perceber os seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e onde esta nunca deixe de ser a mais autónoma possível. Sendo necessário que o Enfermeiro possua competências humanizadas com habilidades emocionais capazes de compreender a Pessoa como um todo, onde possa reconhecê-la individualmente tornando-a singular e aliada nos seus cuidados e não desenvolva um cuidar tecnicista.

Questão de Investigação

De forma a contribuir para um conhecimento mais amplo do fenómeno e mediante esta revisão sistemática de literatura, procurou-se resposta para a seguinte questão: Quais os fatores que influenciam a construção do processo de comunicação Enfermeiro/Pessoa doente hospitalizada? Desta, emergem questões secundárias: Que estratégias facilitadoras utilizam os Enfermeiros neste processo? Quais os obstáculos/barreiras ao processo de comunicação Enfermeiro/Pessoa doente? Utilizando como ponto de partida estas questões, justificadas pelo desconhecimento do processo de construção da comunicação entre o Enfermeiro/Pessoa doente, passamos a apresentar os aspetos metodológicos e resultados encontrados.

Considerações Metodológicas

O objetivo primordial deste trabalho é determinar a melhor evidência disponibilizada relativa aos fatores que influenciam o processo de comunicação entre o Enfermeiro e a Pessoa doente hospitalizada, esclarecendo as estratégias utilizadas e os obstáculos vivenciados, contribuindo desta forma para a síntese e para a integração do conhecimento produzido sobre o fenómeno da comunicação em estudos primários qualitativos. Foram inicialmente encontrados 18 artigos, através de um processo de procura, seleção, organização e síntese desses estudos e da remoção do conhecimento científico neles presente, permaneceram apenas 4 (Anexo I), esperamos que esta revisão contribua para o progresso de Enfermagem explanando a evidência alcançada. Na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão e, na conseqüentemente seleção da amostra, recorreu-se à metodologia PICO: Centre For Reviews And Dissemination (CRD, 2009). É uma revisão sistemática de literatura com elaboração singular de um metasumário (SANDLOWSKI & BARROSO, 2003a) em

que foram definidos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos selecionados (Quadro 1)

Crítérios de seleção	Crítérios de inclusão	Crítérios de Exclusão
Participantes	Pessoas hospitalizadas e Enfermeiros prestadores de cuidados	Estudos direcionados para a área neonatal, pediátrica, psiquiatria e oncologia; Estudos que não descrevam ou contemplem a intervenção do Enfermeiro no processo de comunicação com a Pessoa.
Intervenção	Intervenções de Enfermagem desenvolvidas, estratégias e metodologias utilizadas no processo de comunicação com a Pessoa	Intervenções de Enfermagem não direcionadas para o processo de comunicação
Outcomes (resultados)	Explorar o processo de comunicação entre o Enfermeiro e a Pessoa; Identificar, as estratégias que facilitam e dificultam a comunicação entre o Enfermeiro e a Pessoa	
Study (tipo de estudo)	Estudos com metodologia qualitativa.	Revisões sistemáticas da literatura e todos aqueles que não se incluíam nos restantes critérios de inclusão

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão de estudos primários

Observar a comunicação como um estado ilusivo implica que esta possa ser entendida de acordo com os fatores que influenciam, as estratégias adaptadas e os obstáculos/barreiras desta entre o Enfermeiro/Pessoa, assim, foram excluídos estudos em que não houve evidência da interrelação entre os autores referidos. Incluíram-se contextos de internamento de Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Observação, excluindo estudos desenvolvidos em contextos de internamento diferentes (internamentos de Neonatologia, Pediatria, Psiquiátricos e Oncologia).

A opção pela abordagem qualitativa com diferentes metodologias, em detrimento da quantitativa justificando-se pelo sentido que através das narrações das experiências vivenciadas se consegue ter acesso mais facilitado ao conjunto de sentimentos e emoções, conhecimento das necessidades e dos obstáculos/barreiras sentidas, segundo uma estratégia quantitativa, não eram possível obter, o que possibilita dar resposta às questões do estudo. Procuramos assim o sentido dado à vivência em contexto situacional, compreendendo as situações reais sendo captadas as experiências em profundidade relativas ao fenómeno da comunicação, na interpretação dada pelos Enfermeiros e pela Pessoa doente, contribuindo para um conhecimento mais aprofundado da essência de Enfermagem.

Estratégia de Pesquisa

Foi efetuada a revisão da literatura pretendida durante o mês de Novembro e Dezembro de 2012, tendo para isso, recorrido às bases de dados electrónicas EBSCO e B-ON. Foi utilizada preferencialmente a primeira pelas funcionalidades e modalidades de pesquisa das quais dispõe. Durante a referida pesquisa, foi preconizado o friso temporal entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2011.

Na utilização da EBSCO, seleccionaram-se oito bases de dados da área da saúde: *CINAHL Plus com texto completo, MEDLINE, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Controlled Trials Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition, MedicLatina, Academic Search Complete*. Foram utilizados os seguintes descritores: *communication AND nurs* AND emergency AND patient AND estrategics AND obstacle*. Pela mesma razão, as palavras-chave foram pesquisadas por assunto, no título e no resumo.

Resultados

Os artigos finais encontram-se sintetizados no quadro 2, e foi através da sua análise que se constituíram a discussão e a conclusão desta Revisão Sistemática da Literatura.

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Artigo 1: "Difficult Communication in Nursing"				
Sheldon, Barret, Ellington (2006, Estados Unidos da América)	Descrição da dificuldade de comunicação entre o Enfermeiro/Pessoa	6 grupos de Pessoas de diferentes unidades do hospital (220 Pessoas) 30 Enfermeiras com idades entre os 25 e 64 anos	6 grupos de Pessoas de diferentes unidades do hospital identificaram em 30 a 60 minutos 5 barreiras que dificultam a comunicação. Posteriormente à validação das entrevistas, foram criados programas de treino de habilidades de comunicação, de forma a melhorar as interações entre Enfermeiro/Pessoa.	Qualitativo
Achados				
Existem 5 barreiras à comunicação eficaz: diagnósticos específicos e situações clínicas; emoções Pessoa/família; emoções das Enfermeiras; dificuldades sentidas pelas Enfermeiras nos meios de comunicação; triângulo de comunicação: Enfermeira-Médico-Pessoa. Necessidade de criar serviços de apoio com programas para o treino de habilidades de comunicação como estratégia para aumentar o tempo e a disponibilidade dos profissionais para a comunicação eficaz.				
Artigo 2: "A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing"				
Fakhr, Movahedi, Salsali, Negharandeh, Rahnavard (2011, Irão)	Investigar os factores culturais e contextuais que influenciam a comunicação Enfermeiro-Pessoa na prática dos Enfermeiros e Pessoas Iranianas.	8 Enfermeiros 9 Pessoas Hospitalizadas	Realizadas entrevistas com a duração de 30 a 90 minutos, realizadas à cabeceira da Pessoa: na 1ª pediam que as enfermeiras descrevessem as suas experiências de comunicação com a Pessoa e na 2ª quais os factores que interferem com a comunicação Enfermeiro/Pessoa;	Qualitativo

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Achados				
Obstáculos/barreiras à comunicação entre Enfermeiro/Pessoa (questões socioculturais; interferência dos familiares na continuidade de cuidados; restrição na informação clínica; preocupações do Enfermeiro)				
Artigo 3: “Nurses’ perception of time availability in patient communication in Hong Kong”				
Chan, Jones, Fung, Wu. (2011, China)	Identificar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros na sua prática para comunicar com a Pessoa; Identificar outras estratégias de comunicação utilizadas pelo Enfermeiro	39 Enfermeiros com experiência profissional entre os 5 e 20 anos, dos serviços de urgência, medicina, reabilitação e cirurgia;	Integraram a comunicação nas rotinas; Percepção das necessidades da Pessoa durante a prestação de cuidados individualizados	Qualitativo descritivo
	Achados			
Obstáculos: falta de tempo; Estratégias: incluir a comunicação na prática dos cuidados.				
Artigo 4: “Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit”				
Happ, Garrett, Thomas, Tate, Jorge, Houze, Radtke, Sereika. (2011, Estados Unidos)	Descrever métodos e estratégias de comunicação entre o Enfermeiro/Pessoa ventilada internada numa unidade de cuidados intensivos	10 Enfermeiros 30 Pessoas internadas na Unidade de cuidados Intensivo com Entubação Endotraqueal ou traqueostomizados com Score > 13 (SCG)	Comunicação não verbal através da utilização de folhas de papel; tabelas de comunicação; cartões ilustrativos; quadros de escrita; teclados electrónicos; gestos e expressões faciais.	Qualitativo
	Achados			
Os Enfermeiros têm dificuldade em comunicar com Pessoas com EET, contudo com a utilização de auxiliares da comunicação não verbal, conseguem ultrapassar esta barreira.				

Quadro 2 – Resumo da evidência científica recolhida no processo de pesquisa

Análise, Síntese e Discussão dos achados

Com a finalidade de identificar o conteúdo mais relevante de cada estudo primário, procedeu-se à leitura dos artigos para identificar, analisar e interpretar o desenho e os achados de cada um deles. Procuramos também situar cada estudo com o nível de abstracção analítica e de transformação interpretativa, de acordo com os cinco níveis de tipologia de achados qualitativos de SANDELOWSKI & BARROSO (2003b), situando os nossos estudos da amostra no penúltimo nível de transformação (nível III e IV), ou seja, entre o nível de levantamento temático e descrição conceptual/temática, não atingindo o nível mais alto de interpretação/transformação e concetualização.

Procurando dar resposta à questão inicial: Quais os fatores que influenciam o processo de construção da comunicação Enfermeiro/Pessoa doente hospitalizada? Quanto às questões secundárias propostas para esta revisão sistemática, os achados dos estudos constituintes da amostra bibliográfica foram submetidas análise de contudo. A comunicação na Pessoa hospitalizada alicerça-se numa ação de cuidados baseada no respeito e conhecimento da individualidade da Pessoa humana e caracteriza-se pela relação entre as necessidades experienciadas pela Pessoa e o trabalho de

Enfermagem/prestadores de cuidados, devendo as estratégias e os obstáculos/barreiras encontrados procurar responder às expectativas e necessidades individuais da Pessoa.

Foram analisados quatro estudos sob uma metodologia qualitativa com a finalidade de aumentar o conhecimento sobre o fenómeno da comunicação, que apresentam alguns pontos comuns e sobreponíveis a outros estudos, podendo ser considerados de qualidade razoável. Os achados respondem a algumas das questões formuladas. Nos estudos foram incluídos como participantes Enfermeiros prestadores de cuidados e Pessoa doente. Não foi possível quantificar o número de Pessoas utilizadas na amostra, contudo fizeram parte 87 Enfermeiros.

A questão principal e as que desta advêm conduzem-nos a uma abordagem unificada nas interações que facilitam e se verificam na comunicação entre o Enfermeiro e a Pessoa. A prática de Enfermagem num pensamento crítico, implica o reconhecimento da importância da comunicação nas relações interpessoais. A arte de cuidar não se restringe apenas ao ato técnico mas expresso por atitudes dado este ser um cuidado essencialmente relacional. A comunicação permite uma interação entre o Enfermeiro/Pessoa proporcionando um relacionamento humano capaz de atingir os objetivos da prática do cuidar. Considerando a Pessoa como um todo, não podendo descurar o ambiente envolvente e o contexto onde se inserem, não sendo interpretada como um ser isolado, mas sim integrado numa sociedade e em constante interação com o ambiente envolvente.

Para os autores SHELDON, et al, 2006, encontram cinco barreiras à comunicação entre Enfermeiro/Pessoa, os diagnósticos específicos e as situações clínicas da Pessoa, as emoções e dificuldades sentidas pelos Enfermeiros nos meios de comunicar com a Pessoa, e o triângulo de comunicação existente entre Pessoa-Enfermeiro-Pessoa no sentido em que se esta tríade não funcionar na plenitude, a comunicação torna-se deficiente, se bem que assumem que pelo menos dois vértices do triângulo têm que encontrar a sintonia (Enfermeiro/Pessoa), após a validação destas entrevistas, concluem que devem ser realizados programas onde o Enfermeiro possa treinar as habilidades de comunicação como estratégia para aumentar o tempo e a disponibilidade na eficácia da comunicação.

De acordo com FAKHR, et al, 2011, os Enfermeiros consideram a comunicação ativa com a Pessoa importante para a prestação de cuidados, contudo são assinalados como

obstáculos à comunicação Enfermeiro/Pessoa as diferenças socioeconómicas e culturais existentes entre eles, em que não existe a capacidade de ver a Pessoa como um todo nem com o seu meio envolvente. A Pessoa identifica a falta de informação clínica e as preocupações pessoais do Enfermeiro como obstáculos para a eficácia da comunicação.

CHAN, et al, 2011, identificam a falta de tempo associada à sobrecarga de trabalho da equipa como o fator principal que interfere na comunicação, associadas às falhas a nível do conhecimento e da experiência de alguns Enfermeiros. Para melhoria desta comunicação, os Enfermeiros começaram a introduzir a comunicação com a Pessoa, nas suas rotinas, embora muitas das vezes não tenham tempo para pararem e ficarem sentados a ouvir, fazem com que esta seja integrada promovendo a sua autonomia na prestação de cuidados, proporcionando assim à Pessoa e ao Enfermeiro uma prática centrada na Pessoa que apenas é alcançada quando os sentimentos e pensamentos da Pessoa são partilhados e discutidos através de uma comunicação eficaz.

HAPP, et al, 2011, identificam a comunicação na Pessoa EET ou traqueostomizada como não verbal, em que para este estudo primário eles afunilaram para Pessoa com Score na Escala de Coma de Glasgow, sendo esta sentida como uma dificuldade tanto pela Pessoa doente como pelo Enfermeiro prestador de cuidados. Assim são utilizadas estratégias de comunicação tais como o recurso a quadros de escrita, tabelas de comunicação, cartões ilustrativos, teclados eletrónicos, gestos e expressões faciais como estratégias para uma comunicação eficiente.

Conclusão

Através da revisão dos estudos foi possível obter dados que respondem às questões previamente formuladas, o que nos leva a referir que os achados se tornaram conclusivos. Após uma validação dos estudos, este não nos pareceram suficientemente exaustivos relativamente ao tema em questão, sendo que nenhum deles é relativo à realidade portuguesa.

O processo de comunicação deve assim, fazer parte central do exercício profissional de Enfermagem, de forma a garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência, podendo desta forma proporcionar à Pessoa uma melhor qualidade de vida. (BERTONE, et al, 2007). Sendo uma das componentes cruciais da área da saúde, não podendo assim falar de Enfermagem sem estar associada à comunicação, sendo eixo

integrador entre os cuidados, o ensino e a pesquisa do conhecimento, permitindo-nos exercer a profissão como arte e ciência de forma integrada, essencial à Pessoa que usufrui dos nossos cuidados. (STEFANELLI, et al, 2005)

De acordo com o anteriormente referido, atendendo aos critérios de inclusão definidos, estamos cientes que estes resultados apresentados, são apenas uma das formas de visionar uma realidade diária, alertando-nos para a necessidade de realizar mais investigação sobre a temática, com a necessidade de produzir conhecimento não só com o intuito do esclarecimento mas na procura de um processo conceptual construtivo para a prática de cuidados facilitando a sua compreensão.

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO REALIZADO

A componente de estágio clínico tem por objetivo assegurar ao aluno, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridas e pré-existentes, em contato com a Pessoa em situação crítica, a aprendizagem, o planeamento a prestação e avaliação dos cuidados de Enfermagem. Em contexto de trabalho, como Enfermeira, pude transpor para a prática os conhecimentos específicos, desenvolver atividades profissionais, transformando os conhecimentos em saberes, esses, específicos necessários ao desenvolvimento profissional pela incorporação de recursos que permitam a construção de competências e o renovar do agir profissional adequado a cada situação.

Espera-se do Enfermeiro Especialista uma prática profissional onde predominem competências clínicas especializadas adequadas às necessidades específicas da Pessoa em cuidados de Enfermagem, competências na gestão e supervisão de cuidados, na assessoria, formação e investigação.

A minha experiência profissional desenvolve-se desde o dia 24 de Agosto de 2006, sendo que apenas a partir do dia 2 de Janeiro de 2009, esta está direcionada para a abordagem e tratamento da Pessoa urgente/emergente.

Desempenho funções no serviço de Urgência o CHLC no Hospital de São José (HSJ). O CHLC foi criado pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro e integrou na sua organização quatro unidades Hospitalares: Hospital de Santa Marta (HSM), Hospital Dona Estefânia (HDE), Hospital de São Lázaro, Hospital de Santo António dos Capuchos (HSAC) e Hospital de São José (HSJ) sendo que estes dois últimos já integravam o Centro Hospitalar Lisboa – Zona Centro, acoplando-se em Dezembro de 2011 o Hospital Curry Cabral (HCC).

Este Centro Hospitalar tem como missão² a prestação de cuidados diferenciados de alta qualidade técnica em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados integrados no Sistema Nacional de Saúde e assegurar a cada Pessoa.

Devido à elevada diferenciação tecnológica, técnica científica, assumindo-se como uma instituição de referência a nível nacional. Trata-se de um hospital com um Serviço de Urgência (SU) polivalente e um Centro de Trauma de referência a nível nacional, é referência para as especialidades de Neurocirurgia, Vertebro-medular, Neurologia, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva dos hospitais: de Torres Vedras, Reynaldo dos Santos, Barreiro, Setúbal, Portalegre, Elvas, Évora, Beja, Faro e do Barlavento Algarvio. Pontualmente recebe ainda Pessoas de áreas neutras como Abrantes, Santarém e Tomar, ainda de referência de todo o país a Unidade de Queimados e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Direcionado para adultos, a grande maioria das Pessoas dá entrada no CHLC pelo SU do HSJ o correspondente a uma média diária de 400 a 500 Pessoas.

Após o descrito anteriormente, fez-me todo o sentido ir de encontro ao menos conhecido, na perspetiva de aferir novas competências, certificar e consolidar algumas pré-existentes de forma a tornar a minha prestação de cuidados cada vez mais personalizada.

2.1 – Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do HSM

O módulo II decorreu no serviço de UCIC do Hospital de Santa Marta, no período decorrido entre 23 de Abril e 23 de Junho de 2012, com um número total de 180 horas de contato.

A escolha do serviço de UCIC do Hospital de Santa Marta, do CHLC, prendeu-se com o facto de exercer funções no S.U. do Hospital de São José, do CHLC. O CHLC, assume grande variedade de valências médicas e assegura cuidados diferenciados. Centra-se também nas áreas de investigação e formação, quer dos seus profissionais, quer dos profissionais oriundos de outras instituições a nível nacional e internacional. Congrega o Hospital de Santa Marta altamente diferenciado vocacionado para a prestação de cuidados de saúde altamente especializados na área de Cirurgia Cardiotorácica,

² “cuidados que correspondam às suas necessidades de acordo com as melhores práticas clínicas e uma lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados conforme o primado do doente”

Vascular, especialidade de Cardiologia e Pneumologia. (RUBEM, Ramos, *et al*,2009). A escolha da UCIC deve-se, por um lado, às razões assinaladas em relação ao centro hospitalar onde está inserido e, por outro, pela ideia pré concebida, extremamente positiva, que tenho do mesmo, resultante dos vários contactos com o serviço decorrentes de transferências da Pessoa em estado crítico.

O serviço de UCIC é composto por uma ala de cuidados intensivos com capacidade para 5 doentes e três alas de cuidados intermédios com capacidade para 12 doentes, duas salas de hemodinâmica, integradas também no serviço, uma sala de realização de exames complementares de diagnóstico, Ecocardiograma, provas de esforço, eletrocardiograma.

Uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da Pessoa em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. Tendo por objetivos principais suportar, recuperar as funções vitais e criar condições para tratamento das doença subjacente, ou seja, proporcionar as oportunidades para uma vida futura com melhor qualidade (Direção Geral da Saúde (DGS)).

A UCIC do HSM, é uma unidade de referência do centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), pela existência de uma sala de hemodinâmica, cujo seu funcionamento é de 24 horas/ 7 dias da semana, o que permite à Pessoa em situação de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), a realização de angioplastia como terapêutica de reperfusão coronária.

Do seu núcleo de profissionais fazem parte a Enf.^a Chefe, Enf.^o Responsável (o segundo elemento da equipa) que praticam um horário fixo, estão a cargo destes a gestão do serviço. E 35 Enfermeiros estando estes divididos por cinco equipas em cada uma delas tem um chefe de equipa sendo este um Enf.^o Especialista e os restantes quatro enfermeiros generalistas e praticam um horário *roulement*.

Esta Unidade para além de receber a Pessoa em situação crítica oriunda dos diversos serviços de urgência da área de especialização, bem como a Pessoa vinda das Enfermarias do hospital, quando em contexto cardíaco o estado destes é agudizado,

recebem também diretamente do pré-hospitalar: Via Verde Coronária (VVC)³, ou seja, Pessoa com dor torácica transportados pela Viatura Médica de Emergência Rápida (VMER), após um contato prévio através do Centro de Orientação de Doentes (CODU) entre o médico da viatura e o cardiologista de serviço, este contato é realizado no sentido de perceber a existência de vagas, no caso da não existência, a Pessoa procederá ao circuito comum: Serviço de Urgência Geral, estabilização hemodinâmica e posterior transferência para a UCIC.

O ambiente calmo e controlado é característico de uma UCI, em que o seu silêncio é apenas quebrado pelo som de fundo dos alarmes e monitores, esta UCIC torna-se diferente no sentido em que o seu silêncio característico é quebrado pelo toque intenso da campainha e pela entrada dissipada dos profissionais do Pré-Hospitalar. A entrada da Pessoa diretamente do pré-hospitalar como VVC, não é o mais comum no serviço, este por norma recebe a Pessoa após uma estabilização hemodinâmica em outros serviços como já foi referido anteriormente, assim, esta entrada direta no globo fechado e intangível que é a UCIC torna-se motivo de *stress* e de agitação dos seus profissionais.

Trabalho diariamente num serviço em que a porta nunca se fecha dependendo do adiantar da hora, é vivenciar cada minuto, viver embevecido num vórtice de sentimentos e emoções, a imprevisibilidade do que entrará a qualquer hora, obriga-me a de certa forma, a um controlo de emoções e de reações para além da **mobilização de conhecimentos e habilidades em tempo útil de forma holística**, para assegurar a sobrevivência da Pessoa.

Indo de encontro com a teoria de Merle Mishel, a incerteza foi definida como a incapacidade de determinar o significado da doença, a incerteza está relacionada com a variabilidade no padrão de sintomas da doença, com a complexidade dos cuidados e dos tratamentos, com a falta de informação sobre a doença e tratamento e com a imprevisível natureza do trajeto da doença (Mishel, citada por ANEMA *et al.*, 2009).

A fase de apreciação da incerteza envolve dois processos, a inferência e a ilusão. A inferência traduz-se pela capacidade de lidar com os acontecimentos da vida enquanto que, a ilusão é definida com base nos aspetos favoráveis da conjuntura, revelando-se

³ "... aumentar a perfusão na fase aguda, melhorando o conhecimento por parte da população dos sinais de alerta promovendo a utilização preferencial do número nacional de emergência (112) aumentando a capacidade de resposta no pré-hospitalar por parte do INEM e garantindo melhor acessibilidade aos locais mais adequados de tratamento (Unidades Coronárias, Unidades de Intervenção Coronária Percutânea)"

como uma oportunidade. A incerteza, na fase de apreciação, pode ser entendida de duas formas, como uma ameaça quando é considerada a possibilidade de um resultado negativo ou como uma oportunidade como resultado do uso da ilusão, isto é, apreciada como algo positivo. A fase de apreciação é por isto essencial, pois a incerteza pode manter a esperança do indivíduo e permite ser adaptada como uma visão normal, tornando-se numa força positiva face às múltiplas situações de vida. No que respeita à fase de lidar com a incerteza, surge o conceito de *coping* que ocorre em duas formas conducentes a um resultado final de adaptação. Se a incerteza é encarada como um perigo, então o *coping* inclui a ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias de mobilização, a gestão de afetos recorrendo à fé, separação e apoio cognitivo. Mas se for apreciada enquanto resultado positivo/oportunidade, o *coping* oferece uma memória intermédia para manter a incerteza. (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004)

Esta incerteza vivenciada pela Pessoa/família deve ser minimizada, aqui o Enfermeiro assume o papel de regulador, em situações críticas e quando é possível, é importante explicar o que está acontecer e o que irá acontecer a partir daquele momento, dado que a Pessoa tem uma dignidade própria. Segundo Kant (1986, p.69), as pessoas têm um valor absoluto e devem ser consideradas “ *sempre e simultaneamente como fim e nunca e simplesmente como um meio* ”. A proteção da Pessoa é um compromisso assumido pelos Enfermeiros, descrito no art. nº79 do Código Deontológico pelo qual é regulado o nosso exercício profissional “ *as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana* ” (O.E., 2009).

Toda a Pessoa tem o direito ao conhecimento e consentimento informado da sua situação clínica, segundo a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomédica, “*qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido*” (1999), assim, é fulcral a informação previamente adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como as suas consequências e riscos, no sentido em que a ansiedade da Pessoa/família possa não ser ultrapassada mas minimizada. **Tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.**

Para este Estágio, tracei como objetivo geral “*Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à Pessoa em situação de*

crítica de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)”. Esta escolha prendeu-se com o facto de poder ter a oportunidade de aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências para a prestação de cuidados à Pessoa com patologia cardíaca, em situação de EAM. Uma vez que esta é uma das situações mais frequentes de entrada nas salas de reanimação, do serviço de Urgências, onde exerço a minha prática profissional. Neste contexto, o desenvolvimento de mais e melhores competências nesta área tão específica de intervenção permitiu uma melhoria qualitativa no meu agir profissional.

Ao longo do estágio, **demonstrei gradual aquisição e aprofundamento dos meus conhecimentos científicos** relativos à Pessoa do *fórum* cardíaco através da fundamentação teórica que se baseou em várias pesquisas bibliográficas, revisões de literatura, consulta de protocolos existentes no serviço e também na troca de conhecimentos com o Enfermeiro orientador. Gradualmente permitiu-me consolidar a prestação de cuidados de qualidade à Pessoa com patologia cardíaca.

Toda a minha atenção foi direcionada não só para a Pessoa em situação de EAM, bem como para as suas famílias, considerando a Pessoa como um ser Bio-Psico-Social. A sua família, aliada dos cuidados, uma vez que comparecia, consegui implementar melhores estratégias de intervenção na Pessoa. FISHER *et al* (2008), consideram que a presença da família pode ser valiosa na obtenção de informação pertinente, acerca da Pessoa, na redução de níveis de ansiedade, na promoção do conforto à Pessoa, na colaboração da prestação de cuidados, na **clarificação das informações a prestar à Pessoa no fornecimento de informação que nos ajude a implementar as melhores estratégias de intervenção**.

Relativamente ao objetivo específico “*Prestar cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa submetida a ventilação mecânica, internado na UCIC*”, a sua escolha foi feita com vista à melhoria e ao aperfeiçoamento na área de prestação de cuidados à Pessoa ventilada, dado que no serviço onde trabalho, a Pessoa sujeita a ventilação, permanece pouco tempo, ou seja, este permanece apenas tempo suficiente para a sua estabilização hemodinâmica, e posteriormente é transferida para UCI. Nesta unidade consegui estar com a Pessoa durante períodos mais alargados, o que me tornou possível não só a **aquisição de novas competências** como o aperfeiçoamento das já existentes, tendo desta forma conseguido **traspô-las para a minha prática diária**. Assim a minha prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica, tornou-se altamente qualificada,

permitindo desta forma, manter as funções básicas de vida, como o exemplo da respiração/ventilação, prevenindo complicações e limitando incapacidades tendo em vista a recuperação total das mesmas. Estes cuidados tornaram-se mais qualificados no sentido em que me exigiram uma melhoria da observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e **sistemizada de dados por forma a conhecer melhor a situação da Pessoa alvo, prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.** *“Cuidar de uma Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou em falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas”* (REGULAMENTO nº 122/2011).

Tive oportunidade de prestar cuidados à Pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e à Pessoa sob Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI). Relativamente aos cuidados sob VMI tive oportunidade de “debater” parâmetros ventilatórios e modalidades ventilatórias com o Enfermeiro Orientador, bem como, com a restante equipa de Enfermagem e médico responsável pela Pessoa, podendo assim **integrar os meus conhecimentos e dar as minhas sugestões, para o melhor cuidado a essa Pessoa.** Tomei por base a realização e interpretação de gasimetrias arteriais. Consegui gerir bem a comunicação com a Pessoa/família. Em relação com a família expliquei-lhes e ensinei-lhes técnicas facilitadoras de comunicação verbal e não verbal, para uma melhor interação Pessoa/família. Desta forma procurei reduzir ansiedades decorrentes da impossibilidade de comunicação verbal.

Analogamente a oportunidade de prestar cuidados à Pessoa submetido a VNI, que já tinha estado internado nesta unidade por SCA e que, após a sua melhoria da função cardíaca e estabilização hemodinâmica do fórum cardíaco tinha sido transferido para a enfermaria de cardiologia. Regressou então à UCIC por Edema Agudo do Pulmão (EAD), com necessidade de VNI, podendo assim explicar a alguns colegas algumas especificidades do tipo e funções das diferentes máscaras existentes para VNI, bem como alterações de parâmetros justificadas com a realização e interpretação de gasimetrias arteriais, devido à minha experiência na interpretação das mesmas, **demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar, tomando iniciativas e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas,** após explicação e demonstração, **exercendo supervisão e zelando pelos cuidados prestados.**

Ao longo do estágio, estive desperta para as necessidade de formação existentes, assim decidi como objetivo específico “ *desenvolver competências na área da formação, promovendo a melhoria de cuidados à Pessoa em situação crítica*” onde me foi oportuno a realização de uma formação cuja temática recaiu sobre “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”, após a implementação de questionários para a validação das necessidades de formação dos profissionais (Apêndice I), validação dos resultados (Apêndice II) previamente preenchidos pelos Enfermeiros da unidade, após a sua avaliação percebi que existia uma percentagem de 62,8% que não tinham conhecimentos sobre a temática, quis de alguma forma retribuir aos colegas da UCIC os conhecimentos que estes me tinham ajudado a adquirir sobre cardiologia, com alguns de Via Aérea de situações de emergências/urgências para as quais estes devem estar preparados dado que é são situações que podem acontecer à Pessoa em situação crítica não existindo no CHLC uma norma ao procedimento específico para esta situação. Neste contexto, realizei um questionário para validação dos conhecimentos dos Enfermeiros nesta área, e aqueles que tinham, o que lhes poderia ensinar de novo. Ciente que a formação em contexto de serviço deve ser realizada de forma a contribuir para o desenvolvimento de novas competências dos seus elementos, promovi um plano de formação (Apêndice III) e uma formação sobre “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*” (Apêndice IV), tendo como objetivos, **sensibilizar os profissionais para a importância da organização dos recursos no âmbito desta situação de emergência; desenvolver competências para a tomada de decisão que evidenciem na prática resoluções bem fundamentadas, para aperfeiçoamento, execução e avaliação de melhores cuidados** à Pessoa em situação de VAD. A formação foi constituída por uma parte teórica e uma parte prática, na teórica foi abordada a justificação da escolha, definição de VAD, identificação de situações de VAD, condições associadas a VAD, algoritmo de VAD, bem como manobras facilitadores de Entubação Endotraqueal (EET) e apresentação de dispositivos supraglóticos. A parte prática foi planeada de forma a proporcionar aos participantes a oportunidade de treino das aprendizagens adquiridas na sessão teórica. Tiveram a oportunidade de treinar num manequim, a inserção de dispositivos supraglóticos e a EET, bem como o conhecimento do material necessário e de boas práticas a cumprir. Onde pode **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da**

equipa, identificando as necessidades formativas dos mesmos e promovendo a formação em serviço.

A competência do Enfermeiro deve alicerçar-se num conjunto de características, das quais se destacam *“uma personalidade equilibrada, humanista, e responsável; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; capacidade para analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de gerir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; uma atitude de aprendizagem continuada”* (ALARCÃO e RUA, 2005, p.375).

Com vista ao cumprimento deste objetivo realizei um conjunto de atividades que se iniciaram com a pesquisa bibliográfica sobre a importância do **desenvolvimento pessoal e profissional contínuo dos Enfermeiros**. Procurei de igual forma, **desenvolver o meu autoconhecimento, refletindo sobre as minhas práticas**.

Paralelamente, tentei sempre junto da equipa de Enfermagem demonstrar, através de momentos de diálogo e reflexão informal, a **importância de refletir na e sobre a prática**, como um vetor para o **crescimento pessoal e profissional**. A prática reflexiva baseada nas questões ético-deontológicas, morais e legais, foi um ponto crucial que tentei sempre que emergisse no meu diálogo com a equipa. Aproveitando situações vivenciadas para promover a discussão em equipa a fim de analisar as intervenções das mesmas e detetar possíveis situações problema que devessem ser colmatadas.

Pratiquei e promovi o exercício profissional fundamentado no Código Deontológico, os padrões de qualidade de Enfermagem, recomendações recentes de boas práticas, entre outros. Dei visibilidade ao artigo 88º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros *“o Enfermeiro procura, em todo o seu ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”*.

Tendo em conta a minha experiência profissional em urgência/emergência, optei por proporcionar este momento de aprendizagem à equipa, contribuindo para colmatar esta necessidade formativa.

Está contemplado na Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº48/90), Base XVI, ponto I, que a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente,

constituem um objetivo fundamental a prosseguir. Considero ter favorecido a consciência dos recursos e limites pessoais e profissionais dos elementos da equipa de Enfermagem, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem. Favoreci o desenvolvimento de competências, atuando como **dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento** no contexto da prática.

Após a realização da formação, foi aplicado um questionário de avaliação da mesma (Apêndice V) o qual foi posteriormente por mim trabalhado (Apêndice VI), os formandos avaliaram-na numa escala de 1 a 4 em que 1 equivale a Insuficiente e 4 a Muito bom, sendo esta avaliada em Muito Bom.

Ao longo do período de estágio que realizei na UCIC, encontravam-se também em estágio de Integração à Vida Profissional, estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da escola Atlântica. Assim, tive a oportunidade de poder **colaborar na integração** das mesmas, contribuir para o seu ensino/aprendizagem e desenvolvimento de competências em cuidados gerais de Enfermagem. Transmiti-lhes a importância da prática baseada na evidência. Neste sentido, posso considerar também que a competência relativa à colaboração na **integração de novos profissionais**, foi atingido no sentido em que não foi na colaboração da integração de novos profissionais nesse serviço, mas de futuras colegas no decorrer do seu ensino clínico *“promove o desenvolvimento pessoal e profissional de futuras Enfermeiras”*.

Nesta minha passagem breve pela UCIC, atingi os objetivos aos quais me propus inicialmente, evidenciando sempre consciencialização crítica, mantendo sempre de **forma contínua e autónoma o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, bem como a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspetiva académica avançada**. Tendo sempre por base a tomada de iniciativa e a criatividade na resolução dessas situações, **demonstrando a capacidade de reação perante situação imprevisíveis e complexas**.

2.2 – Módulo III – Viatura Médica de Emergência e Reanimação do HSJ

O módulo III decorreu na VMER, no período decorrido entre 20 de Setembro e 09 de Novembro de 2012, com um número total de 180 horas de contato.

A escolha da VMER foi fundamentada na necessidade de **desenvolver conhecimentos, competências científicas técnicas e relacionais no contexto dos cuidados** pré-hospitalares em virtude deste campo de ação ser detentor de aptidões específicas, exigindo uma atuação autónoma e interdependente o que exige a correta integração na equipa de intervenção de emergência. Pelas suas características específicas alicerçam-se profundamente nos cuidados médico-cirúrgicos que constituem o objetivo principal do curso em que me integro e, por outro, pela ideia pré concebida, extremamente positiva, que tenho do mesmo, resultante dos vários contactos decorrentes de transferências da Pessoa em estado crítico.

Este estágio do Módulo III é opcional, escolhi realizá-lo em contexto pré-hospitalar por forma a conseguir ter uma perspetiva da realidade do pré-hospitalar para desta forma conseguir também a aquisição de algumas competência bem como o consolidar das já existentes, surge também num seguimento do estágio anterior, para conseguir objetivar a importância e a diferença que uma equipa de emergência faz no pré-hospitalar no encaminhamento da Pessoa com Síndrome Coronário Agudo (SCA), em específico com Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra nivelamento da onda ST.

Como referido, no estágio anterior tive a oportunidade de receber algumas das vezes a Pessoa em situação crítica vinda do pré-hospitalar, trazida pela VMER, para a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital de Sta. Marta em que, por esta ser uma unidade de referência do Centro Hospitalar, devido à existência de uma sala de hemodinâmica, cujo seu funcionamento é de 24 h/ 7 dias da semana, permite à Pessoa crítica em situação de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), a realização de angioplastia como terapêutica de reperfusão coronária. A rápida intervenção da equipa de emergência e o encaminhamento da Pessoa para esta Unidade, permite uma diminuição do tempo existente entre o início da dor e o início do tratamento, a denominada “*Golden Hour*” que não deve ultrapassar as 3 horas entre o início da dor e a reperfusão terapêutica, dado que na abordagem primária realizada por esta equipa é iniciada à Pessoa a terapêutica de reperfusão coronária, **demonstrando um nível de**

aprofundamento de conhecimentos demonstrando consciência crítica para os problemas da prática atuais relacionados com a Pessoa.

O conceito de VMER preconizado pelo INEM é descrito como uma viatura que permite a deslocação rápida de uma equipa médica ao local onde se encontra a Pessoa em situação crítica. É tripulado por uma equipa (um médico e um enfermeiro), dispendo de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV), tendo como principal objetivo a rápida chegada ao local de ocorrência de forma a estabilizar e transportar com acompanhamento diferenciado à unidade hospitalar que reúna as valências necessárias ao seu tratamento. (INEM 2010)

A atuação da VMER é diretamente dependente do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. A ativação desta é realizada através de um Sistema de comunicação de Emergência que privilegia o suporte informático através do “*Mobile Clinic*”, existindo também um modo de Comunicação via Rádio por rede VHF e por telemóvel. Esta ativação pode ser feita diretamente pelo CODU, ou posteriormente pela equipa da ambulância no local de ocorrência.

Importa recordar a definição de cuidados pré-hospitalares⁴, onde um conjunto de ações são executadas por profissionais especializados, que trabalham em equipa e o seu objetivo principal é a manutenção da vítima com vida (neste contexto a Pessoa é denominada como vítima, sob o paradigma da categorização), reunindo as condições possíveis para que, após a chegada ao ambiente hospitalar em que será cuidada, possa recuperar funções vitais com menor percentagem de morbilidade/mortalidade possível. Estes meios implicam obviamente uma cadeia contínua de ações desencadeados desde o local de ocorrência e mantidas de forma contínua ao longo de todo o processo de transporte seguro à instituição de saúde que seja a mais adequada às necessidades da Pessoa, denominando-se como transporte da Pessoa em estado crítico, em que este é acionado e variável em função de alguns desígnios como o grau de emergência, a distância, a acessibilidade ao local do acidente, não descurando a situação crítica e o hospital de referência para o seu tratamento.

A existência de normas e protocolos permite obter-se a noção inicial de funcionamento/dinâmica de cada serviço. Tendo em conta que são vários os fatores que

⁴ “... garantir, à população, a prestação de cuidados em situação de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu encaminhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada” (OE, 2007)

influenciam o decorrer do processo de integração, focando o mais importante integrador/integrando e tendo por base o fator restritivo: o tempo, este processo foi vivenciado por um integrando e vários integradores, apesar da existência desta dicotomia, ter adotado um comportamento adequado e íntegro visando o melhor desempenho das minhas funções, permitiu-me atuar com autoconfiança e segurança perceptíveis à Pessoa alvo dos meus cuidados e equipa multidisciplinar, **demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e demonstrando a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Tendo presente que embora formandos, somos detentores de uma experiência profissional contudo é necessário repensar, interrogar, aprofundar, enriquecer e por vezes (re) estruturá-la o que é apenas possível quando nos reconhecemos nela. Assim, é imprescindível a **mobilização de diferentes saberes devidamente sistematizados e organizados** diretamente responsáveis pelas competências que caracterizam a Enfermagem.

A abordagem da Pessoa em situação crítica é efetivada tendo em mente um denominador comum, a linguagem da emergência médica preconiza a avaliação preconizada no ABCDE, A-Via Aérea; B-Respiração; C-Circulação; D-Disfunção Neurológica e E-Exposição (INEM, 2010), esta metodologia associada a potenciais focos de instabilidade (sudorese, palidez, agitação e arritmias) quanto mais rápida for melhor prognóstico terá a Pessoa em falência orgânica.

A ação do profissional da VMER deve ser protocolada, dicotómica nas tomadas de decisão e independente das crenças pessoais dos seus elementos, deve ser reprodutível de equipa para equipa. Deve igualmente a estrutura protocolar implementada ser alvo de avaliação periódica de qualidade e dessa forma levar ao aperfeiçoamento dos algoritmos de decisão aplicados.

O cuidar ético no pré-hospitalar deve respeitar os direitos das vítimas, tendo em conta os riscos e a gravidade de cada situação respeitando a autonomia da vítima caso esta se encontre em condições de tomar uma decisão. No pré-hospitalar a equipa da VMER deve zelar pela proteção da Pessoa, considerando que o profissional de saúde tem competências técnicas científicas, humanas e relacionais de forma a tomar decisões de forma ética, que mantenham a integridade da Pessoa, tendo em conta quais as soluções

mais adequadas relativamente à situação em que a vítima se encontra. (Ordem Enfermeiros, 2007, EP 01/07)

O Consentimento Informado esclarecido e livremente expresso é um pré-requisito fundamental de toda a cadeia de cuidados de saúde que, não nos podemos esquecer, começa no pré-hospitalar. No entanto, de acordo com as normas de atuação escolhidas no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), E.P.E, onde a VMER está integrada, este é habitualmente dispensado, do ponto de vista formal (subentenda-se: escrito) no contexto da emergência, especialmente quando a Pessoa não está na posse das suas faculdades que lhe permitam decidir e com o fundamento ético de que o suporte praticado contribuirá para a sua recuperação até a um patamar que permita a sua livre participação nas decisões a tomar⁵, partindo do pressuposto do consentimento presumido da não maleficência. Isto é especialmente verdade em emergência, contexto em que o tempo de atuação tem forte implicação prognóstica e em que gestos de omissão possam conduzir á morte, aqui cabe à equipa da Viatura VMER avaliar e tomar a decisão que melhor se adequa à situação da Pessoa e em prol da manutenção da vida.

As leis que regulamentam o exercício da profissão, bem como o código deontológico devem ser a matriz na qual assentam as opções seguidas por parte dos Enfermeiros. A prestação de cuidados de Enfermagem em ambiente pré-hospitalar é caracterizada por uma abordagem ética, humanizada revestida de uma competência técnico, científica e relacional, que no seu conjunto conduzem a um aumento da qualidade dos cuidados prestados.

O agir ético decorre dos valores dos profissionais e é norteado por sentimentos, pensamentos, palavras e ações dos profissionais que cuidam das vítimas e que engloba as suas famílias. A família adquire um papel importante quando a Pessoa perde a sua autonomia, daí que seja importante fornecer informação/comunicação adequada e ajustada ao grau de entendimento da mesma e prepará-la em função das condições em que a Pessoa se encontra.

Durante este período de estágio fui confrontada com várias causas de ativação VMER, em que destaco: Paragem Cardíaca ou Respiratória (PCR); Síndromes Coronárias

⁵ “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento não poder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção mediante indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (artigo 8º, Janeiro 2001)

Agudos (SCA): ângor instável e enfartes; Edema Agudo do Pulmão (EAP); Descompensação metabólica da Diabetes (essencialmente por hipoglicémias) e Trauma.

Para este Estágio, escolhi como objetivo específico “*Prestar cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica em contexto Pré-Hospitalar (VMER)*” Esta escolha prendeu-se com o facto de poder ter a oportunidade de **aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências** para a prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica, bem como a oportunidade de conhecimento de realidades que me eram até então desconhecidas, a capacidade de decisão e de intervenção em ambiente não controlado tendo em conta todas as condições adversas características do pré-hospitalar. É importante salientar que uma correta avaliação inicial permite identificar situações de ameaça à vida, sendo o pilar para uma intervenção rápida, uma correta hierarquização de prioridades de cuidados, daí partindo para o tratamento imediato à Pessoa de alto e médio risco.

Nestas situações intervêm o conhecimento empírico, que é produto da observação clínica temperada pela experiência pessoal, as bases teóricas de quem intervém que é a base científica para as nossas ações e o conhecimento pessoal (conhecimento de si e dos outros) que confere consistência aos nossos atos em conjunto com os princípios éticos que norteiam as nossas atitudes e em que se encontra subjacente a distinção do certo e do errado.

Desde o primeiro turno, devido à minha experiência profissional foi-me possível executar, planear de forma autónoma, rápida e sistematizada por hierarquização de prioridades os meus cuidados, com a colaboração e supervisão do Enfermeiro responsável pelo turno. Esta prestação de cuidados no pré-hospitalar onde a falta de recursos, de condições de acesso ao local e à Pessoa, a insegurança do que se vai encontrar, a necessidade de uma rápida e eficaz atuação e em algumas situações a obrigatoriedade do imprevisto foram enriquecedoras, pessoal e profissionalmente. A prática foi alterada na medida em que as minhas prioridades na prestação de cuidados, focalizam-se na precocidade em **antecipar e estar atenta para possíveis alterações hemodinâmicas complexas, desenvolvi competências para gerir e interpretar de forma adequada, informação da minha formação inicial, da minha experiência profissional e vida e de literatura consultada, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos** nas situações vivenciadas em estágio.

Só uma avaliação organizada e sistemática, de preferência predefinida e tipificada em protocolo de atuação da VMER, permite um eficaz rastreio de toda a patologia de que a Pessoa é portadora, ajudando a assegurar que certas lesões, menos evidentes mas nem por isso menos importantes, não passarão despercebidas. É também fruto desta abordagem sistemática uma hierarquização dos cuidados a prestar por ordem de gravidade assim encurtando um caminho crítico e fomentando a sobrevivência com o mínimo de morbidade/mortalidade. As prioridades podem ser estabelecidas para cada intervenção com base no risco potencial para a vida da Pessoa. Esta forma de atuação é denominador comum da abordagem de situações de trauma, SCA e emergência Cérebro-Vascular.

A avaliação inicial fornece ao Enfermeiro dados subjetivos e objetivos que devem ser analisados, interpretados e documentados.

Ao longo deste estágio, tive também a oportunidade de fazer o acompanhamento no transporte primário da Pessoa em situação crítica, ou seja, a estabilização hemodinâmica desde o local da ocorrência até à Unidade de Referência bem como a adequada transmissão de informação aos familiares e os profissionais para onde esta era transferida, tendo por base de sustentação a orientação para as intervenções do Enfermeiro no pré-hospitalar⁶.

Relativamente ao segundo objetivo “*Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com Síndrome Coronário Agudo (SCA), em contexto Pré-Hospitalar*” Esta escolha prendeu-se com o facto de poder ter a oportunidade de aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências na área do pré-hospitalar, na prestação de cuidados à Pessoa com patologia cardíaca, em situação de SCA. Uma vez que esta é uma das situações mais frequentes de entrada nas salas de reanimação, do serviço de Urgências, onde exerço a minha prática profissional, e ter sido também um objetivo traçado no estágio anterior por forma a poder dar continuidade ao mesmo Neste contexto, o desenvolvimento de mais e melhores competências nesta área tão específica de intervenção irá permitir uma melhoria qualitativa no meu agir profissional.

⁶ “...atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilidade do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à disposição; garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário do indivíduo desde o local de ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte; assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo, na unidade hospitalar de referência; garantir a adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo, de forma a minimizar o seu sofrimento” (OE, 2007)

A prática foi melhorada na medida em que as minhas prioridades na prestação de cuidados tinha maior enfoque na tipologia da dor bem como o seu “*timing*” podendo ir de encontro à “*Golden Hour*” de forma a poder fazer o encaminhamento da VVC caso a situação se justificasse. No decorrer deste estágio, a maioria das ativações foram para Doença Coronária, tendo apenas um Enfarte Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST (EAMSST) com encaminhamento para Unidade de Referência para Reperfusão Terapêutica, especificamente Hospital de Santa Marta.

Relativo ao objetivo “*desenvolver competências na área da formação, promovendo a melhoria de cuidados à Pessoa em situação crítica*” tive a oportunidade de poder colaborar na realização de uma Instrução de Trabalho sobre a Hipotermia Terapêutica (HT) (Apêndice VI), que se encontra em processo de aprovação pelos órgãos diretivos, bem como a realização de um póster cuja temática foi “*Abordagem do SCA no Pré-Hospitalar*” (Apêndice VII), cujas realizações me permitiram **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, identificando as necessidades formativas, participando e promovendo a investigação promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros Enfermeiros.**

Esta etapa de aprendizagem ajustou-se às circunstâncias e contextos. No sentido de não prejudicar a minha aprendizagem, de potenciar um maior desenvolvimento numa área específica. Procurei detalhar as grandes áreas de intervenção, não com o intuito de cingir a minha ação apenas a determinados domínios, mas antes para fazer um investimento claro e profundo em aspetos concretos e que de acordo com o meu interesse pessoal e profissional me parecem pertinentes e centrais no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.3 – Módulo I – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do HBA

O módulo I decorreu no SU, no período decorrido entre 11 de Novembro de 2012 e 16 de Janeiro de 2013, com um número total de 180 horas de contato.

A escolha do SU, foi fundamentada na necessidade de desenvolver conhecimentos, certificar competências científicas técnicas e relacionais no contexto dos cuidados urgentes/emergentes em virtude deste campo de ação ser detentor de aptidões

específicas, exigindo uma atuação autónoma e interdependente o que exige a correta integração na equipa de intervenção de emergência. Pelas suas características específicas alicerçam-se profundamente nos cuidados médico-cirúrgicos, pela curiosidade do funcionamento de um SU Médico-Cirúrgico aliado à necessidade de certificação de competências.

Existe a necessidade de realizar a diferenciação entre situação Urgente e a Emergente, assim estas são ambas definidas como situações de instalação súbita, em que na urgente existe o risco e na emergente este já está estabelecido com a possibilidade de ser eminente a falência de uma ou mais funções vitais. Pessoas que se encontrem numa destas situações devem ser drenadas para as respetivas áreas de diferenciação enquadrando-se no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) o qual é ciclado pelo pré-hospitalar, pré-triagem, socorro e transporte sendo este da responsabilidade do Instituto de Emergência Médica (INEM). Após a avaliação realizada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e pela área geográfica estes são encaminhados para Urgências Médico-Cirúrgicas ou Polivalentes o que as diferencia?

Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica, equivalem ao primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência, estando obrigatoriamente interligadas com um hospital de nível superior sendo este dotado de um serviço de Urgência Polivalente denominando-se como hospital de área de referência dotado de todas as especialidades médicas.

O Serviço de Urgência Geral (SUG) do HBA está integrado na Rede Nacional de Urgência Médico-Cirúrgica, que por definição contempla o funcionamento permanente. A inscrição inaugural no SU ocorreu no dia 27 de Fevereiro, no entanto a estrutura e trabalho começou a ser pensada e concretizada antecipadamente. Tem definido como objetivo geral a adequada prestação de cuidados de saúde a todas as Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos integrada na população da respetiva área de influência de Mafra e todos os concelhos de Loures, Sobral de Monte Agraço e Odivelas, em função dos estadios de dependência avaliados, sendo estes urgência e emergência de situação crítica, com um número médio de 309 pessoas/dia.

Para garantir diferenciação na abordagem à Pessoa urgente/emergente dispõem permanentemente das seguintes valências: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-hematologia, Anestesia, Bloco Operatório, Medicina Intensiva, Imagiologia e

Patologia Clínica. Está definido o apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Urologia, Nefrologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Dermatologia, entre as 08 e as 20 horas, nos dias úteis. Para além desse período e em situações com indicação para apoio da Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Cardiorádica e Neurocirurgia é implementada a articulação como Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, de acordo com o definido na rede de diferenciação. Para além da referida estrutura de apoio, atividade de SU está intimamente relacionada com as “estruturas circundantes”, nomeadamente os sistemas telefónicos de triagem e orientação, a emergência pré-hospitalar, os serviços de internamento e os cuidados de Saúde Primários.

A base de abordagem à Pessoa no SU é suportada pelo Sistema de Triagem de Manchester⁷(STM) instrumento de gestão de prioridades que visa identificar de forma organizada e sistematizada. A estrutura física e dinâmica desenvolvida no diagnóstico/tratamento de doença/lesão urgente/emergente, esta é dependente da prioridade estabelecida pelo STM e do grau de diferenciação exigido na abordagem à Pessoa.

O SU é ainda composto por uma VMER, integrada na Emergência Médica Pré-Hospitalar em articulação com o INEM, a qual possibilita antecipar a abordagem à Pessoa.

Toda a atividade do SU é regulada e monitorizada em função das estratégias definidas pela Comissão de Qualidade e segurança da Pessoa do HBA, incorporando simultaneamente o processo de acreditação com a *Joint Commission International* (JCI) em curso na instituição.

A área assistencial do HBA tem por missão⁸ e divide-se estruturalmente da seguinte maneira: área de triagem, com sala de transferência para a Pessoa em maca ou cadeira, duas salas de triagem com capacidade total para quatro postos fixos; área de

⁷ “Trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no reino Unido, estando em curso a sua aplicação em outros países ... tendo como objetivo dispor de um sistema de triagem inicial, que de uma forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, promova o atendimento médico em função de critério clínico e não do administrativo ou da simples ordem de chegada ao Serviço de Urgência.” (Triagem no Serviço de Urgência, 1997)

⁸ “... a prestação de cuidados de Enfermagem diferenciados, com fim a conservar a vida, aliviar o sofrimento e promover a saúde, no respeito absoluto pela individualidade do Cliente, promovendo simultaneamente, o ensino e a investigação em Enfermagem, bem como a manutenção de uma relação de longo prazo com os Centros de Saúde, Unidade de Cuidados Continuados da área de influência e com o hospital de referência, utilizando os recursos disponíveis com base no rigor dos princípios da qualidade, da efetividade e da eficiência definidos pelo HBA” (disponível em www.hbeatrizangelo.pt/pt/institucional/visao-missao-e-valores)

verdes/azuis/trauma/pequena cirurgia com sala de tratamentos, cinco gabinetes de atendimento médico e uma sala para realização de aerossóis; área amarelo/laranja com três salas de tratamento (ambulatório/macac/procedimentos), cinco postos de observação rápida catorze postos de estadia curta, posto de ECG; sala de reanimação com capacidade física/material para a abordagem de duas Pessoas em situação emergente/ativação de sistemas de resposta rápida as vias verdes; sala de observação também denominado como SO com dez postos, dois dos quais permitem o isolamento de aerossóis por pressão negativa. De salientar uma sala de abordagem à Pessoa vítima de Trauma *Minor*, em funcionamento desde de Julho, atualmente com horário compreendido desde as 09 à 01 horas.

Num SU polivalente, tendo por base o despacho n.º727/2007 referente à legislação da rede de serviços de Urgência do Sistema Nacional de Saúde, que define este nível de diferenciação de urgência hospitalar como “ (...) *o mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (...) garantindo a articulação com as urgências específicas (...)*”, é de esperar que se seja confrontado com um maior número de situações críticas e com elevado grau de complexidade do que uma Urgência Médico-Cirúrgica, dada a limitação que tem ao nível das várias valências de especialidade e meios complementares de diagnóstico. Face a esta constatação, é de esperar que aumentem exponencialmente os níveis de *stress* e ansiedade de quem espera e aguarda avidamente por informações relativas ao estado geral, plano terapêutico e prognóstico de quem nos encontramos a cuidar.

Contextualizando um pouco o meu percurso profissional e as experiências vividas, considero que o fator ambiente envolvente é determinante para que consigamos **planear e adequar de forma precisa as intervenções a desenvolver**. Ao longo dos últimos três anos, pelo que tenho vivenciado e pelas competências que tenho vindo a adquirir e consolidar no contexto de urgência, posso afirmar que num ambiente não controlado como este em que desempenho as minhas funções como Enfermeira, torna-se a cada instante aliciente a tentativa da criação de um espaço no meio de todo o *caus* onde haja uma maior facilidade no estabelecimento de relação de ajuda, quer ela seja formal ou informal. Do ponto de vista da relação de ajuda informal, é defendido por Ferreira (2006), como o desenvolvimento de uma relação de proximidade de forma espontânea onde o profissional pode utilizar todas as suas habilidades baseando-se na capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia; no que concerne aos resultados, é

preconizado o apoio à Pessoa, família e/ou pessoa significativa na expressão de emoções e na verbalização do seu problema, retribuindo com a compreensão empática. Já na relação de ajuda formal, indo ao encontro de Queirós (1999) e Ferreira (2006), a identificação de sinais e sintomas na Pessoa que possam indicar a presença de mau estar e ansiedade, desempenha um papel preponderante; a disponibilidade e compreensão para escutá-lo e encorajá-lo e/ou os seus semelhantes a exporem as suas preocupações e a aceitação prévia por parte destes, são requisitos essenciais a ter em conta na formulação de resultados esperados preconizados no planeamento de cuidados.

O cuidar ético no contexto de urgência/emergência deve respeitar os direitos das Pessoas, tendo em conta os riscos e a gravidade de cada situação respeitando a autonomia da Pessoa caso esta se encontre em condições de tomar uma decisão.

Tracei como objetivos específicos “*Prestar cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica em contexto de Urgência*” e “*Desenvolver competências na área da formação promovendo a melhoria dos cuidados à Pessoa em situação crítica*”. Indo ao encontro dos objetivos previamente traçados para este estágio, de forma a certificar e mobilizar as competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permaneci a maior parte do tempo a colaborar na **prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica** que se encontram na sala de reanimação. Esta permanência, dado o carácter de instabilidade apresentado por uma grande parte das Pessoas às quais prestamos cuidados, permitiu-me contactar com situações de crise/imprevisíveis que implicam a **mobilização de algumas competências previamente adquiridas**, por mim diariamente no meu local de trabalho, permitem que se **desenvolvam estratégias de intervenção direcionadas** que acabam por facilitar o desenvolvimento e posterior aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados, **envolvendo questões do domínio ético, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais**.

Como segundo objetivo: “*Desenvolver competências na área de formação proporcionando a melhoria dos cuidados prestados à Pessoa em situação crítica*”. Para a concretização deste, realizei juntamente com uma colega a frequentar o mesmo Mestrado de Especialização, uma formação com a mesma área de interesse “Via Aérea”, denominada “*Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”, cada uma de nós abordou temáticas diferentes, a

colega supra citada trabalhou o tema da “*Manutenção e Permeabilização da Via Aérea*”, a “*Manutenção e Permeabilização da Via Aérea Difícil*” foi por mim trabalhada, esta **formação em serviço** foi repetida do estágio do Módulo II encontrando-se no Apêndice IV. Foi redefinido o questionário para validação das **necessidades formativas** dos Enfermeiros do serviço (Apêndice IX), a validação das necessidades de formação através da avaliação dos questionários (Apêndice X) e realizado um plano de formação (Apêndice XI). Esta foi realizada duas vezes em dias alternados de forma a possibilitar a presença dos interessados, foi elaborado um cartaz com a data, hora e temática da formação (Anexo XII) e colocado em pontos estratégicos do serviço. A formação foi constituída por duas partes distintas, em que na primeira foi abordada a temática de forma teórica através da exposição de slides e a segunda com bancas práticas proporcionando aos participantes o treino em manequins apropriados, **onde tive a oportunidade de promover a desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros**. Foi também entregue a estes, um questionário de avaliação da formação/formadores (Anexo XIII), posteriormente validado. (Apêndice XIV) No seguimento do sucesso da formação, fomos convidadas a participar como formadoras nas “*Jornadas de Trauma Complexo QRS*”, que ocorreu no dia 2 de Fevereiro no concelho de Loures tendo como grupo alvo, todos os profissionais de saúde do pré e intra-hospitalar.

A súbita transição de saúde para doença é uma experiência complexa e altamente individualizada, a presença do sentimento de impotência contra as alterações expostas ao próprio organismo, a dor física, em algumas vezes a sensação de perda, leva a que a Pessoa ao recorrer ao SU procure cuidados diferenciados e de qualidade.

A “*confusão/agitação*”, típica de um SU é o mais referenciado por quem por lá passa como Pessoa a vivenciar um processo de doença, contudo essa agitação para os profissionais que lá trabalham é organizada. A numerosa afluência diária de Pessoas e as características complexas das suas queixas orienta-nos para a **atuação rápida num curto espaço de tempo evitando o agravamento** quer físico quer clínico da situação.

O Cuidar num SU implica, não só a **mobilização diversificada de saberes técnicos e científicos**, mas estar em permanente alerta de forma a dar resposta a todas as necessidades da Pessoa/família, com um saber relacional e humanizado, criando um

ambiente de confiança através da comunicação, sabendo escutar e respeitar a individualidade de cada um.

A permanência na sala de reanimação (setor um dá entrada direta a Pessoa em situação crítica) permitiu-me certificar a **demonstração da capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas**, dado que **colaborei com a equipa multidisciplinar** na receção da Pessoa em situação crítica e procedi à prestação de cuidados especializados no âmbito da (re) estabilização e posterior encaminhamento, sendo este para o SO ou no transporte interno para unidades diferenciadas. Juntamente com a equipa, tive oportunidade de **demonstrar a minha capacidade de trabalhar de forma adequada, participar na tomada de decisões fundamentadas, atendendo à evidência científica e às minhas responsabilidades sociais e legais, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à Pessoa.**

A extraordinária dinâmica e complexidade de um SU obrigam a períodos constantes de **atualizações de conhecimentos** bem como a reflexões relativas às práticas hospitalares. A realização deste ensino clínico em contexto de formação pós-graduada permitiu-me desenvolver a capacidade de **comunicar com os colegas os meus conhecimentos adquiridos da prática inicial** e aperfeiçoados ao longo do tempo em que presto cuidados diretos à Pessoa em situação crítica. A experiência obtida ao longo do tempo, permite-me olhar para a Pessoa crítica de forma orientada e sistematizada, hierarquizando as prioridades a estabelecer nos cuidados urgentes. Para Kolb, citado por Abreu (2007, p.100) *“a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência”*.

Como profissionais lidamos constantemente com a díade vida versus morte, mas aceitar a segunda em detrimento da primeira nem sempre é fácil, há dificuldade em tomar a decisão de parar e não investir e utilizar todos os meios e recursos ao nosso alcance; esta atitude não deveria ser vista como um simples ato de desistência mas sim como uma atitude de sensatez baseada na ponderação e na dignidade da Pessoa. Podemos assim destacar a importância do Código Deontológico em Enfermagem quando refletimos acerca desta temática e, convergindo para o artigo 12.º ponto 1 e artigo 11.º, ponto 1: *“... o enfermeiro deve analisar regularmente o trabalho efetuado e adequar as normas às necessidades concretas do utente”*. Ainda no âmbito desta temática e campo de discussão ético, para Serrão existem duas questões distintas mas que por vezes não são

apresentadas de forma clara e têm tendência a ser confundidas: a Eutanásia e a suspensão de terapêutica Fútil. Para este perito na questão sobre os limites da vida, ao abordar o conceito e o ato que é a Eutanásia, é necessário, obrigatoriamente, assumir que esta é sempre ativa e voluntária, não existe outro tipo que não este, sendo necessário diferenciar e não confundir erradamente com outro tipo de atitudes que devem ser tomadas em relação a uma Pessoa como é o caso da interrupção de tratamentos fúteis ou inúteis ou a não realização dos mesmos, ainda que daí resulte a sua morte. Neste âmbito, é considerada boa prática clínica a manutenção de tratamentos enquanto produzirem mais benefício do que sofrimento; quando estes se tornam fúteis, inúteis e prejudiciais à Pessoa devem ser interrompidos, tal como nas situações em que o potencial e hipótese de recuperação são nulos.

Questiono-me também, até que ponto nós enquanto profissionais de saúde não ficamos presos à “*problemática da terapêutica sem limites*” podendo esta ser compreendida pelo paradigma da categorização. Vou continuar sem saber responder claramente, são decisões ambíguas, que deveriam ser proteladas por equipas com conhecimento de causa após uma avaliação cuidadosa e personalizada de todas as componentes envolventes, contudo ainda vivemos perante a negação social da morte e continuamos a manter o ideal da sacralização da vida que pode estar intimamente ligado ao conceito de futilidade terapêutica. Este mesmo conceito, debatido no “Seminário sobre Futilidade Terapêutica e o Papel das Comissões de Ética para a Saúde” organizado em 2011 pela ARS Norte, sob o ponto de vista que aqui é apresentado, engloba todas as prescrições do quotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação aos casos concretos. Presencia-se o induzir, por vezes, de sequências de exames, procedimentos e tratamentos desligados do verdadeiro interesse da Pessoa e sem reconhecimento científico seguro. Uma abstenção de cuidados fúteis, tendo por base o princípio ético da não maleficência, podem contribuir para uma **qualidade de vida digna em qualquer fase do ciclo de vida humana.**

Face à dinâmica do SU, em que agir no momento certo para assegurar e manter as funções vitais é fundamental, numa primeira instância, **a tomada de decisão** relativa à questão anteriormente descrita, dada a sua complexidade, pode acabar por ser tomada posteriormente. Parte de nós, como elementos da equipa multidisciplinar, estar atentos à realidade com a qual vamos sendo confrontados e alerta para a **necessidade de refletir, discutir e proceder a uma análise** dos prós e contras de cada uma das decisões que

vão sendo tomadas. Tal como é defendido por Lima (2006), a utilização de uma terapêutica inútil, apenas pode ser uma medida tendo por vista o adiar a morte e o acrescentar de uma agonia programada; a fase final da vida pode assim, ser transformada num longo e doloroso processo de morrer. Neste mesmo contexto, Gegde *et al* (2007) e Reynolds *et al* (2007), descrevem de forma clara as consequências e dificuldades que se impõem aquando da tomada de decisão nestas situações, a decisão de não iniciar um tratamento fútil é mais frequentemente assumida enquanto a decisão de suspender uma terapêutica em curso implica quase sempre uma informação justificativa quer junto da Pessoa, quer junto dos familiares. Qualquer uma das decisões tomadas, anteriormente mencionadas, afetam moralmente e perturbam prestadores de cuidados, Pessoa e famílias, podendo conduzir a problemas éticos semelhantes. Face ao paradigma assistencial em que se pretende que haja uma relação equipa/Pessoa, um profissionalismo cada vez mais despersonalizado, os profissionais de saúde devem evitar o culto do paternalismo e valorizar cada vez mais as perceções sentidas por quem é o alvo dos cuidados que prestamos.

Ainda no que concerne à questão da tomada de decisão, e de forma a sistematizar e compreender melhor a complexidade inerente a este processo, senti necessidade de **aprofundar a pesquisa** e apresentar algumas conclusões. Estas poderão ser transversais para outras situações que possam vir a surgir durante a vida profissional, a qualquer momento surge a necessidade de atuar e participar nessas mesmas tomadas de decisão. Segundo Nunes (2006), as **decisões são tomadas no sentido de dar resposta às necessidades das Pessoas**, tendo por base o agir. Deste ponto de vista, será difícil renunciar ou dispensar a tomada de decisão, para esta autora, o próprio fato de não escolher ou se abster de uma escolha é por si mesmo já uma escolha. Analisando fatorialmente o que pode interferir nas decisões, podemos destacar o que afeta externamente e internamente, as emoções e o grau de autoconsciência de si, são talvez os mais representativos do que nos é intrínseco. Como em qualquer outra área, existem diferentes teorias relativas a este complexo processo.

Acredito que através desta **aprendizagem e reflexão contínua**, é possível melhorar os cuidados prestados nas diversas situações do foro bioético e que implicam tomadas de decisão não lineares, com as quais vamos sendo confrontados. Tal como é protelado em algumas *guidelines* internacionais referentes à utilização de técnicas invasivas e agressivas de substituição das funções vitais, muitos conflitos ou impasses, podem ser

evitados se nós como profissionais de saúde tivermos formação sobre temas como as decisões de fim de vida e se apostarmos no desenvolvimento da capacidade reflexiva, esta capacidade deverá basear-se em documentos orientadores publicados por entidades idóneas neste campo.

No contexto da intervenção do Enfermeiro junto da família ,sendo esta definida segunda a OMS(1994) “... *qualquer grupo cujas ligações sejam ligadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum* ” face às competências previamente adquiridas e, perante esta situação, consegui adquirir uma visão mais alargada de que tipo de **relação de ajuda pode ser estabelecida** no contexto de urgência, mais especificamente num setor que se caracteriza pela prestação de cuidados de forma transitória. Na sala de reanimação, pelas suas características, o contato com a Pessoa que necessita dos cuidados diferenciados que lá se prestam é na maior parte das vezes fugaz, mas a relação e empatia que se estabelecem no primeiro contato com os familiares e/ou pessoas significativas revelam-se basilares para a melhor prática de cuidados a assegurar. Desta forma, pretendo ir ao encontro e justificar o pensamento que me acompanha diariamente: “ *Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas*” (Saint Exupery).

3 – CONCLUSÃO

A realização deste documento pretende contribuir para o momento de avaliação final de estágio. Possibilitou um olhar crítico, sobre os conhecimentos que foram aprofundados, sobre os novos conhecimentos adquiridos, sobre as atividades desenvolvidas e a desenvolver, bem como o caminho percorrido.

É neste sentido que a realização desta reflexão se denotou de excelente valor. Procurei detalhar as grandes áreas de intervenção, não com o intuito de cingir a minha ação apenas a determinados domínios, mas antes para fazer um investimento claro e profundo em aspetos concretos e que de acordo com o meu interesse pessoal e profissional me parecem pertinentes e centrais no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com a certeza porém, que o cuidado humanizado necessita não só da técnica do Enfermeiro no exercício das suas funções bem como da competência pessoal evidenciada na capacidade de compreender a Pessoa a quem presta cuidados, através do respeito pela sua individualidade ao mesmo tempo que suscita uma percepção holística do mesmo, superiorizando a compreensão biológica da doença e contemplando os aspetos psicológicos, sociais, culturais e espirituais que influenciam a comunicação no processo de saúde/doença.

É ainda de salientar, que este documento, refletiu e analisou o percurso realizado à luz dos objetivos propostos inicialmente. Encontro-me realizada pelo percurso trilhado até ao momento, no entanto consciente do enorme caminho que terei de percorrer no futuro. Considero que a concretização do objetivo geral delineado inicialmente, se encontra cumprido, pelo desenvolvimento efetivo de competências científicas, técnicas, relacionais e humanas especializadas, na prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa/família em estado crítico exigidas delineadas no Guia de estágio pela Universidade Católica Portuguesa 2012.

A importância desta formação permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos alicerçada a novas competências, tendo por base a formação inicial, o processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento pela capacidade reflexiva sobre as minhas

fragilidades com a finalidade de as colmatar. Reconhecendo que os comportamentos e atitudes espelham a profissão, a experiência adquirida neste percurso possibilita-me agora um olhar crítico sobre os fenômenos observados podendo integrá-los na prática, instituindo relações interpessoais fundamentadas nas teorias de Enfermagem, em evidências científicas, garantindo uma assertiva tomada de decisão podendo assim aferir o nível de competência expectável para o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica.

A minha autonomia fica mais consolidada, apoiando a prática em padrões de conhecimento sólidos e válidos, que me faculta ultrapassar os obstáculos ao longo da minha vida profissional e pessoal. O Enfermeiro especialista deve desempenhar um papel importante na promoção da investigação, na evolução do conhecimento e na motivação para a melhoria da qualidade dos cuidados junto dos pares, permitindo diminuir as lacunas entre a teoria e a prática.

Torna-se um processo de (re) estruturação interior mas também de conceção de uma nova identidade profissional. Somam-se responsabilidades, adicionam-se novas competências, impera a reflexão crítica para a construção de um modelo sólido, alicerçado em pilares que façam de mim enquanto Enfermeira especialista, uma verdadeira mais valia para mim, para aqueles de quem cuido e igualmente para equipa interdisciplinar.

4 – BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina. 2003. ISBN 978-972-40-1852-2.

ANEMA, Cheryl [et al.] – Spiritual Well- Being in Individuals With Fibromyalgia Syndrome: Relationships With Symptom Pattern Variability, Uncertainty and Psychosocial Adaptation. In *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. Springer Publishing Company. 2009 DOI: 10.1891/1541-6577.23.1.8. p. 8-22.

BARRIOS. Jorge; MESA, Alonso – *Manual Clínico da Via Aérea Respiratória*. São Paulo: Artes Médicas, 2005. ISBN: 853670019X. p.262.

BERTONE, T.B.; RIBEIRO, A.P.S.; GUIMARÃES, J. – Considerações sobre relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe on line*, nº3. http://mail.fafibe.br//revistaonline/arquivos/tassia_considerações_relacionamento_interpessoal.pdf. a 20-12-2012 09:20.

FACHADA, Odete. – *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo. 2010. 2 vols. ISBN 9789726185659.

FISHER, C. [et al.] – Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*. 2008.

FORTIN, M.F. – *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

GEDGE, E. [et al.] – Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent. *J.Med Ethics*. 33:4 (2007) 215-218.

HESBEEN, W. – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 1997. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

JONES, Myfanwy L. – Application of systematic review methods to qualitative research: practical issues. *Journal of Advanced Nursing*. 48:3 (2004) 271-278.

KANT, Immanuel – *Fundação da Metafísica dos Costumes*. Trad Paulo Quintela. Lisboa: Edição 70, 1986 p.69. 1985.

LIMA, Cristina – Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Revista Portuguesa da Sociedade de Medicina Interna*. 13:2 (2006) http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf 27-12-2012.

LOURENÇO, Ilda – Suporte Emocional ao doente família em situação de crise. Ministrado em sala de aula no âmbito do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS, da Universidade Católica Portuguesa. 2012.

MELEIS, A. I. – *Theoretical nursing development and progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005. 739 p. ISBN 0-7817-5767-3.

II CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, NUNES, Lucília – Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. 2006.

PHANEUF, Margot – *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Edição da Associação de enfermeiros especialistas em enfermagem medico-cirúrgica. Coimbra. 1995.

RAMALHO, Anabela – *Manual de redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise. Estrutura funções e utilização em Enfermagem*. Coimbra: Formassau. 2005. 11 p. ISBN 972-8485-54-9.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Direção Geral da Saúde, 2003. ISBN 972-675-097-0.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Regulamento nº 122/2011*: D.R. II Série, 35 (18-02-2011) 8648-8652.

QUEIRÓS, Ana – *Empatia e respeito*. Coimbra: Quarteto, 1999. 156 p. ISBN: 972-8535-03-1.

Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Ministério da Saúde e Hospitais EPE. 2006. http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf 20-12-2012.

REYNOLDS, S. [et al.] – Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. *Surg Clin North Am.* 87:4 (2007) 919-936.

RUBEN, Ramos *et al.* – Revista Portuguesa de Crdiologia, volume 28, p.1063. 2009.

“Seminário sobre futilidade terapêutica e o papel das comissões de ética para a saúde”, texto organizado e debatido em Setembro de 2011 pelas comissões de ética para a Saúde da região Norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo. 2011. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Futilidade%20Terap%C3%AAutica/Ficheiros/Futilidade.pdf> 05-12-2012.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. – Classifying the findings in qualitative studies. *Qualitative Helth Research.* 13:7 (2003) 905-923.

SERRÃO, Daniel – A eutanásia é um debate incontornável do séc. XXI. A medicina avançou de forma extraordinária, mas a questão sobre os limites da vida continua por esclarecer. Entrevista à revista XIS. <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=194> 05-12-2012.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. – *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.* São Paulo: Manole. 2005. p.73-104.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem).* 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p.ISBN 972-8383-74-6.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. 2007.

ANEXOS

ANEXO I

Artigos da Revisão Sistemática de Literatura

Artigo 1

“Difficult Communication in Nursing”

Difficult Communication in Nursing

Lisa Kennedy Sheldon, Roseann Barrett, Lee Ellington

Purpose: To describe difficult communication in nurse-patient interactions from nurses' perspectives.

Design: Grounded theory methodology and follow-up questionnaire. Focus groups of nurses were conducted to explore nurses' perceptions of difficult communication in nurse-patient interactions.

Methods: Using a semistructured interview script, the moderator guided six unit-based focus groups at a 220-bed, Roman Catholic, community hospital, and a recorder took field notes of the interactions. The sessions were audiotaped for transcription and analysis. Level I coding was done by the moderator and recorder after each group. Level II coding was done with the transcripts and conferral of two of the researchers. A follow-up questionnaire with a 5-point Likert scale was used to validate the 13 categories of difficult communication derived from the focus groups.

Findings: Five themes were identified: specific diagnoses and clinical situations, patient and family emotions, nurses' emotions, triangle of nurse-physician-patient communication, and nurse coping behaviors with difficult communication. Emotion was the core variable that made communication more difficult.

Conclusions: The groups described five major themes in difficult communication. They also identified the heavy emotional component of nurse-patient communication and the difficulties arising in work relationships that complicated communication.

JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 2006; 38:2, 141-147. © 2006 SIGMA THETA TAU INTERNATIONAL.

[Key words: communication, nurse-patient interaction, grounded theory, emotions, support, education]

* * *

Communication in nurse-patient relationships is an important part of daily nursing practice. Communication is a cornerstone of the nurse-patient relationship. The power of effective nursing care is strengthened and enriched by good communication. Because of the unique position of nurses in the healthcare system, they spend extended time periods talking with patients and hearing their concerns, feelings, and needs. Some of these conversations are difficult for nurses, heavy with emotions such as anger and sadness, or complicated by life-threatening illnesses or family problems. The purpose of this study was to explore difficult communication in nurse-patient interactions from nurses' perspectives, including specific situations, effective responses, nurses' reactions, and their perceptions regarding the education of nurses to handle these situations.

Background

The exchange of information, feelings, and concerns is vitally important in therapeutic relationships in health care. Many diagnoses and clinical situations produce anxiety in patients, requiring time for them to discuss their concerns

(Stiles & Shuster, 1992, Maguire, Faulkner, Booth, Elliot, & Hillier, 1995). Frequently, communication in health care becomes hurried because of time constraints, or is medically oriented and unidirectional, i.e., provider to patient (Ford, Fallowfield, & Lewis, 1996).

In the past, research on patient-provider communication has been conducted separately in healthcare professions. Physician-patient communication has been the most widely researched from the perspective that difficult communication is the physician having to give "bad news" (Fallowfield & Jenkins, 2004). Additionally, difficult communication has been described in relation to a "difficult" patient who does not follow advice from healthcare providers and does not

Lisa Kennedy Sheldon, MS, ARNP, AOCNP, *Epsilon Tau*, St. Joseph Hospital, Nashua, NH; **Roseann Barrett**, RN, PhD, Associate Professor of Nursing, Regis College, Weston, MA; **Lee Ellington**, PhD, Assistant Research Professor, College of Nursing, University of Utah, Salt Lake City, UT. Grant Support was received from the American Cancer Society and partial support from an NCI grant to the University of Utah (IR 25CA93831-01, Kathi Mooney, PI). Correspondence to Ms. Sheldon, 48 Church Road, Bedford, NH 03110. E-mail: l.kennedysheld@comcast.net
Accepted for publication January 11, 2006.

adhere to treatment recommendations (Baer, 1986; Russell, Daly, Hughes & Hoog, 2003).

A small body of research exists on difficult communication between nurses and their patients. Wilkinson (1991) described blocking behavior as a mechanism to prevent nurses from delving into a patient's psychosocial issues. Volker (2003) identified topics that nurses perceived as challenging in oncology care, including end-of-life issues and unrelieved pain. Smith and Hart (1994) discussed how nurses labeled certain patients "difficult" when their behavior challenged nurses' control of patient care. Nurses were described as using varying degrees of connection or disconnection to maintain emotional control and self-efficacy. Podrasky and Sexton (1988) found that nurses responded to difficult patients with anger and frustration. What is not known is what nurses perceive as difficult communication during nurse-patient communication.

Even people with the best communication skills are challenged by difficult situations. Time constraints, emergency situations, and changes in treatment do not always allow for thoughtful responses. Difficult situations can range from life-threatening illness or injury, complicated family relationships, and mental health issues, to symptoms such as unrelieved pain and nausea. How nurses respond during these situations will depend on many factors. Each nurse brings her or his own history, culture, experience, and personality to a situation. Patients bring their backgrounds plus some disruption in their normal functioning that will require coping, readjusting, and healing. Communication in the nurse-patient relationship is an interaction that is multidimensional and complicated by the human responses of both participants.

Grounded theory methodology was the framework for the study. With a lack of theoretical basis to describe nurses' perceptions of difficult communication, this approach was useful in generating knowledge on this topic (Chenitz & Swanson, 1986). A focus-group format was used to elicit nurses' perceptions of "difficult communication" in the nurse-patient relationship. According to Glaser and Strauss (1967), information is derived from the data, searching for social processes and shared meanings in the human interactions. People sharing common experiences create shared meanings.

The purpose of this study is to explore what nurses define as "difficult communication" with their patients. Also, an attempt was made to identify a core variable, some element or elements of this communication that makes it "difficult." Although each nurse-patient interaction has unique features, interactions might have underlying commonalities or themes that, when linked together, form a recognizable pattern or a common process.

Additionally, through sharing their experiences, nurses could feel "heard" and supported. Newer nurses could learn from more experienced nurses about effective strategies and responses for handling difficult communication (Benner, 1997). A final goal of this study was to find out how nurses cope with difficult encounters.

Methods

Focus groups were used to explore nurses' perceptions of difficult communication in the nurse-patient relationship, using methods described by Merton (1956), Morgan (1988a, 1988b, 1993, 1998), and Krueger (1998a, 1998b). Institutional review board approval was obtained before beginning the study. A convenience sample was recruited for the first focus group at a 220-bed, Roman Catholic community hospital. Nurse managers on the units were contacted for their agreement, and handouts about the focus groups were posted on each unit. The nurse participants were told that the groups would explore difficult communication in nurse-patient interactions.

Two of the researchers were employed at the hospital: the moderator, who is a nurse practitioner, and the recorder, a nurse researcher. Working together allowed the researchers a better understanding of the social milieu and the participants. Both were experienced with working with small groups, enabling the researchers to create an open and secure environment for the participants to facilitate disclosure.

The moderator used an interview script to prompt discussion. The interview script was derived from a review of the literature and from interviews with staff nurses during the application process for national recognition of nursing excellence (American Nurses Credentialing Center's Magnet Recognition). In that application, narratives from nurses about how they practice nursing were used, stimulating intense discussions about the difficulties that nurses encounter in their clinical experiences.

The interview script evolved after each focus group as ideas were discussed by participants. Questions for the next focus group were discussed by the researchers and modified to explore new areas or different parts of the original questions (Munhall, 2001). Initial questions included "What are some of the difficult conversations you have had with patients and families?" and "Who do you turn to for support and ideas after these conversations?" Later groups included more questions about education including, "How did your nursing education prepare you to deal with these difficult topics?" This issue had arisen in several focus groups.

Each focus group was unit-based with participants who worked together. Informed consent and demographic information were obtained from each participant before each group. The sessions were audiotaped and transcribed verbatim. All identifiers were removed before analysis. A recorder took field notes regarding the group process, interactions, and nonverbal communication. After each group, a general evaluation of the focus group was collected. The evaluation included questions about group process, the effectiveness of the moderator, participant comfort with being audiotaped, and future contact information.

Coding of the focus group content was done in two stages: immediately after each group and then with the transcripts. The moderator and the recorder held a debriefing session after each group to review impressions of the group process and the recorder's notes. Level I coding was done at

this point, providing early substantive coding using language used by the participants. The first transcript was reviewed and basic categories (i.e., nurses' emotion, patient emotion, diagnostic groupings) were used for coding the subsequent transcripts. Level II coding was done with the transcripts and with agreement between moderator and recorder to condense Level I codes to form broader categories. The third reviewer evaluated the coding for consistency and new themes. The field notes from the recorder provided additional depth to understanding the interactions that occurred during the group sessions.

After six groups, the researchers determined that saturation had been reached. Thirteen categories of "difficult communication" were derived from the groups and the transcripts. To validate the findings of the groups, the researchers sent follow-up questionnaires to all 30 participants. The questionnaire listed the 13 categories of "difficult communication" that were identified in the focus groups. The participants were asked to rate the difficulty of the categories using a Likert-type scale with 1 = not difficult communication to 5 = very difficult communication, and 0 = not applicable.

Findings

Six focus groups were held on different units at the hospital. The groups lasted between 30 and 60 minutes. The 30 nurse participants ranged from 25 to 64 years of age with a mean of 47.6 years. All were registered nurses and educational levels varied from associate to master's degrees; 19 had associate degrees or a diploma in nursing. The majority (21) were staff nurses. These nurses were experienced; 16 had more than 20 years of nursing experience. The most common specialty was oncology ($n=9$) followed by rehabilitation ($n=7$). All participants were women.

Five main themes were identified from the focus group discussions to define difficult communication as perceived by these participants: (a) specific diagnoses and clinical situations; (b) patient and family emotions; (c) nurses' emotions; (d) nurses' coping behaviors with difficult communication; and (e) triangle of nurse-physician-patient communication.

Specific Diagnoses and Clinical Situations

The first theme, specific diagnoses and clinical situations, varied by unit and included communicating with patients with metastatic disease, working with parents after fetal demise, discussing the withdrawal of aggressive interventions at the end-of-life, and describing the rehabilitation process for long-term patients with head injuries. Each clinical situation produced similar reactions from the participants regarding the difficulty and the emotion that the situation evoked in nurses. For example, on the maternal-child unit, one nurse described an interaction with a mother whose baby was dead at birth:

It was so hard because I went into the room to take the child, 'cause Mom was holding this baby and looked at me. . . . A baby who had died. She handed me the baby and she said to me, and she looked at me right in the face, and I was, you know, how am I going to handle this, I haven't done this in a real long time—and she said to me "Isn't she beautiful?" I don't know, I almost lost it right there.

All the participants shared how devastating fetal demise is for the parents. They also acknowledged how difficult it is for the nurses who are trying to be helpful to the bereaved parents while feeling the emotional component of the situation.

Patient and Family Emotions

The second theme, dealing with patient and family emotions, was identified in all groups. The nurse participants noted that the stress of illness elicits many emotions in patients and families and that these emotions are commonly expressed and shared with nurses. Expressed anger from patients or family members or both was an emotion that all participants said was "difficult." One nurse spoke of how the mother of a pediatric patient was angry when she had to wake the febrile child for vital signs. "It was like I had two patients." Participants agreed that they felt frustration when they were the brunt of the family's anger because they were "just trying to help."

Serious life events, like fetal demise or metastatic cancer, evoke emotional reactions in patients and families. Working with patients during these stressful times requires skillful and supportive communication. Acknowledging the emotional component, whether it is grief or hopelessness, facilitating disclosure and identifying coping mechanisms that are effective for patients and families are necessary components of the nurses' role. Learning how to communicate in these situations requires advanced skills that are learned during clinical practice.

Nurse Emotions

The third theme, nurses' emotions, was identified in all groups. Participants described the struggle of having to cope with their own reactions and emotions. Nurses' negative emotions such as helplessness, hopelessness, and sadness made communication with patients more difficult. In addition, the nurses had to decide how best to communicate or not communicate their feelings to patients and family members. For example, participants on the oncology unit described feelings of helplessness when cancer progressed in their patients, and they were saddened at the deaths of long-term patients. Some participants talked of grieving after the deaths of patients and attending funeral services.

One participant talked about a patient with metastatic disease who asked repeated questions about his prognosis. The nurse described how she struggled with conflicting emotions while caring for this patient. She wanted to be honest with the patient but did not want that honesty to take away his hope.

Sometimes you have a good instinct about what's going on, sometimes you're just so—being so close to them, or you don't want to

be involved with them, because you are shutting yourself off emotionally, that you can't say, "Yeah, it's getting close to the end."

The desire to help patients and families during difficult and sometimes hopeless situations was expressed by the participants. Finding the right words and actions made communication more difficult and carried the heavier burden of helplessness. The nurses wanted to "take their pain away, [know] how to help them deal with it all, but not knowing how." Dealing with nurses' negative emotions during the course of communication with patients was perceived as difficult by all participants and stimulated supportive comments from other group members.

Nurses' Coping Behaviors

A fourth theme, nurses' coping behaviors with difficult communication, pertained to how nurses deal with their own responses to conversations they perceive as difficult after the encounter. The interviewer asked who nurses turn to for support after these conversations or situations. Participants described not wanting to discuss these situations outside of work for two reasons: they did not want to think about it anymore, or because their family and friends did not understand their job. For example, when explaining why she did not seek support from her family and friends, one participant said, "You've got the burden of explaining to them."

Some of the nurses said they dealt with difficult communication via denial or compartmentalization: "I turn the (car) key and forget it." "Put it in a small spot." "So you go home, and you shut down." "It took a lot of years to forget about it on my way home."

But, some participants solemnly gazed away from the table when speaking of how they just "forget about it," prompting the interpretation that the described coping strategy might not be truly effective. Many participants used this focus group as an opportunity to share and process a particular experience in their nursing practice, often from years before, that they had found especially trying and had wanted to forget.

This theme was one of the more emotionally-charged topics in the discussions. Some participants showed their emotions, including tears and signs of withdrawal from the group. The researchers labeled this coping behavior as "compartmentalization," and considered it a subtheme of nurses' coping behaviors. This behavior might not be as effective as was described by the nurses, as indicated by nonverbal communication during the group session. Peer support was described as more effective for coping with stressful communication but participants varied in how frequently they sought support of their peers.

Triangle of Nurse-Physician-Patient Communication

Another theme was the triangle of nurse-physician-patient communication. Although the focus of the study was difficult communication in the nurse-patient relationship, more than half of the groups discussed difficulties

in nurse-physician-patient communication that complicated care of the patient. Participants described receiving inconsistent messages from physicians, being drawn into unresolved patient issues that were outside the nurse's role, and feeling conflict between the nurse and physician, all of which affected patient care.

They don't tell things in the most compassionate way, you know, choose the right words so they don't hurt the feelings of the patient and the family, and this is so much different with us nurses because we want to be compassionate at all times. And sometimes that's a disadvantage because we're left to explain, we might not totally understand . . . why he's choosing this medication versus that. . . . You know, we're left to explain to them, so that's another communication that's sometimes lacking.

Not all nurse-physician-patient communication was difficult. Participants from one unit described their use of interdisciplinary teams as a way to discuss all cases and provide a unified approach to difficult situations. Moreover, this team approach led to open communication between nurses and physicians, and was a forum for discussing different approaches for talking with patients and their families. The focus group on this unit had a sense of camaraderie that was not found in other unit-based groups. Their group cohesion was apparent to the researchers by the participants' unified verbal and nonverbal responses.

Education to Prepare Nurses for Difficult Communication

After reviewing the transcripts from the first three groups, the researchers concluded that nurses felt unprepared in their education to handle complex communication. A question regarding education to prepare nurses for difficult communication was discussed in depth by three focus groups. Participants noted that their education did not prepare them for all the different types of situations and the wide range of communication skills that would be necessary in clinical situations. Participants who had graduated more recently felt unprepared for many of their clinical experiences, in particular communicating with patients, family members, and physicians. Those with more clinical knowledge believed that nurses learn by experience how to communicate more effectively. More educational content on communication during basic and continuing education programs was suggested as useful in developing and maintaining communication skills.

Group Evaluations

Evaluations were completed by participants after each session. Responses showed that all participants thought the groups were valuable and thought ongoing groups should be held to discuss difficult situations with their colleagues to learn more about effective communication strategies. The most valuable outcome of the group, cited by the participants, was the "sharing of experiences" with others. The sharing of feelings about difficult communication was regarded as helpful, and most groups concluded on a positive note, even suggesting that the groups be convened regularly for more discussion.

I think nurses often seek each other out because we have an understanding on another level that many people don't have. We've been in the trenches with those life and death experiences in a way I don't think anybody else [has].

Descriptive Results

The follow-up questionnaires were returned by 18 of the 30 participants and provided validation of the categories of difficult communication identified in the focus groups. Questionnaires were returned without identifying information about the participant, unit, or focus group attended. Some categories were unit-specific (for example, fetal demise was rated not applicable on some questionnaires), others were consistently answered as being difficult (i.e., anger arising in patients and families). The results of the questionnaires are shown in the Table. The three highest scores for difficult communication were nurse-physician-patient communication ($M=4.25$, $SD=.78$), angry patient or family ($M=3.94$, $SD=1.36$), and working with patients with metastatic cancer ($M=3.88$, $SD=1.36$). The category, triangle of nurse-physician-patient communication, surprised the researchers as being perceived as being most difficult because, although the topic arose in several focus groups, the intensity of the difficulty was greatest in the questionnaires.

Discussion

The purpose of the focus groups was to define difficult communication in nurse-patient interactions as perceived as by nurses. The focus group format worked well for participants and allowed time for them to share their stories and support each other, an outcome of focus groups reported in the literature (Webb & Kevern, 2001). The researchers sought to understand the contextual reality of nurse-patient communication in a variety of patient care settings. The topics often varied by unit specialty (e.g., metastatic cancer on the oncology unit and long-term patients on the rehabilitation unit). Despite the variation in content, the participants described common themes of difficult communication: specific diagnoses and clinical situations, patient and family emotions, nurse' emotions, nurses' coping behaviors with difficult communication, and the triangle of nurse-physician-patient communication.

Category	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>
Nurse-physician-patient	16	4.25	0.78
Angry patient or family	15	3.94	1.36
Metastatic cancer	15	3.88	1.36
Aggressive interventions at end-of-life	14	3.63	1.59
Patient denial	15	3.50	1.26

Note. 1 = least difficult, 5 = most difficult

By highlighting the meanings of particular experiences for nurses, the analysis of the groups and transcripts generated a core variable (Glaser, 1978; 1992) regarding nurses' perceptions of difficult communication. The core variable, negative emotions, was seen as a common thread in all five themes, whether arising in nurses, patients, or both. The more negative the emotion arising from the situation, such as anger in the triangle of nurse-physician-patient communication or sadness in the situation of fetal demise, the more difficult the interaction was perceived by the nurses.

A clear finding was that nurse-patient communication is often emotion-laden and that negative emotions, in both nurses and patients, make communication more "difficult." Nurse participants noted that their personal emotions in response to clinical situations made communication with patients more difficult. For example, participants said that personal feelings of hopelessness during the withdrawal of interventions at the end-of-life greatly affected their ability to communicate with patients and their families. Nurse participants also described communication as particularly challenging when patients and family members directed negative emotions, especially anger, toward nurses. Finally, nurse participants shared that feelings of frustration arising during the triangle of nurse-physician-patient communication compounded the problem of communicating openly with patients.

Nurse engagement is affected by the emotional intensity associated with challenging interactions. Podrasky and Sexton (1988) described nurses using varying degrees of connection or disconnection to maintain emotional control during their interactions with patients. A nurse who disconnects during challenging interactions with a patient might inhibit further communication with the patient (Smith & Hart, 1994). Healthcare professionals have described using distancing strategies because they fear they will not be able to handle their own negative emotions such as anxiety and distress during difficult interactions (Maguire, 1985). Failure on the part of nurses to allow open communication and patient disclosure is likely to increase patient anxiety (Maguire et al., 1995; Stiles & Shuster, 1992). Therefore, nurses' self-awareness of their personal emotional responses and effective communication strategies affects patients' outcomes.

Helping nurses recognize specific emotions that arise during nurse-patient interactions facilitates the identification of nurses' responses that allow patients' disclosure while preserving nurses' self-efficacy. Educational programs should include basic communication skills with didactic and role-playing components (Maguire & Faulkner, 2002). Communication skills-training programs for experienced clinicians have been designed by interdisciplinary research teams using varying formats (Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing & van de Wiel, 2000; Rasavi et al, 2002; Wilkinson, Leliopoulou, Gambles, & Roberts; 2003). One training model for healthcare professionals in oncology developed by Parle, Maguire and Heaven (1997) included not only specific communication skills but also the beliefs, feelings, and attitudes of healthcare providers and the effects of perceived

support in the workplace on communication behaviors. The use of role play in small groups can be an effective method to increase self-awareness and confidence in handling emotions arising in healthcare providers. Role play in the work setting can be an effective strategy to facilitate support among healthcare providers within a specific work context, enhance self-awareness of emotional responses, and increase the confidence of providers to engage in emotion-laden interactions with patients. Clinically, healthcare providers who are willing to openly engage with their patients will better assess and respond to the needs of their patients and thereby improve patient outcomes.

Nurse participants shared that support during and after these difficult or emotion-laden situations was helpful. The construction of safety networks in clinical settings is needed to support nurses, including support groups, debriefing, individual counseling, preceptorship, and mentoring. Integrating support services into the workplace also benefits patients and families, because nurses are then more willing to engage in emotion-laden interactions and to use more effective methods of communication. Working with newer nurses as they process difficult conversations and scenarios can enhance the development of effective communication skills and emotional health of nurses. Unit-based case studies or hospital rounds provide a forum for sharing experiences, feelings, and strategies during difficult situations. They might also improve interdisciplinary communication, a problem area described in the focus groups and the follow-up questionnaires.

Limitations

Although the researchers tried to recruit male participants for the study, they were unsuccessful because of scheduling problems at the times of the focus groups. This was also a convenience sample and, perhaps male nurses chose not to participate. The perception of difficult communication arising during nurse-patient communication in this study was that of the female nurse participants. Whether the results would vary with male nurses or in other groups of female nurses requires further investigation.

Conclusions

Future research regarding the communication skills needed for nurse-patient communication can benefit both nurses and patients. Even in a suburban hospital with national recognition for nursing excellence, nurses in this study perceived difficulties during nurse-patient communication. The integration of support services, in whatever format, with communication skills training programs for experienced clinicians, is an important strategy for improving interactions with patients and increasing the willingness of healthcare professionals to engage in emotion-laden discussions with their patients. Themes for future investigation

include the emotional realm of communication in health-care settings, specific clinical situations that may be laden with negative emotion, the efficacy of compartmentalization of feelings by nurses, and further definition of difficulties arising during communication in nurse-physician-patient triangles.

References

- Benner, P. (1997). The social fabric of nursing knowledge. *American Journal of Nursing*, 97(7), 10B.
- Baer, C. (1986). Compliance: The challenge of the future. In G. Donnelly & D. Sutterly (Eds.), *Topics in clinical nursing: Patient compliance: Issues and outcomes*. Gaithersburg, MD: Aspen Systems.
- Chenitz, W.C., & Swanson, J.M. (1986). *From practice to grounded theory qualitative research in nursing*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news. *The Lancet*, 363, 312-319.
- Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine*, 42(11), 1511-1519.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs. forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Krueger, R.A. (1998a). *Analyzing and reporting focus group results*. Focus Group Kit (Vol. 6). Newbury Park, CA: Sage.
- Krueger, R.A. (1998b). *Developing questions for focus groups*. Focus Group Kit (Vol. 3). Newbury Park, CA: Sage.
- Krueger, R.A. (1998c). *Moderating focus groups*. Focus Group Kit (Vol. 4). Newbury Park, CA: Sage.
- Kruijver, I.P.M., Kerkstra K., Francke, A.L., Bensing, J.M., & van de Wiel, H.B. (2000). Evaluation of communication training programmes in nursing care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39, 129-145.
- Maguire, P. (1985). Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal*, 291, 1711-1713.
- Maguire, P., & Faulkner, A. (2002). How to improve counseling skills of doctors and nurses in cancer care. *British Journal of Medicine*, 297, 847.
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliot, C., & Hillier, V. (1995). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32A(1), 78-81.
- Merton, R.K., Kendall, P., & Fiske, P. (1956). *The focused interview*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Morgan, D.L. (1988). *Focus groups in qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, D.L. (1993). *Successful focus groups*. Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, D.L. (1998a). *The focus group guidebook*. The focus group kit (Vol. 1). Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, D.L. (1998b). *Planning focus groups*. The focus group kit (Vol. 2). Newbury Park, CA: Sage.
- Munhall, P.L. (2001). *Nursing research: A qualitative perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Parle, M., Maguire, P., & Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science and Medicine*, 4(2), 231-240.
- Podrasky, D., & Sexton, D. (1988). Nurses reactions to difficult patients. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 16-21.
- Rasavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J.F., Farvacques, C., Dubus, L., et al. (2002). Does training increase the use of emotionally laden words by nurses when talking with patients? A randomized study. *British Journal of Cancer*, 87(1), 1-7.
- Russell, S., Daly, J., Hughes, E., & Hoog, C.O. (2003). Nurses and 'difficult' patients: Negotiating noncompliance. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 281-187.
- Smith, M.E., & Hart, G. (1994). Nurses responses to patient anger: From disconnecting to connecting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 643-651.

- Stiles, W.B., & Shuster, P.L. (1992). Disclosure and anxiety; A test of the fever model. *Journal of Personality Social Psychology*, 63(6), 980-988.
- Volker, D.L., & Bile, W.F. (2003). Communicating with patients in cancer care: What areas do nurses find most challenging? *Journal of Cancer Education*, 18(4), 202-209.
- Webb, C., & Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: A critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 798-806.
- Wilkinson, S. (1991). Factors that influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 677-688.
- Wilkinson, S., Bailey, K., Aldridge, J., & Roberts, A. (1999). A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 13, 341-348.
- Wilkinson, S., Leliopoulou, C., Gambles, M., & Roberts, A. (2003). Can intensive three-day programmes improve nurses' communication skills in cancer? *Psychooncology*, 12, 747-759.

Copyright of Journal of Nursing Scholarship is the property of Blackwell Publishing Limited and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Artigo 2

“A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing”

A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing

A. Fakh-Movahedi¹ MSN, M. Salsali² PhD, R. Negharandeh³ PhD & Z. Rahnavard⁴ PhD

1 PhD candidate of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Faculty member of Semnan University of Medical Sciences, Semnan, **2** Full Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, **3** Associate Professor, **4** Assistant Professor, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Fakh-Movahedi A., Salsali M., Negharandeh R. & Rahnavard Z. (2011) A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review* **58**, 171–180

Background: Communication is the source of patients' health promotion, and nurses cannot do their duties without communicating with patients. Nurses with good communication skills have a great role in alleviating the stressful identity of hospitalization for both patients and their families.

Aim: To explore cultural and contextual factors influencing nurse–patient communication according to lived experiences of Iranian nurses and patients.

Methods: The participants in this qualitative study consisted of eight bachelor's degree nurses and nine patients hospitalized in surgical and medical wards of a referral teaching hospital in Tehran, Iran. Data were gathered through unstructured and semi-structured interviews as well as observations. The data were analysed using a content analysis approach.

Findings: The data analysis revealed the following theme that encompassed nurse–patient communication in Iranian nursing: 'a patient-centred attitude in the shadow of mechanistic structure'. This theme consisted of three categories: (1) communication as the essence of nursing care, (2) reactive communication and (3) difficulties of nurse–patient communication.

Conclusion: In spite of the nurses' and patients' belief in the importance of communication, in practice each party's role in communication leaves much to be desired. This is because of some structural and socio-cultural factors that hinder effective communication. More attention should be paid by policy makers to remove factors that hinder the nurse–patient communication process.

Keywords: Content Analysis, Cultural and Contextual Factors, Iran, Nurse–Patient Communication, Patient-Centred Attitude, Qualitative Study

Source of support: Funding for this study was received from Tehran University of Medical Sciences, Nursing and Midwifery School.

Conflict of interest: There was no conflict of interest.

Correspondence address: Mahvash Salsali, Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tohid Square, Nosrat St, Tehran 1419732171, Iran; Tel: +9821-66927171; Fax: +9821-66904252; E-mail: m_salsali@hotmail.com.

Introduction

Communication is defined as the transition of verbal and non-verbal information (Charlton et al. 2008). As the main source of patients' health promotion, nurses cannot perform their duties such as providing physical care, emotional support and exchange of information with patients without communication (Caris-Verhallen et al. 2004; Thomas 2006). It has been shown that effective care cannot be provided unless nurses are able to communicate with patients (Oulton 1998; White 2003).

Sheldon et al. (2006) point out that communication is an important aspect of nursing practice. Also, the quality of care is improved through nurse–patient relationship (Granados Gamez 2009; Thorsteinsson 2002).

Nurses need to use effective communication skills during patient care and the delivery of biomedical as well as psychosocial information. This influences patients' satisfaction and their adherence to therapeutic regimes (Gilbert & Hayes 2009). Through effective communication, nurses can also reduce anxiety of patients and their families during hospitalization (Baile et al. 2000). Poor communication may result in a failure to understand the needs of clients, and therefore the nurse who fails to provide essential information and emotional support may contribute to unfavourable health outcomes such as increased distress in clients (Reynolds & Scott 2000).

Communication is a dynamic process (Hall 2003). Communication is influenced by social, cultural, ethical, economical, legal and technological factors (Hagerty & Patuskay 2003). Therefore, development of nurse–patient communication depends on the context in which care is delivered (O'Connell 2008). Much of communication research has focused on conversations between patients and nurses without taking into account its broader context. While no dialogue takes place in a vacuum and it is surrounded by a whole world, this shallow focus blinds researchers and impedes knowledge development and its implementation in clinical practice (Bensing et al. 2003).

Nurse–patient communication skills encompass a wide range of attitudes and behaviours in clinical domains of nursing practice. It is considered a main factor for enhancing the quality of nursing care (Caris-Verhallen et al. 2004; Cossette et al. 2005). As nurses in hospitals spend most of their time with their patients, understanding how communication is established is of utmost importance (Granados Gamez 2009). Few studies have been conducted into the cultural and contextual factors influencing nurse–patient communication (May 1990), which hinders devising effective strategies to facilitate communication (Berry 2009; Taylor et al. 2004).

Literature review

Bolster & Manias' (2010) qualitative study on nurse–patient interaction during medication in an Australian metropolitan hospital showed that, although nurses valued person-centred care, nurse–patient assessment and management were routine based. The researchers concluded that to ensure person-centred care, nurses should make an ongoing assessment of patient needs in relation to their medications and provide opportunities for patients' participation.

Thorne et al. (2004) explored the context of health care communication in chronic illnesses according to the perspective of

Canadian patients using a naturalistic applied methodology derived from grounded theory. Data analysis revealed that the concepts of courtesy, respect and engagement were inherent in communication priorities across chronic conditions. In conclusion, those staff that provided a balance between discrete clinical goals and overall quality of life were the most helpful to and supportive of patients. For patients, that attitude was the gold standard of health care communication.

McCabe (2004), using a hermeneutic phenomenological study, explored patients' experiences about nurses' communication in a general teaching hospital in Ireland. Lack of communication was the most important issue mentioned by the study participants, and nurses focused more on their tasks than talking to patients. The researcher concluded that if nurses used a patient-centred approach and this approach was valued and recognized by health care organizations, they could communicate well with patients.

Ito & Lambert (2002), using survey research, measured communication effectiveness of nurses working on a variety of clinical units within one large university hospital in Japan. The effectiveness of communication was measured by a 'how well do you communicate?' instrument. The results showed that communication effectiveness was fair among the majority of nurses. It was concluded that the results could be due to several factors such as lack of education regarding communication, lack of open communication in Japanese culture or within the hospital and lack of sensitivity of the communication questionnaire to the nuances of Japanese culture.

Berry (2009) conducted a content analysis study on nurse practitioners and patients in the USA. It was shown that only a few nurses used patient-centred communication style and the majority (69.8%) followed a provider-centred style specified to behaviours such as meeting the provider schedule, restricting patients' comments, giving directions and using close-ended questions. Berry concluded that further research would include investigating communication styles with outcomes of care, using open-ended questions and patient-centred communication, comparing revenues generated with each communication style.

Park & Song (2005) using a descriptive survey, investigated communication barriers perceived by nurses and elderly patients in Korea. Most common barriers to communication between nurses and patients were being too busy and tired, patients' hearing difficulties and having no trust in nurses. They concluded that it is necessary for nurses to understand elderly patients' perceptions about communication barriers and to acquire better communication skills and attitudes.

Anoosheh et al. (2009) in a descriptive survey identified nurse–patient communication barriers in Iran. It was indicated that heavy nursing workload, lack of welfare facilities for nurses,

having a contagious disease, and gender differences between patients and nurses were among the most important barriers to nurse–patient communication. It was concluded that nurse managers and policy makers should focus on eliminating or modifying the barriers stated by patients and nurses. Similarly, Mohammadzadeh et al. (2007) in a survey on barriers to nurse–elderly patients' communication in Iran, stated that tiredness of nurses, patients' forgetfulness and weak memory were the most common barriers to communication. They concluded that nurses must be supported to be able to dedicate their time and energy to relieve patients' needs. Aein et al. (2008) used a thematic analysis study to explore nurses' and parents' experiences regarding communication with each other in a paediatric ward in Iran. Their findings showed that factors such as lack of time, work overload due to imbalance between human resources' demand and supply, and nurses' insufficient communication skills reduced the level of nurse–parent communication. The study revealed that time shortages due to understaffing and nurses' insufficient interpersonal competences led to detraction of the communication between parents and nurses and consequently not meeting parents' supportive and information needs.

Most of the studies reviewed above just focused on communication barriers according to nurses and patients' experiences, and little research had been conducted on cultural and contextual factors influencing nurse–patient communication. Therefore, the present study aimed to explore cultural and contextual factors influencing nurse–patient communication according to lived experiences of Iranian nurses and patients.

Background in Iran

Nursing in Iran is influenced by cultural, socio-economic and religious factors. Islam is the predominant religion of Iranian people. Despite the religious doctrine emphasis on the nursing profession as a sacred and noble profession, some people do not have such an opinion and consider nurses as physicians' subordinates. In addition, from a religious perspective, nurses prefer communicating with patients from the same gender; however, it does not necessarily happen because of nurse shortages in Iranian health care settings. Nurses in Iran work in public and private health care settings. Iran like other countries is faced with a nursing shortage. The nurse–bed ratio is estimated to be 0.5:1, while according to the Iranian Ministry of Health and Medical Education the ideal condition for this ratio must be 1.8:1 (Mirzabigi 2008). The impact of this nursing shortage leads to nurses working more than their required shift of 192 h per month; with potentially 150 h of overtime in some parts of the country (Adib Hajbaghery & Salsali 2005), this shortage stems from economic and cost efficiency policies, which directly and indirectly influence nursing care quality. This background is

mentioned to help international readers to understand the necessity of conducting a qualitative study on nurse–patient communication in Iran.

Method

Design and participants

This study was part of a larger study exploring nurse–patient communication using a grounded theory approach. Reality can be interpreted in various ways and understanding is dependent on subjective area (Graneheim & Lundman 2004). Qualitative researchers are looking to understand social behaviour by exploring people's subjective accounts of social life (Holloway 2005). Therefore, a qualitative study using content analysis approach was employed. Content analysis is a research approach and scientific tool in order to provide new insights, improve researcher understanding of particular phenomena or inform practical strategies (Krippendorff 2004).

The study was conducted among eight Iranian nurses and nine patients in surgical and medical wards of a general referral teaching hospital in Tehran, Iran. The participants were chosen using purposeful sampling method to gather in-depth and rich experiences (Holloway 2005). For this reason, the first and second interviews were conducted with head nurses who had the experience of working in different nursing wards. The following criteria were used to increase the diversity of the selected participants:

- 1 being able to communicate in Persian language,
- 2 having no illness that hinders verbal researcher–participant communication,
- 3 having a bachelor's degree in nursing.

The nurses' professional experiences ranged between 18 months and 28 years. All of the study participants were female, because no male nurse with a bachelor's degree in nursing existed in the surgical and medical wards. Two of the nurses were head nurses and worked morning shifts and the other nurses worked in rotating work shifts. Patients' ages ranged from 35 to 60 years. Five patients were male and four patients were female. Time duration of the patients' hospitalizations was between 3 days and 2 weeks. All nurses had a bachelor's degree and the educational level of the patients varied from elementary to bachelor's degree. In addition, two nurses had the experience of working in private hospitals.

Ethical consideration

The Research Council and Ethics Committee affiliated to Tehran University of Medical Sciences approved the study proposal. The aims of the study were explained in detail to the participants. The following information was given to the participants: the volun-

tary nature of the participation, their right to privacy, anonymity and confidentiality as well as right to withdraw from the study at any time without any penalty. The participants then signed an informed consent form. During observation sessions, informed consent was obtained dynamically and continuously from both nurse and patient.

Data collection

The study was conducted between October 2008 and August 2009. In order to achieve rich and in-depth data, first and second interviews were unstructured, but subsequent ones were changed to a semi-structured style according to the participants' responses and the set of questions derived by the researchers from the previous interview data. The researchers often struggled with letting the participants respond to the overview questions in their own ways, often believing at first that the interviews could not yield rich data and that they needed to focus on the questions more (Munhall 2006). In this research, the first author conducted the interviews. Interviews began with a general question such as: 'please tell me your experiences about communication with patients' and 'what cultural and contextual factors are influencing nurse-patient communication?' Then, according to collected data and data analysis process, more detailed questions were asked. Issues such as the problems nurses and patients have to communicate with each other, nurse-patient communication facilitating factors and the content of communication between nurse and patient guided the rest of the interviews.

The interviews were taped recorded and transcribed verbatim. Each session lasted between 30 and 90 min on average. The interviews with nurses took place in a private place in the head nurse's office in each ward. The interviews with patients took place at patients' bedsides. To improve the depth of understanding of the context of communication between nurses and patients as well as to verify the gathered data by the interviews, the first author performed 10 sessions of observation. He went to the nursing wards in different work shifts. He observed inpatients' rooms and noted how nurses and patients communicated together. After each observational session, the researcher recorded his observation for the analysis process.

The data collection continued until the researchers reached data saturation (Holloway 2005). In the last two sessions of the interviews and observations, the participants repeated the ideas that had emerged previously.

Data analysis

The researcher transcribed the interviews and observations verbatim and read them all several times to obtain full understanding of the data. Whole interviews and observations were contemplated as units of analysis. Words, sentences and para-

graphs considered as the meaning units were condensed according to their content and context. The condensed meaning units were abstracted and labelled with codes. Codes were sorted into subcategories and categories based on comparisons regarding their similarities and differences. Finally, a theme was formulated as the expression of the latent content of the text (Graneheim & Lundman 2004).

Credibility of the data analysis was confirmed by member check and peer check techniques. In member checking, a summary of the interview was returned to the participants, and it was confirmed that the researcher was representing their ideas. For peer checking, coding and categorizing were done by researchers independently and in disagreement situations, discussions and clarifications continued in order to reach a consensus.

Findings

The data analysis revealed the following theme: 'a patient-centred attitude in the shadow of mechanistic structure'. This theme referred to the latent content that indicated cultural and contextual factors influencing nurse-patient communication in Iranian nursing. This theme consisted of three categories: (1) 'communication as the essence of nursing care', (2) 'reactive communication' and (3) 'difficulties of nurse-patient communication' (Table S1). According to the theme, nurses considered communication with patients as an aspect of nursing care, and they did their maximum best to do their task in this regard. However, some situations hindered the nurses' efforts to reach the aim. The following categories explain the conditions and cultural and contextual factors influencing nurse-patient communication.

Communication as the essence of nursing care

This category consisted of two subcategories: (i) 'nurses' belief in communication with patients' and (ii) 'trustful communication'.

(i) All nurses believed that communication with patient is an important aspect of nursing practice, and they accepted patients as people who needed care and attention. Nurses worked with maximum effort to meet patients' needs and to support them.

'When a patient is admitted to the ward, I consider him/her as person in need of attention'. (Head nurse in medical ward)

(ii) The nurses' efforts to solve patients' problems created the sense of trust in patients that encouraged them to speak more with nurses about their needs. All patients were satisfied with nurses' performance.

'In so far as possible, they [nurses] met my demands and I am quite satisfied'. (Patient in surgical ward)

‘Nurses have treated me so well like I am a member of their family and now I am very much satisfied with their performance’. (Patient in surgical ward)

‘When I had a question or concern about my disease, the nurses answered me completely and my anxiety was resolved’. (Patient in medical ward)

Reactive communication

This category consisted of two subcategories: (i) ‘structure of nursing practice’ and (ii) ‘patients’ problem-based communication’.

(i) Structure of nursing practice: Nurse–patient communication was influenced by factors such as physician orders and administrative demands. In other words, nurses communicated with patients haphazardly, according to patients’ requests and needs.

‘When I wanted more attention to my disease and care, the nurses told me “we perform anything physicians tell us. If you want more information, ask your doctor”’. (Patient in surgical ward).

‘I obey just physicians’ commands’. (Nurse in surgical ward)

The nurses had to follow a routine-oriented approach to their work. In this manner, nurses focused on their own needs, not patients. Nurses focused on their routine tasks regardless of patients’ opinions. For example, during an observational session the researcher observed the following situation in which a patient had intravenous catheter that needed to be replaced:

Patient: ‘Because I don’t have any intravenous medication now, can you replace my catheter in the afternoon?’

Nurse: ‘Sorry, because I must deliver my work to another colleague, I must change your catheter now. Please give me your hand for catheterization’.

Because nursing care was performed according to physicians’ orders and nursing flow sheets, the patients had to follow the routine nursing care and did not have any role in their own care planning.

‘Before hospitalization, I was taking my tablet [Captopril] at 10 PM, but here the nurse is bringing my tablet at 6 PM and says: “you should take it now”. They [nurses] did not ask me about my medication history’. (Patient in medical ward)

Another feature related to the structure of institutional management, which was followed by an objective and cost-saving approach. Most nurses expressed that the manager’s approach to their practice was focused on objective areas of patient’s care. Clinical supervisors paid little attention to nurse–patient communication processes. They were concerned more about the

routine actions performed by nurses such as charting vital signs, changing catheters, administering medications and other routine duties. In fact, how to shape communication between nurses and patients was not important to them.

‘I prefer to do exactly what supervisors expect me to do. Because supervisors check items such as vital signs charting, nursing report and so on. They do not ask me to report on patients’ emotional needs’. (Nurse in surgical ward)

Increased workload was another point in the nurses’ caring structure. Each nurse had the responsibility of presenting care to at least 10 to 15 patients during a work shift, which influenced the quality of care and communication.

‘There isn’t extra time for talking to patients, so I can speak 2 or 3 minutes to my patients’. (Nurse in medical ward)

‘Patients would like to speak with nurses, but they see that the nurses are so busy and don’t have time to speak with them’. (Nurse in surgical ward)

During an observational session in the evening shift in a medical ward, the researcher witnessed the following situation that confirmed these facts regarding the scarcity of nurse–patient communication:

‘There were two nurses in the evening shift with 20 patients. At the same time, a patient was transferred from an emergency ward to the medical ward and one nurse was involved in the new patient’s admission process. Another nurse was preparing 4 PM medications.

One patient asked: ‘Can you read my chest X-ray report?’

Nurse responded: ‘Sorry, currently I am preparing medications and I have no time. I will read your chest X-ray report later’.

(ii) Patient’s problem-based communication: This was another aspect of reactive communication. The most important needs of patients were physical problems, lack of knowledge about their disease and subsequently anxiety about their health status, treatment modes, results of treatment and time of discharge from the hospital. Nurses would become informed of patients’ problems based on patients’ self-expressions or patients’ facial expressions.

‘If patients call us, we become aware of their problems’. (Nurse in medical ward)

‘During the ward round, I may understand the patient’s need accidentally according to their facial expressions’. (Head nurse in surgical ward)

In fact, patients’ need was a facilitating factor to communication between nurses and patients. When patients expressed

verbally and non-verbally their needs, the nurses would communicate with them and would try to resolve their needs.

'Here we have had patients who were admitted for outpatient surgeries and stayed a short period of time in the hospital. Because they do not want anything from us, we do not work with them. For this reason, we do not communicate with each other very much'. (Nurse in surgical ward)

'I had no special interaction with nurses. "Only when I had a problem, I would call them and talk about my problem". (Patient in surgical ward)

'When I saw the patient's facial grimace, I realized that he was in pain'. (Nurse in medical ward)

Patients' concerns about their health status were among other factors that resulted in communication between patients and nurses. Most patients were eager to receive information about their disease and treatment modes. For example, during an observation session in a surgical ward, the researcher observed as a nurse prepared a patient for surgery:

Patient asked: 'How long will I stay in the operating room? Will I have any discomfort after surgery? How long after surgery, should I stay in hospital? Should I use medications at home?'
Nurse responded: 'Almost it lasts an hour. You might have little pain in your surgery incision (and for) that your doctor would prescribe analgesics. Your doctor will decide on your discharge and medications'.

Difficulties of nurse–patient communication

This category consisted of four subcategories: (i) 'socio-cultural-economic issues between nurse and patient', (ii) 'patient's family members' interference in nursing care' and (iii) 'restriction in providing information to patients and (iv) 'nurses concerns'. These issues influenced nurse–patient communication and caused difficulties in the communication process.

(i) Socio-cultural-economic issues: This research was performed in a public hospital and usually, the patients had medium to low socio-cultural-economic status. Most of patients had obtained a diploma or a lower level of education and only two patients had Bachelor of Science degrees. Sometimes, nurses had to explain and repeat an item or recommendation several times. Therefore, the nurses were expected to spend more time with patients, which increased nurses' workload.

'For as much as most patients are in low social class, they do not understand our actions and comments and do not participate well in their care'. (Nurse in surgical ward)

'Sometimes, patients do not know the reasons of nursing practice and I have to repeatedly explain a technique for several times'. (Nurse in surgical ward)

Also, some patients would follow their own cultural beliefs rather than nurses' advice. This caused misunderstanding in nursing care.

'Although I told the patient that he should not use herbal medicine without doctor's prescription, he used it arbitrarily'. (Nurse in medical ward)

'I had a patient with heart disease that followed a fatty food diet in her home because she believed that fatty diet was necessary for her activity; for this reason, a controversy occurred with her during my dietary recommendation'. (Nurse in medical ward)

Another cultural issue related to patients' preferences for receiving care from nurse of the same gender. Because of religious doctrine, touching a person from the opposite sex is considered inappropriate. For this reason, most of patients preferred to be cared for by a nurse of the same gender.

'We prefer to be cared by nurses with the same gender'. (Both male and female patients in medical and surgical wards)

Although all nurses and patients spoke the same language, some patients had different accents and spoke according to their own dialects during communication with nurses.

'I had a patient that migrated from a village to this city. He spoke a different dialect and I could hardly understand his words'. (Nurse in surgical ward)

(ii) Patients' family members' interference in nursing care: In some cases, despite the nurse's advice, patient's family members interfered in nursing practice. As a result, the nurses had to monitor the patients more, repeat their interventions and work under conditions where family members surrounded patients' beds.

'Patients' family members confused me. Sometimes, a patient's family members accumulate around the patient's bed and I have no enough space for my practice . . . also, some patient's family member separated the intravenous line from the patient's catheter without coordinating with me or even regulated the intravenous infusion rate arbitrarily and I should check them again and again'. (Nurse in surgical ward)

(iii) Restriction in providing information to patients: Another difficulty in nurse–patient communication was that the nurses were restricted in providing information to patients. Physicians restricted nurses from talking to patients about their disease. In cases with patients with a malignant disease, explanation of the nurses to the patients about the treatment modes and prognosis were accompanied by aggressive behaviours on the part of the

patients. Therefore, physicians restricted the nurses to give any information regarding the prognosis of diseases.

‘For explaining the disease we usually refer patients to their physicians, because physicians will not allow us and prefer to speak themselves with patient about diseases and types of treatments’. (Nurses in surgical and medical ward)

Inconsistency between nurse’s and physician’s explanations to patients was another barrier to nurse–patient communication. The nurses recommended patients according to patients’ educational level while physicians’ opinions were different. This created a sense of dichotomy in patients and led to a lack of trust in the nurses as the patients preferred to listen to physicians’ recommendation.

‘In some cases, I have given recommendations to patients based on my knowledge, while physicians have given different recommendations to the same patients’. (Nurse in surgical ward)

‘Usually I receive my answers from doctors, because nurses are not knowledgeable enough to answer my questions’. (Patient in medical ward)

(iv) Nurses’ concerns: The study findings showed that nurses with low incomes contributed to the problem of nurse–patient communication. Such nurses work multiple shifts to make ends meet. They suffer from fatigue and have no motivation for talking to patients.

‘Here, there are nurses that are forced to work in various hospitals for more income, and therefore, their quality of care is reduced’. (Patient in surgical ward)

Discussion

The present study was designed to help us improve our knowledge regarding cultural and contextual factors influencing nurse–patient communication. ‘Patient-centred attitude in the shadow of mechanistic structure’ was the theme that demonstrated the context of nurse–patient communication in Iranian nursing. In spite of the exalted status of communication in nurses’ beliefs, nurse–patient communication occurred in a reactive manner influenced by difficulties that emerged in the context of nursing practice.

Nurses had a positive attitude towards nurse–patient communication and believed that communication was an important part of the nursing role. Caris-Verhallen et al. (1999) showed that nurses’ positive attitude was a variable for social conversation with patients. Also, nurse’s behaviour such as talking in clear and concise way, answering patient’s questions and working in sequenced ways demonstrated nurses’ competence and concern to patients (Lotzkar & Bottorff 2001).

In this study, the structure of nursing care and meeting patients’ needs were issues that were most frequently mentioned by the participants in this study. The findings showed that nursing practice was structured in a reactive manner; nurses worked in a routine-based schedule; and they focused more on physicians’ order than patient’s needs. Nurse–patient communication was also influenced by the administrator’s approach and by increased workload. Some changes in the contexts of hospitals such as cost-saving policies and inappropriate use of limited budgets is directing nursing care to become more physically oriented, which is measured more easily than psychosocial care (Williams & Irurita 2004). The dominance of biological and medical paradigms in health care is a further barrier to nurse–patient communication in nursing practice (Chant et al. 2002). McCabe (2004) found that nurses who focused more on their tasks induced this feeling in patients that the tasks were more important than the patients themselves. In addition, these nurses were viewed by patients as disempowered people who carried out the orders of physicians. In Bolster & Manias’s (2010) study, some nurse–patient interactions during medication activities were centred on routines rather than individualized patient interventions. Cockburn & Walters’s (1999) found that some clinicians were focused on their tasks and decided doing something for the patient rather than communicating with them.

In many settings, a cost-saving administration approach has reduced the number of professional staff to deliver nursing care, and nurses have to cope with scarce resources (Turkel & Ray 2000). Meanwhile, a supervisor-supporting approach impacted on the communication process (Bensing et al. 2003). Manongi et al. (2009) showed that persistent problems in the Tanzanian paediatric working environment, such as a lack of response from hospital administration to nurses’ needs, were a hindrance to improving nurse–parent communication.

Increasing the volume of work and inappropriate ratio of nurse to patients were important conditions that affected quality of nursing care and duration of communication between nurses and patients. A heavy nursing workload and lack of time were identified as hindrance factors to effective communication (Anoosheh et al. 2009; McCabe 2004; Tuohy 2003). Nurses preferred to use a provider-centred communication style rather patient-centred one when they had time constraints and were pressured to care for a large number of patients (Berry 2009).

According to our findings, patients’ concerns in acquiring information about their disease and care led to their need to communicate with nurses. In Kettunen et al.’s (2000) study, emotional expression was a fundamental component of discussion with nurses. According to Lauri et al. (1997), the patients’ most common needs were related to vital functions. Sheldon et al. (2006) found that nurses expressed that illness created

emotional stress such as getting angry with patients or their families. Henderson's (2003) showed that nurses viewed involving patients in care as requiring them to give information to patients.

Nurse–patient relationships occur within situations influenced by social, cultural and economical trends (Hagerty & Patusky 2003). Socio-cultural-economic issues between nurses and patients, patients' family interference, restriction in providing information to patients and nurses' concerns were difficulties we identified that influenced nurse–patient communication. Cass et al. (2002) showed that the sources of miscommunication between Australian patients and nurses consisted of patients' language and accent, timing, content and circumstances of interactions, different modes of discourse, absence of opportunities and resources to construct a body of shared understanding, cultural and linguistic distances, lack of staff training regarding intercultural communication, and lack of involvement of trained interpreters. In Iran, patients considered the unfamiliarity of nurses with their dialect to be a communication barrier, while this perspective was not found among nurses (Anoosheh et al. 2009). Similarly, Magnusdottir's (2005) study in Iceland showed the importance of language in personal and professional well-being and how language and culture were inseparable entities. Gender and social class differences have been found to be communication barriers between nurses and patients. Park & Song's (2005) study in Korea found that individual difficulties such as having hearing problems, having a low educational level and having an accent or dialect were other barriers to nurse–patient communication.

Nurses reported that patients' family members' interference in nursing interventions was another difficulty in nurse–patient communication. Breen et al. (2001) showed that at least one health care provider in 78% of cases described a situation coded as conflict. The conflict mostly (48% of the cases) occurred between the staff and family members. In 63% of the cases, conflict arose over the decision about life-sustaining treatment itself. On the contrary, Park & Song (2005) found that nurses perceived that 'having no family caregiver with patient' as the most important barrier to communication.

Restriction in providing information, inconsistency between physicians and nurses' regarding giving information to patients and lack of permission to talk about patients' diseases and outcomes were other difficulties to nurse–patient communication in the present study. It resulted in patients' distrust in nurses. According to Bolster & Manias (2010), nurses commented on the lack of communication and collaboration between themselves and pharmacists as a barrier to communication with patients. Weber et al. (2007) indicated that direction of communication actions in patients' rooms during ward round was focused more

on physicians to patients than between nurses and patients. In addition, Aein et al. (2008) recommended that physicians should grant permission for nurses to give information to parents about a child's disease. In the current study, the majority of nurses were not allowed to give information about disease outcomes. Bakker et al. (2001) indicated that participants perceived physicians as people who had a major communicative role and were the most important and credible source of medical information. On the other hand, the nurses were considered a transmitting agent of information from physicians to patients. Similarly, McCabe (2004) found that participants viewed nurses as workers not professionals for receiving information about their disease, and they always waited until the doctors came around.

Nurses' low economic status and work overload were other difficulties in nurse–patient communication. In Manongi et al.'s (2009) study, nurses' problems such as low salary, shortage of staff, working overtime and long working hours led to poor attitudes of nurses towards patients. Anoosheh et al. (2009) also indicated that nurses' low wages were another factor that hindered nurse–patient communication.

Conclusion

The present study findings implied that in spite of the nurses' beliefs in the importance of nurse–patient communication, in practice the role was not running well because of structural and socio-cultural factors. According to this mindset, patients were considered as wholly physical beings and disease was treated merely as deviation in biological function. In this structure, nurses focused on the acute and physical needs of their patients. Nurses reacted according to a patient's status, and patients' psychological needs could not be met. Policy makers need to understand the complex factors that influence this situation and to address those that hinder nurse–patient communication process. Changing a hospital culture is not easy, but evidence is accumulating that this process needs to be started.

Implications for practice development

This study involved patients and female nurses in surgical and medical wards. Further studies in Iran are suggested on a variety of clinical wards and with male nurses to increase the transferability of the findings. In addition, the findings of this research can be applied to various areas in nursing discipline such as education, practice and research.

Accumulated nursing research from around the world indicates that communication between nurses and patients remains both a problem and a priority. There is no need to wait for the results of more studies before action is taken to improve what is often an unsatisfactory situation for both nurses and patients.

Acknowledgements

Tehran university of Medical Sciences supported the study financially. The authors thank all patients and nurses who participated in this study.

Author contributions

Ali Fakhr-Movahedi was involved in study design, data collection, analysis and drafting of the manuscript. Mahvash Salsali was involved in the supervision of study, analysis and drafting of the manuscript. Reza Negharandeh and Zahra Rahnavard were involved in the data analysis process.

References

- Adib Hajbaghery, M. & Salsali, M. (2005) A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health Services Research*, **5**, (24), 1–11.
- Aein, F., Alhani, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2008) Marginating the interpersonal relationship: nurses and parent's experiences of communication in pediatric wards. *Iranian Journal of Nursing Research*, **3** (8–9), 71–83. (In Persian).
- Anoosheh, M., Zarkhah, S., Faghihzadeh, S. & Vaismoradi, M. (2009) Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *International Nursing Review*, **56** (2), 243–249.
- Baile, W.F., et al. (2000) SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, **5** (4), 302–311.
- Bakker, D.A., et al. (2001) Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, **43** (1), 61–71.
- Bensing, J., van Dulmen, S. & Tates, K. (2003) Communication in context: new directions in communication research. *Patient Education and Counseling*, **50** (1), 27–32.
- Berry, J.A. (2009) Nurse practitioner/patient communication styles in clinical practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, **5** (7), 508–515.
- Bolster, D. & Manias, E. (2010) Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, **47** (2), 154–165.
- Breen, C.M., Abernethy, A.P., Abbott, K.H. & Tulsky, J.A. (2001) Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of General Internal Medicine*, **16** (5), 283–289.
- Caris-Verhallen, W., de Gruijter, I.M., Kerkstra, A. & Bensing, J.M. (1999) Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, **30** (5), 1106–1117.
- Caris-Verhallen, W., Timmermans, L. & van Dulmen, S. (2004) Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Education and Counseling*, **54** (3), 307–320.
- Cass, A., et al. (2002) Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers. *The Medical Journal of Australia*, **176** (10), 466–471.
- Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J. & Russell, G. (2002) Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, **11** (1), 12–21.
- Charlton, C.R., Dearing, K.S., Berry, J.A. & Johnson, M.J. (2008) Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, **20** (7), 382–388.
- Cockburn, J. & Walters, W.A.W. (1999) Communication between doctors and patients. *Current Obstetrics & Gynaecology*, **9** (1), 34–40.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N. & Pepin, J. (2005) Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*, **42** (6), 673–686.
- Gilbert, D.A. & Hayes, E. (2009) Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners. *Nursing Research*, **58** (4), 283–293.
- Granados Gamez, G. (2009) The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nursing Science Quarterly*, **22** (2), 126–127.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, **24** (2), 105–112.
- Hagerty, B.M. & Patusky, K.L. (2003) Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, **35** (2), 145–150.
- Hall, J.A. (2003) Some observations on provider-patient communication research. *Patient Education and Counseling*, **50** (1), 9–12.
- Henderson, S. (2003) Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, **12** (4), 501–508.
- Holloway, I. (2005) *Qualitative Research in Health Care*. Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead.
- Ito, M. & Lambert, V.A. (2002) Communication effectiveness of nurses working in a variety of settings within one large university teaching hospital in western Japan. *Nursing and Health Science*, **4** (4), 149–153.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. (2000) Communicator styles of hospital patients during nurse-patient counseling. *Patient Education and Counseling*, **41** (2), 161–180.
- Krippendorff, K. (2004) *Content Analysis: An Introductory to Its Methodology*. Sage Publication Inc, California.
- Lauri, S., Lepist, M. & Kappeli, S. (1997) Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views. *Journal of Advanced Nursing*, **25** (2), 339–346.
- Lotzkar, M. & Botorff, J.L. (2001) An observational study of the development of a nurse-patient relationship. *Clinical Nursing Research*, **10** (3), 275–294.
- Magnusdottir, H. (2005) Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse. *International Nursing Review*, **52** (4), 263–269.
- Manongi, R.N., Nasuwa, F.R., Mwangi, R., Reyburn, H., Poulsen, A. & Chandler, C.I. (2009) Conflicting priorities: evaluation of an intervention to improve nurse-parent relationships on a Tanzanian paediatric ward. *Human Resources for Health*, **7**, (50), 1–14.
- May, C. (1990) Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. *Journal of Advanced Nursing*, **15** (3), 307–315.

- McCabe, C. (2004) Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, **13** (1), 41–49.
- Mirzabigi, G.H. [*Hospitals needs to nurses are higher than the number of nurses who seek job*] 2008. Available at: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=8702150673> (in Persian), (Accessed in 21 September 2010).
- Mohammadzadeh, S., Bakhtiari, S., Moshtagh, Z. & Ebrahimi, E. (2007) Communication barriers from nurses' and elderly patient's points of views at medical-surgical wards. *Iranian Journal of Shahid-Beheshti's Nursing and Midwifery School*, **16** (56), 1–8. (In Persian).
- Munhall, P.L. (2006) *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. Jones & Bartlett Publishers, Sudbury, MA.
- O'Connell, E. (2008) Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *Nursing in Critical Care*, **13** (3), 138–143.
- Oulton, J.A. (1998) Communicating shows we care. *International Nursing Review*, **45** (4), 98–98.
- Park, E.K. & Song, M. (2005) Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, **42** (2), 159–166.
- Reynolds, W.J. & Scott, B. (2000) Do nurses and other professional helpers normally display much empathy. *Journal of Advanced Nursing*, **31** (1), 226–234.
- Sheldon, L.K., Barrett, R. & Ellington, L. (2006) Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, **38** (2), 141–147.
- Taylor, D.P., Coakley, A., Reardon, G. & Kuperman, G.J. (2004) An analysis of inpatient nursing communications needs. *MEDINFO*, **11** (2), 1393–1397.
- Thomas, R.K. (2006) *Health Communication*. Springer Science and Business Media Inc, New York.
- Thorne, S.E., et al. (2004) The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, **54** (3), 299–306.
- Thorsteinsson, L.S. (2002) The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **11** (1), 32–40.
- Tuohy, D. (2003) Student nurse–older person communication. *Nurse Education Today*, **23** (1), 19–26.
- Turkel, M.C. & Ray, M.A. (2000) Relational complexity: a theory of the nurse–patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*, **13** (4), 307–313.
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M. & Langewitz, W.A. (2007) Communication during ward rounds in Internal Medicine: an analysis of patient–nurse–physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, **67** (3), 343–348.
- White, A.K. (2003) Interactions between nurses and men admitted with chest pain. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **2** (1), 47–55.
- Williams, A.M. & Irurita, V.F. (2004) Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, **13** (7), 806–815.

Supporting information

Additional Supporting information may be found in the online version of this article:

Table S1 Summary of theme, categories, subcategories and condensed codes

Please note: Wiley-Blackwell are not responsible for the content or functionality of any supporting materials supplied by the authors. Any queries (other than missing material) should be directed to the corresponding author for the article.

Copyright of International Nursing Review is the property of Wiley-Blackwell and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Artigo 3

“Nursees’ perception of time availability in patient communication in Hong Kong”

RESEARCH FOR NURSING PRACTICE

Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong

Engle A Chan, Aled Jones, Sylvia Fung and Sui Chu Wu

Aims. To explore nurses' perceptions of their patient communication in practice and to identify their ways of communicating.

Background. Nurse theorists and clinicians are aware of the importance of nurse–patient communication in providing patient-centred care. However, barriers remain that prevent nurses from implementing quality/effective communication, and time is often viewed as a critical variable. Continuous emphasis on efficiency contravenes patient-centred care, warranting a re-examination of nurses' perception of time in nurse–patient communication.

Design. Focus group interviews were adopted. Thirty-nine registered nurses participated. Interviews were tape-recorded, transcribed and translated, and data were analysed using thematic analysis to identify codes, categories and themes/patterns.

Results. Three themes were identified regarding nurses' perception of communication with time: (1) Patterns of communication. (2) Routine scheduled communication vs. meeting individuals' needs. (3) Saving time through communication. Patterns of communication, based on participants' criteria such as the purpose, who initiated it, the nature of communication, expectation to perform, therapeutic value and relation with time were explicated. By integrating communication into routines as intended actions, nurses demonstrate that communication and relationship building with patients take no extra time. Good communication and good relationships help nurses save time.

Conclusions. Nurses' communication behaviour is closely related to their perception of communication. This study suggests the need for a paradigm shift in thinking about communication as requiring time. Additionally, nurses should recognise the value of short, iterative interaction and chit-chat as quality communication for knowing their patients and providing patient-centred care.

Relevance to clinical practice. Nurses should think beyond time in the discourse of effective nurse–patient communication, as it often relates to manpower. An understanding of how nurses perceive their time availability for nurse–patient communication and their use of time for this aspect contribute to the discourse regarding how to improve patient-centred care.

Key words: China, Hong Kong, interaction, nurse–patient communication, patient-centred care, time

Accepted for publication: 27 May 2011

Introduction

With a shortage of approximately 4.3 million health workers worldwide (Gilbert & Yan 2008), time is now considered a finite commodity in the workplace. Like our global counter-

parts, Hong Kong's healthcare system faces a similar challenge in terms of nursing manpower. Emerging from this phenomenon is the common nursing parlance, 'there is not enough time, particularly for patient communication'. Concomitantly, the significance of patient-centred care

Authors: Engle A Chan, PhD, RN, Associate Head and Associate Professor, School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, China; Aled Jones, PhD, RN, Programme Director, School of Health Science, Swansea University, Swansea, UK; Sylvia Fung, MBA, MPhil, Chief Manager (Nursing) and Chief Nurse Executive, Hospital Authority; Sui Chu Wu, MPhil, Research

Associate, School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, China

Correspondence: Engle A Chan, Associate Head and Associate Professor, School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, China. Telephone: +852 2766 4131.

E-mail: hseachan@inet.polyu.edu.hk

(PCC) has emerged among both health professionals and administrators (Kvåle & Bondevik 2008). PCC is achieved through effective communication when 'patients' thoughts and feelings are elicited and discussed (van Dulmen 2003, p. 195). It has become a major strategic direction for Hong Kong's Hospital Authority to provide safer and better quality services (Hospital Authority 2009).

Barriers to nurses' implementing effective communication are documented; they include ward culture, nurses' lack of knowledge and experience and administrative and resource issues such as time constraints and staff shortages (McCabe 2004, Charlton *et al.* 2008). McCabe (2004) found that patients viewed nurses as 'busy' and more concerned with tasks than with talking to them. Other studies show that emotional support for patients is most neglected by nurses when time is scarce (Botti *et al.* 2006). Nurses in Pearcey's (2010) study also indicated that 'they were busy doing physical care but had no time for emotional care' (p. 54).

Nursing practice in Hong Kong often adopts a mechanistic, task-oriented approach, emphasising efficiency as measured by task completion. Additionally, nurses were considered to have wasted their time when they listened or sat with a patient (Yam & Rossiter 2000). The aforementioned seems to reflect the ongoing tensions for nurses in their use of time communicating with patients in the current healthcare landscape in Hong Kong and abroad.

On closer examination, the issue with time and communication may also have stemmed from nurses' general theoretical assumption that time is a critical variable for communication, an assumption found especially in nursing textbooks (Hagerty & Patusky 2003). Communication in the context of PCC unequivocally points to relationship building with patients. But, as Hagerty and Patusky (2003) criticised, nursing texts traditionally describe the linear process as stages of relationship building between nurses and patients over time. Along with Hagerty and Patusky (2003), McCabe (2004) and Clayton (2006) suggest that length of time is not essential to achieve an effective nurse-patient communication/relationship. Given this backdrop, there is a need to explore Hong Kong nurses' perceptions of nurse-patient communication in a current healthcare system of time constraints and their ways of achieving PCC.

Objectives of the study

This research aims to (1) explore nurses' perceptions of their communication with patients in their practice and (2) identify their ways of communicating with patients.

Methodology

Design

A qualitative descriptive research was chosen with focus groups for data collection. This design is warranted when straight description of the phenomenon is desired (Sandelowski 2000). Group discussion/interaction encourages communication and debate and elicits multiple views from participants (Tuckett & Stewart 2004); this helps us to understand nurses' various experience with nurse-patient communications. Other issues and better ways of practice can also be generated from similar and different views through interactions.

Participants

Five focus group interviews were conducted with a total of 39 nurses. The participants were recruited from the Post-Registration Certificate Course organised by the Health Authority of Hong Kong. The recruitment was open to all nurses taking this course, regardless of their specialties and work environment. The volunteer participants had between 5–20 years' postqualification experience. The mix of junior and senior nurses came from numerous departments: emergency, medical, rehabilitative, general and acute surgical.

Data collection

Each focus group comprised 5–11 participants, each interview lasting one to two hours. A semi-structured interview guide (Table 1) was designed by the researchers based on a literature review and the comments of the content expert in communication and time.

The study was approved by the ethical committee of the university. All participants were informed of the study purpose and consent was subsequently obtained. The confidentiality of the data was carefully protected during data collection and analysis.

Table 1 Interview guide

-
- (1) Under what circumstances will communication with the patient take place?
 - (2) What are the barriers and enablers that function to restrict or encourage communication with patients?
 - (3) If there was one thing you could change to increase communication with patients what would that be or are things fine the way it is?
 - (4) What is patient-centred care to you?
- Other specific questions were also asked according to the group interaction and response.
-

Data analysis

The audio data were transcribed verbatim and translated to English. The researchers compared the two sets of transcripts for their accuracy. Transcripts were analysed by content analysis (Polit & Hungler 1997) to extract significant words, phrases and sentences for coding purposes. Codings were created for the condensed units with ongoing accommodation of new data and insights. The qualitative data analysis software package Atlas.ti was used to develop sub-themes and themes through comparisons. The researchers met regularly to compare codes and discuss sub-themes and themes, agreeing on each other's descriptions as accurate renderings (Sandelowski 2000).

Results

Three main themes related to nurses' perception of communication emerged from the data analysis: (1) Nurses' perceived patterns of communication and their relationship with time, (2) Communication perceived as routine vs. meeting

individual patients' needs and (3) Saving time through communication.

Nurses' perceived patterns of communication and their relationship with time

Participants' reported understanding of their communication was based on preconceived criteria such as perceived length required, purpose and the formal or informal nature, which are related to the expectation to perform along with perceived outcomes in terms of nurse-patient relationship building. Emerging from their understanding are four patterns of communication (Table 2).

Communication as conversation (chit-chat)

As nurses interpreted communication as conversation, they described it as chit-chat. Chitchatting with patients happened during their spare time. There was no perceived value. The following descriptions are illustrative:

Table 2 Nurses' perception of different patterns of communication

Criteria	Patterns of communication			
	Communication as conversation (chit-chat)	Communication as interaction and informal in nature	Communication as task-oriented and formal in nature	Communication as quasi-formal
Initiation	By nurses	Primarily initiated by patients; on occasion by nurses	By nurses	By nurses or by patients' non-verbal cues
Purpose/intention	No	Intentional; when nurses try to get in-depth understanding of a patient patients have needs or requests	Intentional; to complete tasks	Intentional; to meet patients' physical and psychosocial needs
Nature of communication – content	Not personal issues, primarily refers to programs shown on TV	Psychosocial issues; patients' health condition	Task-based, for example treatment, procedure, placement	Individualised, psychosocial care
Mode of expression	Verbal	Mostly verbal	Verbal	From non-verbal (by observation and experience) to verbal
Perceived therapeutic value	No perceived value, but perhaps has its value in humanizing hospitalisation that the nurse is often not aware of	Yes, in terms of relationship building and meeting individualised needs	Yes, in terms of efficiency	Yes, in terms of providing psychosocial care, for example to reduce anxiety
Relation with time	Not time-bound	Unexpected, or ad hoc spontaneous; Perceived as lengthy and taking extra time	Scheduled, expected, routine	Not scheduled, unexpected; but can be integrated into routine

I'll chat casually with a patient sometimes... Because, I know I can joke with him, we might joke. ... we'll also discuss the news and talk about sports on TV. (G4-B)

Chatting... is less about the patient's personal problems. Like my colleague said, it's mostly about... what's on TV, the programs. It's like chatting between friends. (G4-C)

Embedded in this communication seems to be the 'presence' with the patient as friends, revealing the humanness of both parties. The nurse is no longer the expert and the patient no longer a recipient. As this communication seemed trivial, awareness of its potential value for nurse-patient relationship building was not apparent. This kind of communication did not seem to be bound by time, as participants referred to it as leisurely.

Communication as interaction and informal in nature

Communication as interaction for relationship building: Most participants believed that to develop a better understanding of patients, their communication as interaction with patients needed to be prolonged, as it was not mere information gathering. As one said:

Maybe it can be counted as communication if you can gain an in-depth understanding of the patient; for example, are there any problems with his care, or is there a financial issue with the family that might provoke other problems? So it depends on how well you know the patient. (G4-F)

Another participant echoed:

...communication contributes to the relationship... when we are both honest and open with each other and there is a connection, for example, both the patient and I feel happy. It is no longer a task but a real connectedness, with emotion. For that to occur might take a while. (G5-D)

Time is considered as a prerequisite for meaningful interaction and relationship building with patients, which directly affects participants' motivation to initiate communication with patients:

...most of the time we don't initiate a talk because it's very hard to start, knowing you will need to stop in a short time. (G5-A)

Similar to Pearcey's (2010) findings, which suggested that nurses valued caring as a part of their work but had little time to express it to patients, our participants considered communication as an important but 'luxurious' practice.

In the next section, we will explore participants' views about unplanned or 'informal' communication and its effects on nurses' perceptions of their time-tight and routine schedules.

Communication as interaction and unexpected

My interpretation of 'informal' refers to the type of communication with patients that is unplanned. It is different from formal communication in routine practice. Patients approach me and request something spontaneously and I respond to them accordingly. (G2-E)

... after they have had their wounds dressed or stitched, at times, there are questions about how many days of sick leave they can have, how they should take care of the wound and which one is the medication sheet. (G2-B)

Participants' accounts of unexpected communication referred to communication initiated by patients. As such, communication is not part of participants' expected and scheduled activities, thus it seems that they can choose either not to respond or to delay their response, especially when they are busy. However, many participants would respond, as one stated that it was 'unreasonable not to respond to patients who have needs or queries (G2-G)'. Others considered that acknowledging patient's needs/requests and acting on them was a way of displaying PCC by making daily mechanical tasks more individualised and humane.

Factors such as 'initiation' and 'expectedness', as perceived by the participants with regard to informal communication, draw a stark contrast to their concept of 'formal' communication. This pattern of communication is initiated by the nurse and must be performed, no matter how limited the perceived time, especially relating to procedures and treatments.

Communication as task-oriented and formal in nature

For formal communications, covering treatments, assessment, postdischarge placement, etc..... a certain amount of time is allotted. The following quotes are illustrative:

It's usually about giving patients instructions, reminding them about their dates of follow-up, discharge instructions, wound dressing, etc..... (G2-E)

...I can have 5 minutes to 2 hours for this...we divide the cases into acute and core. For the acute pain cases, we usually talk about assessment and education together with the explanation to patients. But the information is not detailed and it takes about 5 minutes. (G1-C)

Formal communication, described as task-oriented by our participants, covers different contents in different wards because of their work nature; for example, in the emergency department and surgical ward, task-oriented communication

is mainly about treatment and procedures. However, in the rehabilitative ward, formal communication also refers to postdischarge placement and related topics, which are considered to be more patient-centred communication in other departments. As one nurse explains:

In rehabilitation, we cover issues related to social and financial problems, discharge and support. ... because we have to ensure that no problems arise during discharge. (G4-E)

Accordingly, as nurses from the rehabilitative department, more than in others, are expected to attend to patients' psychosocial issues, which go beyond the dominance of daily biomedical tasks, communication remains task-based. Given the expectations from various settings, the contents of the communication seem to be less essential in determining PCC.

Communication as quasi-formal

While participants commented on the formal and informal nature of their nurse-patient communications, our analysis shows that it is not as linear. Formal communication, initially treated as task-oriented, can become informal. To capture this process of change, the term quasi-formal is used. Quasi-formal communication is a mix between formal and informal communication. A purposeful social talk initiated by nurses and aimed at reducing patients' anxiety becomes a formal yet informal communication. It is informal in nature because it is not the expected standard of information given. It is part of an interaction that is patient-centred and initiated by the participants to meet the perceived needs of the patients without preplanning as per the scheduled routine. Although they would consider it informal, its initiation by the nurse as part of her caregiving has made it a formal communication. The difference in this initiative is that while one is based on expected tasks, the other occurs in response to patients' needs during care. Several participants described their quasi-formal communication with the intention of comforting patients:

In the operating room, we chat with patients during surgery as they are often under local anaesthetic. We usually talk about things they like...for example, if the patient is a mother, then we will talk about kids, a topic that they can understand and share, to reduce their anxiety. (G1-B)

... when I'm giving an injection and notice that the patient seems scared, I talk about something else, such as 'Do you have insurance? How did you get hurt?' (G2-F)

If the physical condition of the patient is really poor, I'll attend to him/her; sometimes, when I see a patient crying and desperate, I explain the situation to him/her. I put myself into his/her shoes...

But otherwise, I seldom talk with each of them because there's really no time. There was also a time when I thought that patients' demands were rather annoying, but when I know a patient's family is not good to him, or when I like a patient, then I start to consider things from his/her point of view. If the patient knows more, or if you care more about him, then he has a feeling of being comforted. I can only exchange a few sentences during my care. It's better than nothing. (G4-F)

In this context, 'intention/purpose' becomes the central factor in interpreting nurses' communication behaviour. Additionally, it reveals other critical elements in an effective communication: non-verbal observation, nurses' experience and their awareness. Nurses received patients' non-verbal cues of anxiety and were aware of the value and impact of communication; they, thus, took an active role. Nurses' intention is more important than the length of communication here, as long as there is the perceived outcome, for example, to reduce patients' anxiety, provide comfort and express empathy. Extra time was not required in providing this individualised care, as it had been integrated into routine procedures. The relationship of time between performing communication in routine as task vs. integrating communication to meet individualised needs in the routine is further illustrated later.

Communication perceived as routine vs. meeting individual patients' needs

Performing communication in routine as task

Our findings revealed that when participants perceived communication as part of their daily routine, they measured it in relation to their other functions. It would be assigned a low priority in their biomedical routine. Participants would be less motivated to initiate communication with patients, as illustrated later:

Sometimes, I have to deal with 20 patients in one single shift. It is impossible to talk to every patient ... if one needs 10 minutes and there are 20 patients in total, how much time would we have to spend on this? Don't we need to do other tasks? (G4-G)

...it's possible to provide a chance for communication with patients, but if sparing 15 minutes for each one ... for 10 patients, communication would take you 150 minutes. I doubt if it's possible to arrange this. (G5-F)

It is intriguing to note that if communication becomes part of the routine, participants perceive it to be time consuming. But, if they volunteer to integrate communication into routines to meet perceived individual needs, the time perception is different.

Integrate communication to meet individualised needs in routine

Using the strategy of integrating communication into basic care, our participants have more opportunities to interact with patients. In most cases, the few sentences that they exchange with patients may have positive impacts on the nurse–patient relationship. One said:

You can solve a lot of problems if you communicate well with patients and sometimes in a simple way; for example, the best time is when you are screening or providing care to patients ... you can manage to resolve many of their questions and doubts, preventing potential problems from deteriorating. (G3-D)

We usually communicate this way ... as long as it doesn't affect your work, you can talk to patients, while you are providing an intravenous drip...You can gain time this way. (G5-C)

As participants' communication with patients is not standardised as a task but motivated as individualised, some participants were aware of the various needs from different patients. Another mentioned:

...it depends on the individual patient. If the patient was worried about a suture scar, we would talk more about the care. If the patient was unwilling to talk, then we would talk less. It all depends on their needs. (G2-H)

Participants who were aware of the importance of nurse–patient communication as interaction realised that the critical element in nurse–patient communication is not merely time but capitalising on every opportunity to engage with patients during routine care. However, the attempt to integrate communication into routine care has challenges of its own. Nurses are now generally being removed from bedside patient activities, leaving them with fewer opportunities for patient communication (Duffield *et al.* 2008). As a nurse illustrated:

... in the past, we had to measure patients' blood pressure several times a day, and we could take this opportunity to talk to them, which was very important. Now, many healthcare assistants do this for us. (G1-C)

Another similar issue relating to participants' being removed from bedside care is the increased documentation that has consumed nurses' time. As another participant said:

It is common practice for nurses to put things other than communication in a higher priority, like documentation, as a protective measure for patients and caretakers. There used to be fewer forms to be filled out. But now, we hardly have time to interact owing to the increased documentation. (G1-D)

One strategy that participants employed for quality nursing care without taking extra resources and time is staff arrangement. It was suggested that good communication is difficult in day surgery because of the limited time and short patient stay (Otte 1996). Our participants advocated continuity of care to patients by arranging the same nurse–patient pairs for the preoperation and the operation day, to improve communication and maximise their services. Rather than assuming that each nurse is interchangeable, such that nurses answer not so much to the patients as to the artificial structure (Newman 2008), a nurse from a day surgery department explains how it can be performed:

As a nurse in day surgery, I'm also responsible for preanaesthetic assessment. ... I have found that if I put some effort into preoperative communication and explain to patients about the operation and the flow during their visit, I can avoid unnecessary communication breakdown and patients feel less anxious, particularly, if they see me again on the day of surgery. (G1-H)

While continuity of care and nurse–patient communication in the emergency department are often difficult to establish because of their task-oriented and interrupted nature (Pytel *et al.* 2009), our study reveals that continuity of care and relationship building are possible in the emergency department through short but iterative interaction, especially with frequent patients:

We will talk more with patients who are friendly and frequently readmitted to the emergency department. For the readmitted, we can recognise them even from behind and recall their names and conditions! ...we know each other pretty well, so we talk some more every time we meet. (G2-E)

Continuity of care can also be provided to patients in other wards. Our participants from different departments indicated that some patients get readmitted to their wards, and thus, both nurses and patients are familiar with each other. This could contribute to good relationship building with nurses through short yet iterative encounters.

One unexpected benefit of a good nurse–patient relationship and the patient's familiarity with the ward operation was the patient's allegiance to the nurse. Participants reported that as they provide continuity of care to these readmitted patients, the patients in return voluntarily provide counselling to other patients who complain about the nurses or the wards.

Saving time through communication

Our participants recognised that most patient complaints of nurses are because of 'lack of communication or failure to

give clear instructions to patients'. Effective nurse–patient communication can minimise misunderstandings and reduce complaints. Their reported experience also reveals that time can be saved through smoothing the process for procedures and discharge planning. The following statements are illustrative:

Although we're quite busy in the operating room, spending some time to reassure the anxious patient is important when they are really scared, especially as it's difficult to start their intravenous drip when they are shaking from anxiety. (G1-G)

Discharge is facilitated with early planning and communication, as we can then explore any covert family or social issues that might hinder the patient's discharge. This is especially essential in locating proper placements for older patients. (G2-C)

Discussion

The three central ideas in this paper are as follows: first, participants' communication pattern is related to their perception of and assumptions about communication and time; second, constructing a nurse–patient relationship need not necessarily be based on long-term encounters, as short yet iterative interactions offer ways of engaging with patients; third, participants are unaware of the potential significance of their perceived conversation as chit-chat.

When participants perceive that only long and in-depth communication can be viewed as interaction in PCC, it affects their motivation to initiate communication with patients, as it will take extra time. They are also reluctant to put communication into action when they have to allocate a scheduled amount of time to communicate with every patient. Consequently, these participants' perception of nurse–patient communication shape and hinder their communication with patients. A good nurse–patient communication is traditionally characterised by nurses' full attentiveness, sitting down and talking to patients (Botti *et al.* 2006). This inadvertently implies that a long time is required for communication. However, our global healthcare system has changed dramatically in recent years because of economic, population and service pressures (Duffield *et al.* 2008), and Hong Kong is no exception. Nursing practice is characterised by increasing documentation, staff skill mix and work intensification (Waterworth 2003), together with shorter patient stays but higher expectations of healthcare service. These have made the expected long and attentive communication difficult and turned it into a 'luxury'. As Hagerty and Patusky (2003, p. 149) indicated, 'focusing on expectations of a linear, long-term relationship development

is no longer useful in many health care settings'. Therefore, it is time to revisit the concept of communication, including its structure and the relationship between communication and time and to debate how a good nurse–patient communication can still be played out in reality with the structural and time constraints.

Hobbs' (2009) study on PCC seems fitting for participants' description of their formal communication for information gathering from patients as tasks. Although the literature supports nurse–patient interaction as central to PCC, the application and evaluation of the concept are often focused on supporting structural elements, such as information practice, whereby data are collected about the patient during the course of service use, and the patient is viewed as a source of information. While information gathering as formal communication with the patient has value, Williams and Irurita (2005) described therapeutic engagement as developed through nurse–patient interaction, sustained during successive encounters and reinforced by the information practice of the settings. Uitterhoeve *et al.* (2008)'s work on nurses' cue-responding behaviours that facilitated the disclosure of patients' concerns could further illuminate the importance of nurses' responding to patients' emotional and informational cues as their sequential nature of communication in the context of PCC. Participants' quasi-formal communication with an intent to provide patient comfort and/or to reduce anxiety may benefit from Uitterhoeve *et al.* (2008)'s understanding about cue-responding, which influences the expression of patient's concerns and emotions.

Participants' communication process of turning formal to informal and quasi-formal communication is hence equally valuable. It is clear that time is not the critical element when participants consider that communication for individualised needs is important. They were able to create space and integrate nurse–patient communication into their routine spontaneously or as preplanned. The traditional view of routine as negative and inflexible (Yam & Rossiter 2000) now has a positive tone.

This study suggests that extensive time is not a prerequisite for therapeutic communication and building a nurse–patient relationship. Instead, the nurse–patient relationship can be built on short yet iterative interactions. Hagerty and Patusky (2003, p. 149) also agreed that 'each interaction is an opportunity for connection and goal achievement'. Our participants showed that contacts that are short-term and conducted during routines are helpful in building relationships with patients. In addition, it is also possible to achieve continuity of care through short-term but frequent caring opportunities. This is because, with the sequence of every

interaction, each response depends on the interaction that precedes it (Bradley & Edinberg 1990). This concept of communication becomes more important in our current healthcare structure, as there is an increasing need for chronic care that requires repeated attention.

To improve nursing care and nurse–patient relationships, participants' account of communication also entails sensitivity, empathy, commitment and experience, which are more vital than time. Liu *et al.* (2005) assert that patients are sensitive to nurses' verbal and non-verbal messages, activities and expression of enthusiasm, friendship and affability.

Paradoxically, however, while our participants were aware of the significance of informal and quasi-formal communication, along with the importance of continuous short yet iterative interactions during routine care, there remains a constant tension about the length of time required, in one interaction, for quality communication. The bureaucratic structure of time seems to have influenced participants' ways of thinking about communication. While perceived time use is not an issue when participants choose to carry out the communication as quasi-formal in their routine care, if communication was perceived as part of their routine care, the issue with time would resurface as their concern. There are proponents (Doane & Varcoe 2005) who caution against having communication as part of the routine, as it will lose its individual entity and be quantitatively shackled. However, its legitimate place in nursing practice is undeniable.

Participants' view of informal communication requires time, as it is unplanned and occurs outside of routines, thus they would not normally initiate this talk. But, some would respond to some patients despite the perceived time involvement. Therefore, what mechanism directed nurses' decision-making as to which patients needed what type of interaction/time over the course of their shift? This decision to allocate time to one patient over another seems to be anchored to nurses' perception of patients' physical health and psychosocial needs. It seems to be a co-operatively shaped narrative formed by different sources of information and experience, for example, an 'amiable' patient, a 'caring' nurse and the family situation. A nurse can go through several exchanges with different patients and connect with only one, perhaps because of the quality of the interactions and the degree of connection that is achieved. This is a starting point for further study on the mechanism involved in this decision-making for the different patterns of communication. Much of the communication as interaction can be further informed by Habermas (1985) moral-practical action in nursing. It aims to discuss

and act in relation to moral-practical issues, to problems and to tasks relating to what the patient and his/her situations demand of the nurse.

Notwithstanding nurses' moral response to patients' needs, the perceived time constraints in the bureaucratic structure could lead to reluctance to communicate with patients. Moody and Pesut (2006) assert that, in the context of constant demands, varied interrelationships and unpredictability in our healthcare systems, nurses need responsive leadership and organisational support to maintain intrinsic motivation, moral sensitivity and a caring stance in patient care. Without them, nurses may suffer moral distress and burnout as a consequence of being unable to communicate as much as is needed to provide PCC. As nurses develop meaning in an ethical context through resolving conflict related to their values, norms and principles in the practice setting (Fairchild 2010), participants in the study have had various communication patterns to accommodate the needs of their work environment. This dialectic reasoning (Fairchild 2010) whereby nurses are motivated to care in terms of morality and competency (Moody & Pesut 2006) in the bureaucratic time tension may serve as a paradigm shift. However, the effort for institutional leadership to provide an environment for work and moral satisfaction is of paramount importance to prevent nurses from leaving their current position or even the profession. It is equally imperative for all nurses to recognise their patterns of nurse–patient communication and how they can maximise their values in PCC.

While nurses are aware of the significance of informal and quasi-formal communications, the potential value of communication as conversation needs to be emphasised. The content of chit-chat between nurses and patients was found to make patients feel that they were being treated as individuals (Fosbinder 1994) and contributed to their experience of emotional comfort (Williams & Irurita 2004).

The recognised significance of communication for the outcome of good nurse–patient relationships is important in a healthcare system that is plagued by increasing patient complaints. The capacity to communicate human compassion in the face of time constraints has not been strongly featured as an essential communication competency. Communication is not only a skill but also a human dimension of relationships and interactions (Doane & Varcoe 2005). Given the findings of this study, the authors suggest a need for educational research to examine our current nursing curriculum on the understanding of communication, the inherent value of chit-chat and its training in short iterative encounters. There is also a need to follow-up on the patient's perception of

nurse–patient communication through short iterative encounters as a form of continuity of care in the context of patient-centredness.

Limitations

The experiences described by the self-selected participants who were pursuing continuing education are not reflective of others who were not. However, the purposive heterogeneous sampling helped to represent the diversity. Regarding the perceptions of nurse–patient communication, this study is limited in its scope to elicit patients' views, especially in the context of PCC.

Conclusion

Four patterns of communication were identified based on participants' narratives. Their ability to respond to patients' needs during their routine has transformed the mechanical tasks to individualised care. It is important for nurses to recognise the value of short, iterative interactions and chit-chat as quality communication for knowing their patients and relationship building. There is also the co-existence of formal, quasi-formal and informal communications, and nurses need to de-emphasise the notion that communication requires time. Rather, they need to heighten their awareness that they have been using the various patterns of communication in their practice for PCC.

References

- Botti M, Endacott R, Watts R, Cairns J, Lewis K & Kenny A (2006) Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing* 29, 309–316.
- Bradley JC & Edinberg MA (1990) *Communication in the Nursing Context*, 3rd edn. Appleton & Lange, Norwalk, Conn.
- Charlton CR, Dearing KS, Berry JA & Johnson MJ (2008) Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20, 382–388.
- Clayton MF (2006) Communication: an important part of nursing care. *American Journal of Nursing* 106, 70–72.
- Doane GH & Varcoe C (2005) *Family Nursing as Relational Inquiry: Developing Health Promoting Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Duffield C, Gardner G & Catling-Paull C (2008) Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing* 17, 3269–3274.
- Fairchild RM (2010) Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics* 17, 353–362.
- Fosbinder D (1994) Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 20, 1085–1093.
- Gilbert JHV & Yan J (2008) Letter to author and other health care colleagues 2008.
- Habermas J (1985) *Die Neue Unübersichtlichkeit (The New Unpredictability)*. Suhrkamp, Frankfurt A.M.
- Hagerty BM & Patusky KL (2003) Reconceptualizing the nurse–patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship* 35, 145–150.
- Hobbs JL (2009) A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research* 58, 52–62.
- Hospital Authority (2009) *Helping People Stay Healthy – Strategic Service Plan 2009–2012*. The Hospital Authority, Hong Kong.
- Kvåle K & Bondevik M (2008) What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22, 582–589.
- Liu JE, Mok E & Wong T (2005) Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing* 15, 188–196.
- McCabe C (2004) Nurse–patient communication: an exploration of patients'

Relevance to clinical practice

A better understanding of how nurses perceive their time availability for nurse–patient communication and their use of time for this aspect contribute to the discourse regarding how to improve PCC. In particular, nurses' awareness of the value of short, iterative encounters with patients would foster more effective strategies to promote continuity of care. A shift in nurses' thinking about communication that does not necessarily require prolonged time could facilitate more nurse–patient communications, which benefit not only the patients but also nurses' work satisfaction.

Acknowledgements

This study was supported by the Central Research Grant from The Hong Kong Polytechnic University under grant number 1-ZV2W. The authors thank all nurse participants involved for their contributions.

Contributions

Study design: EAC, AJ, SF; data collection and analysis: EAC, SCW and manuscript preparation: EAC, SCW.

Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the authors.

- experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13, 41–49.
- Moody RC & Pesut DJ (2006) The motivation to care: application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization Management* 20, 15–48.
- Newman M (2008) It's about time. *Nursing Science Quarterly* 21, 225–227.
- Otte D (1996) Patients' perspectives and experiences of day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 23, 1228–1237.
- Pearcey P (2010) 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice* 16, 51–56.
- Polit D & Hungler B (1997) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. JB Lippincott, Philadelphia PA.
- Pytel C, Fielden NM, Meyer KH & Albert N (2009) Nurse–patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 35, 406–411.
- Sandelowski M (2000) Focus on research methods: whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23, 334–340.
- Tuckett AG & Stewart DE (2004) Collecting qualitative data – Part II: group discussion as a method: experience, rationale and limitations. *Contemporary Nurse* 16, 240–251.
- Uitterhoeve R, de Leeuw J, Bensing J, Heaven C, Borm G & deMulder P (2008) Cue-responding behaviours of oncology nurses in video-simulated interviews. *Journal of Advanced Nursing* 61, 71–80.
- van Dulmen S (2003) Patient-centredness (editorial). *Patient Education and Counseling* 51, 195–196.
- Waterworth S (2003) Time management strategies in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 43, 432–440.
- Williams AM & Irurita VF (2004) Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing* 13, 806–815.
- Williams AM & Irurita VF (2005) Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research* 18, 22–28.
- Yam BMC & Rossiter JC (2000) Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing* 9, 293–302.

The Journal of Clinical Nursing (JCN) is an international, peer reviewed journal that aims to promote a high standard of clinically related scholarship which supports the practice and discipline of nursing.

For further information and full author guidelines, please visit JCN on the Wiley Online Library website: <http://wileyonlinelibrary.com/journal/jocn>

Reasons to submit your paper to JCN:

High-impact forum: one of the world's most cited nursing journals and with an impact factor of 1.228 – ranked 23 of 85 within Thomson Reuters Journal Citation Report (Social Science – Nursing) in 2009.

One of the most read nursing journals in the world: over 1 million articles downloaded online per year and accessible in over 7000 libraries worldwide (including over 4000 in developing countries with free or low cost access).

Fast and easy online submission: online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>.

Early View: rapid online publication (with doi for referencing) for accepted articles in final form, and fully citable.

Positive publishing experience: rapid double-blind peer review with constructive feedback.

Online Open: the option to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication in Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your preferred archive.

Artigo 4

“Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit”

Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit

Mary Beth Happ, Kathryn Garrett, Dana DiVirgilio Thomas, Judith Tate, Elisabeth George, Martin Houze, Jill Radtke and Susan Sereika

Am J Crit Care 2011;20:e28-e40 doi: 10.4037/ajcc2011433
© 2011 American Association of Critical-Care Nurses
Published online <http://www.ajconline.org>

Personal use only. For copyright permission information:

http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/external_ref?link_type=PERMISSIONDIRECT

Subscription Information

<http://ajcc.aacnjournals.org/subscriptions/>

Information for authors

<http://ajcc.aacnjournals.org/misc/ifora.xhtml>

Submit a manuscript

<http://www.editorialmanager.com/ajcc>

Email alerts

<http://ajcc.aacnjournals.org/subscriptions/etoc.xhtml>



NURSE-PATIENT COMMUNICATION INTERACTIONS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

By Mary Beth Happ, RN, PhD, Kathryn Garrett, PhD, CCC-SLP, Dana DiVirgilio Thomas, MPH, Judith Tate, RN, PhD, Elisabeth George, RN, PhD, Martin Houze, MS, Jill Radtke, RN, MSN, and Susan Sereika, PhD

Background The inability to speak during critical illness is a source of distress for patients, yet nurse-patient communication in the intensive care unit has not been systematically studied or measured.

Objectives To describe communication interactions, methods, and assistive techniques between nurses and nonspeaking critically ill patients in the intensive care unit.

Methods Descriptive observational study of the nonintervention /usual care cohort from a larger clinical trial of nurse-patient communication in a medical and a cardiothoracic surgical intensive care unit. Videorecorded interactions between 10 randomly selected nurses (5 per unit) and a convenience sample of 30 critically ill adults (15 per unit) who were awake, responsive, and unable to speak because of respiratory tract intubation were rated for frequency, success, quality, communication methods, and assistive communication techniques. Patients self-rated ease of communication.

Results Nurses initiated most (86.2%) of the communication exchanges. Mean rate of completed communication exchange was 2.62 exchanges per minute. The most common positive nurse act was making eye contact with the patient. Although communication exchanges were generally (>70%) successful, more than one-third (37.7%) of communications about pain were unsuccessful. Patients rated 40% of the communication sessions with nurses as somewhat difficult to extremely difficult. Assistive communication strategies were uncommon, with little to no use of assistive communication materials (eg, writing supplies, alphabet or word boards).

Conclusions Study results highlight specific areas for improvement in communication between nurses and nonspeaking patients in the intensive care unit, particularly in communication about pain and in the use of assistive communication strategies and communication materials. (*American Journal of Critical Care*. 2011;20:e28-e40)

More than 2.7 million patients in intensive care units (ICUs) in the United States each year are unable to speak, in large part because of the presence of artificial airways and assisted ventilation (ie, mechanical ventilation).^{1,2} Communication ability may be further impaired during critical illness by sedation, fatigue, delirium, or neurological disease.³ Communication difficulty is the most commonly reported distressing symptom for ICU patients receiving mechanical ventilation⁴⁻⁷ and is associated with anxiety, panic, anger, frustration, sleeplessness, and distress.^{4,5,8-11} Nurses also report frustration when patients are unable to verbally report their symptoms, pain levels, and needs.^{12,13}

Problems associated with the inability to speak during critical illness are well-known; however, the actual process of nurse-patient communication in the ICU has not been well studied or systematically measured. Without these data, it is difficult to construct appropriate and evidence-based standards for communication with nonspeaking critically ill patients.³ Efforts to improve communication with ICU patients should be built on a clear understanding of existing strengths and weaknesses in the communication process. In this article, we report findings from the first (usual care) phase of a larger 3-phase clinical trial of nurse-patient communication in the ICU.¹⁴ The purpose of this prospective substudy is to describe (1) the frequency, success, quality, and ease of nurse-patient communication interactions and (2) the communication methods and assistive strategies used between nurses and nonspeaking patients in the ICU during usual care.

Background and Significance

Much of the data on communication problems experienced by patients in the ICU are from qualitative studies of the patient's experience of mechanical ventilation¹⁵⁻¹⁷ and/or being unable to speak.¹⁸⁻²⁴

About the Authors

Mary Beth Happ is a professor, **Susan Sereika** is an associate professor and biostatistician, **Dana DiVirgilio Thomas** and **Judith Tate** are research associates and study coordinators, **Martin Houze** is a data analyst, and **Jill Radtke** is a doctoral student in the School of Nursing at the University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania.

Kathryn Garrett is a speech and language pathologist in private practice at ACTS, Alternative Communication Therapies and Strategies, LLC, in Pittsburgh, Pennsylvania. **Elisabeth George** is a critical care clinical nurse specialist at the University of Pittsburgh Medical Center in Pittsburgh, Pennsylvania.

Corresponding author: Mary Beth Happ, RN, PhD, 336 Victoria Building, School of Nursing, University of Pittsburgh, 3500 Victoria Street, Pittsburgh, PA 15261 (e-mail: mhapp@pitt.edu).

Additional survey research shows communication difficulty is associated with greater severity of illness and feelings of anger,¹⁰ frustration,¹¹ panic, anxiety, and sleeplessness.^{4,5,8}

Most observational studies of nurse-patient communication in the ICU were conducted more than 10 years ago. Ashworth's classic 1980 study²⁵ of nurse-patient communication in 5 British ICUs showed that nurses' communication was positively correlated with patients' ability to communicate and provide feedback. Overall, 71% of communication consisted of short-term, task-related information, commands, or brief questions.²⁵ Most (76%-96%) of the verbal interactions between staff and patients in each unit lasted less than 1 minute.²⁵ Other observational studies²⁶⁻²⁸ confirmed and extended Ashworth's findings. Salyer and Stuart²⁷ used observations of 20 patients to construct a measure of nurse-patient interaction content. The Categories of Nurse-Patient Interaction Content tool included positive (ie, acknowledgment, reassurance, acceptance, approval, or affirmation) and negative (ie, expressions of rejection, refusal, denial, negation, or prohibition) action and reaction categories for nurses and patients. Positive actions of nurses were correlated with positive reactions of patients. Relatively few interactions (34/217; 15.7%) were initiated by patients.²⁷ Ten years later, Hall²⁸ employed the Categories of Nurse-Patient Interaction Content tool to examine the interactions between nurses and patients receiving mechanical ventilation and the relationships between nurse characteristics and their communication patterns. Higher scores on the Glasgow Coma Scale (indicating greater responsiveness of patients) were associated with more positive reactions and fewer negative actions from the nurse to the patient ($r = 0.38, P < .05$). The amount of time the nurse

Communication difficulty is the most distressing symptom for mechanically ventilated patients.

Most verbal staff-patient interactions last less than 1 minute.

actually spent with the patient correlated positively with the number of positive reactions from nurse to patient ($r = 0.37, P < .05$). However, no association was found between length of time the nurse was assigned to the patient or amount of ICU experience that the nurse had and positive or negative actions by the nurse. Additionally, no association was found between educational level of the nurse and interactions with the patient.²⁸

The primary methods of communication used by nonspeaking ICU patients in prior studies were head nods, gesture, mouthing words, and, less frequently, writing.^{25,26,29,30} The use of alphabet or word communication boards or other forms of augmentative and assistive communication aids was described as "rare" in these studies.^{25,26,30} In a descriptive observational study that used video recordings of nurse-patient communication, Connolly³¹ described and categorized common gestural communication used by ICU patients receiving mechanical ventilation. Gestures generated by the patient represented basic needs (eg, pain medication, suctioning, thirst, sleep) and were easily interpreted within the context of the ICU. In some successful interactions, "mirroring," or nurses' replication of gestures initiated by patients to affirm their meaning, was a technique that led to increased frequency of gestural communication by nonspeaking patients.³¹

In general, study results suggest that communication interactions between ICU patients and nurses are influenced by the patient's severity of illness, level of consciousness, and degree of responsiveness. In previous studies, researchers have described typical communication between patients and nurses

as brief, nurse-initiated, informative statements about physical care, yes/no questions, reassurances, or commands. However, most observational studies of nurse-patient communication in the ICU have been limited to single observations of nurse-patient dyads with observation times of various lengths.^{25-28,32} In addition, measurement parameters of "interaction" were not well defined and communi-

cation measurement has consisted primarily of lists and categorizations of communication behaviors. To our knowledge, the successfulness of communication attempts and interpretation of nonvocal communication has not been systematically evaluated in the critical care setting.

Nurse-patient communication was video recorded during 4 separate sessions.

In this article, we present descriptive findings from a systematic analysis of video-recorded observations of nonspeaking ICU patients interacting with their nurses during usual care conditions. This prospective observational study aims to generate baseline measures of frequency, success, quality, and ease of nurse-patient communication in the ICU. Secondarily, differences between units were explored.

Research Questions

The following research questions are addressed:

1. What are the frequency, successfulness, and quality of communications between nurses and temporarily nonspeaking ICU patients?
2. What are patients' ratings of communication ease (difficulty) after nurse-patient communication interactions?
3. What communication methods and assisted communication strategies are used during communication interactions between nurses and temporarily nonspeaking ICU patients?

Methods

Design

This observational study applied descriptive analysis on data from the nonintervention (usual care) cohort of a larger quasi-experimental clinical trial, the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). The design and methods of the SPEACS study are described in detail elsewhere.¹⁴ The study was approved by the University of Pittsburgh's institutional review board. Patients, or their surrogates if the patient was incapable of decision making, provided written informed consent. Methods are presented in brief here.

Setting

The study was conducted in the 32-bed medical intensive care unit (MICU) and 22-bed cardiovascular-thoracic intensive care unit (CTICU) of a large academic medical center. Few assistive communication materials were available during this preintervention (usual care) phase of the investigation: primarily paper and, less commonly, alphabet letter boards. Family members occasionally brought in other communication aids such as dry erase boards or homemade flash cards or, very rarely, electronic keyboard devices.

Sample

Nurse Participants. Ten registered nurses (RNs), 5 from each unit, were randomly selected from a sampling pool of 44 eligible RNs. All RNs who met the following inclusion criteria are included in the

sampling pool: (1) At least 1 year of critical care nursing experience, (2) permanent staff in MICU or CTICU working at least 2 consecutive weekday shifts on a regular basis, and (3) English-speaking. Nurses with a diagnosed hearing or speech impairment were excluded, given the likelihood that these individuals would have previously been exposed to communication services or training. No nurses had previous training in augmentative or assistive communication.

Patient Participants. Thirty patients, 15 from each ICU, who met study eligibility criteria were enrolled in the study. Patients were approached and enrolled in the study depending on the availability of an enrolled nurse participant, which was determined from the daily staffing schedule. Three nonspeaking ICU patients were assigned to each study nurse for 2 consecutive observation days, forming 30 nurse-patient dyads. Patient participants met the following entry criteria: (1) age at least 18 years, (2) nonspeaking because of oral endotracheal tube or tracheostomy, (3) likely to remain intubated for 48 hours after study enrollment according to the clinician's judgment, (4) able to understand English, and (5) scored 13 or higher on the Glasgow Coma Scale,³⁵ which was applied by using a "verbal" score that represented ability to communicate words by using nonvocal methods. We provided this adaptation of the Glasgow Coma Scale verbal score because nonvocal communication ability was essential to participation in the study. Patients who were reported by family to have a diagnosed hearing, speech, or language disability that significantly interfered with communication before hospitalization were excluded from this study.

This sample was considered adequate for the descriptive purposes (mean, proportions) of this study. For descriptive statistics, means and proportions may be estimated with precision (in terms of the total width of a 95% confidence interval) of 0.746σ and 0.374 for the total cohort and 1.104σ and 0.522 for a unit, respectively. When we limited the investigation of changes over time on selected communication performance measures between the 2 hospital units (MICU vs CTICU) to only the usual care control cohort ($n = 30$), unit by time interactions as small as $f = 0.390$ could be detected when repeated measures analyses were used at a significance level of .05, assuming a maximum intracluster correlation of about 0.1 as in the 3-cohort SPEACS trial.¹⁴

Procedures and Data Collection

Communication Observation. Data on communication between the nurse and patient were obtained by video recording 4 separate sessions of naturally occurring nurse-patient communication. Trained

data collectors collected the observational data twice daily (morning and afternoon/evening) on 2 consecutive days while the nurse participant was assigned to the care of the enrolled ICU patient. Three minutes of nurse-patient interaction per session were recorded, either continuously or in additive increments, to ensure adequate and equal opportunities for communication interaction. On the basis of previous studies,^{25-28,34,35} this time unit was selected to be a functional time frame for observation of sending, receiving, confirmation, and follow-up of messages in the ICU.

To minimize participants' reactivity, such as the "Hawthorne effect," one desensitizing session was videotaped for each dyad on the morning of the first observation day.^{36,37} These data were not included in the analysis, but participants were unaware that the first of 5 sessions was "sham." To supplement observational recordings, the data collector used field notes to document salient events pertaining to the setting, patient, nurse, hospital environment or routine, interruptions in the nurse-patient interaction, and the use of assistive communication equipment, such as writing pads or communication boards.

Demographics and Clinical Descriptive Data

Standard demographic information about the patients and general items pertaining to communication and hospitalization were collected to describe the sample by using a demographic data form standardized by the Center for Research in Chronic Disorders at the University of Pittsburgh School of Nursing.

Severity of illness was measured by using the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) III, a well-accepted measure of illness severity in critical care populations, with higher scores indicating greater severity of illness.^{38,39} APACHE III scores were calculated on enrollment and daily for 2 consecutive days during observation data collection, with values obtained through review of the electronic medical record. Scores were independently calculated by 2 trained research assistants to ensure accuracy.

Delirium was measured by the Confusion Assessment Method-ICU (CAM-ICU), the most widely used instrument for diagnosing delirium.⁴⁰ The instrument shows high interrater reliability ($\kappa = 0.79-0.96$), sensitivities of 93% to 100%, and specificities of 89% to 100% when compared with a reference standard (psychiatrist) diagnosis of delirium.⁴¹ CAM-ICU was

Patients tested positive for delirium in 20.8% of sessions.

Messages about pain were in the "unsuccessful" range 37.7% of the time.

Lack of eye contact was the most common negative communication behavior.

administered to patients when they enrolled in the study and after each video-recorded session by trained research assistants. Patients who tested positive for delirium were not excluded from observation in order to best represent the population of intubated nonspeaking ICU patients and their communication challenges.

Agitation-sedation was measured on the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS), a 10-point scale for assessing mental status that has demonstrated excellent interrater reliability and validity in a wide

range of critically ill medical and surgical patients.^{42,43} RASS scores were determined on patient enrollment and after each observational session via assessment by a trained data collector.

Communication Measures

To measure nurse-patient communication, 4 (3-minute) video recordings for each nurse-patient dyad were transcribed for verbal and nonverbal behaviors and then segmented into communication acts and exchanges. A communication act is a unit of communicative behavior, nonvocal or verbal, that is directed from one conversational participant to another in an attempt to convey a message. An exchange is a cluster of contiguous communication acts related to the communication of a single idea.⁴⁴ Trained coders transcribed each communication act within a communication exchange and then coded it for initiation, communication function, and specific communication method or assistive strategy use. Raters maintained an interrater agreement of 0.80 on determinations of acts, delineation of exchanges, initiator of communication exchanges, and ratings of success and quality. This cut point (>0.80) is commonly used as acceptable interrater reliability in research involving observational coding from videos.^{32,45,46}

The following example of nurse-patient communication illustrates the determination of communication acts, where each line is a communication act (6 acts) in a single exchange. This is a nurse-initiated exchange because the nurse was the first communicator.

(Act 1) Nurse: "Mary, do you need some pain meds?"

(Act 2) Patient: [grimacing facial expression]

(Act 3) Nurse: "Mary, you look like you're in pain..." [pause]

(Act 4) Patient: [shakes head up and down]

(Act 5) Nurse: "...do you want some medicine?" [makes gesture for "injection"]

(Act 6) Patient: [nods yes]

Frequency was measured by tallying the number of communication exchanges per session. The mean number of acts per exchange in each 3-minute video-recorded observation was an additional indicator of frequency. Acts per exchange is an approximate index of the amount of message co-construction for each exchange. In addition, a mathematical measure of communication rate or density of communication was derived by dividing the total number of exchanges per session by 3 minutes, resulting in the number of exchanges per minute.

Initiation. The ratio of patient-initiated to nurse-initiated exchanges provided further description of communication exchanges. Patient initiation of communication is measured as a proportion of exchanges initiated by patients through any means (eg, gesture, signal, facial expression, writing, mouthing words).

Successfulness. Coders applied a 5-point ordinal rating for success to each exchange, judging how much of the intended message had been understood by the recipient (see Table 1). The numbers of exchanges for each of the success rating categories were summed and divided by the total number of exchanges to obtain mean proportion of success ratings across sessions and phases. The preceding example of nurse-patient communication was rated as successful because the message was received and understood.

Level of Assistance Required. Coders applied a 5-point ordinal rating for level of assistance to each exchange on the basis of judgments about degree of independence in communication on the part of the patient (Table 1). These ratings were used descriptively to evaluate successful and unsuccessful exchanges further.

Quality was measured by the presence or absence of 10 possible positive communication behaviors and 10 possible negative communication behaviors assigned by raters to each nurse communication act. These behaviors may recur in a 3-minute communication session between nurse and patient. Quality was computed by summing the number of positive communication behaviors and the number of negative communication behaviors by the nurse. These behaviors were selected from publications on ICU nurse communication^{25-28,32} and best practice in augmentative and assistive communication. Several positive nurse behaviors are evident in the preceding example of nurse-patient communication: use of pause time, confirming meaning of patient's

Nurse-nonspeaking patient communications were primarily initiated by nurses, and were infrequent and brief.

Table 1
Communication measurement glossary

Variable	Operational definition
Frequency ^a	(a) Mean number of communication acts/exchanges, (b) mean number of communication exchanges per 3-minute session, (c) mean number of exchanges per minute
Act	Unit of communicative behavior, nonvocal or verbal, that is directed from one conversational participant to another in an attempt to convey a message
Exchange	Cluster of continuous communication acts related to the communication of a single idea
Success ^a	1=No communication response when one is obligated 2=Message attempted but not conveyed or abandoned 3=Message partially conveyed (partner has to interpret to obtain partial meaning, partner has to clarify) 4=Message conveyed with adequate partner response indicating comprehension of basic meaning 5=Message conveyed with elaborated partner response (action or verbal) indicating complete comprehension of entire message (basic idea plus details) NA=Message did not obligate a response
Level of partner assistance	0=No support provided despite patient's need for it 1=Maximal physical and or verbal assistance required 2=Moderate physical and/or verbal assistance required 3=Minimal physical and/or verbal assistance required 4=Patient responded or initiated communication independently NA=patient was not assisted, but partner's message did not obligate a response
Quality ^a	Sum of positive, facilitative communication behaviors by nurse during communication acts versus sum of negative, communication-inhibiting nurse behaviors for 3-minute session
Positive nurse behaviors	(1) Asks tagged yes-no questions, (2) provides response choices, (3) physically assists patients, (4) suggests mode of communication, (5) repeats patient's response, (6) augments comprehension, (7) repeats for clarification, (8) greets patient by name/touch, (9) asks open-ended questions when patient has method to respond, (10) makes eye contact
Negative nurse behaviors	(1) Removes augmentative and alternative communication system inappropriately, (2) does not gain patient's attention before interaction, (3) does not provide assistance when needed, (4) asks questions that patient cannot answer, (4) ignores patient's communication attempt, (5) does not provide opportunity for patient's response (pause time), (6) interrupts patient's message, (7) does not gain patient's attention, (8) self-talk, mumbling (9) speaks too rapidly, (10) does not look at patient during interaction

^aMain outcome variable.

nonverbal grimace, and the nurse's gesture. Assessment of positive nurse behaviors required some judgment. For example, the use of open-ended questions by the nurse is a positive behavior, moving communication beyond yes-no questions controlled by the nurse, but only if the patient has the means (cognitively and/or motorically) to answer open-ended questions. Raters maintained good (85.4%-95.3%) interrater agreement on the identification of positive behaviors.

Ease of communication was measured by patient self-report, wherein patients used a simplified single-item self-rating (on a scale of 1 to 5) after each observation session to report their communication difficulty during that nurse-patient interaction, with 5 representing greatest difficulty. The wording of this item is consistent with items on Menzel's Ease of Communication Scale¹⁰; however, we asked patients to reflect only on their difficulty in communicating with the nurse during the previously observed interaction rather than "during the last day or two" as in Menzel's scale.

Data Analysis

Analyses were conducted by using SAS for Windows Version 9.2 (SAS Institute, Inc, Cary, North Carolina). In addition to automated integrity checks on the data during data entry, the range of response and contingency table analyses were used to identify data inconsistencies. Descriptive statistics (eg, means, medians, standard deviations, interquartile ranges) were computed to summarize continuous-type descriptors of patients (eg, age) and nurses (eg, years of critical care practice) as well as communication outcomes (eg, number of communication exchanges in a 3-minute session, number of acts in a single communication exchange). Frequencies, percentages, and (as appropriate) modes and ranges were calculated to describe categorical patient and nurse characteristics and communication measurements (eg, patient's and nurse's sex, initiator of communication exchange, level of partner assistance of exchange).

The numbers of acts per exchange were computed and subsequently averaged across the exchanges

Table 2
Characteristics of patients (N = 30)

Characteristic	Value
Age, y	
Mean (SD)	56.30 (15.72)
Range	29-82
Median	56
Score on APACHE III	
Mean (SD)	49.47 (13.23)
Range	12-79
Median	51
Days intubated before enrollment	
Mean (SD)	12.60 (11.73)
Range	1-54
Median	9
Airway, No. (%) of patients	
Intubation	12 (40)
Tracheotomy	18 (60)
Sex, No. (%) of patients	
Male	14 (47)
Female	16 (53)
Race, No. (%) of patients	
White	23 (77)
African American	7 (23)
Visual acuity, No. (%) of patients	
Impaired	2 (7)
Accurate	3 (10)
Adequate with correction + lenses available	10 (33)
Adequate with correction + lenses not available	15 (30)
Hearing acuity, No. (%) of patients	
Impaired	1 (3)
Adequate/unimpaired	28 (93)
Uses hearing aid + aid not available	1 (3)

Abbreviation: APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation.

occurring for each nurse-patient dyad across the 4 observation sessions. Linear mixed effects modeling was used to analyze this communication frequency outcome. This repeated measures model included a fixed between-subjects effect for intensive care unit (MICU vs CTICU) and fixed within-subjects effects for session and the 2-way interaction of intensive care unit and session. Random effects were included in models for dyad as well as nurse to address the clustering of patients within nurses. Autoregressive structure was chosen as the best fitting covariance structure for the repeated session assessments based on information criteria (AIC, AICc, and BIC).

Results

Demographic Characteristics

One-hundred twenty observation sessions were completed on 30 patients ranging in age from 29 to 82 years (mean, 56.30 years; SD, 15.72 years); 16 (53%) were women. Twelve patients (40%) were

orally intubated during the period of observation, and the remainder (n = 18, 60%) had tracheotomy tubes that were not routinely capped or valved to enable speech. Table 2 lists patients' clinical and demographic characteristics. Nurses, 2 men and 8 women, ranged in age from 24 to 55 years (mean, 41.80 years; SD, 8.68 years) with a mean of 11.30 years (SD, 9.1 years) in critical care practice. Table 3 shows characteristics of the 10 nurse participants.

In the 120 observation sessions, patients were restrained via single or bilateral wrist restraints during 20 (16.7%) sessions of nurse-patient communication. They tested positive for delirium on the CAM-ICU in 25 sessions (20.8%). Patients were calm and cooperative during most (n = 84; 70%) sessions, with sedation-agitation scores falling in the sedated range during 28 sessions (23.3%), but rarely in the restless-agitated range (n = 8; 7%).

Communication Interactions

Frequency. A total of 5140 communication acts were recorded and coded during 360 minutes of video-recorded interaction. Almost all (n = 5015; 97.6%) of these interactions were between nurses and patients. These communication acts clustered into 943 topical message units or communication exchanges. The mean rate of completed communication exchanges between nurses and nonspeaking patients was 2.62 exchanges per minute. The number of communication exchanges in a 3-minute session ranged from 1 to 21 exchanges (mean, 9.32; SD, 4.3), with a median of 8.5 communication exchanges per session.

The number of acts in a single communication exchange ranged from 1 to 38 (mean, 5.45; SD, 5.1). The median number of acts in an exchange was 4.0. Nearly one-third (31.8%) of the 943 communication exchanges in this sample were composed of 1 or 2 acts. Another one-third (34%) of the observed exchanges were composed of 3 to 5 communication acts. Most communication acts were performed by the nurse (3322 acts; 64.6%). Patients performed 1693 (32.9%) of the communication acts, and family members and others in the room contributed the remainder (125 acts; 2.4%) as third parties in a nurse-patient communication.

Further analyses were performed to determine whether session, unit, or nurse had an effect on the number of acts per exchange (averaged across exchanges within a session for each dyad). The only significant main effect was for intensive care unit ($F_{1,104} = 11.74, P = .001$). The CTICU dyads had a mean of 2.71 acts per exchange across the sessions, which was significantly less than the MICU mean

of 3.81 acts per exchange across the sessions. No significant interaction was found between type of intensive care unit and session ($F_{3,104} = 0.34, P = .79$) and no significant effects for session ($F_{3,104} = 1.34, P = .27$).

Initiations. Communication exchanges were most often (86.2%) initiated by nurses. Patients initiated 12%, and third parties initiated another 2% of exchanges. Most nurse-patient exchanges were about care, focusing on nurse assessment, care provision, and patients' care needs. The topics of nurse-patient communication in the control group (usual care) will be described in greater detail in a separate article.⁴⁷

Success. Of the 943 nurse-patient communication exchanges, a total of 747 exchanges (79.2%) were able to be rated for successfulness. Approximately one-fifth of the communication exchanges ($n = 191; 20.3%$) were statements, such as "I have a couple of your medications here," that did not obligate a response; thus, success determinations were not possible. A few ($n = 5$) exchanges were incomplete or could not be fully understood by raters. Of the 747 rated exchanges, most (71.8%) were transmitted successfully with adequate understanding or acknowledgment. An additional 14 exchanges (1.9%) achieved the highest rating for being transmitted successfully with elaboration by the responder as in the following example.

Nurse: "Would you like to get out of bed to a chair?"

Patient: (slight nod of head) "No." (mouths) "The chair is so uncomfortable."

Nurse: "The chair is so uncomfortable."

Patient: (nods head yes)

In more than one-quarter of the nurse-patient communication exchanges ($n = 197; 26.4%$), the message was partially conveyed, not conveyed, or abandoned. Messages about pain were in this "unsuccessful" range 37.7% of the time, whereas 25.0% of messages about other topics were unsuccessful. When the dichotomized categorization of success described earlier was used, patient-initiated communication exchanges were successful slightly less often than nurse-initiated exchanges (63.6% vs 74.9%). All 75 communication exchanges in which patients were judged to have not received needed assistance to communicate were rated as partially or completely unsuccessful. Communication exchanges in which patients were independent or required minimal physical or verbal assistance to communicate had the highest success rates, 90.6% and 72.0%, respectively.

Quality. Each of the 3322 communication acts performed by the nurse were rated for positive and

Table 3
Characteristics of nurses (N = 10)

Characteristic	Value
Age, y	
Mean (SD)	41.80 (8.68)
Range	24-55
Median	43
Years of nursing practice	
Mean (SD)	15.60 (9.34)
Range	2-33
Median	14
Years of critical care practice	
Mean (SD)	11.30 (9.09)
Range	2-33
Median	11
Sex, No. (%) of nurses	
Male	2 (20)
Female	8 (80)
Race, No. (%) of nurses	
White	10 (100)
Highest educational level, No. (%) of nurses	
Associate's degree	1 (10)
Diploma	0 (0)
Bachelor's degree	8 (80)
Other	1 (10)
CCRN certified, No. (%) of nurses	3 (30)

negative behaviors. More than 1 behavior could be demonstrated in a single act. Figures 1 and 2 detail the positive and negative behaviors of nurses, respectively. Making eye contact, asking open-ended questions, greeting by name or touch, and the use of gesture or pointing were the most common positive communication behaviors used by nurses. Conversely, lack of eye contact for an entire exchange was the most common negative communication behavior, followed by speaking too rapidly and not gaining the patient's attention before beginning a communication exchange. Self-talk or mumbling was another fairly common negative nurse behavior observed in this group. On average, nurses demonstrated 4.9 as many positive communication behaviors as negative communication behaviors. The mean number of positive nurse acts per exchange (averaged across exchanges within a session for each dyad) was 0.73, whereas the mean number of negative nurse acts per exchange (averaged across exchanges within a session for each dyad) was 0.15. Unit had a significant effect on positive nurse behaviors: CCICU nurses exhibited fewer positive communication behaviors than did MICU nurses ($F = 7.38, P = .008$). Negative acts did not differ by unit or by day in the study or time of observation (morning vs afternoon).

Ease of Communication. Patients were able to respond to the question, "Overall, how difficult was

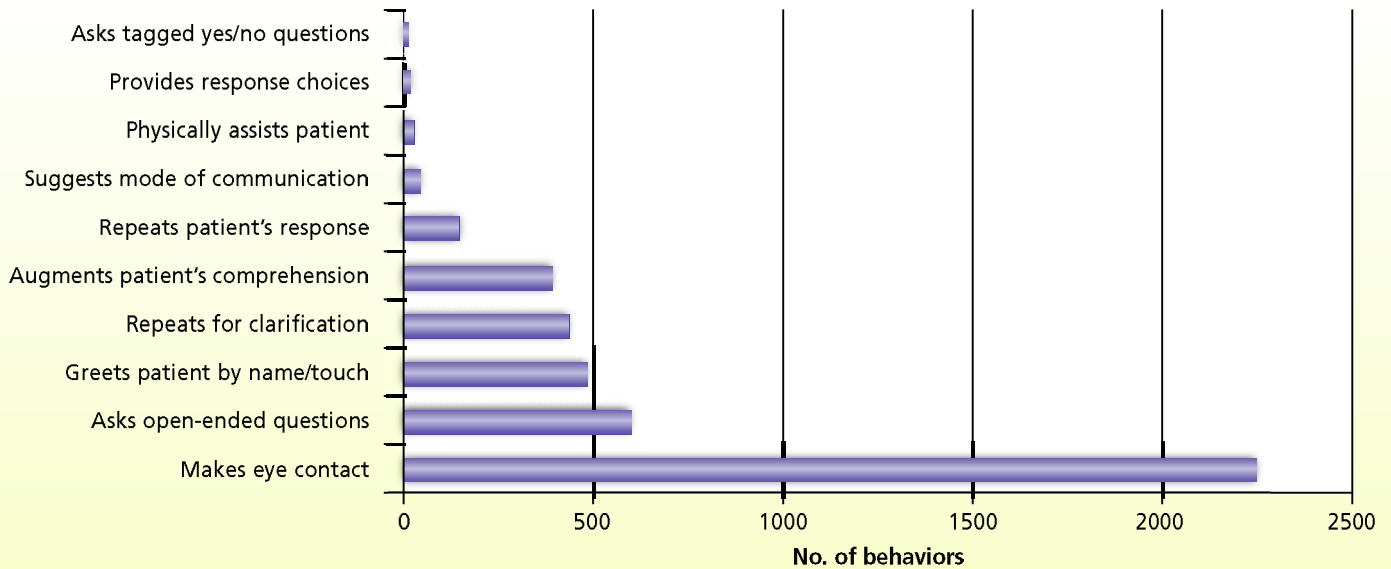


Figure 1 Quality of communication acts: positive nurse behaviors.

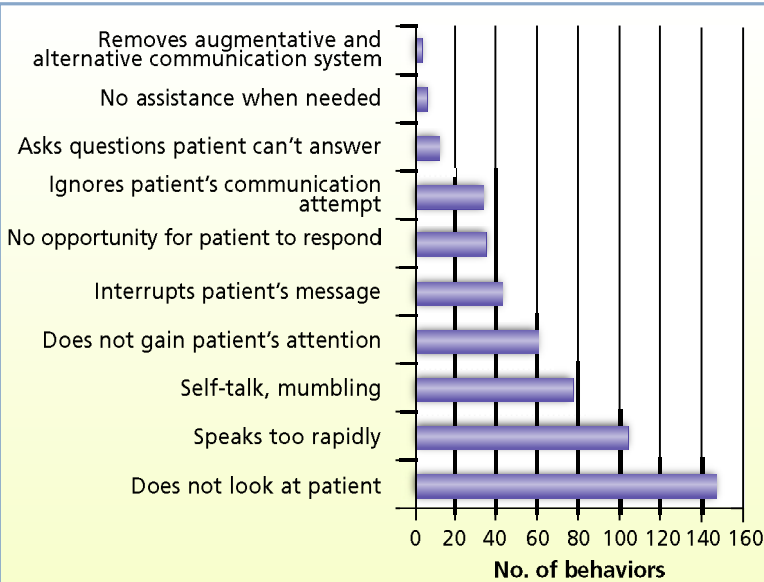


Figure 2 Quality of communication acts: negative nurse behaviors.

it for you to communicate with the nurse?" after 108 out of 120 observation sessions (90%). The histogram in Figure 3 shows the distribution of communication ratings on a 5-point Likert-type scale. Most (62%) rated the observed nurse-patient communication sessions as not-at-all to a little difficult, whereas 38% rated communication as somewhat to extremely difficult.

Patient Communication Methods

Figure 4 shows communication methods used by patients. Little to no alternative communication was used other than natural methods (ie, head nod, gesture, mouthing words, and facial expression). Head nods and yes/no gestures were the most common communication technique used, followed by mouthing words and communicative nonverbal actions and gestures. Writing was minimal ($n = 20$ acts). No communication boards, alphabet boards, or picture boards were observed in use during these video-recorded observations.

Discussion

This study is the first published observational study in which nurse-patient communication in the ICU is comprehensively rated beyond positive and negative behaviors.^{27,28,32} The study results present an overall picture in which nonspeaking ICU patients were able to communicate and receive basic messages about care with relatively good success and a moderate degree of difficulty reported by patients. However, a more discriminate analysis and interpretation of each communication performance variable shows critical areas for improvement.

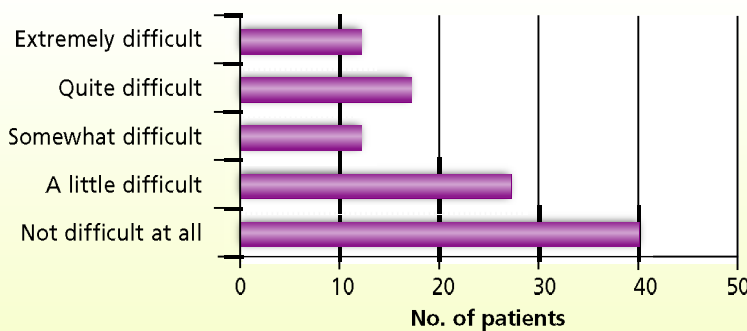


Figure 3 Patients' ratings of ease of communication (N = 108).

Frequency

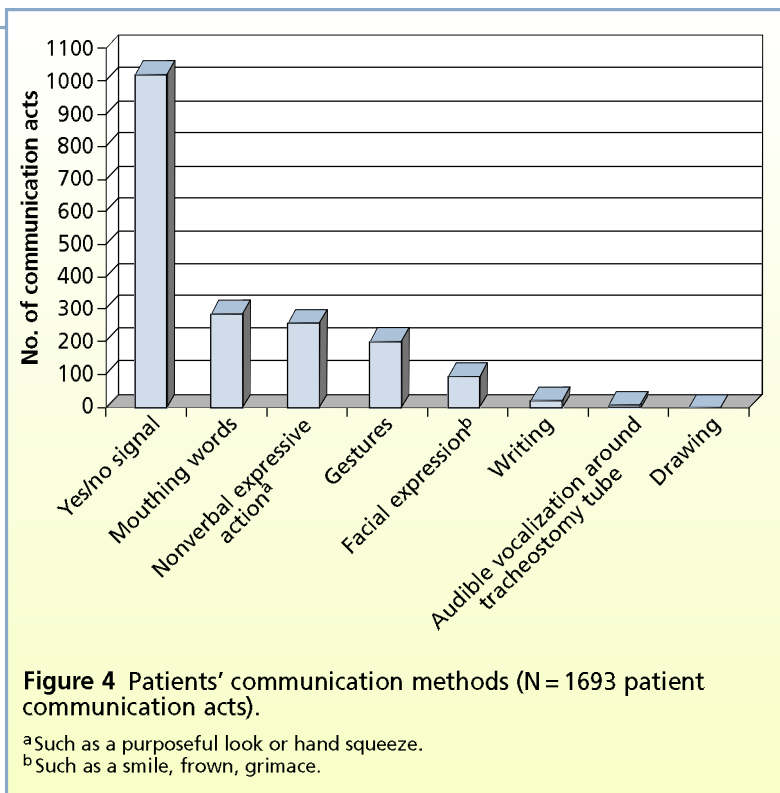
The findings demonstrate a relatively low frequency of communication between nurses and nonspeaking ICU patients as evidenced by fewer than 3 completed communication exchanges per minute on average between nurses and nonspeaking patients. Moreover, communication exchanges were brief, with nearly one-third (31.8%) of exchanges comprising only 1 or 2 acts and another third (34%) comprising 3 to 5 acts. The first 3 minutes of the nurse-patient interaction, used here for consistency of measurement, may be more task-oriented than subsequent interactions or this pattern may be typical of nurse-patient interaction in the ICU. Prior studies do not provide detail about when nurse-patient observations were conducted. This is the first study to record consistent timing (morning and afternoon) and number (4) of observations equally applied to all nurse-patient dyads.

Initiations

The finding that nurses initiated the majority (82.6%) of communication exchanges and performed twice as many communication acts as patients is consistent with results of prior studies of communication in the ICU as well as studies of patient-provider communication in other settings.^{25,27,28,32} Clearly, nurses control the timing, topic, and method of communication with patients in the ICU. As such, nurses bear a unique responsibility to engage nonspeaking patients in communication and enable the patient's message to be effectively transmitted and understood.

Success

Overall, this group of experienced critical care nurses demonstrated mostly (73.7%) successful communication exchanges. Nevertheless, more than one-quarter of the nurse-patient communication exchanges that obligated a response were either partially understood, abandoned, or entirely ignored. All (100%) of the communication exchanges in which patients required, but did not receive, assistance from the nurse failed. Nurse-patient dyads performed best when little to no assistance was required. Untrained in augmentative and alternative communication techniques, these critical care nurses lack a set of skills in assistive communication strategies that could improve communication where the need is greatest. Nurses admit to becoming frustrated, giving up, and avoiding contact with patients with whom communication is difficult.^{12,13,26,34} Relatively few successful communication exchanges achieved the



highest level of success, which entails an elaborated response. This area also is in need of improvement. Normal, meaningful human communication is more than yes-no answers or acknowledgments. Enabling a patient to add a brief explanation or a humorous comment to a yes-no answer can restore the patient's sense of self or personhood. The finding that 37.7% of communications about pain were unsuccessful is disturbing and points to the need for improved pain-symptom communication.

The good news is that nurses are asking patients about pain and engaging in communication with the patients about pain. Unfortunately, these communication exchanges are often unclear and unresolved. Breakdowns occur when patients become confused with or inattentive to the nurses' queries about symptoms of pain and when nurses have difficulty interpreting patients' responses. Critical care clinicians use physiological cues (eg, heart rate, blood pressure, ventilator asynchrony) in addition to nonvocal behaviors (facial grimaces, gestures) as indicators of pain or discomfort.²⁰ In a classic investigation of pain among ICU patients, ICU survivors reported attempting to communicate pain by signaling with their eyes, grabbing or holding onto the nurse's arm, and moving their legs up and down.⁴⁸ Although communicating about pain, discomfort, and other symptoms is a common need for intubated ICU patients,²⁴ few data show that nurses consistently or accurately interpret nonverbal signals as symptom communication.⁴⁹

Quality

Negative communication behaviors were few, especially when compared with the incidence of positive communication behaviors. The list of positive behaviors, however, shows room for improvement and areas that are potentially fruitful for instruction. Nurses in this sample rarely repeated or mirrored the patient's response or communication attempt, suggested a method of assistive communication to the patient, physically assisted a patient to communicate, or provided verbal choices even for yes/no questions. These simple facilitative communication skills can be taught to nursing students and practicing nurses. Similarly, through communication skills training, nurses

may be able to identify and discontinue common negative communication behaviors, such as failure to make eye contact, speaking too fast or with too much information, and self-talk. Unlike previous observational studies,^{27,28,32} silence during care was not recorded as a negative behavior unless the nurse failed to gain the patient's attention before providing care or ignored a patient's communication attempt.

Ease

Patient self-ratings of communication difficulty in this study differ markedly from such ratings in other studies that included communication difficulty as a distressing symptom.^{6,7,10} Patients' ratings may have been affected by social desirability or the Hawthorne effect. Nevertheless, nearly 40% of patients' responses rated communication with the nurse as somewhat to extremely difficult, suggesting room for improvement.

Communication Methods

The communication methods used by patients in this study are similar to those documented in previous research.^{18,25,26,30} Patients' communication methods in the ICU have not changed in the past 3 decades since Ashworth's original study²⁵ in which the problem of impairment of patients' communication during critical illness was documented. In fact, the incidence of writing was minimal in this cohort—less than in previous reports—and, unfortunately, no communication boards or other assistive communication devices were observed in use. Clearly, access to assistive communication materials and devices is needed in this population.

Nurses rarely repeated the patient's response or communication attempt.

Use of communication boards or other communication devices was not observed.

Systematic development and testing of interventions to improve communication with non-speaking ICU patients has been limited. Funded by the National Institute of Child Health and Human Development, the SPEACS study⁴⁴ was designed to test 2 levels of intervention including communication skills training for nurses, assistive communication materials, electronic communication devices, and specialty consultation on communication outcomes (frequency, quality, success, and ease). The results, to be published subsequently, will provide valuable information on the effectiveness of multilevel interventions to improve communication between nurses and nonspeaking patients in the ICU.

Limitations

This study was limited to 2 ICUs in 1 hospital and may not reflect nurse-patient communication performance in other locales or settings. Potential generalizability of the results was, however, increased by random selection of nurses for participation in the study. Patients and nurses may have been influenced by the camera and the presence of observers. Although a desensitizing, unrated video-recording session conducted with all patient-nurse dyads was intended to reduce the Hawthorne effect, the unavoidable visibility of the camera and recording team increased the likelihood that "best" behavior was observed. Our measure of communication success is limited in that data about outcomes of communication exchanges about pain, symptoms, or care needs (ie, provision of requested care) were not collected.

Additionally, these results must be considered within the context of the nurses' level of experience. Although randomly selected, the nurses in this sample were an experienced group of critical care nurses; 30% had CCRN certification. As such, they most likely represented the best of a naive group of nurses who had not received specialized training, consultation services, or access to communication aids. Their mean age (41.8 years) is, however, reflective of the mean age of nurses across the country (45 years).⁵⁰ Patients were representative of mixed cardiothoracic surgical and medical ICU populations.

Conclusion

This study provides a unique and detailed description of nurse-patient communication when patients in the ICU are unable to speak. The findings point to areas for practice improvement in the use of assistive communication strategies and communication materials with critically ill patients. Evidence-based interventions are needed to improve critical care nurses' skill with assisted communication,

access to communication materials (eg, writing tools, communication boards), and success in communicating about pain and other symptoms. Future research should include systematic testing of interventions to improve communication with ICU patients and a closer examination of symptom communication and treatment of identified symptoms as the full measure of successful communication about pain or other distressing symptoms.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank Xiao (Shirley) Lu, MS, for early statistical support and Michael Donahoe, MD, for clinical support.

FINANCIAL DISCLOSURES

This work was supported by a grant (R01-HD043988) from the National Institute of Child Health and Human Development.

eLetters

Now that you've read the article, create or contribute to an online discussion on this topic. Visit www.ajconline.org and click "Respond to This Article" in either the full-text or PDF view of the article.

SEE ALSO

For more about nurse-patient communication, visit the *Critical Care Nurse* Web site, www.ccnonline.org, and read the article by Grossbach et al, "Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation" (August 2010).

REFERENCES

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al; Robert Wood Johnson Foundation ICU End-Of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med*. 2004;32(3):638-643.
2. Angus DC, Shorr AF, White A, Dremsizov TT, Schmitz RJ, Kelley MA; Committee on Manpower for Pulmonary and Critical Care Societies (COMPACCS). Critical care delivery in the United States: distribution of services and compliance with Leapfrog recommendations. *Crit Care Med*. 2006;34(4):1016-1024.
3. Happ MB. Communicating with mechanically ventilated patients: State of the science. *AACN Clin Issues*. 2001;12(2):247-258.
4. Pennock BE, Crawshaw L, Maher T, Price T, Kaplan PD. Distressing events in the ICU as perceived by patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Heart Lung*. 1994;23(4):323-327.
5. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002;30(4):746-752.
6. Nelson JE, Meier DE, Litke A, Natale DA, Siegel RE, Morrison RS. The symptom burden of critical illness. *Crit Care Med*. 2004;32:1527-1534.
7. Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med*. 2001;29(2):277-282.
8. Bergbom-Engberg I, Haljamae H. Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Crit Care Med*. 1989;17(10):1068-1072.
9. Carroll SM. Nonvocal ventilated patients' perceptions of being misunderstood. *Western J Nurs Res*. 2004;26:85-103.
10. Menzel LK. Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart Lung*. 1998;27(4):245-252.
11. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart Lung*. 2004;33:323-327.
12. Leathart AJ. Communication and socialisation (2): Perceptions of neophyte ITU nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 1994;10(2):142-154.
13. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):356-362.
14. Happ MB, Sereika S, Garrett K, Tate J. Use of quasi-experimental sequential cohort design in the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). *Contemp Clin Trials*. 2008;29(5):801-808.
15. Fitch M. The patient's reaction to ventilation. *Can Crit Care Nurs J*. 1989;6(2):13-16.
16. Gries ML, Fernsler J. Patient perceptions of the mechanical ventilation experience. *Focus Crit Care*. 1988;15(2):52-59.
17. Jablonski RS. The experience of being mechanically ventilated. *Qual Health Res*. 1994;4(2):186-207.
18. Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: Patient reports and RN evaluations. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001;17(1):29-39.
19. Robillard AB. Communication problems in the intensive care unit. *Qual Soc*. 1994;17(4):383-395.
20. Happ MB. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Soc Sci Med*. 2000;50(9):1247-1255.
21. Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU: patient and staff experiences and perceptions. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22:167-180.
22. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13:41-49.
23. Carroll SM. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonverbal patients. *Qual Health Res*. 2007;17(9):1165-1177.
24. Fowler SB. Impaired verbal communication during short-term oral intubation. *Nurs Diagn*. 1997;8(3):93-98.
25. Ashworth P. *Care to Communicate: An Investigation Into Problems of Communication Between Patients and Nurses in Intensive Therapy Units*. RCN Research Series. London: Whitefriars Press; 1980.
26. Leathart AJ. Communication and socialisation (1): An exploratory study and explanation for nurse-patient communication in an ITU. *Intensive Crit Care Nurs*. 1994;10(2):93-104.
27. Salyer J, Stuart BJ. Nurse-patient interaction in the intensive care unit. *Heart Lung*. 1985;14(1):20-24.
28. Hall DS. Interactions between nurses and patients on ventilators. *Am J Crit Care*. 1996;5(4):293-297.
29. Happ MB, Roesch TK, Garrett K. Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study. *Heart Lung*. 2004;33(2):92-101.
30. Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2004;13(3):210-218.
31. Connolly M. *Temporarily Nonvocal Trauma Patients and Their Gestures: A Descriptive Study* [doctoral dissertation]. Chicago, Ill: Rush University; 1992.
32. de los Rios Castillo S-SJ. Well-being and medical recovery in the critical care unit: the role of the nurse-patient interaction. *Salud Mental*. 2002;25(2):21-31.
33. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974;2(7872):81-84.
34. Bergbom-Engberg I, Haljamae H. The communication process with ventilator patients in the ICU as perceived by the nursing staff. *Intensive Crit Care Nurs*. 1993;9(1):40-47.
35. Ashworth PM. Staff-patient communication in coronary care units. *J Adv Nurs*. 1984;9(1):35-42.
36. Paterson BL. A framework to identify reactivity in qualitative research. *Western J Nurs Res*. 1994;16(3):301-316.
37. Haidet KK, Tate J, Divirgilio-Thomas D, Kolanowski A, Happ MB. Methods to improve reliability of video-recorded behavioral data. *Res Nurs Health*. 2009;32(4):465-474.
38. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, et al. The APACHE III prognostic system: risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*. 1991;100(6):1619-1636.
39. Wagner DP, Knaus WA, Harrell FE, Zimmerman JE, Watts C. Daily prognostic estimates for critically ill adults in intensive care units: results from a prospective, multicenter, inception

- cohort analysis. *Crit Care Med*. 1994;22(9):1359-1372.
40. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method—a new method for detection of delirium [see comment]. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-948.
 41. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286(21):2703-2710.
 42. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166(10):1338-1344.
 43. Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003;289(22):2983-2991.
 44. Calculator S, Luchko CD. Evaluating the effectiveness of a communication board training program. *J Speech Hearing Disorders*. 1983;48(2):185-191.
 45. Morse JM, Beres MA, Spiers JA, Mayan M, Olson K. Identifying signals of suffering by linking verbal and facial cues. *Qual Health Res*. 2003;13(8):1063-1077.
 46. Topf M. Three estimates of inter-rater reliability for nominal data. *Nurs Res*. 1986;35:253-255.
 47. Garrett K. Topics of nurse-patient communication in the ICU. Paper presented at: CANS 2008, National State of the Science Congress on Nursing Research; October 2-4, 2008; Washington, DC.
 48. Puntillo KA. Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung*. 1990;19(5 Pt 1):526-533.
 49. Puntillo KA, Smith D, Arai S, Stotts N. Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart Lung*. 2008;37(6):466-475.
 50. Critical Care Workforce Partnership. Critical Care Workforce Partnership Position Statement: The Aging of the U.S. Population and Increased Need for Critical Care Services. 2001. www.aacn.org/WDL/.../Critical_Care_Workforce_Position_Statement.pdf. Accessed December 15, 2010.

To purchase electronic or print reprints, contact The InnoVision Group, 101 Columbia, Aliso Viejo, CA 92656. Phone, (800) 899-1712 or (949) 362-2050 (ext 532); fax, (949) 362-2049; e-mail, reprints@aacn.org.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea
Difícil (VAD)*”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, do Hospital de Santa Marta, do CHLC, EPE

Cuidados e Intervenções perante a Via Aérea Difícil (VAD)

Eu, Adriana João Pinto Sequeira, enfermeira com cédula profissional n.º 4-E-54589, a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a realizar Estágio referente ao Módulo II – Cuidados Intensivos, na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) do Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE, no período compreendido entre 23 de Abril e 23 de Junho de 2011, sob a orientação do Sr. Enf.º Luciano Alves e da Prof. Ilda Lourenço. Neste âmbito, proponho-me realizar uma sessão de formação sobre os “Cuidados e Intervenções que são desenvolvidos pelos Enfermeiros em situação de VAD”, partindo da realização de um questionário onde primeiramente procederei à caracterização sociodemográfica da amostra em estudo (3 questões iniciais) e de seguida, 12 questões (de resposta simples e fechada) que pretendem explorar os conhecimentos que os Enfermeiros que exercem funções Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia detêm sobre a área temática em foco.

A informação a recolher no questionário, que se apresenta de seguida, destina-se *exclusivamente* a ser trabalhada no contexto do estudo supra enunciado. Neste sentido, os dados recolhidos serão anónimos e sujeitos às regras da confidencialidade.

Os resultados encontrados serão divulgados, após a sua análise, em Sessão de Formação a realizar nesta UCIC.

Após o seu preenchimento, o questionário deverá ser inserido num envelope, (fechado e não identificado) e imediatamente entregue à minha pessoa.

Muito agradecida pela sua colaboração!

Adriana Sequeira

Questionário

Parte I - Caracterização Sociodemográfica:

- 1 Ano de nascimento _____
- 2 Sexo: Feminino: _____; Masculino: _____
- 3 Experiência profissional: _____ anos

Parte II – Questões sobre VAD:

1. Detém conhecimentos sobre VAD?

Sim _____; Não _____

2. Na existência de dificuldade para EOT, deve considerar-se a utilização de dispositivos supraglóticos: [assinale a resposta que considera correta]

- a) Ao final da 1ª tentativa sem sucesso de EOT;
- b) Ao final de 5 minutos sem sucesso de EOT;
- c) Após 3 tentativas ou o procedimento exceder 10 min.

3. Relativamente à dificuldade na EOT, esta pode estar associada a:

[assinale a resposta que considera correta]

- a) Obesidade, problemas cardíacos, problemas renais, falência multiorgânica;
- b) Infecções, malformações congénitas, alterações metabólicas;
- c) Trauma, tumores, infecções, doença associada, idade;
- d) Hemangioma bucal, hematoma, abscesso submandibular, epiglote, corpos estranhos.

4. No reconhecimento da VAD, deve ter em conta:

[assinale a resposta que considera correta]

- a) Capacidade de deslocamento posterior da mandíbula;
- b) Abertura da boca superior a 5 cm;
- c) Movimento de flexão pescoço/tórax superior a 35°, e o da extensão da cabeça sobre pescoço superior a 80°.

5. Relativamente à classificação de *Mallampati*, escolha a opção que considera correcta:

- a) A classe 1, refere-se à visualização apenas do palato mole;

- b) A classe 4, refere-se à visualização completa do palato mole, úvula e pilares amigdalinos;
- c) A classe 2, refere-se à visualização completa do palato mole, e da úvula.

6. Relativamente à classificação de Cormack – Lehane, escolha a opção que considera correcta:

- a) A classe 1, refere-se a visão parcial da glote e aritmóides;
- b) A classe 2, refere-se à visualização total da glote;
- c) A classe 4, refere-se à impossibilidade de visualização da glote e epiglote.

7. Indique 2 manobras que facilitam a ventilação/Entubação.

8. Enumere 2 dispositivos supraglóticos.

9. Relativamente à função dos dispositivos supraglóticos, escolha a opção que considera correcta:

- a) Permitem ventilar os doentes com laringoscopia;
- b) Permitem a ventilação efetiva em doentes em situação de PCR que não se consegue EOT;
- c) Não podem ser adaptados ao ressuscitador manual;
- d) Inseridos abaixo da glote.

Grata pela atenção dispensada, Adriana Sequeira!

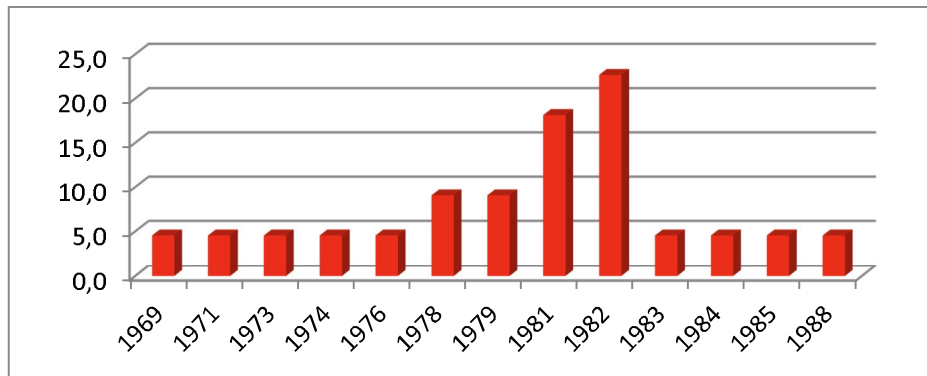
APÊNDICE II

Avaliação do questionário “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”

AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

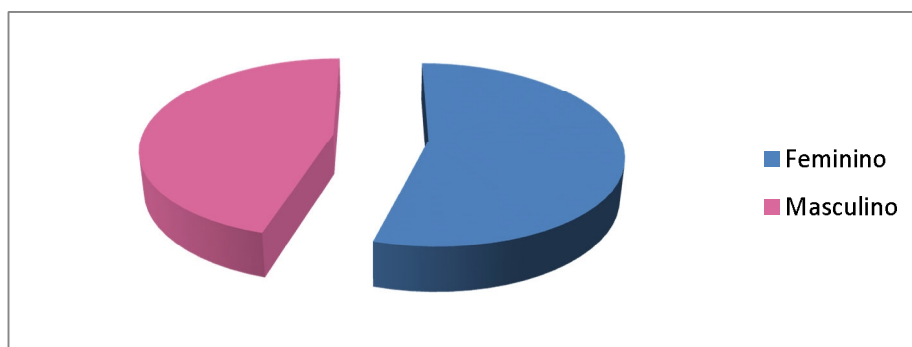
A amostra inicial incluía os 32 Enfermeiros da Unidade Cardiologia do Hospital de Sta. Marta, CHLC, no entanto, apenas 22 enfermeiros responderam ao questionário.

Ano Nascimento

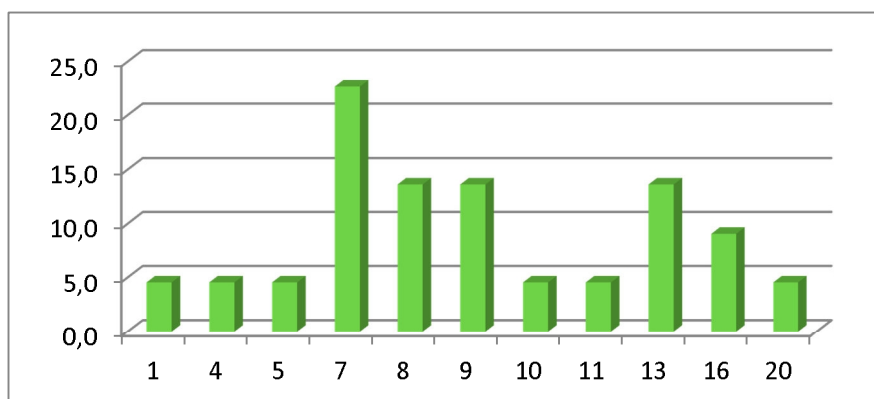


Os enfermeiros situam-se, em relação ao ano de nascimento, numa faixa entre o ano de 1969 e o 1988.

Sexo

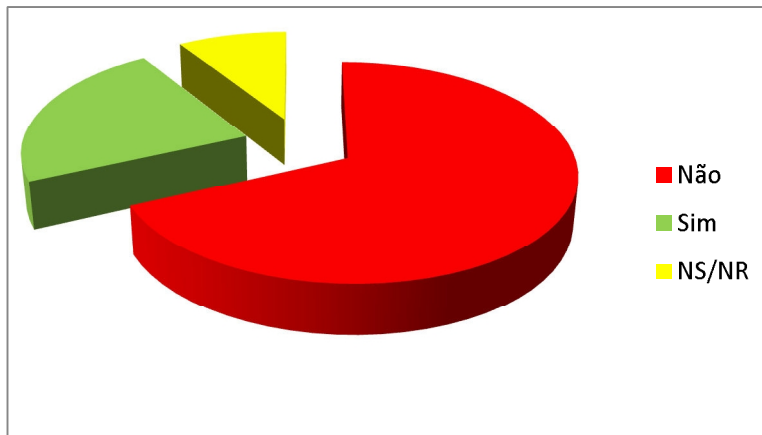


Relativamente ao sexo, 54,5% são do sexo feminino e 45,5% são do sexo masculino.

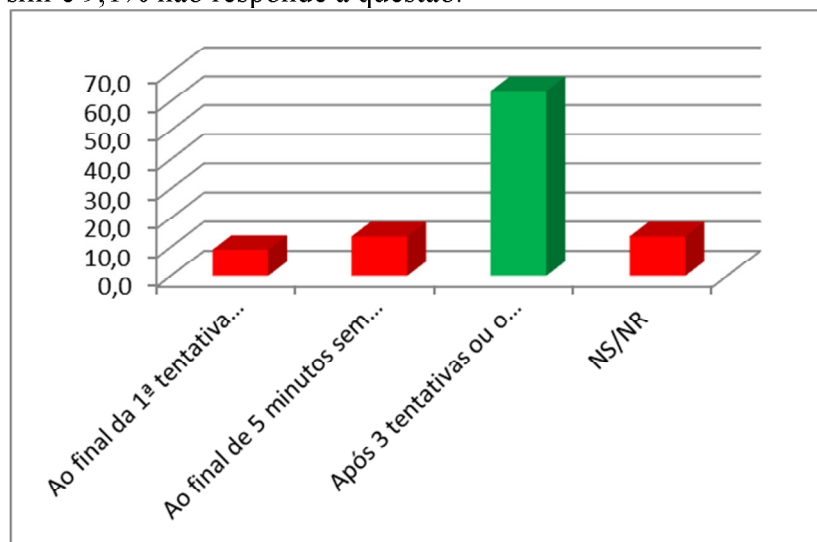


Podemos concluir que se tratar de uma população de *jovens Enfermeiros*, no que se refere à profissão, já que a média de anos de experiência profissional é de nove anos e meio e a moda de 7 anos.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

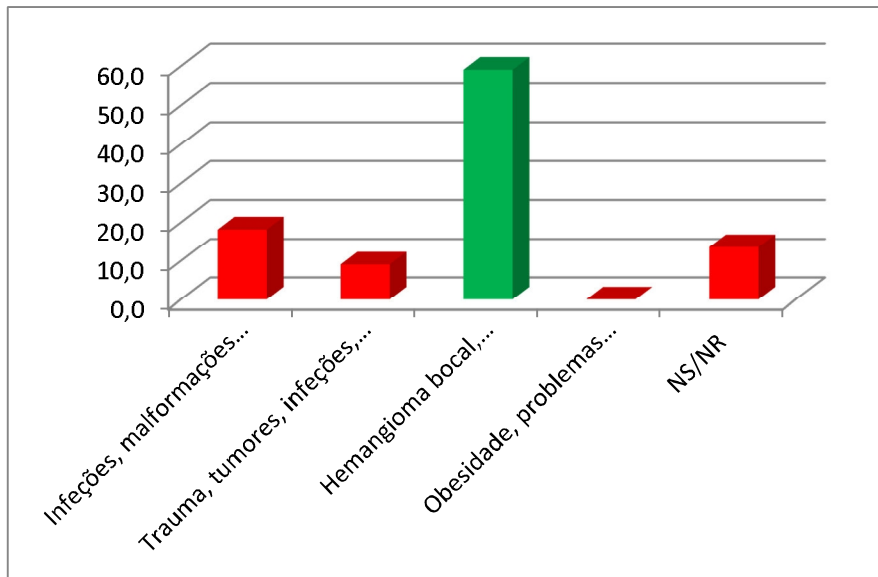


Relativamente à questão: se detém conhecimentos sobre VAD, 68,2% responde que não; 22,7% sim e 9,1% não responde à questão.

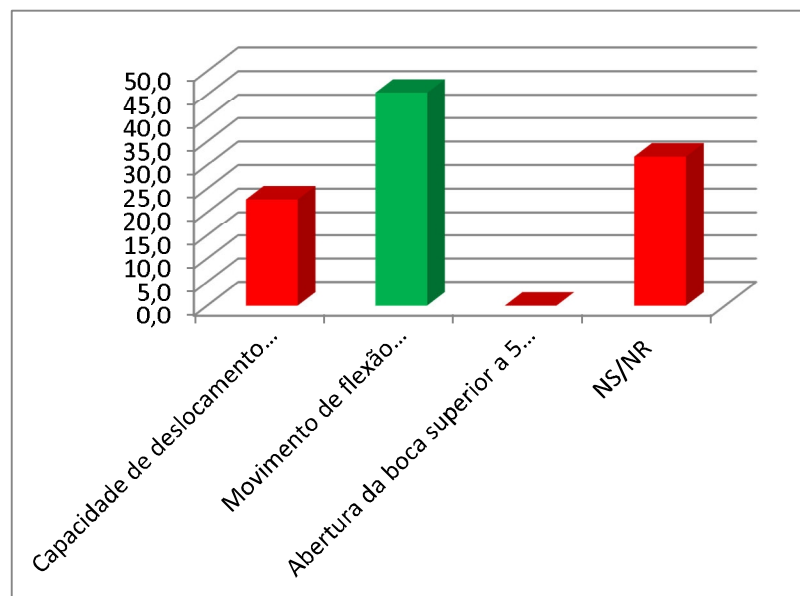


Relativamente à utilização dos dispositivos supraglóticos na dificuldade de EOT, 9,1% respondem que é ao final da 1ª tentativa sem sucesso; 13,6% respondem que é ao final de 5 minutos sem sucesso; 63,6% respondem que é após 3 tentativas ou o procedimento exceder os 10 min, sendo esta a resposta correta e 13,3% não responde à questão.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

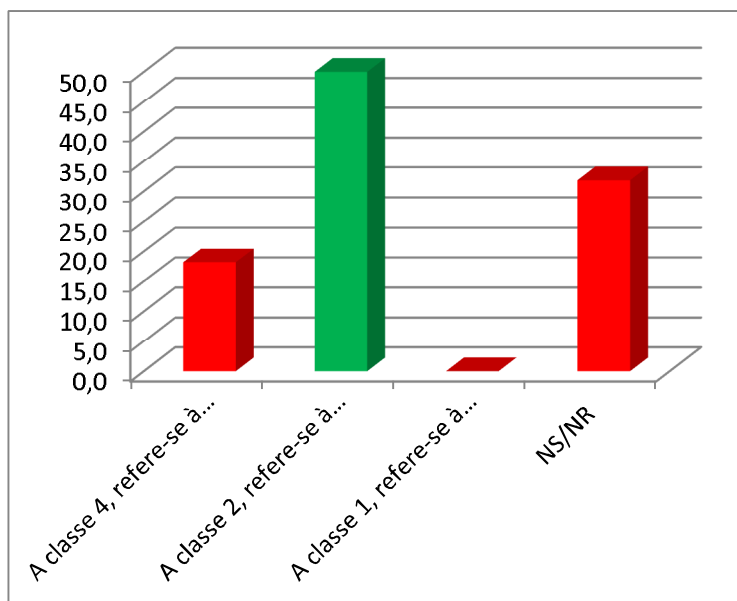


Na dificuldade na EOT, 18,2% dos Enfermeiros respondem que se deve à obesidade, problemas cardíacos, problemas renais e falência multiorgânica; 9,1% respondem que se deve a infecções, malformações congénitas e alteações metabólicas; 59,1% respondem acertadamente, em que esta situação se deve a hemangioma bucal; hematoma, abscesso submandibular, epiglote e corpos estranhos; 13,6% não respondem à questão.

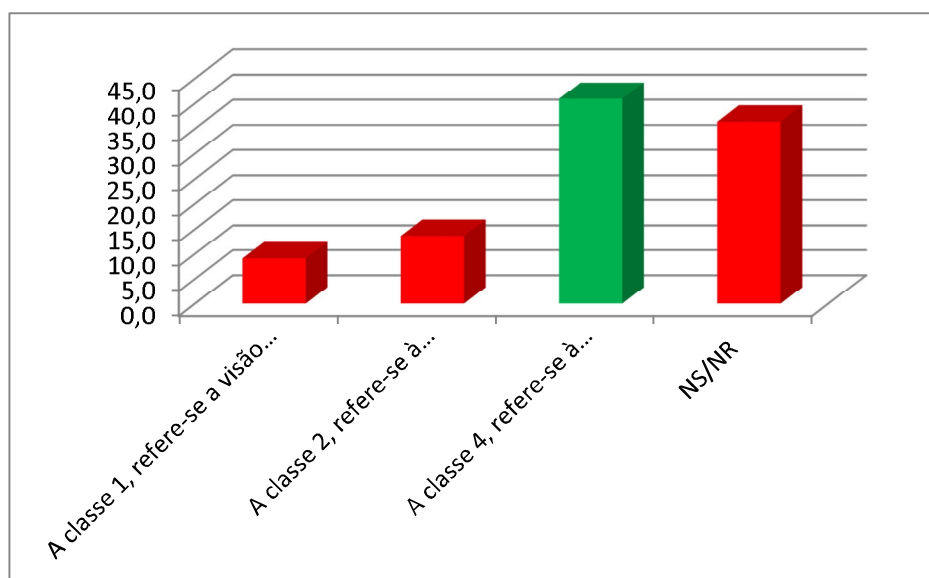


No reconhecimento da VAD, 22,7% dos Enfermeiros respondem que se deve ter em conta a capacidade de deslocamento posterior da mandíbula; 45,5% respondem que se deve ter em conta o movimento de flexão pescoço/tórax superior a 35°, e o da extensão da cabeça sobre o pescoço superior a 80°; 31,8% não respondem à questão.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

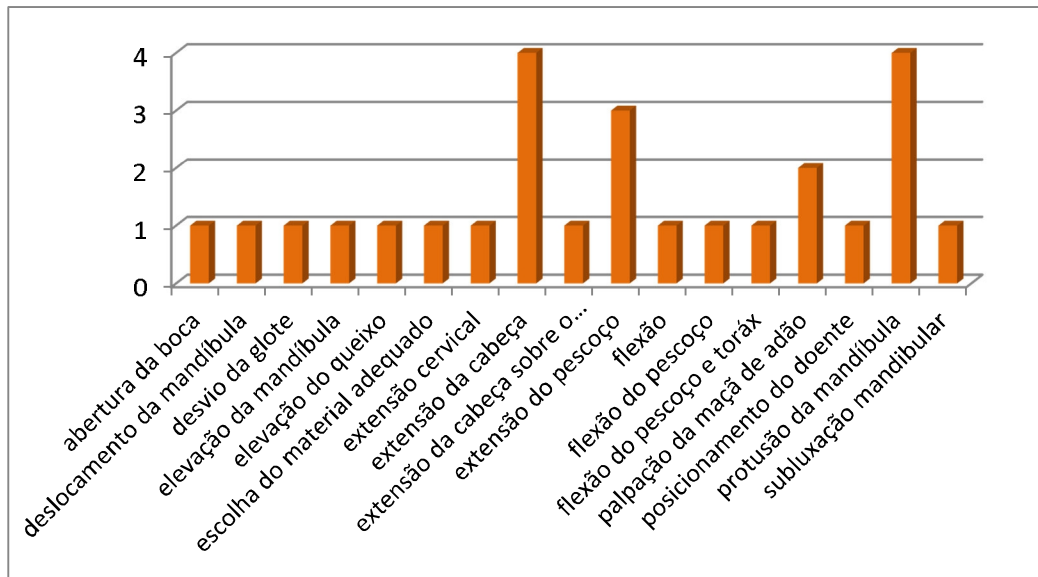


Na avaliação da classificação da escala de *Mallapati*, 18,2% dos Enfermeiros respondem que a classe 4 se refere à visualização completa do palato mole, úvula e pilares amigdalíneos; 50% que a classe 2 se refere à visualização completa do palato mole e da úvula; 31,8% não respondem à questão.

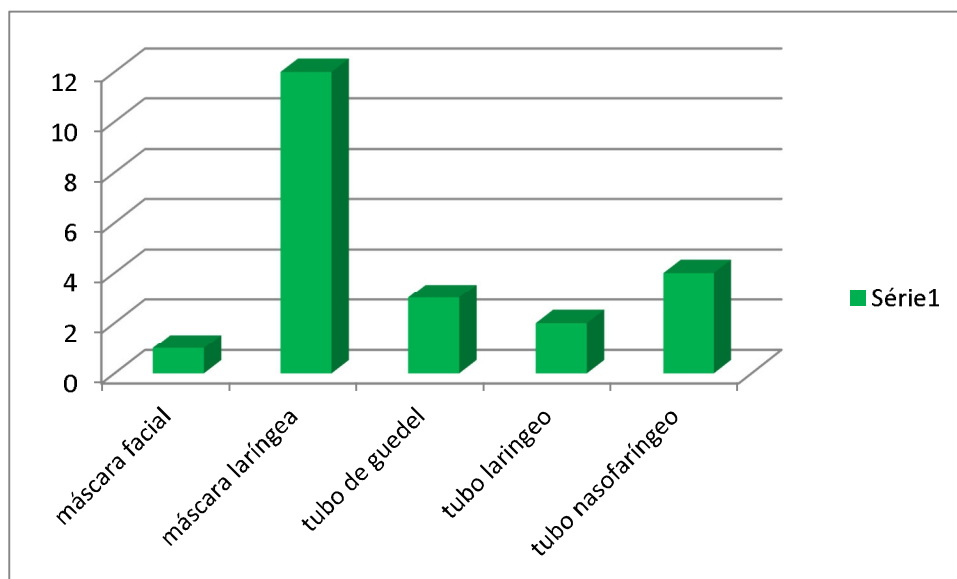


Na avaliação da escala de classificação de *Cormack – Lehane*, 9,1% dos Enfermeiros respondem que a classe 1 se refere à visão parcial da glote e aritmoides; 13,6% respondem que a classe 2 se refere à visualização total da glote; 40,9% responde que a classe 4 se refere à impossibilidade de visualização da glote e epiglote e 36,4% dos Enfermeiros não respondem à questão.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

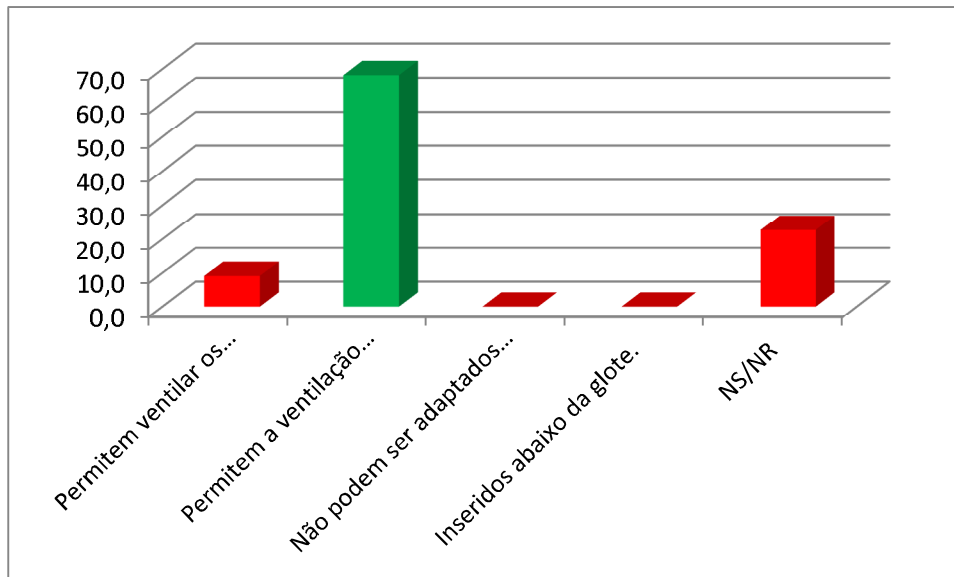


Relativamente às manobras facilitadores de ventilação/entubação, existiram grandes variedades de respostas, não equivalendo nenhuma delas à resposta certa, exitiu apenas consunância entre duas opções que foram escolhidas por mais Enfermeiros, sendo elas a extensão da cabeça com 4 respostas e a protusão mandibular também com 4 respostas.



Na inumeração de 2 dispositivos supragóticos, apenas 12 Enfermeiros respondem acertadamente dado que as restantes respostas estão erradas.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Relativamente à função dos dispositivos supraglóticos, 9,1% dos Enfermeiros respondem que permitem ventilar os doentes com laringoscopia, 68,2% respondem que permitem a ventilação efetiva em doentes em situação de PCR que não se conseguem EOT e 22,7% dos enfermeiros não respondem à questão.

APÊNDICE III

Plano de formação “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Difícil (VAD)*”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

TEMA: “Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de *Via Aérea Dificil (VAD)*”

OBJECTIVO GERAL: (Re)novar o Agir Profissional

Data: 12, Junho de 2012

LOCAL: Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), do Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

GRUPO ALVO: Enfermeiros da UCIC

OBJECTIVOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
			Métodos	M.A.E.	
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos para planejar, executar e avaliar os cuidados a realizar à pessoa com VAD; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar para a importância da organização dos recursos no âmbito desta situação de emergência; ▪ Desenvolver competências para a tomada de decisão que evidencie na prática, bem fundamentadas, nas intervenções à pessoa com identificação de VAD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação / Justificação / Introdução do Tema; ▪ Definição de VAD; ▪ Como identificar uma situação de VAD; ▪ Condições associadas à VAD; ▪ Algoritmo de VAD; ▪ Manobras facilitadoras de ventilação/entubação; ▪ Definição de dispositivos supraglóticos e modo de utilização. 	30 - 45 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo com distribuição de informação escrita – Folhetos de <i>Power Point</i> da Sessão; ▪ Prática de atividades referentes à colocação de dispositivos supraglóticos e de EET. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador da Sala de Pausa de Reuniões do serviço cardiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Formativa através de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionário dirigido aos enfermeiros presentes sobre a avaliação da sessão apresentada. ▪ <i>Feedback</i> avaliador dos profissionais de enfermagem.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Realizado por: Adriana Sequeira, estudante do 5º Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Sob Orientação da Prof. Ilda Lourenço

APÊNDICE IV

Formação “*Cuidados e Intervenções do Enfermeiro perante situações de Via Aérea Dificil (VAD)*”



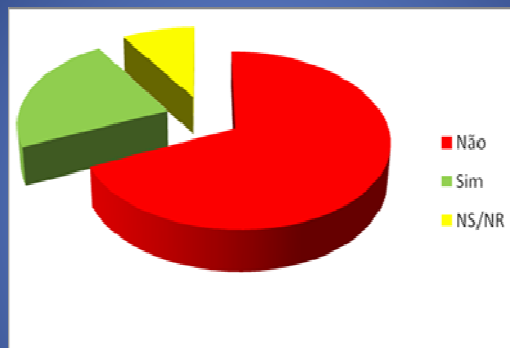
Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialidade Enfermagem Médico - Cirúrgica

“Via Aérea Difícil”
VAD



Adriana Sequeira
Lisboa, 12 de Junho de 2012

JUSTIFICAÇÃO



- 62,8 % dos Enfermeiros não possuem conhecimentos sobre VAD;
- 22,7 % dos Enfermeiros possuem conhecimentos sobre VAD;
- 9,1 % dos Enfermeiros não respondem à questão.

OBJETIVOS :

- Mobilizar conhecimentos para planejar, executar e avaliar os cuidados a realizar à pessoa com VAD;
- Sensibilizar para a importância da organização dos recursos no âmbito desta situação de emergência;
- Desenvolver competências para a tomada de decisão que evidencie na prática, resoluções bem fundamentadas, nas intervenções à pessoa com identificação de uma via aérea difícil.

DEFINIÇÃO DE VAD

É uma situação devida a uma desproporção anatômica ou patológica preexistente, onde um profissional treinado encontra dificuldade em realizar a laringoscopia direta ou em manter a ventilação manual sob máscara facial ou ambos.

BARRIOS (2005)

- DIFICULDADE NA VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL – Não reverte os sinais de ventilação inadequada ou saturação < 90% com pressão positiva de FiO₂ a 100%;
- DIFICULDADE NA LIRINGOSCOPIA – dificuldade em expor a glote;
- DIFICULDADE NA ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL – mais de 3 tentativas ou procedimento > 10 minutos.

ASA (2003)

LARINGOSCOPIA

TUMORES:

- Hemangiomas;
- Hematomas.

VARIAÇÕES ANATÔMICAS

- Micrognatismo;
- Prognatismo;
- Língua volumosa;
- Pescoço curto;
- Incisivos proeminentes.

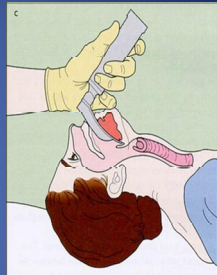
INFEÇÕES:

- Abscessos submandibular;
- Abscesso periamigdalino;
- Epiglodite.

Condições associadas:

CORPOS ESTRANHOS

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS



Fonte: <http://www.dobson.org.uk/vol5/511.jpg>

LARINGOSCOPIA



TRAUMA

- Fratura maxilar/ mandibular;
- Queimaduras da via aérea;
- Lesões cervicais.

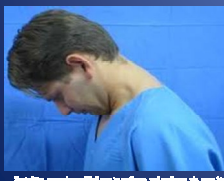
LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO CERVICAL

- Artrite reumatóide;
- Espondilite anquilosante;
- Tração cervical.

OBESIDADE

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

Distância tiro - mentoniana
> ou = a 5 cm, a laringe não é anteriorizada



Movimento de extensão da cabeça e de flexão do pescoço
(extensão da cabeça sobre o pescoço >80%; flexão do pescoço sobre o tórax >35%)

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI

(Observação pré - operatória da orofaringe do doente em posição sentado)



CLASSE I – palato mole, úvula e pilares amigdalinos visíveis;

CLASSE II – palato mole e úvula visíveis;

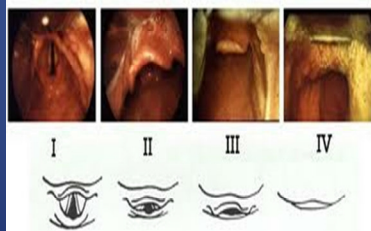
CLASSE III – palato mole e base da úvula visíveis;

CLASSE IV – palato mole completamente invisível.

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

ESCALA DE CORMACK – LEHANE

(Visualização da região glótica através de laringoscopia direta de acordo com a estruturas visíveis)



GRAU I – visão total da glote;

GRAU II – visão parcial da glote e aritenóides;

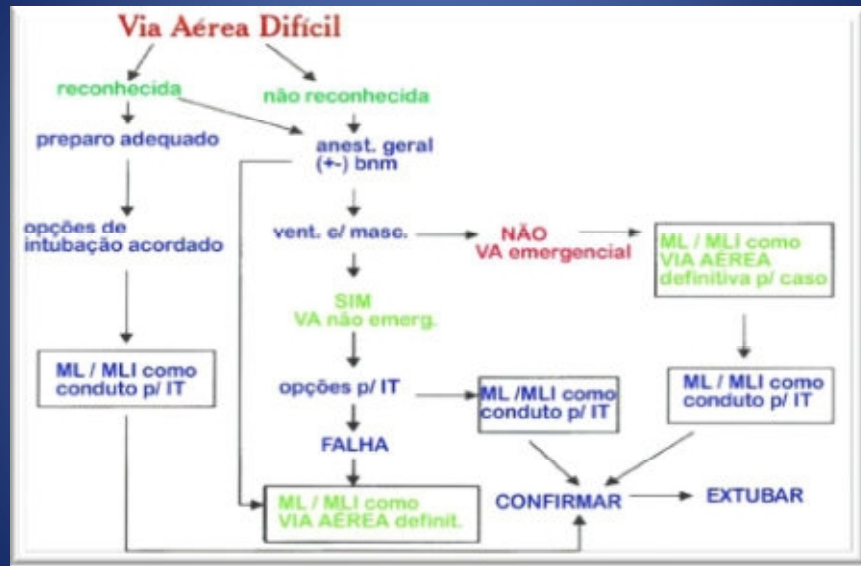
GRAU III – somente a epiglote é visível;

GRAU IV – nem a glote nem a epiglote são visíveis.

CRITÉRIOS DE PERMEABILIZAÇÃO DA VIA AÉREA

- Abertura da boca > a 3 cm;
- Mallampati III ou IV;
- Extensão cefálica < 80%;
- Incapacidade para avançar a mandíbula;
- Distância tiromentoniana < 6 cm;
- Distância enteromentoniana < 12,5 cm.

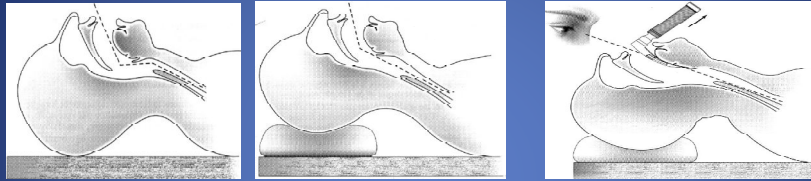
ALGORÍTMO DE VAD



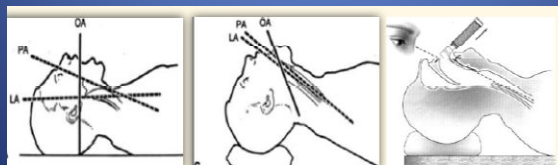
Adaptado de: Practice Guidelines for management of the difficult airway(1992)
Approved by House for Delegates on October 21, and last amended October 16, 2002.



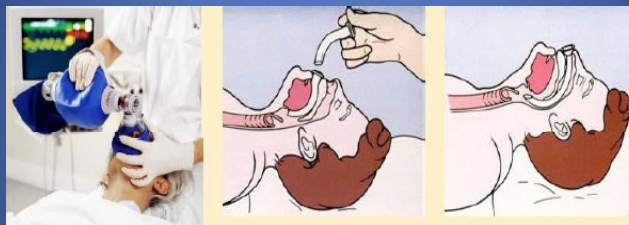
MANOBRAS FACILITADORES DA VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO



Posição olfativa correta (almofada occipital associada à extensão da cabeça, tende a alinhar os eixos: oral, faríngeo e laríngeo)

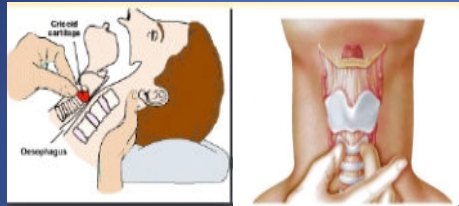


MANOBRAS FACILITADORES DA VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO



- Uso correto da máscara facial;
- Utilização correta dos dispositivos adjuvantes da ventilação (tubo orofaríngeo e nasofaríngeo)

MANOBRAS FACILITADORES DA VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO



[Foto: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html)

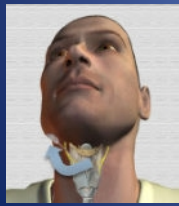
[Foto: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html)

MANOBRAS DE SELICK
compressão na cartilagem cricóide 2-3Kg

MANOBRAS DE BURP

(back up right pressure) suave deslocamento para trás e para cima da cartilagem tiróidea, osso hióide e/ou cartilagem cricóide.

Epiglote visível, mas não é visível a glote

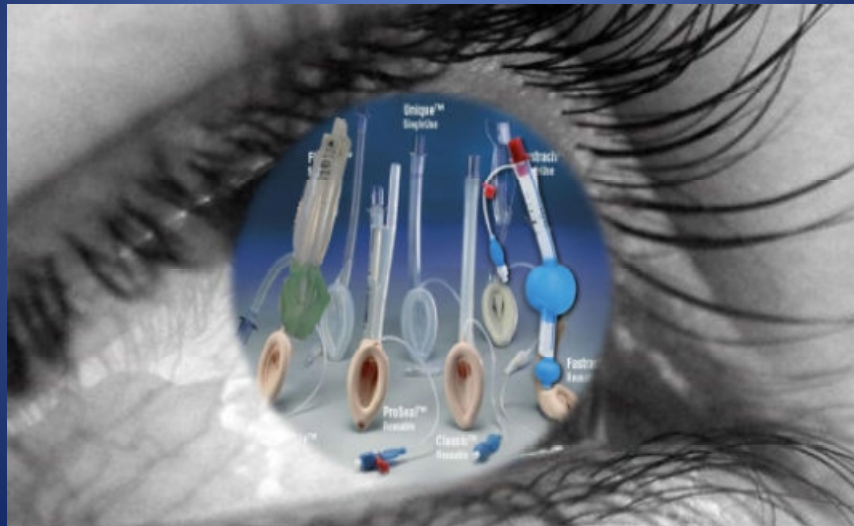


[Foto: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html)



[Foto: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/pic/106491.html)

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS



- Denominam-se supraglóticos , pois ficam inseridos acima da glote;
- Alternativos à entubação traqueal;
- Permitem a continuidade aérea efetiva entre a traqueia e o meio exterior;
- Concebidos para utilização sem necessidade de laringoscopia.



<http://www.gutenberg.org>



<http://www.gutenberg.org>



<http://www.gutenberg.org>

FUNÇÃO

Dispositivos de ventilação pulmonar que permitem:

- Ventilar um doente sem necessidade de laringoscopia para a sua inserção “às cegas”;
- Efetuar a ventilação do doente em situação de paragem respiratória em que não se consegue ventilar nem entubar.

Quando há dificuldade:

- Na ventilação com máscara facial – impossibilidade de reverter os sinais de ventilação inadequada ou manter uma saturação $>90\%$ com pressão positiva e FiO_2 a 100% ;
- Na laringoscopia – impossibilidade de visualização das cordas VOCAIS;
- Na intubação endotraqueal – mais de 3 tentativas ou quando o procedimento durar mais de 10 minutos.

(ASA, 2002)

MASCARA LARÍNGEA CLÁSSICA



LEGENDA

- 1 – Conector proximal;
- 2 – Tubo condutor da via aérea;
- 3 – Manguito pneumático;
- 4 – Válvula de retenção unidirecional;
- 5 – Balão piloto;
- 6 – Tubo de enchimento;
- 7 – Linha de referência.

Fonte: <http://www.hugoblog.com.br/2011/05/01/mascara-laringea-clasica-4-estudo-de-20-a-70-kilos-qualidade-com-bom-resultado-de-morte-pouco-inferior-a-otra-mascara-clasica>

MÁSCARAI – GEL

- De elastómero termoplástico, tipo gel;
- Cria uma selagem perilaríngea fiável;
- Sem látex;
- Uso único;
- Contém um canal gástrico que permite a aspiração do conteúdo gástrico;
- No conector passa um TET.



Foto: <http://www.abeirodomeo.com/external/19-16>

MÁSCARAI – GEL



Foto: <http://www.cobora.com/external/03-04/03-04.html>



Foto: <http://www.cobora.com/external/03-04/03-04.html>

INDICAÇÕES:

- Pré Hospitalar quando falha a EET;
- Entubação difícil (permite a passagem de TET, fio guia e de fibroscópio);
- Desmame em UCI.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Doentes sem jejum;
- Limitação da abertura da boca;
- Abscesso e hérnia do hiato;
- Aplicação > a 4 horas.

Nº 3 – Tyvek Amarela (30-60 Kg) TET até 6 mm;

Nº 4 – Tyvek Verde (50-90 Kg) TET até 7 mm;

Nº 5 – Tyvek Laranja (> 90 Kg) TET 8 mm

MÁSCARA I – GEL: TÉCNICA DE PREPARAÇÃO



<https://www.youtube.com/watch?v=...>



<https://www.youtube.com/watch?v=...>



<https://www.youtube.com/watch?v=...>

- Higienizar as mãos / Usar luvas esterilizadas;
- Abrir a embalagem no último minuto de pré-oxigenação;
- Aplicar lubrificante na base inferior lisa;
- O lubrificante deverá ser colocado no canal de aspiração, na frente, lados e parte de trás do *cuff*;
- Pousar apenas na base do *Tyvec*;
- Verificar a cavidade oral.

MÁSCARA I – GEL: TÉCNICA DE INTRODUÇÃO



<https://www.youtube.com/watch?v=...>



<http://www.1gi.com/magazine/5ml>

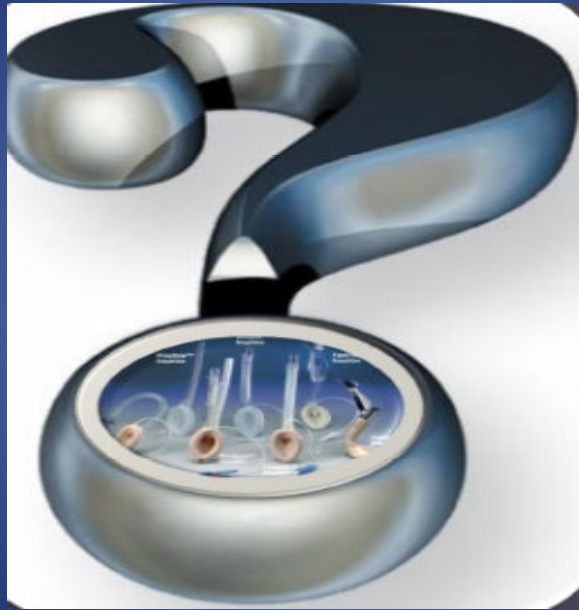


<https://www.youtube.com/watch?v=...>



<https://www.youtube.com/watch?v=...>

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



IMPORTANTE:
Garantir ventilação eficaz!





BIBLIOGRAFIA

AESOP – Enfermagem peri-operatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lisboa: Lusodidacta. 2006;

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2003; 98:1269-77;

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. 2002;

BARRIOS, Jorge; MESA Alonso – Manual Clínico da Via Aérea Respiratória. São Paulo: Artes Médicas, 2005;



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialidade Enfermagem Médico - Cirúrgica

“Via Aérea Difícil”
VAD



Adriana Sequeira
Lisboa, 12 de Junho de 2012

APÊNDICE V

Questionário de avaliação da Formação/Formadora

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: _____

Tema: _____

Acção tipo: Actualização Aprendizagem Duração _____ Data

_____/_____/_____

Formador(es):

A _____ B _____ C _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE VI

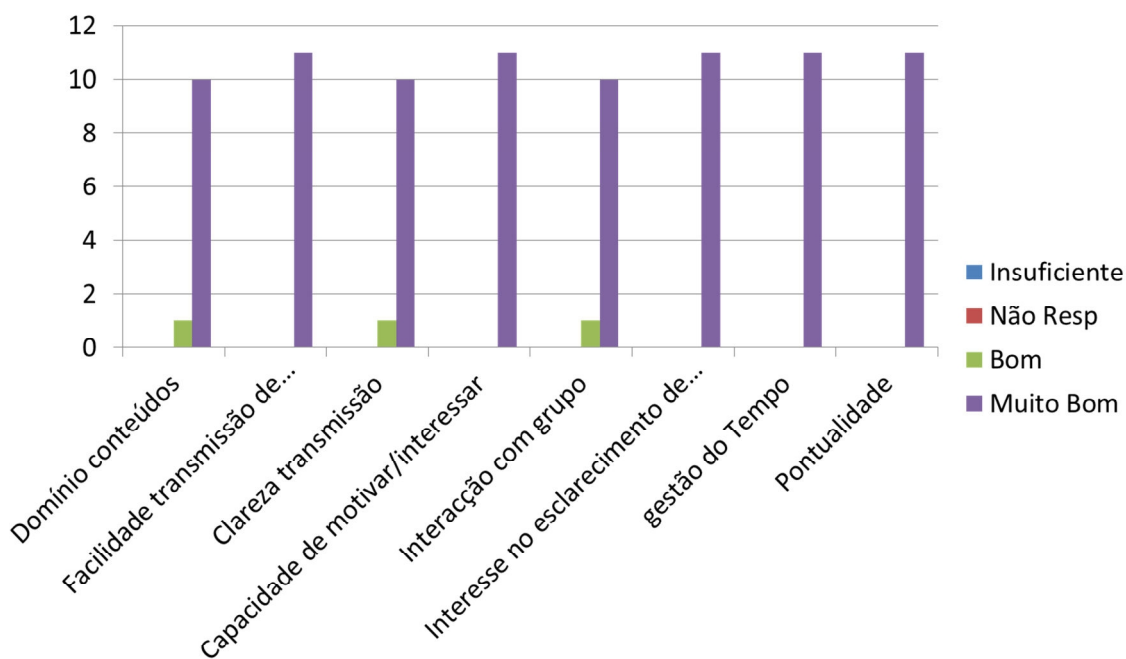
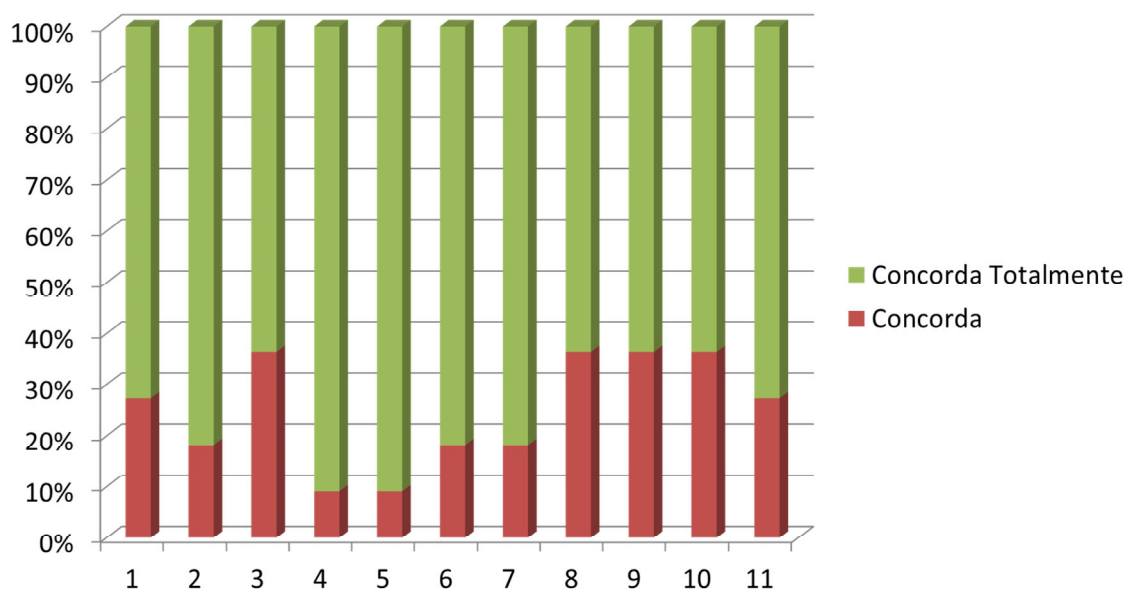
Avaliação da Formação/Formadora

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Após a sessão de formação realizada no Hospital de Santa Marta, no serviço de UCIC na sala de reuniões de cardiologia, no dia 12 de Junho de 2012 pelas 15 horas, cuja temática foi Via Aérea Difícil “VAD”, foi entregue aos participantes um questionário para avaliação da formação e do formador.


Estiveram presentes na sessão de formação 7 Enfermeiros da UCIC, 3 Enfermeiros do serviço de Cardiologia e 2 alunas do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica.

De seguida passo a apresentar os dados e gráficos da avaliação da sessão de formação.



APÊNDICE VII

Instrução de Trabalho sobre Hipotermia Terapêutica

	URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS – VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO
	PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

A instrução de trabalho é relativa ao Protocolo de Hipotermia Terapêutica na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

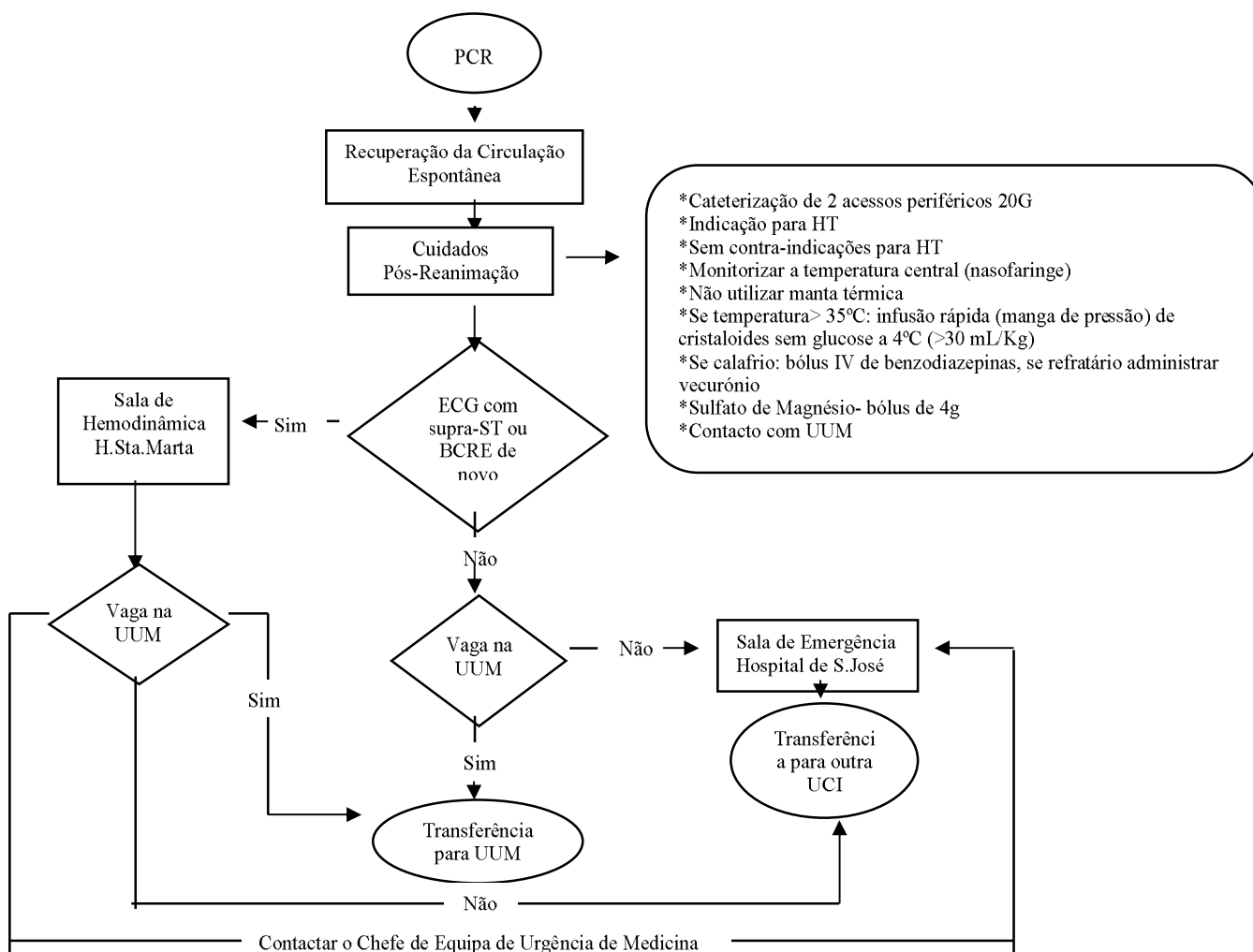
Obejetivo:

Esclarecer dúvidas e servir de guia orientador para eventuais dúvidas relacionadas com a tomada de decisões em caso de Hipotermia Terapêutica.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os Médicos e Enfermeiros a desenvolver funções na VMER do CHLC EPE.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO



APÊNDICE VIII

Póster sobre “*Abordagem do SCA no Pré-Hospitalar*”

ABORDAGEM PRÉ-HOSPITALAR SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO (SCA)

SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO (SCA), é caracterizado por uma diminuição e/ou ausência do fluxo sanguíneo numa artéria coronária, englobando o Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra Desnivelamento da onda ST (EAMCSST), o Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supra Desnivelamento de ST (EAMSST) e Angina Instável.

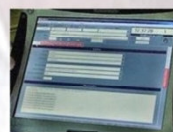
(Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2008)



Ativação



Confirmação no ECG do EAMCSST.



Envio de dados via "Mobile Clinic" para o CODU

GOLDEN HOUR

Reperusão Terapêutica

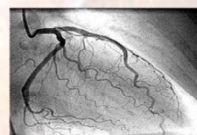
Início da dor inferior a 3 horas
EAMCSST

Terapêutica

- AAS P.O. 250 mg
- Clopidogrel P.O. 300 mg
- Morfina I.V. 2-4 mg a cada 5-15 minutos
- DNI I.V. 2-10 mg/h de acordo com resposta clínica
- Heparina baixo peso molecular S.C 1mg/Kg.

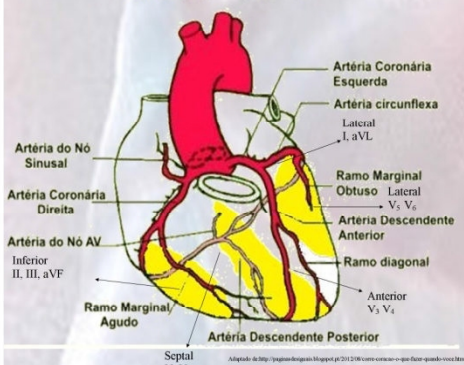
• Medidas de conforto do doente → Redução da dor e da ansiedade!

• Encaminhamento para Unidade Hospitalar de Referência [para realização de Angiografia Coronária Percutânea (PTCA)]



Unidade Hospitalar de Referência (Realização de PTCA)

Artérias Coronárias



Localização do EAM	Alteração do ECG (derivações da área afetada)	Alterações Adjacentes (derivações opostas a área afetada)	Artéria Coronária Afetada
Anterior	V ₃ , V ₄	V ₇ , V ₈ , V ₉	DA: ramo diagonal
Ântero-Septal	V ₁ , V ₂ , V ₃ , V ₄	V ₇ , V ₈ , V ₉	DA: ramo diagonal e ramo septal
Ântero-Lateral	I, aVL, V ₃ , V ₄ , V ₅ , V ₆	II, III, aVF, V ₇ , V ₈ , V ₉	DA: ramo diagonal c/ ou ramo circunflexo
Inferior	II, III, aVF	I, aVL	CD: ramo descendente posterior DA: ramo circunflexo
Lateral	I, aVL, V ₅ , V ₆	II, III, aVF	DA: ramo diagonal e/ ou circunflexo
Septo	V ₁ , V ₂	V ₇ , V ₈ , V ₉	CD DA: ramo septal
Posterior	V ₇ , V ₈ , V ₉	V ₁ , V ₂ , V ₃	CD ou Cx esquerda
VD	V ₁ R - V ₆ R	I, aVL	CD: ramos proximais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEHLERT, BARBARA, 2007 - ACLS (Advanced Cardiac Life Support), 3ª edição Elsevier, ISBN: 978-85-352-2295-1.

Nallanathu B., Bradley E., Krumholz H. (2007) Time to Treatment in Primary Percutaneous Coronary Intervention. *N Engl J Med*. 357:1631-8.

PONCE, PEDRO, et al., 2006 - Manual de Urgências e Emergências, Lidel, Lisboa;

Sociedade Portuguesa de Cardiologia, (2008) consultado em <http://www.spc.pt/opc/> (19/10/2012);

<http://www.infocscd.com/exames-medicos-angiografia> (20/10/2012);

http://www.medicinet.com.br/conteudos/casos/1250/elctrocardiograma_6.htm (19/10/2012);

<http://paginasdeiguais.blogspot.pt/2012/08/corre-coracao-o-que-fazer-quando-voce.html> (20/10/2012);

<http://artigos.de.informatica.com.br/2012/08/corre-coracao-o-que-fazer-quando-voce.html>

Adaptado de: AEHLERT, BARBARA, 2007 - ACLS (Advanced Cardiac Life Support), 3ª edição Elsevier, ISBN: 978-85-352-2295-1



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

Realizado por Adriana Sequeira
[Estudante do 5º Curso em Módulo de Estágio III — Opção]

Sob Orientação Tutorial de Prof. Ilda Lourenço

Enf. Orientadores de Estágio: Elsa Filipe e Pedro Martins

APÊNDICE IX

Questionário “*Atuação do Enfermeiro na permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”



Atuação do Enfermeiro na permeabilização e manutenção da Via Aérea (VA)

Adriana Sequeira e Ana Bandeirinha, enfermeiras a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, vêm por este meio solicitar a colaboração da(o) colega para preenchimento do seguinte questionário.

Este tem como objetivo a avaliação de conhecimentos sobre a permeabilização e manutenção da via aérea, em contexto de urgência, de forma a identificar as necessidades formativas, da equipa de Enfermagem, nesta área temática específica.

A informação recolhida destina-se *exclusivamente* a ser trabalhada no contexto do estudo supra enunciado. Neste sentido, os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais. O preenchimento demorará apenas 5 minutos, após o qual será colocado em envelope fechado e não identificado.

Os resultados serão divulgados, após a sua análise, numa sessão de formação a realizar no Serviço de Urgência.

Antecipadamente gratas,

Adriana Sequeira e Ana Bandeirinha

QUESTIONÁRIO

Parte I

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino: _____; Masculino: _____
3. Experiência profissional: _____ anos

Parte II

[assinale a resposta que considera correta]

1. As técnicas básicas de permeabilização da via aérea são:

- a) Extensão cervical e elevação do mento;
- b) Administração de oxigênio;
- c) Ambas as anteriores.

2. Relativamente aos tubos nasofaríngeos, enquanto adjuvantes na permeabilização da Via Aérea:

- a) Estão indicados em doentes conscientes;
- b) Na seleção do tamanho correto, a sua medição é feita desde a comissura labial ao ângulo da mandíbula;
- c) Ambas as anteriores.

3. Quanto à ventilação realizada com máscara e insuflador manual:

- a) Os fatores preditivos de insucesso são: obesidade, bigode/barba, ausência de dentes e síndrome apneia obstrutiva do sono;
- b) A ineficácia da ventilação verifica-se: na presença de CO₂ exalado, ausência de expansibilidade torácica, distensão gástrica;
- c) A ventilação com técnica “a uma mão” é a mais eficaz.

Parte III

[assinale a resposta que considera correta]

1. Detém conhecimentos sobre Via Aérea Difícil?

Sim _____; Não _____; Não sei _____

2. Na existência de dificuldade para EOT, deve considerar-se a utilização de dispositivos supraglóticos:

- d) Ao final da 1ª tentativa sem sucesso de EOT;
- e) Ao final de 5 minutos sem sucesso de EOT;
- f) Após 3 tentativas ou o procedimento exceder 10 min.

3. Relativamente à dificuldade na EOT, esta pode estar associada a:

- e) Obesidade, problemas cardíacos, problemas renais, falência multiorgânica;
- f) Infecções, malformações congénitas, alterações metabólicas;
- g) Hemangioma bucal, hematoma, abscesso submandibular, epiglote, corpos estranhos.

4. Conhece a classificação de *Mallampati* e quais os seus critérios de classificação?

Sim: _____ Não: _____

5. Conhece a classificação de *Cormack – Lehane* e quais os seus critérios de classificação?

Sim: _____ Não: _____

6. Enumere 2 dispositivos supraglóticos.

7. Relativamente à função dos dispositivos supraglóticos:

- a) Permitem ventilar sem laringoscopia;
- b) Não podem ser adaptados ao ressuscitador manual ou ventilador;
- c) São inseridos abaixo da glote.

Gratas pela atenção dispensada, Adriana Sequeira e Ana Bandeirinha!

APÊNDICE X

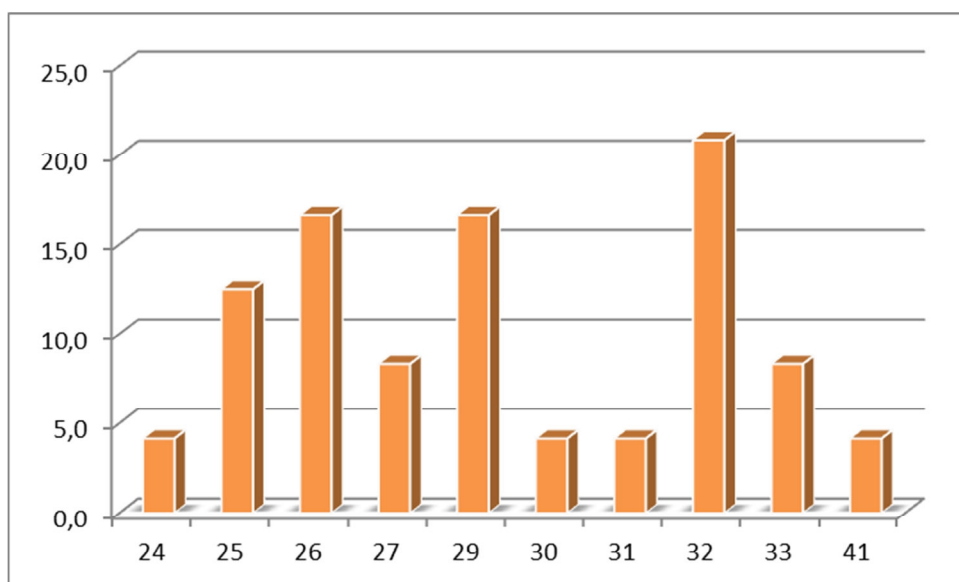
Avaliação do questionário “*Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”

Avaliação do Questionário

O questionário em anexo foi entregue no serviço com cerca de 1 mês de antecedência. O Serviço de Urgência (SU) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) é formado por 60 Enfermeiros, destes apenas 24 responderam ao questionário.

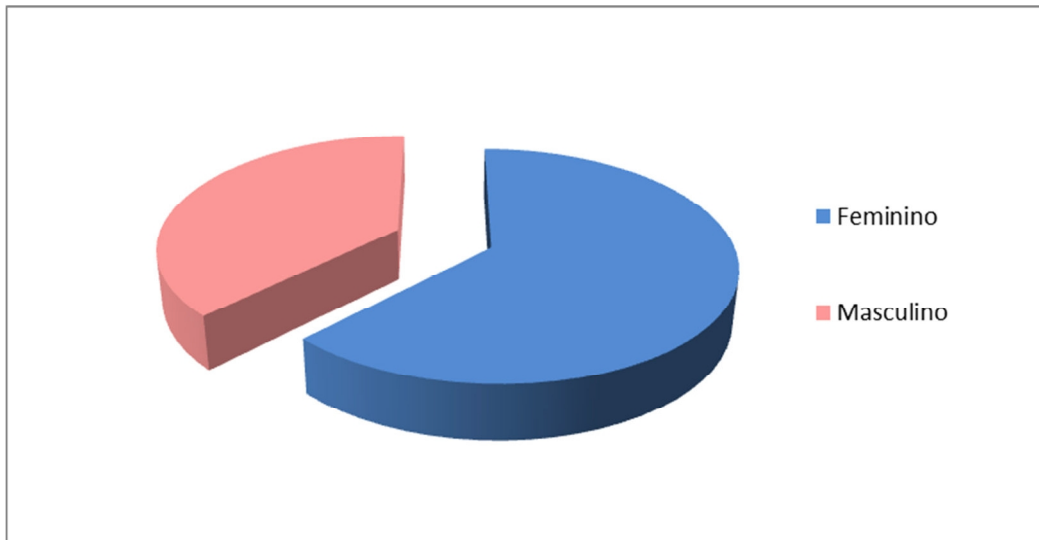
Parte I

Idade: Dos 24 elementos que responderam ao questionário, podemos verificar que têm uma idade compreendida entre 24 a 41 anos de Idade. O elemento mais jovem com 24 anos, representando 4,2% da amostra e o mais velho com 41 anos de idade também único representante com igualmente com 4,2%. De referir a existência de 5 elementos com 32 anos de idade com um percentil de 20,8% da amostra, seguindo-se os 26 e 29 anos de idade, ambas as faixas etárias com 16,7% de representação.

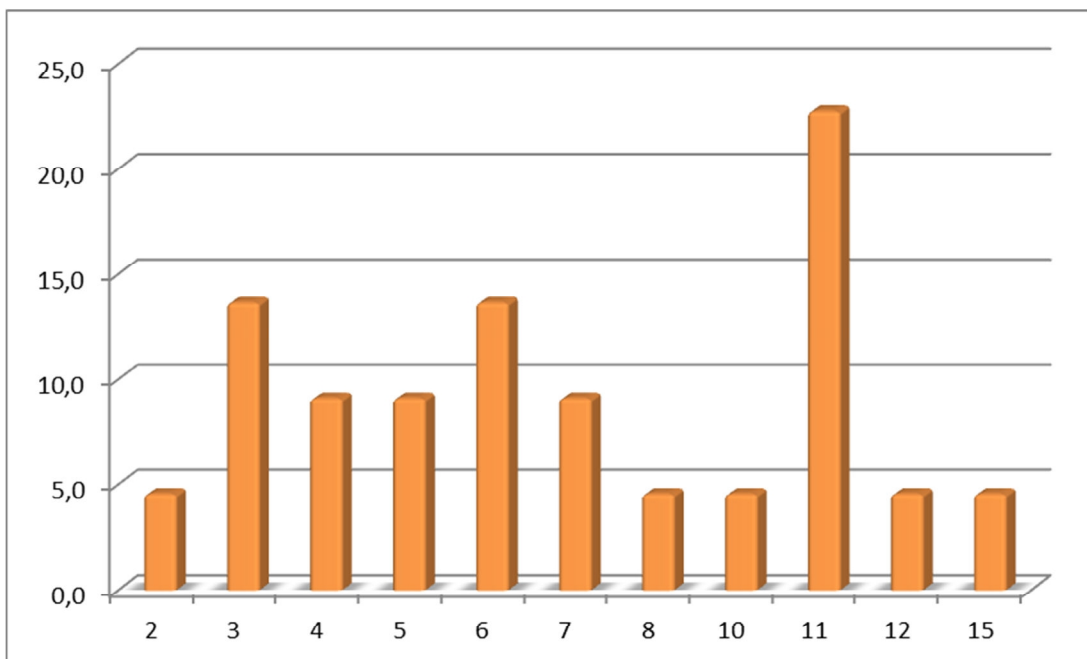


Sexo: Com uma grande amostra o Sexo feminino está representado por 15 profissionais, 62,5%; os restantes 37,5% são homens.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

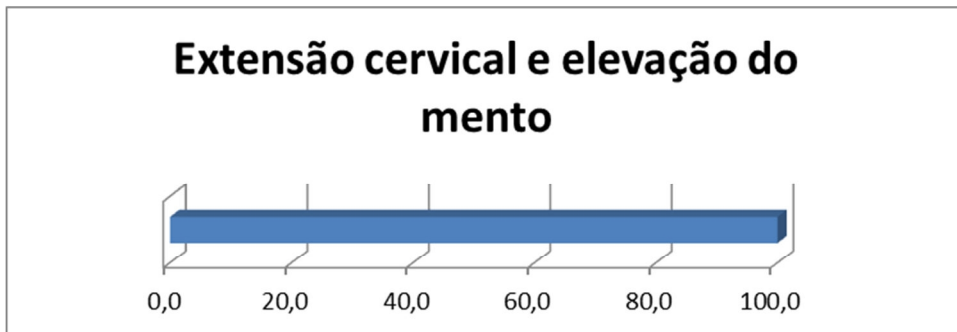


Experiencia profissional em anos: Apenas 2 profissionais não têm experiência de 1 ano representando 8,3% da amostra, o elemento mais experiente tem 15 anos de profissão representando 4,2%, 5 elementos têm 11 anos de experiencia sendo a faixa com maior representação com 20,8%.

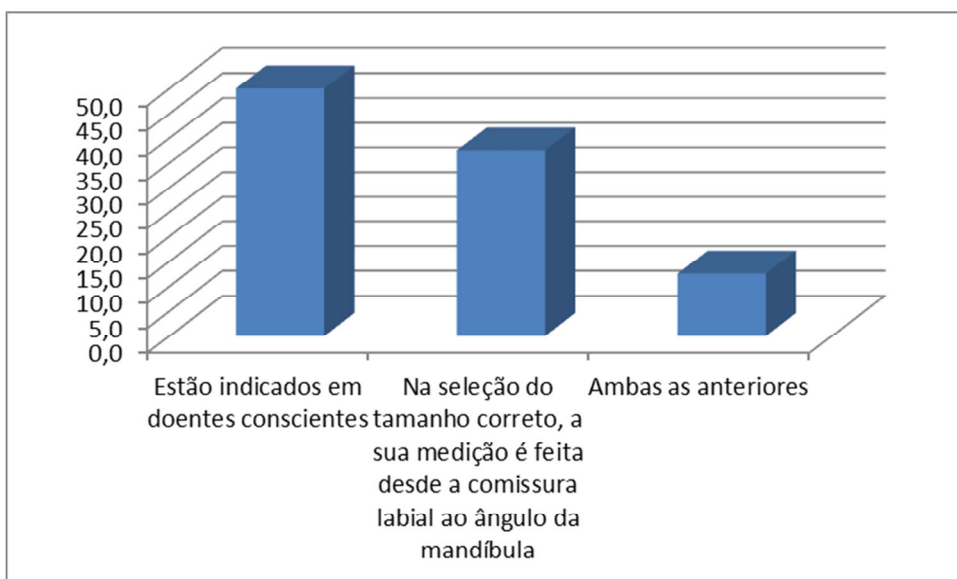


Parte II

1. As técnicas básicas de permeabilização da via aérea são: 100% dos participantes responderam Extensão cervical e elevação do mento.

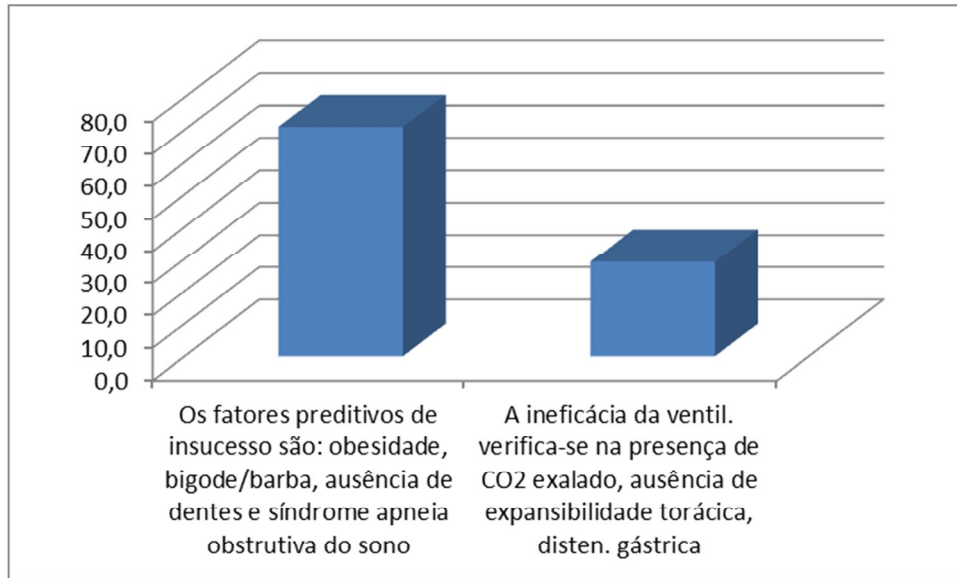


2. Relativamente aos tubos nasofaríngeos, enquanto adjuvantes na permeabilização da Via Aérea: 50% (12 Profissionais) afirmam estar indicado em doentes consciente, 9 elementos representando 37,5% da amostra afirma que na selecção do tamanho correcto, a sua medição é feita desde a comissura labial ao angulo da mandíbula e apenas 3 elementos representando 12,5% afirma ambas as respostas anteriores estarem correctas.



3. Quanto à ventilação realizada com máscara e insuflador manual: 70,8% (17 elementos) afirma que os factores preditivos de insucesso são: obesidade, bigode/barba, ausência de dentes e síndrome apneia obstrutiva do sono, 7

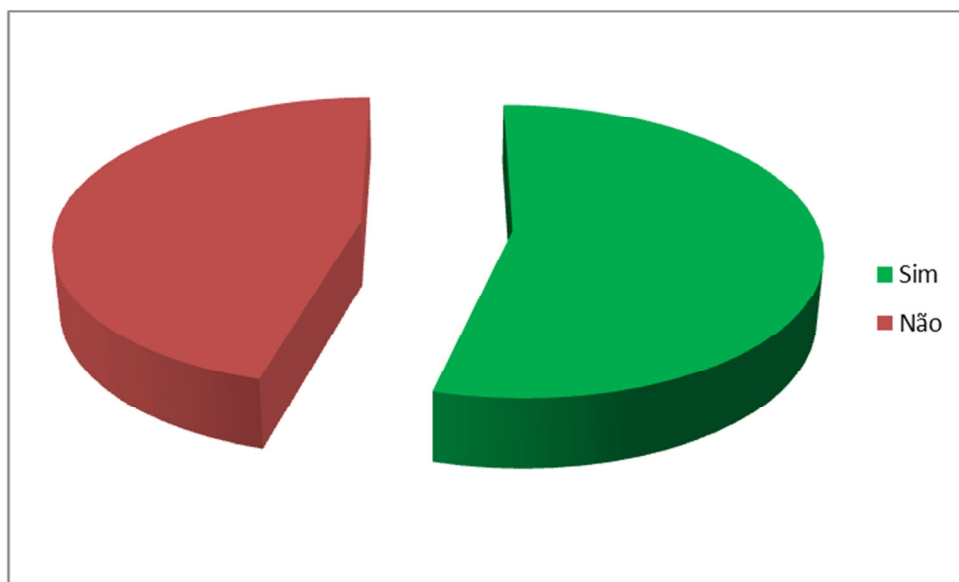
profissionais, somando 29,2% da amostra, afirmam que a ineficácia da ventilação verifica-se: na presença de CO₂ exalado, ausência de expansibilidade torácica, distensão gástrica.



Parte III

1. Detém conhecimentos sobre Via Aérea Difícil?

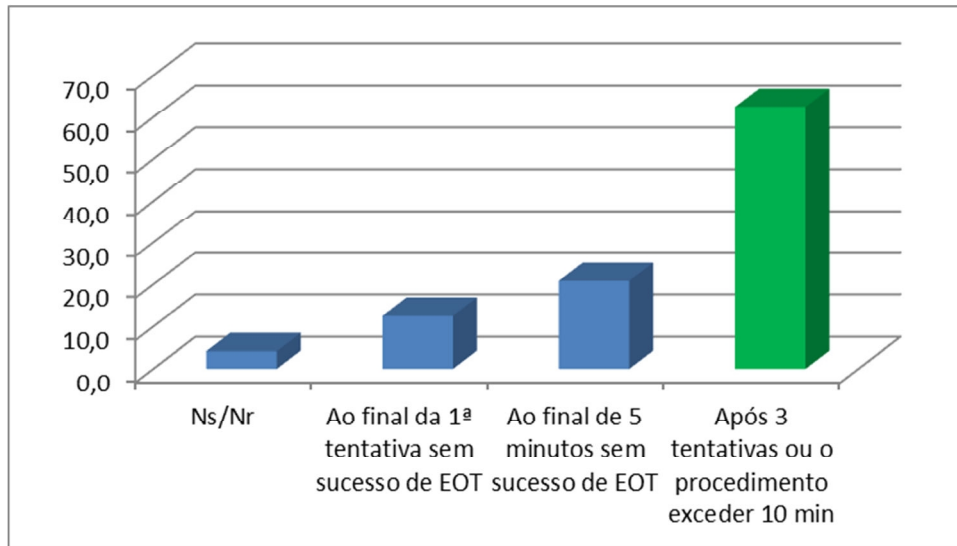
54,2% (13) dos profissionais admite ter conhecimentos sobre VAD, por outro lado os restantes 11 profissionais descartam conhecimentos sobre VAD.



2. Na existência de dificuldade para EOT, deve considerar-se a utilização de dispositivos supraglóticos:

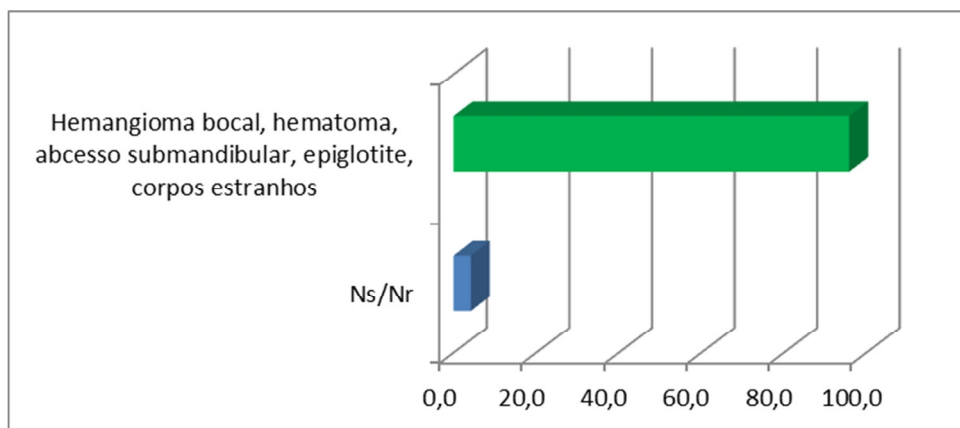
O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

15 elementos representando 62,5% da amostra afirma que após 3 tentativas ou o procedimento exceder 10 min, 5 profissionais (20,8%) afirma que ao final da 5 min sem sucesso de EOT, 3 profissionais (12,5%) afirmam que ao final da primeira tentativa sem sucesso de EOT, apenas 1 profissional não respondeu (4,2%).



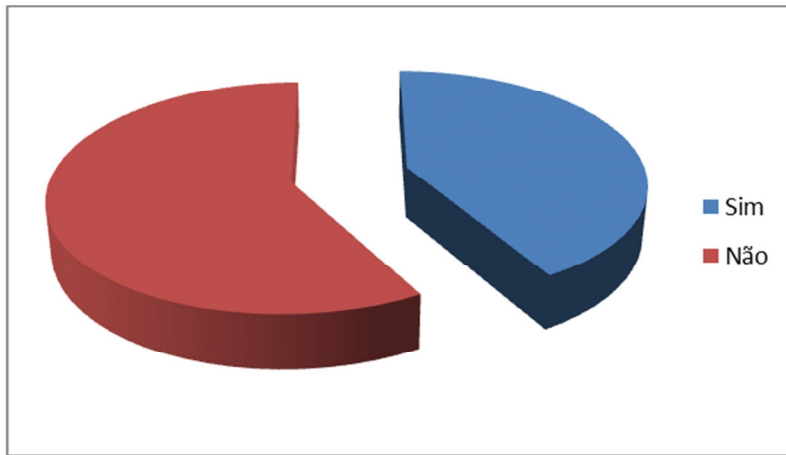
3. Relativamente à dificuldade na EOT, esta pode estar associada a:

95,8% da amostra (23 profissionais) afirmam hemangioma bucal, hematoma, abscesso submandibular, epiglote e corpos estranhos, apenas 1 profissional não respondeu (4,2%).



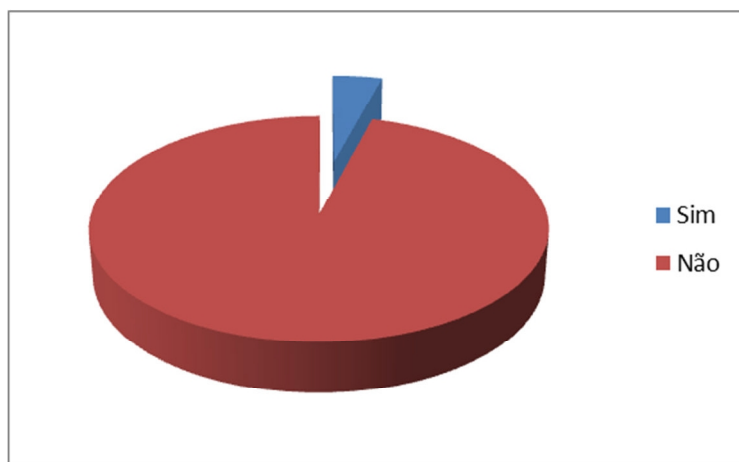
4. Como conhece a classificação de *Mallampati* e quais os seus critérios de classificação?

58,3% da amostra, 14 profissionais, não conhece e apenas 10 profissionais 41,7% conhece.



5. Conhece a classificação de *Cormack-Lehane* e quais os seus critérios de classificação?

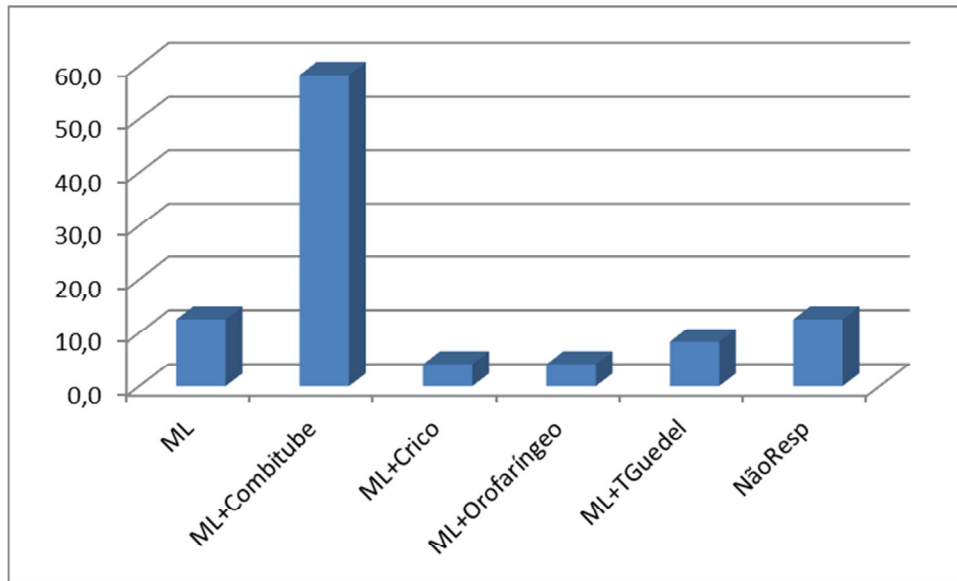
95,8% da amostra desconhece, e apenas 4,2% (1 profissional) conhece a classificação de *Cormack-Lehane* e quais os seus critérios de classificação.



6. Enumere 2 dispositivos supraglóticos.

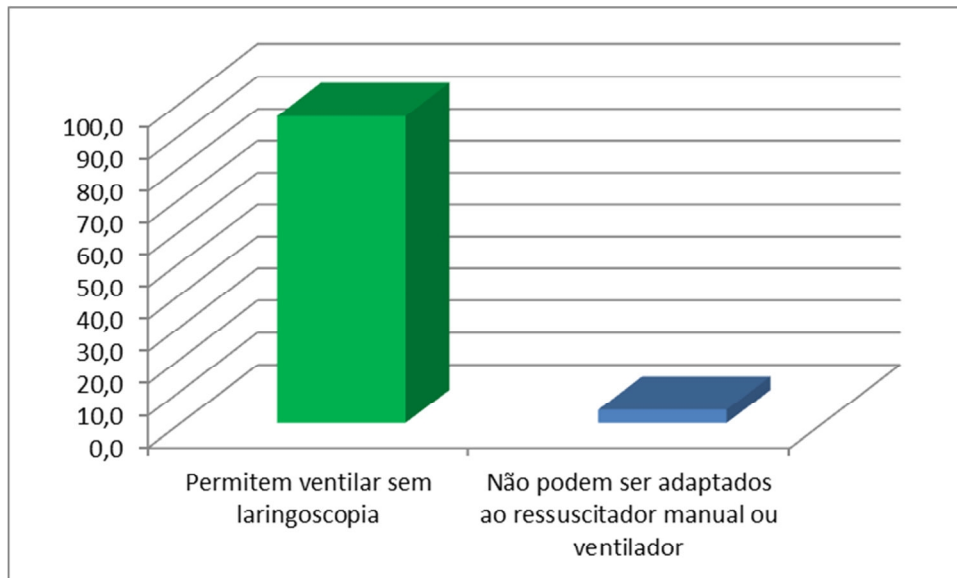
14 profissionais representando 58,3% da amostra enumeraram ML + Combitube, 3 profissionais apenas enumeraram 1 dispositivo ML (12,5%), 2 profissionais enumeraram ML + T Guedel (8,3%), 3 profissionais não responderam (12,5%)

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



7. Relativamente à função dos dispositivos supraglóticos.

95,8% dos profissionais afirma permitir ventilar sem laringoscopia, apenas 4,2% (1 profissional) refere não poder ser adaptado ao ressuscitador manual ou ventilador.



APÊNDICE XI

Plano da formação “*Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Dificil (VAD)*”



UNIVERSIDADE INSTITUTO DE
CATOLICA CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

TEMA: “Via Aérea Difícil” (VAD)

OBJECTIVO GERAL: (Re)novar o Agir Profissional

Data: 14 e 16 de Janeiro de 2013

LOCAL: Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA)

GRUPO ALVO: Enfermeiros do SUG HBA

OBJECTIVOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
			Métodos	M.A.E.	
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos para planear, executar e avaliar os cuidados a realizar à pessoa com VAD; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar para a importância da organização dos recursos no âmbito desta situação de emergência; ▪ Desenvolver competências para a tomada de decisão que evidencie na prática, resoluções bem fundamentadas, nas intervenções à pessoa com identificação de VAD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação / Justificação / Introdução do Tema; ▪ Definição de VAD; ▪ Como identificar uma situação de VAD; ▪ Condições associadas à VAD; ▪ Algoritmo de VAD; ▪ Manobras facilitadoras de ventilação/entubação; ▪ Definição de dispositivos supraglóticos e modo de utilização. 	30 - 45 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo com distribuição de informação escrita – Folhetos de <i>Power Point</i> da Sessão; ▪ Prática de atividades referentes à colocação de dispositivos supraglóticos e de EET. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador da Sala de Reuniões do serviço do SUG. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Formativa através de: <ul style="list-style-type: none"> o Questionário dirigido aos enfermeiros presentes sobre a avaliação da sessão apresentada. ▪ Feedback dos avaliadores profissionais de enfermagem.

Realizado por: Adriana Sequeira, estudante do 5º Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Sob Orientação da Prof. Patrícia Pontífice

APÊNDICE XII

Cartaz da formação “*Atuação do Enfermeiro na Manutenção e Permeabilização da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)*”



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialidade Enfermagem Médico - Cirúrgica



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)

Dias 14 e 16 de Janeiro pelas 14 horas

Local: sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral

Alunas da Especialidade:

Adriana Sequeira

Ana Bandeirinha.

Orientador:

Enf.º Fernando Sousa

Tutoria:

Profª Doutora Patrícia Pontífice

APÊNDICE XIII

Questionário de avaliação da Formação/Formadores

Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da acção de formação)

DESIGNAÇÃO DO CURSO: _____

DATA: _____

NOME DO FORMANDO

(facultativo) _____

LOCAL FORMAÇÃO:

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à acção de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respectivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário					
No seu desenvolvimento pessoal					
Na excelência da sua equipa					

2 – Como avalia a acção de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do formador					
2.5 Apreciação Global					

Pontos fortes desta acção de formação

Pontos fracos desta acção de formação

Acções de formação em que gostaria de participar

APÊNDICE XIV

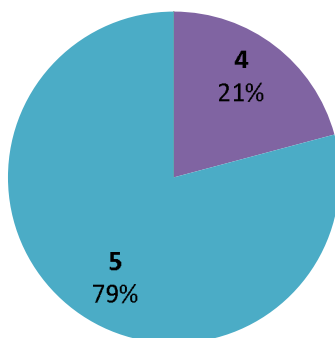
Avaliação do Questionário da Formação/Formadora

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO/FORMADOR

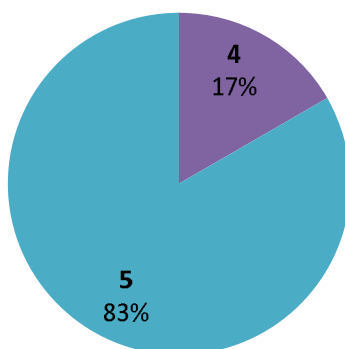
Estiveram presentes nos dois dias de formação, um total de 24 Enfermeiros equivalendo a 100% da amostra, estando os mesmos presentes nas sessões teóricas e práticas.

Foi-lhes entregue um questionário de avaliação (existente na instituição) constituído por duas perguntas, em que na primeira era avaliada a importância da formação subdividida na pertinência para a prática diária, desenvolvimento pessoal e para a equipa; a segunda questão validava a importância da temática, duração, método, competência do formador e apreciação global. A escala de avaliação utilizada foi: 1- Muito Baixo; 2-Baixo; 3-Médio; 4- Elevado e 5- Muito Elevado.

A pertinência da formação para a prática diária, foi avaliada em 5 numa percentagem de 79, em 4 numa percentagem de 21, existindo uma percentagem de 0 para 1, 2 e 3.

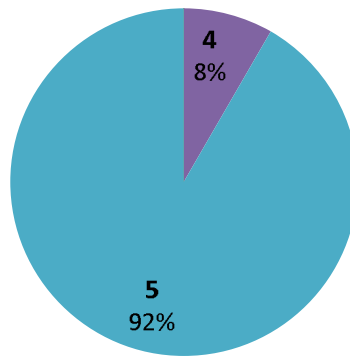


Para ao desenvolvimento pessoal dos profissionais, estes avaliaram-na em 5 numa percentagem de 83, em 4 numa percentagem de 17, existindo uma percentagem de 0 para 1, 2 e 3.

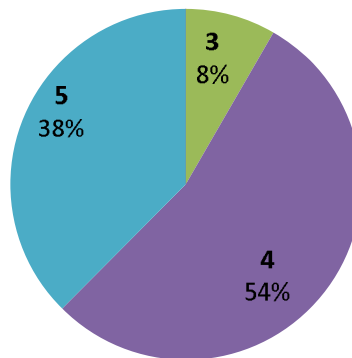


Para a excelência da equipa estes avaliaram-na em 5 numa percentagem de 92 e em 5 numa percentagem de 8, existindo uma percentagem de 0% para 1, 2 e 3.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

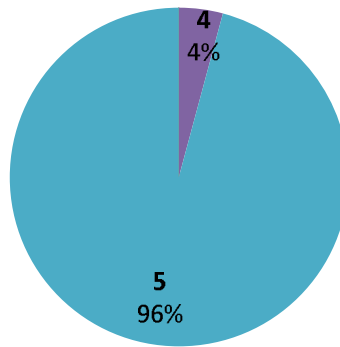


Na avaliação da duração da formação obteve-se uma avaliação de 4 para uma percentagem de 54, em 5 numa percentagem de 38, em 3 para 8%, existindo uma percentagem de 0 para 1 e 2.

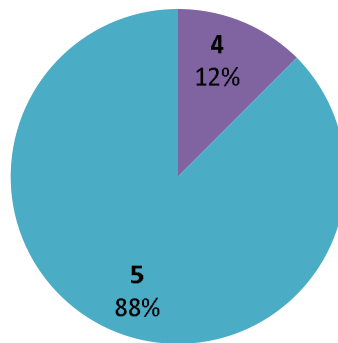


A importância do tema foi por estes avaliada em 5 numa percentagem de 96 e em 4 uma percentagem de 4.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

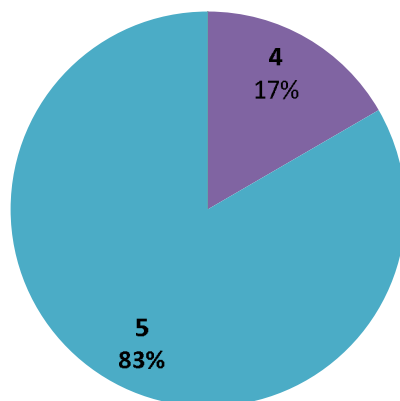


O método de aprendizagem foi avaliado em 5 numa percentagem de 88, em 4 numa percentagem de 12, existindo uma percentagem de 0 para 1, 2 e 3.



A competência do formador foi avaliada em 5 numa percentagem de 83, 3m 4 numa percentagem de 17, existindo uma percentagem de 0 para 1, 2 e 3.

O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Numa apreciação global da formação foi avaliada em Muito Elevado equivalente a 88% e em Elevada em 12%.

